



UNIVERZITET U NOVOM SADU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSEK ZA PSIHOLOGIJU

**MENTALNO ZDRAVLJE DECE NA
HRANITELJSTVU: ULOGA KVALITETA
STARANJA O DETETU OD STRANE
HRANITELJA**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentor:
Prof. dr Ivana Mihić

Kandidat:
mr Vesna Šilić

Novi Sad, 2018. godine

KLJUČNA DOKUMENTACIJSKA INFORMACIJA

Redni broj: RBR	
Identifikacioni broj: IBR	
Tip dokumentacije: TD	monografska dokumentacija
Tip zapisa: TZ	tekstualni štampani materijal
Vrsta rada (dipl., mag., dokt.): VR	doktorska disertacija
Ime i prezime autora: AU	mr Vesna Šilić
Mentor (titula, ime, prezime, zvanje): MN	dr Ivana Mihić, vanredni profesor, Psihologija, Filozofski fakultet u Novom Sadu
Naslov rada: NR	<i>Mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu: uloga kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja</i>
Jezik publikacije: JP	srpski (latinica)
Jezik izvoda: JI	srpski / engleski
Zemlja publikovanja: ZP	Srbija
Uže geografsko područje: UGP	Vojvodina
Godina: GO	2018.
Izdavač: IZ	autorski reprint
Mesto i adresa: MA	21000 Novi Sad, Zorana Đinđića 2

Fizički opis rada: FO	11 poglavlja, 264 stranice, 3 figure, 11 grafikona, 45 tabela, 267 referenci, 7 priloga
Naučna oblast: NO	Psihologija
Naučna disciplina: ND	Razvojna psihologija
Predmetna odrednica, ključne reči: PO	deca na hraniteljstvu, mentalno zdravlje, kvalitet staranja, posvećenost hraniteljica
UDK	364.4-053.2(043.3) 364.628-058.866(043.3)
Čuva se: ČU	Centralna biblioteka, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu
Važna napomena: VN	
Izvod: IZ	<p>Istraživanje prikazano ovim radom imalo je za cilj da opiše mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu ranog školskog uzrasta i da sagleda kakvu ulogu u aktuelnom stepenu njihovog psihosocijalnog funkcionisanja ima kvalitet brige koji im je pružen u hraniteljskoj porodici. Kvaliteta staranja o detetu je konceptualizovan iz okvira teorije afektivne vezanosti kao <i>posvećenost hranitelja detetu na smeštaju</i> i podrazumeva nivo emocionalne investiranosti i motivisanosti hranitelja da sa detetom uspostavi emotivno blizak, stabilan i trajan odnos.</p> <p>U uzorak istraživanja je uključeno 82 dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama, uzrasta od 5 do 11 godina, koji su štićenici Centra za socijalni rad Grada Novog Sada i više opštinskih centara na teritoriji Vojvodine (Novi Bečej, Bačka Topola, Mali Idoš i Vrbas), bez ozbiljnijih smetnji u psihomotornom razvoju i</p>

	<p>koja u aktuelnoj hraniteljskoj porodici borave najmanje dva meseca. U uzorku je podjednak broj dečaka i devojčica, pri čemu dominiraju deca koja su na smeštaju u standardnim (nesrodničkim) hraniteljskim porodicama (90.2 %), u odnosu na srodničke.</p> <p>Podaci o mentalnom zdravlju dece su prikupljeni uz pomoć dve skale za procenu dečije psihopatologije koje su popunjavale hraniteljice: <i>Liste proveriti dečijeg ponašanja za decu od 6-18 godina</i> (Child Behavior Checklist for ages 6-18, CBCL/6-18, Achenbah & Reskorla, 2001) i <i>Liste za procenu dece u socijalnoj zaštiti uzrasta od 4-11 godina</i> (Assessment Checklist for Children for ages 4-11, ACC, Tarren-Sweeney, 2007). Podaci o mentalnom zdravlju su prikupljeni i za kontrolni uzorak dece koja odrastaju u biološkim porodicama, ujednačenom po broju, polnoj i uzrasnoj strukturi sa uzorkom dece na hraniteljstvu, kao i u odnosu na pol roditelja koji pruža podatke (majke). Za operacionalizovanje i procenjivanje kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja je korišćen polustrukturirani intervju «<i>To je moje čedo</i>» («This Is My Baby» interview», TIMB, Bates & Dozier, 1998) koji se sastoji od standardizovanih pitanja u vezi hraniteljicinih osećanja prema detetu i njihovog međusobnog odnosa i daje uvid u tri dimenzije: <i>prihvatanja</i> deteta na smeštaju kao svog, <i>posvećenosti</i> u podsticanju njegovog rasta i razvoja bez emotivne “zadržke”, i <i>svesnosti o uticaju</i></p>
--	--

	<p>uspostavljenog odnosa sa detetom na detetov emocionalni i socijalni razvoj, aktuelno i u budućnosti.</p> <p>Rezultati istraživanja ukazuju da deca na hraniteljstvu u poređenju sa svojim vršnjacima koji odrastaju u biološkim porodicama, ispoljavaju značajno više problema mentalnog zdravlja, pri čemu prednjače problemi sa pažnjom, smetnje afektivne vezanosti u vidu nediskriminativnog, pseudozrelog i nesigurnog ponašanja u interpersonalnim relacijama, eksternalizujući problemi (agresivno ponašanje, kršenje pravila), abnormalni obrasci ishrane (čuvanje, skladištenje i krađa hrane) i samopovređivanje. Mentalno zdravlje dece je determinisano nepovoljnim razvojnim okolnostima koje prethode smeštaju ali i kvalitetom brige koja im je pružena u hraniteljskoj porodici, pa se kod dece o kojima brinu hraniteljice visokog nivoa prihvatanja i posvećenosti beleži manje emocionalnih problema, problema u ponašanju i odnosu sa drugima. Rezultati ukazuju i na moderirajuće efekte kvaliteta staranja, u smislu da je stepen prihvatanja i posvećenosti od strane hraniteljica posebno značajan za decu koja su pre smeštaja u hraniteljsku porodicu imala visoko rizično iskustvo, čineći ih znatno vulnerabilnijim u okolnostima niskog kvaliteta brige, kao što i okolnosti visokog kvaliteta staranja u ovoj grupi dece ostvaruju najintezivniji protektivni i kompenzatorni efekat.</p> <p>Rezultati su diskutovani u svetlu teorije</p>
--	---

	afektivne vezanosti, u smislu potvrde kvaliteta staranja kao protektivnog činioca koji podstiče rezilijentnost dece i implikacija relevantnih za praksu socijalnog rada u oblasti hraniteljstva.
Datum prihvatanja teme od strane NN veća: DP	14.03.2014.
Datum odbrane: DO	
Članovi komisije: (ime i prezime / titula / zvanje / naziv organizacije / status) KO	predsednik: _____ član: _____ član: _____

University of Novi Sad

Key word documentation

Accession number: ANO	
Identification number: INO	
Document type: DT	monograph documentation
Type of record: TR	textual printed material
Contents code: CC	PhD Thesis
Author: AU	Vesna Šilić, M.A.
Mentor: MN	Ivana Mihić, PhD, associate professor, Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad
Title: TI	<i>Mental health of children in foster care: the role of quality of care provided to children by foster carers</i>
Language of text: LT	serbian
Language of abstract: LA	serbian/english
Country of publication: CP	Serbia
Locality of publication: LP	Vojvodina
Publication year: PY	2018.
Publisher: PU	Author's repint

Publication place: PP	21000 Novi Sad, Zorana 22
--------------------------	---------------------------

Physical description: PD	11 chapters, 264 pages, 3 figures, 45 tables, 11 graphs, 267 references, 7 appendixes
Scientific field SF	Psychology
Scientific discipline SD	Developmental Psychology
Subject, Key words SKW	children in foster care, mental health, quality of care, foster mother's commitment
UC	
Holding data: HD	Department of Psychology's Library, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad
Note: N	
Abstract: AB	<p>The purpose of the research presented in this paper is to describe the mental health of children in foster care at early school-age and to analyse the role that the quality of care they receive in foster family plays in the current level of their psychosocial functioning. The quality of child care has been conceptualized from the framework of the attachment theory as the commitment of foster carers to the foster children and it implies a level of emotional investment and motivation of the foster carers to establish an emotionally close, stable and permanent relationship with the child.</p> <p>The research sample involved 82 foster children, aged 5 to 11, who are in the care of the Centre for Social Work of the City of Novi Sad and several municipal centres in the territory of</p>

	<p>Vojvodina (Novi Bečej, Bačka Topola, Mali Idoš and Vrbas), who are without serious difficulties in psychomotor development and who have been with the current foster family for at least two months. The sample included the same number of boys and girls, and the majority were children in standard (non-kinship) foster families (90.2 %), as opposed to kinship foster families.</p> <p>Information about the mental health of the children was collected using two scales for the assessment of psychopathology in children, which were filled out by foster mothers: Child Behaviour Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18, Achenbah & Reskorla, 2001) and Assessment Checklist for Children for ages 4-11 (ACC, Tarren-Sweeney, 2007). Information about the mental health was also collected for the control sample of children who live with biological families, identical in number, gender and age structure with the sample of children in foster care, as well as in relation to the gender of the parent providing the information (mother). In order to operationalize and assess the quality of child care, the research used the semi structured interview “This Is My Baby” (TIMB, Bates & Dozier, 1998) which contains standardized questions in relation to the foster mother’s feelings towards the child and their mutual relationship and it also provides insight into three dimensions: <i>acceptance</i> of foster child as her own, <i>commitment</i> in encouraging their growth and development without emotional</p>
--	--

“reservations” and the *awareness of influence* of the established relationship with the child on the child's emotional and social development, now and in the future.

The results of the research indicate that the children in foster care, as compared to their peers growing up with biological families, display significantly more mental health problems, and the most frequent ones are attention problems, attachment related difficulties in the form of indiscriminate, pseudo mature and insecure interpersonal behaviours, externalising problems, aggressive and rule-breaking behaviour, eating problems, food maintenance behaviour and self-injury. The mental health of the children is determined by the unfavourable development circumstances prior to placement in foster care, but also by the quality of care that they receive in foster family, and so the children in the care of foster mothers with a high level of acceptance and commitment display fewer emotional, behavioural and interpersonal problems. The results also indicate the moderation effects of the quality of care, in the sense that the level of acceptance and commitment by the foster mothers is of particular significance for the children who had high-risk experience before they were placed in foster family, which made them significantly more vulnerable in the circumstances of low-quality care, just like the circumstances of high-quality care with this group of children produced a more intensive protective and

	<p>compensatory effect.</p> <p>Results are discussed in the light of the attachment theory, in terms of confirmation of the quality of care as a protective factor which encourages the resilience of children, as well as the implications relevant to the social work practice in the field of foster care.</p>
<p>Accepted on Scientific Board on: AS</p>	<p>March 14th 2014.</p>
<p>Defended: DE</p>	
<p>Thesis Defend Board: DB</p>	<p>president:</p> <p>member:</p> <p>member:</p>

SADRŽAJ

REZIME	3
ABSTRACT	6
UVOD	9
MENTALNO ZDRAVLJE DECE NA HRANITELJSTVU	16
Pristupi u definisanju i proučavanju mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu	18
Kategorijalni pristup procenama mentalnog zdravlja – “dijagnoze”	20
Dimenzionalni pristup procenama mentalnog zdravlja – “profili emocionalnih i bihevioralnih problema”	23
Novi pristupi u konceptualizaciji problema mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu	27
Poremećaji afektivne vezanosti	28
Procene poremećaja afektivne vezanosti kod dece na hraniteljstvu	31
Od komorbiditeta do integrisanog razumevanja kompleksne simptomatologije	33
Razvojni traumatski poremećaj	36
Istraživanja mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu u našoj zemlji	37
Faktori vulnerabilnosti i rezilijentnosti mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu	40
KVALITET STARANJA	47
Hraniteljstvo kao usluga socijalne zaštite za decu i porodice	48
Hraniteljstvo u Republici Srbiji	50
Kvalitet staranja o detetu na smeštaju – kompetencije hranitelja	53
Kvalitet staranja iz ugla teorije afektivne vezanosti	55
Uspostavljanje afektivnih veza deteta sa novim odgajateljima	56
Modeli senzitivnog staranja od strane hranitelja	62
Posvećenost hranitelja	67
EMPIRIJSKI DEO	71
Problem istraživanja	72
Ciljevi istraživanja	73
Varijable istraživanja	78
Primenjeni instrumenti	81
Uzorak istraživanja	94
Procedura prikupljanja podataka	99
Obrada podataka	100

REZULTATI ISTRAŽIVANJA	101
Cilj 1. Utvrditi i opisati nivo kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja s obzirom na karakteristike deteta, hraniteljskog smeštaja i samih hranitelja	102
Cilj 2. Utvrditi i opisati funkcionisanje deteta u domenu izraženosti emocionalnih problema i problema u ponašanju, s obzirom na karakteristike deteta i hraniteljskog smeštaja.....	108
Cilj 3. Utvrditi i opisati značaj nepovoljnih okolnosti koje prethode aktuelnom hraniteljskom smeštaju, kao korelata i prediktora problema mentalnog zdravlja deteta ..	125
Cilj 4. Utvrditi i opisati značaj kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja (definisano preko prihvatanja, posvećenosti i svesnosti o uticaju na njegov razvoj) kao korelata i prediktora detetovih emocionalnih problema i problema u ponašanju	133
ANALIZA I DISKUSIJA REZULTATA	155
Analiza rezultata vezana za kvalitet staranja o detetu od strane hraniteljica	161
Analiza rezultata vezana za mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu	170
Analiza rezultata u vezi nepovoljnih okolnosti koje prethode smeštaju u hraniteljsku porodicu i njihovih efekata na mentalno zdravlje deteta.....	181
Analiza rezultata vezana za ulogu kvaliteta staranja kao činioca mentalnog zdravlja dece	186
ZAVRŠNA RAZMATRANJA	196
LITERATURA.....	202
PRILOZI	229

REZIME

Istraživanje prikazano ovim radom imalo je za cilj da opiše mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu ranog školskog uzrasta i da sagleda kakvu ulogu u aktuelnom stepenu njihovog psihosocijalnog funkcionisanja ima kvalitet brige koji im je pružen u hraniteljskoj porodici. Kvaliteta staranja o detetu je konceptualizovan iz okvira teorije afektivne vezanosti kao *posvećenost hranitelja detetu na smeštaju* i podrazumeva nivo emocionalne investiranosti i motivisanosti hranitelja da sa detetom uspostavi emotivno blizak, stabilan i trajan odnos.

U uzorak istraživanja je uključeno 82 dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama, uzrasta od 5 do 11 godina, koji su štićenici Centra za socijalni rad Grada Novog Sada i više opštinskih centara na teritoriji Vojvodine (Novi Bečej, Bačka Topola, Mali Idoš i Vrbas), bez ozbiljnijih smetnji u psihomotornom razvoju i koja u aktuelnoj hraniteljskoj porodici borave najmanje dva meseca. U uzorku je podjednak broj dečaka i devojčica, pri čemu dominiraju deca koja su na smeštaju u standardnim (nesrodničkim) hraniteljskim porodicama (90.2 %), u odnosu na srodničke.

Podaci o mentalnom zdravlju dece su prikupljeni uz pomoć dve skale za procenu dečije psihopatologije koje su popunjavale hraniteljice: *Liste provere dečijeg ponašanja za decu od 6-18 godina* (Child Behavior Checklist for ages 6-18, CBCL/6-18, Achenbah & Reskorla, 2001) i *Liste za procenu dece u socijalnoj zaštiti uzrasta od 4-11 godina* (Assessment Checklist for Children for ages 4-11, ACC, Tarren-Sweeney, 2007). Podaci o mentalnom zdravlju su prikupljeni i za kontrolni uzorak dece koja odrastaju u biološkim porodicama, ujednačenom po broju, polnoj i uzrasnoj strukturi sa uzorkom dece na hraniteljstvu, kao i u odnosu na pol roditelja koji pruža podatke (majke). Za operacionalizovanje i procenjivanje kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja je korišćen polustrukturirani intervju "To je moje čedo" ("This Is My Baby" interview", TIMB, Bates & Dozier, 1998) koji se sastoji od standardizovanih pitanja u vezi hraniteljicinih osećanja prema detetu i njihovog međusobnog odnosa i daje uvid u tri dimenzije: *prihvatanja* deteta na smeštaju kao svog (eng. acceptance), *posvećenosti* u podsticanju njegovog rasta i razvoja bez emotivne "zadržke" (eng. commitment) i *svesnosti o uticaju* uspostavljenog odnosa sa detetom na detetov emocionalni i socijalni razvoj, aktuelno i u budućnosti (eng. awareness of influence).

Rezultati istraživanja ukazuju da deca na hraniteljstvu u poređenju sa svojim vršnjacima koji odrastaju u biološkim porodicama, ispoljavaju značajno više problema mentalnog zdravlja, pri čemu prednjače problemi sa pažnjom, smetnje afektivne vezanosti u vidu nediskriminativnog, pseudozrelog i nesigurnog ponašanja u

interpersonalnim relacijama, eksternalizujući problemi (agresivno ponašanje, kršenje pravila), abnormalni obrasci ishrane (čuvanje, skladištenje i krađa hrane) i samopovređivanje. Mentalno zdravlje dece je determinisano nepovoljnim razvojnim okolnostima koje prethode smeštaju ali i kvalitetom brige koja im je pružena u hraniteljskoj porodici, pa se kod dece o kojima brinu hraniteljice visokog nivoa prihvatanja i posvećenosti beleži manje emocionalnih problema, problema u ponašanju i odnosu sa drugima. Rezultati ukazuju i na moderirajuće efekte kvaliteta staranja, u smislu da je stepen prihvatanja i posvećenosti od strane hraniteljica posebno značajan za decu koja su pre smeštaja u hraniteljsku porodicu imala visoko rizično iskustvo, čineći ih znatno vulnerabilnijim u okolnostima niskog kvaliteta brige, kao što i okolnosti visokog kvaliteta staranja u ovoj grupi dece ostvaruju najintenzivniji protektivni i kompenzatorni efekat.

Rezultati su diskutovani u svetlu teorije afektivne vezanosti, u smislu potvrde kvaliteta staranja kao protektivnog činioca koji podstiče rezilijentnost dece i implikacija relevantnih za praksu socijalnog rada u oblasti hraniteljstva.

Ključne reči: deca na hraniteljstvu, mentalno zdravlje, kvalitet staranja, posvećenost hraniteljica.

ABSTRACT

The purpose of the research presented in this paper is to describe the mental health of children in foster care at early school-age and to analyse the role that the quality of care they receive in foster family plays in the current level of their psychosocial functioning. The quality of child care has been conceptualized from the framework of the attachment theory as the commitment of foster carers to the foster children and it implies a level of emotional investment and motivation of the foster carers to establish an emotionally close, stable and permanent relationship with the child.

The research sample involved 82 foster children, aged 5 to 11, who are in the care of the Centre for Social Work of the City of Novi Sad and several municipal centres in the territory of Vojvodina (Novi Bečej, Bačka Topola, Mali Idoš and Vrbas), who are without serious difficulties in psychomotor development and who have been with the current foster family for at least two months. The sample included the same number of boys and girls, and the majority were children in standard (non-kinship) foster families (90.2 %), as opposed to kinship foster families.

Information about the mental health of the children was collected using two scales for the assessment of psychopathology in children, which were filled out by foster mothers: Child Behaviour Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18, Achenbah & Reskorla, 2001) and Assessment Checklist for Children for ages 4-11 (ACC, Tarren-Sweeney, 2007). Information about the mental health was also collected for the control sample of children who live with biological families, identical in number, gender and age structure with the sample of children in foster care, as well as in relation to the gender of the parent providing the information (mother). In order to operationalize and assess the quality of child care, the research used the semi structured interview “This Is My Baby” (TIMB, Bates & Dozier, 1998) which contains standardized questions in relation to the foster mother’s feelings towards the child and their mutual relationship and it also provides insight into three dimensions: *acceptance* of foster child as her own, *commitment* in encouraging their growth and development without emotional “reservations” and the *awareness of influence* of the established relationship with the child on the child's emotional and social development, now and in the future.

The results of the research indicate that the children in foster care, as compared to their peers growing up with biological families, display significantly more mental health problems, and the most frequent ones are attention problems, attachment related difficulties in the form of indiscriminate, pseudo mature and insecure interpersonal

behaviours, externalising problems, aggressive and rule-breaking behaviour, eating problems, food maintenance behaviour and self-injury. The mental health of the children is determined by the unfavourable development circumstances prior to placement in foster care, but also by the quality of care that they receive in foster family, and so the children in the care of foster mothers with a high level of acceptance and commitment display fewer emotional, behavioural and interpersonal problems. The results also indicate the moderation effects of the quality of care, in the sense that the level of acceptance and commitment by the foster mothers is of particular significance for the children who had high-risk experience before they were placed in foster family, which made them significantly more vulnerable in the circumstances of low-quality care, just like the circumstances of high-quality care with this group of children produced a more intensive protective and compensatory effect.

Results are discussed in the light of the attachment theory, in terms of confirmation of the quality of care as a protective factor which encourages the resilience of children, as well as the implications relevant to the social work practice in the field of foster care.

Key words: children in foster care, mental health, quality of care, foster mother's commitment

UVOD

Razvoj i dobrobit dece na hraniteljstvu su pogođeni na mnogo načina i može se reći od samog početka, pa čak i prenatalno. Značajan broj te dece potiče iz multiproblemskih, često marginalizovanih porodica, koje su od strane sistema socijalne zaštite označene kao “rizične” i pre nego što dete u taj sistem preko obezbeđivanja alternativne porodične brige uđe. Razlog za njihov ulazak u hraniteljstvo, po pravilu, nije izazvan samo jednom nepovoljnom okolnošću. Pre bi se moglo reći da se radi o spletu nepovoljnih okolnosti sa kojima se porodica suočava. Od nedostatka ideje i znanja šta adekvatna briga jeste; veština da se takva briga pruži; uslova u kojima se ona odvija, poput siromaštva i egzistencijalne nesigurnosti, porodičnih i partnerskih konflikata i nasilja; do ličnih disfunkcionalnosti roditelja, na planu fizičkog ili mentalnog zdravlja. Njihovo kumulativno i/ili prolongirano delovanje, uz nedostatak pravovremene i odgovarajuće podrške, sasvim izvesno može da dovede do slabljenja roditeljskih funkcija ili do potpunog “sloma” roditeljske uloge, kada roditelj na unutrašnjem, mentalnom planu zapravo odustaje od uloge brižnog i protektivnog odraslog, podsticajnog za detetov razvoj i učenje. Tada govorimo o zlostavljanju, zanemarivanju, odbacivanju, ignorisanju i napuštanju deteta, odnosno traumatskom ranom iskustvu koje predstavlja rizik za detetov fizički, kognitivni i socio-emocionalni razvoj.

Ulazak u alternativnu, hraniteljsku porodicu, takođe za dete može biti period straha i velike nesigurnosti. Bez obzira na nastojanje da se smeštaj brižljivo planira i da se separacija od biološke porodice i prelazak u drugu učine što manje stresnim, dete se suočava sa brojnim neizvesnostima: gde ću da živim, ko će da brine o meni, kako i koliko dugo, da li će me prihvatiti i voleti, da li će me razumeti i pomoći mi da i sam razumem kako se osećam i šta sam iskusio, šta će biti sa mojim roditeljima i da li ću ih videti, ko sam i kome pripadam, kakva je moja budućnost i ko će me u njoj pratiti... kao i još mnogo toga. Čak i kada su deca sasvim mala, nedovoljno kognitivno zrela da postavljaju i promišljaju o svim ovim pitanjima, gubitak primarne figure vezanosti zbog odvajanja dodatno podriva temelje doživljaja sigurnosti (Dozier, Higley, Albus, & Nutter, 2002), jer podrazumeva gubitak onoga što je poznato i prepoznatljivo, bez obzira koliko je to što je poznato istovremeno i devastirajuće za njegov razvoj i mentalno zdravlje.

Tokom trajanja smeštaja, odnosno tokom tzv. “perioda zaštite deteta”, pokazalo se da su i dalje prisutni izazovi koji ga mogu dodatno činiti vulnerabilnim za nastanak, trajanje ili intenziviranje teškoća na planu emocija i ponašanja. Pred detetom je složen

zadatak da se uklopi u novo porodično okruženje, da uspešno balansira doživljajem pripadnosti dvema porodicama i pomešanim, pa i kontradiktornim osećanjima koja se u vezi toga javljaju, te da istraži i razume svoju novu ulogu “deteta na hraniteljstvu”. Šta ta uloga znači, kako ga određuje u porodici, vrtiću, školi i širem socijalnom okruženju, da li ga i na koji način čini posebnim ili različitim (manje vrednim) u odnosu na drugu decu, a njegovu biološku i/ili hraniteljsku porodicu različitom u odnosu na druge porodice koje opaža oko sebe.

Istraživanje predstavljeno ovim radom je podstaknuto ličnim iskustvom autorke sa decom i hraniteljskim porodicama, iz uloge savetnika za hraniteljstvo koju je obavljala duži niz godina. Budući da u našoj zemlji hraniteljstvo, uprkos koncepcijski privremenom karakteru, teži da poprima dugoročne forme, javila se prilika i mogućnost da se kod mnoge dece isprati veliki deo njihovog odrastanja i razvojne putanje, od ranog uzrasta, preko školskog i adolescencije, pa sve do osamostaljivanja. Mnoge od tih razvojnih priča su bile pozitivne, ohrabrujuće i ilustrativne za razumevanje suštinske otpornosti dece da se odupru mnogostрукim i nepovoljnim okolnostima i da uprkos pretrpljenoj fizičkoj i emocionalnoj patnji, postignu zadovoljavajući nivo funkcionisanja. Zahvaljujući sopstvenim resursima i snagama, kao i podršci koju su dobili i umeli da prime od svojih hranitelja.

Međutim, bilo je i “otrežnjujućih” lekcija. Jedno od upečatljivih saznanja je da za neku decu samo zaštita u smislu izdvajanja iz ugrožavajućeg porodičnog okruženja i smeštaj u novo stabilnije i podsticajnije, nije bilo dovoljno da prevaziđu svoje razvojne zastoje ili poteškoće mentalnog zdravlja. Bez obzira na godine provedene u hraniteljskoj porodici emocionalni problemi i problemi u ponašanju su se intenzivirali, neretko zatim bili praćeni narušavanjem odnosa sa hraniteljima, slabljenjem njihove motivacije za dalju brigu, pa i prekidom porodičnog smeštaja. Ta, ozbiljno uznemirena deca su nakon izlaska iz hraniteljske porodice teško pronalazila ili zadržavala nove, pa je jedini dalji vid njihovog zbrinjavanja bio institucionalni smeštaj, koji sam po sebi i nije mogao da dovede do boljitka, niti su se takvi efekti i očekivali. Sa druge strane, kod samih hranitelja nisu uočena ponašanja prema detetu koja bi se mogla kvalifikovati kao posebno problematična, neadekvatna. Radilo se o funkcionalnim porodicama koje su ispunjavale sve normativno propisane standarde staranja o detetu, ulagale značajne napore, oslanjale se na raspoložive resurse podrške (zdravstvene, vaspitno-obrazovne, iz domena socijalne zaštite) ali su vremenom iscrpele svoje kapacitete, ni same ne znajući kako je do prekida relacije sa detetom došlo.

Opisana iskustva su otvorila brojna pitanja i podstakla potrebu da se ode korak dalje od sagledavanja kvaliteta hraniteljskih porodica i uspešnosti smeštaja samo iz perspektive definisanih (brojnih) standarda i domena kompetencija hranitelja (Pravilnik o hraniteljstvu, 2008). Težilo se boljem razumevanju dinamike odnosa hranitelj-dete, zatim aspekata kvaliteta staranja koji su ključni za detetov razvoj i mentalno zdravlje (bez kojih se ne može), kao i načina na koji ostvaruju svoje pozitivne ili negativne efekte.

Smeštaj u hraniteljsku porodicu kao vid društveno organizovane brige o deci bez roditeljskog staranja, nema za cilj samo obezbeđivanje zaštite od daljeg zlostavljanja, zanemarivanja i zloupotrebe. Njegova važna funkcija je i da podstakne razvoj koji je osujećen neadekvatnom brigom, da vrati razvojnu putanju u očekivane okvire. Da bi to bilo moguće, nužno je da hraniteljska porodica detetu pruži tzv. kompenzatorno iskustvo – iskustvo kvalitativno drugačijeg staranja od prethodnog, visoko senzitivnog na njegove potrebe, posebno potrebe za negom, zaštitom, podrškom, predvidljivom strukturom i stimulacijom. Ponuditi takav kvalitet brige za hranitelje nije uvek jednostavan zadatak. Kao što će tokom rada biti detaljno predstavljeno iz perspektive teorije afektivne vezanosti, koja daje teorijski okvir ovom istraživanju, prethodna nepovoljna iskustva deteta u odnosu sa biološkim roditeljima, značajno oblikuju odnos koji se uspostavlja sa hraniteljima, utičući na nivo njihove senzitivnosti, odnosno na njihovu sposobnost prepoznavanja, razumevanja i adekvatnog odgovora na potrebe deteta o kome su preuzeli brigu (Stovall & Dozier, 2000). Zbog navedenog, u oblasti hraniteljstva u svetu, kao i u našoj zemlji, postoji jasan stav, podržan i zakonski, da hranitelji moraju biti dodatno obučeni i u kontinuitetu podržani za uspešno obavljanje svoje uloge u pravcu podsticanja dečijeg razvoja i dobrobiti na planu mentalnog zdravlja.

Kada se posmatra kao integralni deo šireg sistema socijalne zaštite dece, hraniteljstvo predstavlja uslugu podrške ne samo detetu, već i njegovoj biološkoj porodici. Dok je dete zbrinuto, njegovi roditelji mogu da se posvete rešavanju problema koji su se negativno odrazili na kvalitet roditeljstva i na mogućnost da detetove potrebe u okviru biološke porodice budu adekvatno zadovoljene. U određenim okolnostima, kada dođe do uspostavljanja konstruktivne saradnje dve porodice kojima dete pripada, ova usluga ima potencijal da aktivno doprinese jačanju senzitivnosti bioloških roditelja, da im pomogne da razvijaju znanja i veštine staranja osetljivog na potrebe dece i tako rehabilituju narušene roditeljske funkcije. Prema tome, hraniteljstvo se može posmatrati

i kao usluga čije kompenzatorno delovanje prevazilazi okvire njenog formalnog trajanja, jer udruženo sa drugim važnim intervencijama koje su namenjene jačanju biološke porodice, povećava šansu da se za dete obezbedi kontinuitet pozitivnih relacionih iskustava nakon njegovog izlaska iz zaštite i povratka u biološku porodicu.

Vulnerabilnost dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama za nastanak razvojnih problema i problema mentalnog zdravlja nije stvar samo kliničkih zapažanja. Ona je prilično dobro dokumentovana i istraživačkom građom. Rezultati brojnih studija upućuju da u poređenju sa svojim vršnjacima iz opšte populacije, deca na hraniteljstvu ispoljavaju značajno lošije psihosocijalno funkcionisanje i veću prevalencu specifičnih poremećaja (za pregled Pilowsky, 1995; Oswald, Heil & Goldbeck, 2009) te da samim tim imaju i veću potrebu za korišćenjem usluga kliničkih servisa (Leslie, Hurlburt, Landsverk, Barth, & Slymen, 2004; Sawyer, Carbone, Searle, & Robinson, 2007).

Dok se zastupljenost i izraženost problema mentalnog zdravlja ove kategorije dece nizom istraživanja konzistentno potvrđuje, u aktuelnoj stručnoj i naučnoj literaturi se otvaraju pitanja da li se dobro i u potpunosti razume njihova priroda, karakteristike i mehanizmi nastanka. Naime, pojedini autori ističu da dosadašnja, u istraživanjima dominantna primena standardnih skala razvojne psihopatologije, kao što su Child Behavior Checklist i Youth Self Report (Achenbah & Reskorla, 2001), bliskih važećim klasifikacijama mentalnih poremećaja (ICD-10; DSM-IV), nije obuhvatila sve klinički značajne probleme (van der Kolk, 2005; DeJong, 2010; Tarren-Sweeney, 2014). Konstrukcija novih instrumenata procene (Assessment Checklist for Children, ACC, Tarren-Sweeney, 2007) i njihova primena na većim uzorcima dece na hraniteljstvu (Tarren-Sweeney & Hazell, 2006) ne samo da je potvrdila ranija saznanja o visokoj zastupljenosti problema mentalnog zdravlja u ovoj populaciji, već je i istakla sveprisutnost poteškoća afektivne vezanosti, u formi neuzajamnog i nediskriminativnog interpersonalnog ponašanja, uzrasno neodgovarajuće seksualno ponašanje i simptomatologiju u vezi traume. Isto tako, primena instrumenta ACC je doprinela da se istraže i ređi, ali veoma specifični problemi dece u socijalnoj zaštiti (samopovređivanje, atipični odgovori na bol, specifični obrasci ishrane) i faktori koji su u vezi sa njihovim pojavljivanjem (Tarren-Sweeney, 2006; Tarren-Sweeney, 2008b; Tarren-Sweeney, 2010a).

Paralelno sa pitanjima konceptualizacije problema mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu, u literaturi se uočava i tendencija ka preispitivanju u kojoj meri su

postojeći klinički pristupi i servisi namenjeni dijagnostici i tretmanu senzibilisani i osposobljeni za pružanje kvalitetnih zdravstvenih usluga deci i njihovim hraniteljima (Golding, 2010, Tarren-Sweeney, 2010b). U vezi sa tim, predlaže se udaljavanje od tradicionalnog pristupa koji je usmeren ka identifikovanju detetovih simptoma i poremećaja, ka integrisanom tzv. *kliničko-razvojno-psihosocijalnom pristupu* koji u obzir uzima ne samo izraženost i vrstu problema, već podrazumeva i poznavanje razvojne istorije i traumatizacije deteta, kvaliteta porodičnih odnosa, dinamike funkcionisanja hraniteljske porodice, kao posebne vrste porodičnog sistema, te svih drugih relevantnih procesa koji se mogu reflektovati na funkcionalnost deteta na smeštaju.

Za razliku od obimne istraživačke građe koja postoji u svetu, u našoj zemlji je veoma malo studija koja se bave problematikom mentalnog zdravlja dece bez adekvatnog roditeljskog staranja. Nešto veća pažnja istraživača je bila usmerena na grupu institucionalno zbrinute dece (Jeremić, Todorović i Vidanović, 2006; Damjanović i sar., 2013; Ristić-Dimitrijević, 2015; Jelić i Stojković, 2016). Za populaciju dece koja se nalaze na smeštaju u hraniteljskim porodicama može se reći da sasvim izostaju empirijska istraživanja, a zapažanja o njihovom razvoju i psihosocijalnom funkcionisanju se prvenstveno zasnivaju na kvalitativnim podacima. Upravo stoga, istraživanje predstavljeno ovim radom imalo je za cilj da na empirijski zasnovan način izvrši procenu mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu u našoj zemlji, uz upotrebu instrumenata dokazane validnosti koji u mnogim zemljama predstavljaju standard u konceptualizovanju mentalnog zdravlja i načinu procene (CBCL), a sa druge, omogućavaju uvid i u specifične probleme koji se smatraju karakterističnim za decu u sistemu socijalne zaštite (ACC).

Kada je u pitanju uloga kvaliteta staranja o detetu u hraniteljskoj porodici na njegov razvoj i mentalno zdravlje, čini se da ona nije sporna. Sistem hraniteljstva, u inostranstvu i u našoj zemlji, zasnovan je na standardima koji određuju domene znanja i veština hranitelja, kao i procedure za selekciju, pripremu i praćenje hraniteljskih porodica, koje sve zajedno treba da doprinesu da se detetu na smeštaju pruži što kvalitetnija briga. Međutim, izostaje empirijska zasnovanost u razmatranju te veze. U poređenju sa veoma obimnom istraživačkom građom na opštoj populaciji koja se tiče uticaja kvaliteta staranja na socijalno i emocionalno prilagođavanje dece, podaci koji

rasvetljavaju tu relaciju na uzorku hranitelja kao zamenskih odgajatelja i dece o kojoj su preuzeli brigu, ograničeni su, nedovoljno sistematizovani i kritički razmatrani.

U ovom radu, kvalitetu staranja se pristupa iz okvira teorije afektivne vezanosti, kroz koncept posvećenosti (eng. commitment) koji zapravo oslikava nivo socio-emocionalne investiranosti hranitelja u odnos sa detetom i smatra se posebno značajnom u dijadama odgajatelj-dete koje su po svom karakteru privremene. Ovako definisan kvalitet staranja je do sada proučavan u malom broju studija, uglavnom sprovedenih na uzorku dece najranijeg uzrasta (Bates & Dozier, 2002; Dozier & Lindhiem, 2006; Ackerman & Dozier, 2005), pa nije poznato kakava je njegova uloga na emocionalno i bihevioralno funkcionisanje dece kasnije tokom detinjstva.

Zbog svega navedenog, očekivanje je da će istraživanje predstavljeno ovim radom doprineti boljem razumevanju problematike i specifičnosti mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu ranog školskog uzrasta u našoj sredini, kao i značaja koji kvalitet hraniteljske brige ima u prevladavanju emocionalnih problema i problema u ponašanju. Isto tako, nadamo se će dobijeni rezultati biti podsticajni za kritičko preispitivanje kojim uslugama podrške raspolažemo, posebno u domenu brige o mentalnom zdravlju, i koliko su pristupi pružalaca tih usluga senzibilisani i osposobljeni da odgovore na potrebe dece na hraniteljstvu i njihovih bioloških i hraniteljskih porodica. Takođe, nadamo se da će istraživanje predstavljeno ovim radom biti podsticajno i za preispitivanje koje od ključnih usluga nedostaju, bilo u okviru mentalno zdravstvenih institucija, namenjenih dijagnostici i tretmanu, bilo u okviru ustanova socijalne zaštite, u smislu jačanja kapaciteta hraniteljskih i/ili bioloških porodica i kapaciteta dece na hraniteljstvu za prevladavanje izazovnih životnih situacija.

**MENTALNO ZDRAVLJE DECE NA
HRANITELJSTVU**

Mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu postaje predmet naučnog interesovanja 70-tih godina 20. veka, što odgovara periodu kada se u razvijenim zemljama Zapadne Evrope, SAD i Kanadi stvara moderan sistem dečije socijalne zaštite u kome smeštaj u hraniteljsku porodicu postaje preferirani vid društvenog zbrinjavanja dece, u odnosu na institucionalni smeštaj. Međutim, izvesni podaci koji su u vezi sa ovom tematikom se mogu naći i u literaturi iz ranijeg vremena. Radi se o studijama koje su sprovedene tokom i nakon II svetskog rata u cilju ispitivanja efekata institucionalizacije, deprivacije i lišenosti materinske brige, kada je opisano da su ti efekti devastirajući po razvoj deteta i vode ka njegovoj fizičkoj, emocionalnoj i socijalnoj ometenosti. Te rane studije, koje su se bavile poređenjem razvojnog statusa beba koje su čekale da budu usvojene u institucijama sa bebama u hraniteljskim porodicama, zapravo su ukazale na benefite koje dete ima na planu razvoja ukoliko odrasta u porodičnom okruženju, posebno ukoliko mu je u hraniteljskoj porodici obezbeđena nepodeljena pažnja (nema druge male dece) i prilika da sa hraniteljicom uspostavlja intenzivan odnos jedan-na-jedan (za pregled Bowlby, 1952). Takođe, studije iz tog vremena su ukazale i na značaj uslova odrastanja (institucionalnog ili porodičnog) za pojavu problema mentalnog zdravlja kod starije dece. Tako psiholog William Goldfarb u svojim publikacijama upoređuje prevalencu “poremećaja agresivnog ponašanja” (eng. aggressive behavior disorders) kod dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama u Njujorku, koja su u prve tri godine života imale iskustvo institucionalizacije, sa decom na hraniteljstvu bez takvog iskustva i nalazi da je prevalenca navedenog poremećaja veća u grupi prethodno institucionalizovane dece (Goldfarb, 1943a, prema van der Horst & van der Veer, 2008). Kasnije emocionalne probleme i probleme u ponašanju na adolescentnom uzrastu, u vidu formiranja ličnosti koju je karakterisala pasivnost, apatija i nedostatak inhibicije i kontrole ponašanja, Goldfarb dovodi u vezu sa obeležjima ustanova koje su sem sterilnih fizičkih nudile i sterilne psihološke uslove, odnosno sa odsustvom stimulacije, interakcije i uzajamnih odnosa sa odraslim osobama tokom perioda ranog razvoja (Goldfarb, 1943b, prema van der Horst & van der Veer, 2008). Navedeni nalazi, kao i nalazi drugih istraživača (Bowlby, 1944; Spitz & Wolf, 1946; Levy, 1947) bili su podsticajni da se preispita dotadašnji sistem društvene brige o deci bez roditeljskog staranja, te da se pokrenu reformski procesi koji će u narednim decenijama ići u pravcu razvoja porodičnog smeštaja.

Mada su prednosti i dobrobiti zbrinjavanja dece u alternativne porodice u odnosu na institucije socijalne zaštite bili jasno sagledivi, fokusiranje pažnje stručnjaka

i istraživača sada na problematiku mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu nije pružilo sasvim pozitivnu i optimističnu sliku. Naime, veliki broj studija sprovedenih u poslednje četiri decenije u različitim zemljama, bez obzira na međusobne koncepcijske i metodološke razlike, objedinjene su jedinstvenim zaključkom da su deca na smeštaju u hraniteljskim porodicama posebno vulnerabilna i da ih karakteriše veća zastupljenost problema mentalnog zdravlja, kada se upoređuju sa decom iz opšte populacije, ali isto tako i sa decom iz sličnih (nepovoljnih) socio-ekonomskih uslova koja odrastaju u biološkim porodicama (Pilowsky, 1995; Ford, Vosansis, Meltzer & Goodman, 2007). To je posledično otvorilo brojna druga pitanja koja se tiču, sa jedne strane razumevanja faktora koji doprinose vulnerabilnosti za razvoj psihopatologije, a sa druge kontinuiranog razmatranja načina koncipiranja i organizovanja hraniteljstva kao oblika zaštite a da on suštinski bude što više usaglašen potrebama dece, te da promoviše njihovu rezilijentnost.

Pristupi u definisanju i proučavanju mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu

Svetska zdravstvena organizacija (World Health Organization, WHO) daje široku definiciju mentalnog zdravlja dece i adolescenata (od začeca do 19 godina života) određujući ga kao kapacitet da se dostigne i održava optimalno psihološko i socijalno funkcionisanje i blagostanje. Ona naglašava pozitivna psihološka stanja, postignute veštine i kompetentnosti, kao i neprekidni razvojni proces, pa deca i adolescenti dobrog mentalnog zdravlja imaju osećaj identiteta i sopstvene vrednosti, stabilne i čvrste porodične i vršnjačke relacije, sposobnost da uče i budu produktivni, kao i kapacitet da razvojne izazove i resurse u zajednici koriste kako bi se razvili do maksimalnih granica (WHO, 2005).

Pregled literature koja se bavi proučavanjem mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu, međutim, pokazuje da su istraživači retko ovoj problematici pristupali u skladu sa ponuđenom definicijom, odnosno iz navedene pozitivističke perspektive kao stanju blagostanja, sreće, kompetentnosti, autonomije, empatije i sl. Suprotno tome, prevlađuje pristup u kome se mentalno zdravlje konceptualizuje negativnom definicijom - kao odsustvo psihopatoloških smetnji, simptoma ili poremećaja. Stoga je procena mentalnog zdravlja u najvećem broju istraživanja bila zasnovana na metodama

i instrumentima koji treba da otkriju postojanje određenih negativnih stanja, emocionalnih problema ili problema u ponašanju, koji odstupaju od onoga što je uzrasno specifično i normativno, a smatra se da bitno utiče na detetovu sposobnost da gradi i održava uzajamno zadovoljavajuće odnose sa drugim ljudima, kontinuirano napreduje u psihološkom, emocionalnom, intelektualnom, moralnom razvoju i uspešno se prilagođava stalnim promenama (fizičkim i psihičkim) kao i različitim kontekstima ili relacijama (kod kuće, u školi, zajednici i sl.). Nastojanje većine istraživača da pre svega identifikuju i opišu probleme mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu je razumljivo. Ono prati tradiciju dominacije medicinskog modela u proučavanju mentalnog zdravlja dece i adolescenata uopšte (Eisen, Donald, Ware & Brook, 1980), a isto tako je rukovođeno zahtevima prakse da se izađe u susret potrebama ove dece za dijagnostikom i odgovarajućim tretmanom, te da se proceni u kojoj meri su im resursi za pružanje kliničkih i drugih usluga odgovarajući i na raspolaganju u sredini u kojoj žive (Landsverk & Garland, 1999).

U cilju otkrivanja i opisivanja problema mentalnog zdravlja koji karakterišu decu na hraniteljstvu istraživači su primenjivali *kategorijalni* ili *dimenzionalni pristup*. Kategorijalna procena odražava prirodu aktuelnih dijagnostičkih klasifikacionih sistema: DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) izdatog od strane Američke Psihijatrijske Asocijacije (American Psychiatric Association) i ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) Svetske zdravstvene organizacije, koji se koristi u našoj zemlji pod nazivom Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10). Kategorijalni pristup je usmeren na utvrđivanje dijagnoza, odnosno prisustva i/ili zastupljenosti jednog ili više poremećaja mentalnog zdravlja kod dece, na osnovu definisanih dijagnostičkih kriterijuma. Ovaj pristup je široko usvojen pre svega u kliničkoj praksi jer identifikuje individue koje pate od nekog određenog mentalnog poremećaja, što je veoma važno za planiranje tretmana (Stein, 2012). Isto tako je relevantan i za epidemiološka istraživanja kada se donosi sud o prevalenci, incidenci i distribuciji mentalnih poremećaja u istraživanoj populaciji i dobijaju podaci o potrebnim kliničkim servisima iz perspektive javnog zdravlja (Bjelland, 2009). Za razliku od kategorijalnog pristupa koji operiše u terminima prisustva – odsustva poremećaja mentalnog zdravlja, dimenzionalni pristup probleme mentalnog zdravlja individue razume kao skup više osnovnih dimenzija ispoljene psihopatologije (Popović-Deušić, Pejović-Milovančević, Aleksić-Hil i Garibović, 2011). Procena mentalnog

zdravlja u okviru dimenzionalnog pristupa podrazumeva da se na skalama koje mere psihopatološke simptome ili sindrome dobije podatak i o njihovoj izraženosti, što dalje daje mogućnost uvida u stepen odstupanja funkcionalnosti deteta od normativnih vrednosti. Samim tim, instrumenti zasnovani na dimenzionalnoj proceni omogućavaju da se sagledaju tzv. subklinički nivoi smetnji (Brown & Barlow, 2005; DeJong, 2010), odnosno da se identifikuju i deca koja su pod većim rizikom da dođe do razvoja nekog psihopatološkog stanja ili poremećaja mentalnog zdravlja.

Dva pristupa u proceni mentalnog zdravlja nisu međusobno isključiva (Angold & Costello, 2009). Prevođenjem dobijenih dimenzionalno merenih simptoma u kategorički tzv. cut-off skor, kao demarkacije za postavljanje dijagnoze ili za sud o kliničkoj značajnosti problema mentalnog zdravlja, na osnovu upotrebe dimenzionalnih instrumenata kliničari takođe mogu da donose odluke o potrebnom tretmanu, kao što i istraživači mogu da dođu do podataka o prevalenci i incidenci problema mentalnog zdravlja.

U nastavku teksta, kako bi se opisali problemi mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu biće predstavljeni nalazi najpre istraživanja koja su usvajala kategorijalni pristup, baveći se procenom prisustva i zastupljenosti određenih mentalnih poremećaja koje prepoznaju važeći klasifikacioni sistemi, odnosno “dijagnoza”, a zatim onih istraživanja koja su koristeći dimenzionalne instrumente procene, primarno bila usmerena na utvrđivanje izraženosti problema mentalnog zdravlja u uzorcima dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama i opisivanje “profila mentalnog zdravlja” koji ovu decu karakterišu.

Kategorijalni pristup procenama mentalnog zdravlja – “dijagnoze”

U okviru epidemioloških ispitivanja prevalencije različitih mentalnih poremećaja na velikim uzorcima dece na hraniteljstvu, kao metod procene je često korišćena *analiza postojećih baza podataka o deci* (medicinskih dosijea ili dosijea socijalnih službi) koje sadrže informacije o statusu njihovog mentalnog zdravlja, na osnovu prethodno izvršenih kliničkih procena. Još početkom 70-tih godina 20. veka, Swire i Kavalier su u okviru šire procene zdravstvenog statusa 668 dece na hraniteljstvu u SAD (New York City), uzrasta od 0 do 18 godina, izvršili analizu psihijatrijskih procena za poduzorak dece školskog uzrasta i našli da čak 70% dece ima poremećaje mentalnog zdravlja

umerenog do ozbiljnog stepena (Simms, Dubowitz & Szilagyi, 2000). Istovremeno u Kanadi, Shah (1974) je procene psihijatarata o psihičkom statusu dece na hraniteljstvu (uglavnom adolescenata) kategorisao u pet osnovnih grupa (poremećaji karaktera, teškoće učenja, psihoneuroze, psihoze i drugi poremećaji), osvrćući se i na stepen ozbiljnosti poremećaja prema potrebi deteta za profesionalnom supervizijom. Prema njegovim podacima značajan procenat dece (75%) koja su bila na inicijalnim psihijatrijskim konsultacijama, ispoljilo je umereni do ozbiljni poremećaj karaktera udružen sa delikventnim, destruktivnim obrascima ponašanja, bežanjem od kuće i zloupotrebom droga. Teškoće učenja su kao najveći problem evidentirane kod 15% dece, pri čemu se pretežno radilo o onim ozbiljnijeg nivoa koje zahtevaju kontinuiranu superviziju, dok su kod još 13% dece smetnje u učenju bile sekundarne i pratile su druge prisutne probleme. Nešto manji procenat dece na hraniteljstvu (4%) je imao psihotične poremećaje ili smetnje koji su ulazile u kategoriju psihoneuroza i uglavnom se radilo o ozbiljnom stepenu njihove izraženosti (Shah, 1974). Kasnije studije, sprovedene u različitim zemljama su takve inicijalne zaključke o visokoj zastupljenosti dosledno potvrđivale, sa izvesnim stepenom varijacija u izraženim procentima.

U istraživanjima novijeg datuma koja su se oslanjala na baze podataka, pored generalne stope psihopatologije po pravilu je utvrđivana i prevalenca pojedinačnih poremećaja. Tako je u istraživanju u SAD u saveznoj državi Juti, na reprezentativnom uzorku od 6177 dece koja su u periodu od tri godine ušla u hraniteljstvo, utvrđeno da 44% dece ima dijagnostikovani jedan ili više psihijatrijskih poremećaja (Steele & Buchi, 2007). Pri tome, pokazalo se da je najzastupljenija grupa koju čine poremećaj ponašanja (conduct disorder, CD) i poremećaj suprotstavljanja i prkosa (oppositional defiant disorder, ODD), te da njihova prevalenca iznosi 18%. Zatim slede reaktivni poremećaj vezivanja (reactive attachment behavior, RAD) i poremećaj prilagođavanja (adjustment disorder) od 17%, kao i poremećaji raspoloženja (mood disorders) koji su dijagnostikovani kod 15% dece iz uzorka. Podaci o nešto višoj prevalenci su dobijeni u epidemiološkoj studiji sprovedenoj u regionu država srednjeg Atlantika u SAD (mid-Atlantic states), sa ukupnom stopom od 57% dece kod kojih je postavljena dijagnoza poremećaja mentalnog zdravlja. Međutim, dobijaju se slični nalazi u vezi toga koji poremećaji su najviše zastupljeni i u kom procentu. Pokazalo se da prevlađuju poremećaji prilagođavanja (21%), poremećaji ponašanja od 16% (CD i ODD), koliko je zastupljen i hiperkinetički poremećaj (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD). Viša prevalenca je utvrđena i za spektar depresivnih poremećaja (15%), kao i za

razvojne smetnje koje se detektuju kod 10% dece (dosReis, Zito, Safer & Soeken, 2001). Autori konstatuju da je prevalenca mentalnih poremećaja u grupi dece na hraniteljstvu i 15 puta veća u odnosu na decu iz opšte populacije koja su uključena u istraživanje.

U cilju da se dobiju što pouzdaniji podaci o punom spektru i prevalenci različitih mentalnih poremećaja u populaciji dece na hraniteljstvu, pojedine mada malobrojne studije su koristile *standardizovane dijagnostičke intervjue* (McMillen et al., 2005; Ford et al., 2007; Lenhann, Havik, Havik & Heiervang, 2013). Istraživanje sprovedeno u SAD na uzorku 373 adolescenta uzrasta 17 godina (McMillen et al., 2005), koji su intervjuisani (Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV), pokazalo je da je veliki broj adolescenata tokom života imao dijagnostikovan bar jedan poremećaj (61%), a da u poslednjih godinu dana njih oko 37% ispunjava kriterijum za postavljanje dijagnoze. Pri tome, 17% ima poremećaje ponašanja (CD) ili poremećaj suprotstavljanja i prkosa (ODD), kod 15% dece je dijagnostikovan depresivni poremećaj (major depression), a kod 10% dece hiperkinetički poremećaj (ADHD).

U istraživanju sprovedenom u Norveškoj (Lenhann et al., 2013), sem zastupljenosti mentalnih poremećaja na reprezentativnom uzorku od 279 dece na hraniteljstvu od 6 do 12 godina, vršena je i procena komorbiditeta. Podaci su takođe dobijeni putem intervjua (Developmental and Well-Being Assessment) sa hraniteljima i učiteljima, koji kombinuje strukturirana pitanja u vezi simptoma i smetnji sa pitanjima otvorenog tipa u kome ispitanik opisuje probleme svojim rečima. Na osnovu dobijenih odgovora procene su vršili klinički specijalisti, određujući dijagnoze. Dobijeni su podaci da od ukupnog broja 50.9% dece ispunjava kriterijume za jedan ili više poremećaja sadržanih u DSM-IV. Istraživači su zatim srodne poremećaje grupisali u 3 velike dijagnostičke grupe i utvrdili da *emocionalne poremećaje* (anksiozni, depresivni i anksiozno/depresivni poremećaj, PTSP, opsesivno kompulsivni poremećaj) ispoljava 24% dece, *hiperkinetičke poremećaje* 19% i *poremećaje ponašanja* 21% (CD, ODD i drugi poremećaji ponašanja). Pokazalo se da je komorbiditet te tri grupe visok, odnosno da je 30.4% dece imalo dijagnoze iz dve od tri grupe poremećaja, a 13% iz sve tri grupe.

Rezultati prethodno predstavljenih studija na reprezentativnim uzorcima deca na hraniteljstvu iz različitih zemalja ukazuju da se prevalenca mentalnih poremećaja kreće u rasponu od 37% do čak 70%, na šta upućuju i pregledni članci u vezi ove tematike (Oswald et al., 2009). To je značajno više u odnosu na prevalencu koja je zabeležena u epidemiološkim studijama na opštoj populaciji. Prema podacima sadržanim u izveštaju

Svetske zdravstvene organizacije prevalenca mentalnih poremećaja kod dece i adolescenata u različitim zemljama se kreće od 12% do 29% (Giel et al., 1981, prema WHO, 2005) pri čemu na primer u SAD za decu uzrasta od 9-17 godina iznosi 21% (United States Department of Health and Human Services, 1999, prema WHO, 2005), a u Kanadi za decu od 4 do 16 godina 18% (Offord et al., 1987, prema WHO, 2005). Rezultati isto tako pokazuju da dijagnostikovane smetnje kod dece na hraniteljstvu opisuju jednu složenu, komorbidnu sliku kojom dominiraju poremećaji ponašanja i prilagođavanja, smetnje iz spektra hiperkinetičkog poremećaja, kao i depresivni poremećaj. Njihova prevalenca je takođe značajno veća nego u opštoj populaciji. Na primer, poremećaji ponašanja su zastupljeni kod dece na hraniteljstvu u rasponu od 16-21%, dok se u opštoj populaciji beleži niža stopa od 5-14% (Merikangas, Nakamura & Kessler, 2009). Hiperkinetički poremećaj je evidentiran kod 10-20% dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama (Oswald et. al, 2009), za razliku od opšte populacije gde se sreće u rasponu 0.7-8.7% (Merikangas et.al, 2009). Isto tako, depresivni poremećaj se beleži kod 4% dece u najvećem broju zemalja (*ibid.*), dok je njegova prevalenca u uzorcima dece na hraniteljstvu oko 15%.

Kada su u pitanju razlike u zastupljenosti poremećaja mentalnog zdravlja među uzorcima dece na hraniteljstvu, one se najčešće od strane autora pripisuju odlikama samih nacrti istraživanja, metodama procene, strogosti kriterijuma za postavljanje dijagnoza, veličini i uzrasnoj strukturi uzorka, kao i specifičnostima različitih regiona ili zemalja u kojima se istraživanje sprovodi, a u vezi su i sa načinima kako se organizuje i sprovodi hraniteljski sistem zaštite.

Dimenzionalni pristup procenama mentalnog zdravlja – “profili emocionalnih i bihevioralnih problema”

Od sredine 80-tih godina pa do današnjih dana istraživači za procenu mentalnog zdravlja dece i adelescenata na hraniteljstvu koriste instrumente za dimenzionalnu procenu, i to one širokog obuhvata konstrukata koji nude sveobuhvatan pristup proceni adaptivnog i maladaptivnog psihosocijalnog prilagođavanja i funkcionisanja (poput Child Behavior Checklist, CBCL, Youth Self-Report, YSR, Achenbah & Reskorla, 2001; Assessment Checklist for Children, ACC, Tarren-Sweeney, 2007; Strengths and Difficulties Questioner, SDQ, Goodman, 2001). Ovi instrumenti su bazirani na opisima

karakterističnih “problematičnih” ponašanja ili emocionalnih reagovanja, grupisanih u više psihopatoloških sindroma ili kliničkih skala, pri čemu se ni jedan procenjeni skor dobijen na tim skalama (ukoliko je povišen) ne može izjednačiti sa pojedinačnom dijagnozom ili mentalnim poremećajem, već samo upućuje na probleme koji postoje u specifičnom području. Najčešći izvori podataka o detetu su njegovi odgajatelji (biološki ili zamenskim roditelji, vaspitači u domovima), mada mogu biti i drugi odrasli koji dete dobro poznaju i redovno ga viđaju u određenim kontekstima (na pr. učitelji, vaspitači u predškolskim ustanovama), kao i samo dete, odnosno adolescent.

Dominiraju istraživanja koja su usvajala transferzalne nacрте, uglavnom lišene teorijske osnove i sa ciljem da pre svega izvrše deskripciju problema mentalnog zdravlja. Tek u poslednjim godinama se zapaža povećano interesovanje istraživača da longitudinalnim nacртima isprate promene u statusu mentalnog zdravlja tokom trajanja hraniteljstva (McWey, Cui & Pazdera, 2010; Taussing, 2002; Tarren-Sweenwy, 2017; Vis, Handegård, Holtan, Fossum & Thørnblad, 2014), kao i da se inkorporacijom teorijskih koncepta u istraživačke hipoteze pozabave etiologijom i mehanizmima nastanka smetnji u psihosocijalnom funkcionisanju (Schofield & Beek, 2005a; Lindhiem & Dozier, 2007; Lewis, Dozier, Ackerman, Sepulveda-Kozakowski, 2007).

Pregled literature ukazuje da je najčešće korišćen instrument za ispitivanje mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu CBCL (McIntyre & Keesler, 1986; Marcus, 1991; Garland, Landsverk, Hough & Ellis-MacLeod, 1996; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; Zima et al. 2000; Heflinger, Simpkins & Combs-Orme, 2000; Leslie et. al, 2000; Keller et al., 2001; Shore, Sim, Le Pohn & Keller, 2001; Sawyer et al., 2007). To je sasvim razumljivo s obzirom da je pitanju skrining instrument široke upotrebe u epidemiološkim ispitivanjima mentalnog zdravlja dece i adolescenata uopšte, preveden na više od 80 jezika i primenjen u velikom broju kulturnih grupa ili zajednica (Bordin et al., 2013), dokazane validnosti i pouzdanosti. U mnogim zemljama je izvršena njegova standardizacija, što daje mogućnost da se dobije uvid u broj dece koja ispoljavaju klinički značajne probleme, kao i one dece koja su pod povećanim rizikom da se problemi ispolje (tzv. granični slučajevi), a daje uvid i koje vrste problema u ponašanju i emocionalnom reagovanju imaju takvu graničnu odnosno kliničku značajnost. Isto tako, standardizacija je istraživačima omogućila poređenje rezultata različitih studija i među različitim regionima i kulturama, pa i bolje razumevanje prirode i opsega problema u istraživanoj populaciji.

CBCL pruža opise socijalne kompetentnosti deteta (uključenost u različite aktivnosti, kvalitet socijalnih interakcija i školsko postignuće i funkcionisanje u školi) i opise psihopatologije u vidu unutarpsihičkih tzv. internalizovanih problema (anksioznost, depresivnost, somatizacija) i problema u relaciji sa drugim ljudima i u socijalnim kontekstima, tzv. eksternalizovanih problema (agresivnost, kršenje pravila). Pored navedenog, opisi psihopatoloških ispoljavanja obuhvataju i probleme u mišljenju i sa pažnjom.

Uprkos brojnim prednostima ovog instrumenta koje objašnjavaju njegovu primenu od strane većeg broja istraživača, važno je napomenuti da su se mogućnosti upoređivanja podataka ipak pokazale ograničenim. Na osnovu pregleda više istraživanja na uzorcima dece na hraniteljstvu koje su dali Armsden i sar. (2000) može se uočiti da su nalazi tih istraživanja prezentovani na različite i često nepotpune načine. Neke studije su podatke izrazile samo kroz standardizovani skor, dok su druge to učinile kroz sirove skorove ili procenat dece koja ispoljavaju probleme mentalnog zdravlja u rangu kliničke značajnosti. Isto tako, u pojedinim studijama dostupni su samo podaci o izraženosti ukupnih problema, ali ne i o pojedinačnim kliničkim skalama ili o izraženosti eksternalizujućih nasuprot internalizujućim problemima. Nasuprot tome, pojedini izveštaji uključuju samo podatak o standardizovanom skor na skalama eksternalizacije i internalizacije, dok podatak o ukupnim problemima i njihovoj zastupljenosti u istraživanom uzorku izostaje. Slične napomene o ograničenoj mogućnosti poređenja daju i drugi autori koji su vršili preglednu analizu istraživanja sprovedenih na uzorcima dece na alternativnom staranju, uključujući i decu na hraniteljstvu (Helfinger et al., 2000). Kao dodatni problem se navodi velika varijabilnost u veličini uzorka (koja ide od svega 25 pa do nekoliko stotina ispitanika), uzrasnoj strukturi (širok raspon uzrasta, samo predškolski i rano školski uzrast ili adolescenti), te činjenica da su u značajnom broju istraživanja deca na hraniteljstvu bila deo većih uzorka dece pod zaštitom države u određenom regionu (u srodničkim porodicama, institucijama, malim domskim zajednicama) te nisu uvek bili dostupni podaci za taj poduzorak.

Zastupljenost problema mentalnog zdravlja. Jedna od prvih epidemioloških studija sa CBCL u vezi ove kategorije dece (McIntyre & Keesler-a, 1986, SAD) pružila je podatak da skoro polovina njih (48.7%), bez obzira na pol i uzrast, ima klinički značajne probleme mentalnog zdravlja, pri čemu je većina (61%) ispoljila multisindromsku sliku, tj. imala je povišen status na više kliničkih skala. Slični podaci o zastupljenosti se evidentiraju i u drugim istraživanjima (Garland et.al, 1996, SAD),

međutim beleže se i niže vrednosti, u rangu od oko 20-40% (Helfinger et.al., 2000, SAD; Zima et.al, 2000, SAD; Clausen et. al, SAD; Dubowitz, Zuravin, Sttar, Feigelman & Harrington, 1993, SAD; Hellinckx & Grietens, 1994, Belgija), kao i više vrednosti od oko 60% za uzorke dece na hraniteljstvu u Australiji (Sawyer et al., 2007; Tarren-Sweeney & Hazel, 2006). Bez obzira o kojoj vrednosti u rasponu od 20-60% se radi, ona odstupa od podataka dobijenih primenom ovog instrumenta na opštoj populaciji dece i adolescenata gde je prevalenca od 12.4-27.3% (za pregled Bird, 1996), ukazujući da su problemi mentalnog zdravlja kod dece na hraniteljstvu značajno prisutniji.

“Tipični profil” problema mentalnog zdravlja. U okviru navedenih razlika i varijacija u procentima izraženosti globalne psihopatologije, istraživanja ipak ukazuju na konzistentan obrazac da se u uzorcima dece na hraniteljstvu identifikuje celokupan spektar problema koje instrument CBCL reprezentuje i meri. Pri tome, nizom istraživanja je pronađena veća zastupljenost eksternalizujućih problema u rangu kliničke značajnosti, u odnosu na internalizujuće probleme (Dubowitz et al., 1993; Hoffart & Grinnell, 1994; Hellinckx & Grietens, 1994; Armsden et al., 2000; Clausen et al., 1998). Od pojedinačnih psihopatoloških sindroma pokazalo se da decu na hraniteljstvu najbolje opisuju delikventni i agresivni oblici ponašanja, poteškoće u socijalnim relacijama i problemi sa pažnjom, koji su takođe zastupljeni u značajnijem procentu (Clausen et. al, 2000; Sawyer et al. 2007). Što se tiče internalizujućih problema, saglasno istraživanjima koja su “tragala za dijagnozama”, depresivno raspoloženje i povlačenje su tipičniji problemi, za razliku od somatizacija koje su se pokazale kao najmanje karakteristične kod ove dece.

Postavljalo se pitanje da li je profil mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu kojim dominiraju eksternalizujući problemi posledica toga što se agresivno i delikventno ponašanje lakše prepoznaju od strane odgajatelja koji su najčešći izvor podataka o deci u istraživanjima, dok su internalizujući problemi potencijalno mnogo teže uočljivi. Primena verzije ovog instrumenta koju popunjavaju adolescenti (Youth Self Report) uz CBCL na kome odgovore daju hranitelji, pokazala je konzistentnost dobijenih podataka po pitanju tipičnog obrasca bihevioralnih problema (Sawyer et al. 2007). Mada se u situacijama kada adolescenti vrše samoprocenu dobijaju niže vrednosti u ukupnoj zastupljenosti problema mentalnog zdravlja, ipak se beleži veće prisustvo problema koje definiše skala eksternalizacije (40%) u odnosu na internalizujuće probleme (22%).

Novi pristupi u konceptualizaciji problema mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu

Poslednjih godina se u literaturi razmatra koliko su problemi mentalnog zdravlja dece u sistemu socijalne zaštite, pa i dece na hraniteljstvu, adekvatno konceptualizovani na gore opisane načine, u terminima agresivnosti, delikventnog ponašanja, depresivnog raspoloženja, problema sa pažnjom, kako ih operacionalizuje i meri CBCL i njemu srodni instrumenti za procenu globalne dečije psihopatologije. Ili kada je u pitanju kategorijalna procena (klinička ili istraživačka) koliko je adekvatno da se kompleksna simptomatologija izražava kao komorbiditet više posebnih mentalnih poremećaja (poremećaj ponašanja, posttraumatski stresni poremećaj-PTSP, ADHD, bipolarni poremećaj raspoloženja i dr.) Sam koncept komorbiditeta je kritikovan kao nedovoljno validan i koherentan opis psihosocijalnog funkcionisanja dece koja su izložena perzistentnim i višestrukim formama zlostavljanja i zanemarivanja. Smatra se da takvo rezonovanje (standardno kliničko) fragmentira poteškoće, ne vodi dovoljno računa o razumevanju njihove prirode i mehanizmima nastanka (van der Kolk, 2005), kao i da na praktičnom planu ne obezbeđuje jasnoću za prevenciju, planiranje tretmana ili za usmeravanje socijalnih radnika i odgajatelja ove dece na koji način da im pruže podršku (van der Kolk, 2005; DeJong, 2010; Tarren-Sweeney, 2014).

Diskrepanca u dominantnom konceptualizovanju problema mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu, kao i druge dece u sistemu socijalne zaštite, postojala je pre svega između onih koji su se na praktičnom nivou bavili decom i njihovim alternativnim porodicama (hraniteljskim ili usvojiteljskim) i istraživača. Za razliku od većine istraživača koji su procenama mentalnog zdravlja pristupali na deskriptivan, fenomenološki način, praktičari su uočena karakteristična "poremećana" ponašanja dece u alternativnim porodicama nastojali da razumeju fokusirajući se na njihovo poreklo, mehanizme nastanka i puteve razrešenja. U tome su se dominantno oslanjali na osnovne koncepte teorije afektivne vezanosti. Izazovna ponašanja poput izražene agresivnosti prema zamenskim odgajateljima, sklonosti ka laganju i krađi, borbe za kontrolu, siromašnog kontakta očima i preokupacijom nasilnim sadržajima, su posmatrali u kontekstu istorije detetovih nepovoljnih iskustva sa roditeljskim figurama, zlostavljanja i zanemarivanja koji vode nesigurnim, najčešće dezorganizovanim obrascima vezanosti, a zatim razvoju tzv. kontrolišućih strategija kojima dete nastoji da svoju sigurnost i

opstanak obezbedi tako što će odgajatelja držati na distanci, kontrolisati njegovo ponašanje i sprečiti ga da obavlja svoju (zastrašujuću) ulogu (Howe, 2003). Slično praktičarima u oblasti socijalnog rada, terapeuti specijalizovani da pruže pomoć usvojiteljskim i hraniteljskim porodicama su često delovali iz perspektive teorije afektivne vezanosti, označavajući opisano ponašanje dece “poremećajima afektivne vezanosti” (Barth, Crea, John, Thoburn & Quinton, 2005; Howe, 2006).

Poremećaji afektivne vezanosti

U opisivanju i definisanju poremećaja i smetnji afektivne vezanosti doprinele su brojne studije institucionalizovane dece koje su poticale iz različitih vremenskih perioda. Od ranih, deskriptivnih studija iz 40-tih godina (Bowlby, 1944; Spitz & Wolf, 1946; Levy, 1947) koje su istakle ključnu ulogu emocionalno dostupnog odgajatelja za detetov razvoj i mentalno zdravlje i bile inspiracija za uobličavanje osnovnih ideja teorije afektivne vezanosti (John Bowlby, 1969, 1973, 1980, prema Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth & Ziv, 2006; Bowlby, 1982, 1988) preko studija u kojima su opisana dva fenotipa smetnji afektivne vezanosti kod dece (Tizard i Rees, 1975, prema O`Conor, Brendenkamp & Rutter, 1999), do novijih koje se tiču proučavanja grupe dece koja su prve godine života provela u ekstremno deprivirajućim rumunskim institucijama (tokom `80-tih i `90-tih godina), a zatim su usvojena od strane porodica iz Velike Britanije (O`Conor et. al., 1999; Rutter, Anderson-Wood, Beckett & Brendenkamp, 1999; Rutter et al, 2007; Kumsta et al., 2015). Oslanjajući se na njihove nalaze ovaj poremećaj je najpre definisan kao neuspeh deteta da ispolji selektivnu afektivnu vezanost, uz pretpostavku da odsustvo stalnog odgajatelja predstavlja centralni etiološki faktor, što jeste karakteristika institucionalnih uslova odrastanja.

Aktuelne klasifikacije mentalnih poremećaja (DSM-V; ICD-10) prepoznaju dve posebne kategorije poremećaja afektivnog vezivanja, koje se međusobno razlikuju ne samo po fenotipskim karakteristikama, već i po korelatima, toku, psihijatrijskom komorbiditetu i odgovoru na pružene intervencije. Osnovne karakteristike *reaktivnog poremećaja afektivne vezanosti* (Reactive Attachment Disorder, RAD) čine odsustvo fokusiranog ponašanja afektivne vezanosti usmerenog ka preferiranom odgajatelju - neuspeh deteta da traži i odgovori na utehu kada je pod stresom, snižena socijalna i emocionalna razmena i uzajamnost, poremećaj u emocionalnoj regulaciji (manjak

pozitivnog afekta, neobjašnjiv strah, iritabilnost). *Dezinhibirani poremećaj afektivne vezanosti* (Disinhibited Attachment Disorder, DAD prema ICD-10 i DSM-IV; ili Disinhibited Social Engagement Disorder, DSED, prema DSM-V) karakterišu neadekvatan pristup nepoznatim odraslima, nedostatak straha od stranaca, traženje pažnje i ulaženje u previše blisku interakciju sa nepoznatima (što se doživljava kao intruzivnost), kao i spremnost da se ode sa njima (Zeanah & Gleason, 2015). Poremećaji afektivne vezanosti predstavljaju najmanje istražene dijagnostičke kategorije, ali i jedine kod kojih se dijagnostika ne zasniva samo na opservaciji simptoma, već podrazumeva jasno evidentiranje istorije “patološke brige” na ranom uzrastu deteta. Kada je u pitanju etiologija ovih poremećaja, aktuelno postoji konsenzus da nastaju kao posledica neadekvatnog odgajateljskog okruženja čija je suštinska karakteristika ozbiljno socijalno i emocionalno zanemarivanje, međutim još uvek nije jasno koje to specifičnosti neadekvatne brige ili druge individualne vulnerabilnosti vode ka različitim fenotipskim ispoljavanjima. U prilog da se RAD i DAD (DSED) tretiraju kao dva posebna poremećaja, govori njihov tok. Naime, nizom istraživanja je ustanovljeno da kada se dete smesti u brižno i suportativno porodično okruženje, simptomi inhibiranog reaktivnog poremećaja vezivanja se u većini slučajeva značajno smanjuju ili nestaju i deca u odnosu na svoje primarne odgajatelje počinju da ispoljavaju ponašanja afektivne vezanosti. Sa druge strane, simptomi dezinhibiranog poremećaja afektivne vezanosti pokazuju stabilnost tokom vremena, bez obzira na kvalitet brige u alternativnoj porodici (hraniteljskoj ili usvojiteljskoj) i na to što su sa novim odgajateljima uspostavljene selektivne afektivne veze (Jonkman et al., 2014; Kumsta et al., 2015).

Poremećaji afektivne vezanosti se ne odnose samo na decu sa institucionalnim iskustvom, već su proučavani i u grupi zlostavljane i zanemarene dece (Zeanah et al., 2004; Hanson & Spratt, 2000; Kay & Green, 2012). Međutim, kod ove dece uočene ozbiljne smetnje afektivne vezanosti nisu mogle biti shvaćene kao posledica odsustva figure prema kojoj će se ponašanje afektivne vezanosti usmeriti, pa i razviti selektivna afektivna vezanost. U ovom slučaju poremećaj afektivne vezanosti se posmatra kao neuspeh da se razviju i organizuju ponašanja afektivne vezanosti koja će postići svoj cilj, a to je obezbeđivanje brige i zaštite od strane odraslog i prevladavanje negativnog emocionalnog stanja (Howe, 2003). Time se koncept poremećaja afektivne vezanosti kao kliničkog entiteta približava konceptu dezorganizovane afektivne vezanosti koji potiče iz razvojne psihopatologije (Main & Solomon, 1990) i ne smatra se

poremećajem, već maladaptivnim obrascem, riziko faktorom za potencijalni razvoj psihopatologije tokom detinjstva i odrastanja. U literaturi zapravo vlada konceptualna nejasnoća i otvoreno pitanje kakva je veza između nesigurnog/dezorganizovanog obrasca afektivne vezanosti i poremećaja afektivne vezanosti, odnosno u kojoj tački maladaptivni obrazac afektivne vezanosti postaje poremećaj (DeJong, 2010). Dok poremećaj afektivne vezanosti implicira pervazivnu smetnju, klasifikacija dezorganizovane afektivne vezanosti se pre poima kao relativno kratkotrajna i kontekst specifična smetnja (O'Connor & Zeanah, 2003). Dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti se kod dece ranog uzrasta opservira tokom kratkog vremenskog perioda, nakon koga se uočava tendencija da se ponašanja afektivne vezanosti sve više organizuju, ali često u pravcu razvoja kontrolišućih strategija (Shemmings & Shemmings, 2011). Ove strategije se ogledaju u potrebi da se kontrolišu drugi (posebno odrasli u ulozi odgajatelja) i to putem *neprijateljskog, kažnjavajućeg, fizički i verbalno agresivnog ponašanja*, ili pak kroz formu *brižnog, preterano učtivog i pomažućeg ponašanja* prema odgajatelju (Lyons-Ruth, Melnick, Bronfman, Sherry & Llans, 2003). Isto tako, dete ima potrebu da konstantno nedgleda neposredno okruženje (posebno izraz lica i raspoloženje odgajatelja), uz oslanjanje isključivo na sebe u obezbeđivanju sigurnosti, a budući da je reč o pracijalnim, krhkim strategijama za prevladavanje negativnih emocionalnih stanja, one u situacijama stresa brzo dožive slom, pa tako dete ostaje u stanju visoke emotivne disregulacije, još više zaplašeno, besno ili tužno (Howe, 2006).

U pokušaju da se pomire klinička i razvojna perspektiva u razmatranju smetnji afektivne vezanosti više autora nudi alternativne definicije i klasifikacije. Tako Boris i Zeanah (1999) sugerišu da se konceptualizuje spektar smetnji, na čijem jednom kraju će biti sigurna afektivna vezanost, zatim idu nesigurni obrasci (izbegavajući i ambivalentni), dezorganizacija, pa poremećaj sigurne baze i na kraju kontinuuma poremećaj odsustva afektivne vezanosti. Takođe predlaže se i alternativna klasifikacija koja se sastoji od tri osnovna poremećaja (Zeanah, 1996): nepovezanost (eng. nonattachment), poremećena afektivna vezanost i (eng. disordered attachment) i prekinuta afektivna vezanost (eng. disrupted attachment). *Nepovezanost ili nedostatak afektivne vezanosti* je poremećaj koji opisuje decu koja ne ispoljavaju preferenciju ni prema kome i obuhvataju dva tipa: emocionalno povučeni i socijalno nediskriminativni subtip (odgovara deskripcijama ovog poremećajima u zvaničnim klasifikacijama). *Poremećena afektivna vezanost* je sa jedne strane smetnja da se odgajatelj koristi kao

sigurna baza iz koje može da se istražuje svet i kao sigurno utočište u vreme opasnosti. Specifičnost ovog poremećaja je da je simptomatsko ponašanje relaciono specifično i ograničeno na konkretnu relaciju, a ne na različite socijalne kontekste. U okviru ove kategorije razlikuju se inhibirana forma (deca koja su jako “lepljiva” i inhibirana u istraživačkom ponašanju), poremećaj sa samopovređivanjem (dete koje se udaljava od odgajatelja, ispoljava rizična, nesmotrena i opasna ponašanja), poremećaj sa obrtanjem uloga (dete na razvojno neodgovarajući način ispoljava brigu o emotivnoj dobrobiti odgajatelja ili kontroliše njegovo ponašanje kroz kažnjavanje i agresivnost). Poslednja kategorija je *prekinuta afektivna vezanost* i odnosi se na proces tugovanja kod malog deteta u okolnostima gubitka primarne figure afektivne vezanosti. Navedenim klasifikacijama autori su nastojali da koncept poremećaja afektivne vezanosti prošire kao validan opis emocionalnih i bihevioralnih problema i van uske grupe ozbiljno zanemarene institucionalizovane dece, obuhvatajući i svu drugu decu koja imaju rana nepovoljna relaciona iskustva i samim tim povrede afektivne vezanosti koje rezultiraju sniženim adaptivnim kapacitetima za prevladavanje stresnih situacija, doživljajem nesigurnosti i nepoverenja u bliske relacije i svet koji ih okružuje.

Procene poremećaja afektivne vezanosti kod dece na hraniteljstvu

Relativno mali broj istraživanja se bavio ovom tematikom. Retrospektivnim intervjuom sa kliničarima u vezi simptoma poremećaja afektivne vezanosti kod zlostavljane dece predškolskog uzrasta, u vreme kada su smeštana u hraniteljske porodice, utvrđeno je da više od trećine dece (38-40%) ispunjava kriterijume za postavljanje dijagnoze, pri čemu je zastupljenija inhibirana forma, od dezinhibirane, a određeni broj dece (17%) je ispoljavao simptome oba tipa poremećaja (Zeanah et al., 2004). I u studiji novijeg datuma (Jonkman et. al, 2014) dobijeni su isti podaci o prevalenci (kod oko jedne trećine dece predškolskog uzrasta su ispunjeni kriterijumi za dijagnostikovanje poremećaja afektivne vezanosti), s tim da je 8.7% dece manifestovao inhibirane, 15.1% dezinhibirane simptome, dok su kod 9.5% dece uočeni mešani simptomi. Razlike u fenotipskom ispoljavanju nisu uočene u odnosu na formu “patološke brige” (fizičko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje i/ili zanemarivanje), ali se pokazalo da je dezinhibirani poremećaj afektivne vezanosti češći među decom koja su više fizički zlostavljana, da su njegovi simptomi povezani sa ekternalizujućim i

internalizujućim problemima, te da imaju tendenciju da traju bez obzira na poboljšanje kvaliteta brige smeštajem u hraniteljsku porodicu. Sa druge strane, simptomi inhibiranog poremećaja afektivne vezanosti su ublaženi tokom vremena provedenog u alternativnom staranju. Na uzorku starije dece, od 6 do 12 godina, putem dijagnostičkog intervjua dobijeni su podaci da je dijagnoza poremećaja afektivne vezanosti prisutna kod 19.4% dece, od čega je 58% imalo komorbidni poremećaj sa poremećajima ponašanja, emocionalnim poremećajima ili ADHD, generalno potvrđujući opšte prevlađujući stav da decu na hraniteljstvu karakteriše kompleksna simptomatologija (Lehmann et al., 2013).

Po ugledu na višedimenzionalne skrining instrumente za procenu globalne psihopatologije Tarren-Sweeney (2007) je konstruisao instrument sa ciljem da se obuhvate teškoće koje se u stručnoj literaturi i kliničkim krugovima smatraju specifičnim za populaciju dece u socijalnoj zaštiti, pa i dece na hraniteljstvu. Autor je na osnovu analize velikog broja kliničkih izveštaja uočio da su psihijatri i psiholozi zaposleni u specijalizovanim mentalno-zdravstvenim ustanovama, centrima za socijalni rad ili agencijama za hraniteljstvo, kod značajnog broja dece izveštavali o prisustvu problema ili poremećaja afektivne vezanosti, kao i o disocijativnim i anksioznim načinima reagovanja koji su u vezi sa traumatskim iskustvom, pri čemu ovi problemi nisu bili obuhvaćeni standardnim merama. Pored navedenih, od kliničara su opisana i druga simptomatska ponašanja kod dece u zaštiti, koja ne ukazuju na posebnu dijagnozu već zahtevaju kontekstualno razumevanje, poput abnormalnih obrazaca ishrane (čuvanje, skladištenje i krađa hrane često bez namere da se i pojede; patološka proždrljivost koja nije praćena povećanjem telesne težine; jedenje nejestivog), atipičnog odgovora na bol (ne pokazivanje boli kada se povredi) i uzrasno neodgovarajućeg seksualnog ponašanja (sa elementima prisile). Mada etiologija ovih smetnji još uvek nije razjašnjena preporuka je da ih je potrebno sagledati u celini sa globalnim poremećajem u psihosocijalnom funkcionisanju i u kontekstu neadekvatne brige, traumatskih relacionih iskustava i povreda afektivne vezanosti (Tarren-Sweeney, 2006; Tarren-Sweeney, 2008b; Tarren-Sweeney, 2010a).

Primena instrumenta koji operacionalizuje i meri navedene smetnje, nazvanog Assessment Checklist for Children (ACC), na reprezentativnom uzorku dece uzrasta od 4 do 11 godina u srodničkim i nesrodničkim hraniteljskim porodicama u Australiji je pokazala da više od polovine dečaka i devojčica ima klinički značajne probleme

mentalnog zdravlja. Posebno su pogođena deca koja su na starijem uzrastu ušla u hraniteljske porodice. Njihovi problemi su se ispoljili kao kompleksni i uključuju poteškoće afektivne vezanosti udružene sa anksioznim simptomima u vezi traume, nesigurnošću u relacijama, uzrasno neodgovarajućim seksualnim ponašanjima, poremećajima ponašanja i hiperkinetičkim simptomima, kao i sa sklonošću ka samopovređivanju i skladištenju i sakrivanju hrane (Tarren-Sweeney & Hazel, 2006).

Od komorbiditeta do integrisanog razumevanja kompleksne simptomatologije

U kliničkim i istraživačkim okvirima uočena je tendencija da se u skladu sa aktuelnim, fenomenološki zasnovanim klasifikacionim sistemima, kompleksna simptomatologija dece na hraniteljstvu prikaže kao komorbiditet više posebnih poremećaja. Poslednjih godina se na osnovu narastajućih saznanja iz oblasti neurobiologije, genetike i razvojne psihopatologije, kao alternativa zauzima pristup koji integriše biopsihosocijalne perspektive u razumevanju pervazivnih i složenih problema mentalnog zdravlja dece koja su izložena neadekvatnog brizi tokom perioda ranog razvoja. U kliničkom setingu to podrazumeva pomeranje od klasifikovanja i procene ozbiljnosti problema mentalnog zdravlja ka boljem razumevanju bioloških, psiholoških i socijalnih mehanizama i razvojnih puteva koji su odgovorni za njihov nastanak. Preme tome, za proces dijagnostikovanja i planiranja tretmana je ključno da se sagledaju detetova relacionala (posebno traumatska) iskustva pre ulaska u hraniteljsku porodicu, kao i sa novim odgajateljima, te da se razume kako takva iskustva oblikuju njegov razvoj i psihopatološka ispoljavanja. Isto tako, važno je da se usvoji šira, ekološka perspektiva (Bronfenbrenner & Moris, 1998; Belsky, 1993) koja će na integrisani način ponuditi razumevanje svih drugih faktora i procesa (individualnih, porodičnih, sredinskih, kulturnih) koji u međusobnoj interakciji ostvaruju uticaj na psihosocijalni razvoj deteta.

U oblasti koja integriše perspektivu teorije afektivne vezanosti i traumatskog stresa, kompleksna simptomatologija dece na hraniteljstvu se sagledava kroz kompleksnost njihovih nepovoljnih iskustava. Zlostavljanje, zanemarivanje, deprivacija, institucionalno iskustvo, višestruke promene odgajatelja i okruženja i dr., označavaju se terminom *kompleksna trauma* (National Child Traumatic Stress Network, NCTSN,

SAD; Cook et al., 2005; van der Kolk, 2005) ili *relaciona trauma* (Schoore, 2001b). Za razliku od pojedinačnog traumatskog događaja koji predstavlja pretnju za život, zdravlje ili psihofizički integritet osobe (poput prirodnih katastrofa, nesreća, rata, napada ili nasilja od strane nepoznate osobe i dr.), ova vrsta traume opisuje iskustvo multiplog i/ili hroničnog i prolongiranog traumatskog događaja. Njegova priroda je interpersonalna, proističe iz neposrednog socijalnog okruženja deteta, najčešće relacije sa primarnim odgajateljima, kada oni umesto da štite i neguje dete doprinoseći tako da razvije osećaj sigurnosti i kapacitet za nošenje sa stresom, čine upravo suprotno, ponavljajno ga fizički i/ili emocionalno povređuju. Schoore (2001b) o kompleksnoj, relacionoj traumi govori kao i o “ambijentnoj”, ona predstavlja spoljašnji kontekst koji nepovoljno utiče na razvoj unutarpsihičkih struktura nužnih za detetovo optimalno funkcionisanje i prilagođavanje. Karakteriše je najčešće početak u periodu ranog detinjstva (čak i prenatalno), a s obzirom da se javlja u kontekstu detetovih relacija sa odgajateljem, remeti razvoj sigurnih afektivnih veza, a zatim i mnoge aspekte zdravog fizičkog i mentalnog razvoja, sa dugoročnim posledicama.

Na unutrašnjem, neurofiziološkom planu devastirajući efekti nepovoljnih uslova tokom perioda ranog razvoja (zlostavljanje i zanemarivanje, ekstremno siromaštvo, porodično nasilje, zloupotreba supstanci i problemi mentalnog zdravlja roditelja) objašnjavaju se i pomoću koncepta *toksičnog stresa*. On se definiše kao ekstremna, učestala i produžena reakcija organizma na delovanje stresora koji prevazilazi sposobnost prevladavanja, posebno u odsustvu suportativnog odraslog koji bi ublažio njegovo dejstvo (Johnson, Riley, Garner & Riis, 2013), a što izaziva seriju bioloških adaptacija koje menjaju funkcionisanje mozga, imunološkog sistema i neuroendokrinog odgovora na stres. Koncept je nastao u oblasti pedijatrije (Jack P. Shonkoff, Center on the Developing Child, Harvard University) i doprineo je da se sagledaju sredinski uticaji za razvoj mnogih fizičkih bolesti koje nastaju kasnije tokom života, poput kardiovasularnih, plućnih, kancera, autoimunih obolenja, kao i psihičkih poremećaja (Shonkoff, & Garner, 2012).

Sumirajući rezultate velikog broja istraživanja koja su se bavila efektima zlostavljanja i zanemarivanja na razvoj i mentalno zdravlje dece, Nacionalna mreža za traumatski stres (National Child Traumatic Stress Network, NCTSN, SAD) je dala pregled 7 domena dečijeg razvoja koji su pogođeni kompleksnom traumatizacijom (Cook et al., 2005):

- *afektivna vezanost i odnosi sa drugima* – u situacijama kada je odnos sa odgajateljem izvor traume za dete, kao u slučaju zanemarivanja i zlostavljanja, formiranje sigurnih (razvojno podsticajnih) afektivnih veza je onemogućeno, što vodi razvoju maladaptivnih kapaciteta za nošenje sa stresom, problema u regulaciji negativnih emocionalnih stanja i formiranja negativnih unutrašnjih reprezentacija sebe, drugih i bliskih relacija; tokom odrastanja javljaju se problemi sa izražavanjem i kontrolom emocija i ponašanja i interpersonalne teškoće (prijateljske, partnerske, sa autoritetom); deca mogu biti jako nepoverljiva i sumnjičava, osećati se socijalno izolovanom, imati poteškoće sa zauzimanjem perspektive drugog, u razumevanju tuđih emocionalnih stanja i korišćenju drugih kao izvora podrške.

- *fizički razvoj* – odrastanje u stalnom strahu menja funkcionisanje imunološkog sistema i sistema biološkog odgovora na stres, kao što narušava razvoj mozga u punom kapacitetu; deca sa kompleksnom traumom mogu imati probleme u senzomotornom razvoju, sa koordinacijom, ravnotežom i tonusom, hroničnim fizičkim tegobama, senzornom disregulacijom (hipersenzitivnost na zvuke, mirise, dodire ili svetlo, analgezija, anestezija, ili hronični bol u različitim delovima tela bez fizičke osnove).

- *regulacija emocija* – poteškoće u prepoznavanju, izražavanju, razumevanju emocija i imenovanju emocionalnih stanja, kao i u saopštavanju svojih želja i potreba; to vodi nepredvidivim i snažnim emocionalnim reakcijama na stres uz poteškoće da se umire, pa postaju lako preplavljeni i na manje izazove sa kojima se suočavaju.

- *disocijacija* – predstavlja odbrambeni mehanizam koji se viđa kod dece sa kompleksnom traumom u situacijama preplavljenosti snažnim emocionalnim stanjima ili kada su suočeni sa podsetnicima traume; deca mogu imati iskustvo izmenjenog stanja svesnosti, amneziju, posebno u vezi sećanja koja su povezana sa traumom, doživljaj depersonalizacije i derealizacije.

- *kontrola ponašanja* – decu sa kompleksnim traumatskim iskustvom može odlikovati loša kontrola impulsa, samodestruktivno ponašanje, agresivnost, patološke forme samoumirivanja, poteškoće spavanja, poremećaji ishrane, zloupotreba supstanci, sklonost ka preteranom povinovanju (poslušnosti) ili prkosu, odigravanje traume kroz igru i poteškoće u razumevanju ili poštovanju pravila.

- *kognicija* - kada dete odrasta u okolnostima stalnog straha i pretnje svi njegovi unutrašnji resursi su usmereni na opstanak i preživljavanje, što ih sprečava da o problemu razmišljaju na smiren, fokusiran način razmatrajući različite alternative; javljaju se poteškoće sa usmeravanjem pažnje i ispunjavanjem zadataka, u planiranju i

anticipaciji, učenju i govoru, razumevanju konzistentnosti objekta, orijentaciji u prostoru i vremenu i akustičnoj i vizuelnoj percepciji i razumevanju.

- *self koncept i orijentacija u budućnosti* – zlostavljanje i zanemarivanje čine da se dete oseća bezvredno i potišteno, oseća stid i krivicu, često kao odbrambeni mehanizam da zapravo prepozna da je roditelj nedostupan i opasan; okruženost nasiljem u detinjstvu utiče na nedostatak poverenja u druge, doživljaj nesigurnosti i nemoći, bespomoćnosti da može da se utiče na promenu okolnosti, pa se budućnost ni ne planira.

Razvojni traumatski poremećaj

Pojedini autori (van der Kolk, 2005) smatraju da se pervazivne i kompleksne razvojne, emocionalne, bihevioralne smetnje koje su uočene kod dece sa iskustvom hronične i višestruke traumatizacije mogu bolje organizovati i objasniti kroz koncept *razvojnog traumatskog poremećaja* (eng. developmental trauma disorder, DTD). U pitanju je predlog novog dijagnostičkog entiteta koji bi ponudio alternativu aktuelnoj kliničkoj praksi opisivanja širokog opsega simptoma traumatizovanog deteta putem multiplih komorbidnih dijagnoza. Kriterijumi za njegovu dijagnostiku pored evidentiranja prisustva kompleksne traume (hroničnog traumatskog događaja) po van der Kolku-u uključuju:

- ponavljane smetnje (afektivne, somatske, bihevioralne, kognitivne, interpersonalne,) kao odgovor na podsetnike traume;
- trajno promenjene atribucije i očekivanja (negativne atribucije selfa, nepoverenje u protektivnog odgajatelja, gubitak očekivanja da će biti zaštićeno od strane drugih, gubitak poverenja u institucije da mogu da zaštite i pruže podršku, nedostatak poverenja u socijalnu pravdu, verovanje u neizbežnost buduće viktimizacije);
- poteškoće u funkcionisanju (edukativne, porodične, sa vršnjacima, problemi sa zakonom i zadržavanjem posla).

Koncept razvojnog trauma poremećaja nije sistemski istražen, niti validiran. Dobio je delimičnu potvrdu u istraživanju koje je obuhvatilo klaster analizu kliničkih skala sa instrumenta ACC i sindrom skala sa CBCL koje odgovaraju DSM klasifikaciji mentalnih poremećaja (tzv. DSM orijentisane skale). Izvedeni tipovi sindrom profila su

pokazali da “30% dece ima normativne poteškoće; 15% povišene subkliničke skorove; oko 35% klinički značajnu psihopatologiju koja se može konceptualizovati kao posebni mentalni poremećaj ili komorbiditet, a preostalih 20% dece kompleksnu simptomatologiju koja se unutar standardnog dijagnostičkog sistema ne može adekvatno konceptualizovati” (Tarren-Sweeney, 2014, str. 41). Međutim, dobijeni kompleksni profili su se od drugih više razlikovali po broju i izraženosti smetnji (gotovo sve ili većina sindrom skala u rangu kliničke značajnosti) nego po nekom prepoznatljivom obrascu. Ovakav nalaz, kako navodi Tarren-Sweeney dovodi u pitanje da se o kompleksnoj simptomatologiji razmišlja kao o posebnom kliničkom fenomenu specifične simptomatologije (posebnoj dijagnozi), već umesto toga sugerise profilski pristup kliničkim formulacijama.

Istraživanja mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu u našoj zemlji

U našoj zemlji je veoma malo istraživanja koja su se bavila procenama mentalnog zdravlja dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama. Jedna od retkih studija (Damnjanović, 2012) pružila je podatak da je ukupna prevalenca problema mentalnog zdravlja kod dece na hraniteljstvu uzrasta od 8 do 18 godina visoka (43,8%), pri čemu dominiraju anksiozni i depresivni poremećaji, u odnosu na eksternalizujuće probleme. U poređenju sa prethodno prezentovanim brojnim nalazima iz drugih zemljama, ne samo da se ispoljio drugačiji obrazac karakterističnih problema, već se ispostavilo da te (samoprocenjene) smetnje nisu značajno prisutnije i izraženije u odnosu na kontrolni uzorak dece iz opšte populacije. Kao posebno vulnerabilna se u ovom istraživanju izdvojila grupa dece na institucionalnom smeštaju, pa je porodični smeštaj sagledan kao oblik socijalne zaštite čija je uloga na mentalno zdravlje protektivna.

Druga istraživanja koja se mogu naći u domaćoj literaturi pružaju podatke koji u ograničenom opsegu opisuju psihosocijalno funkcionisanje ove kategorije dece, jer se odnose samo na adolescente (Jugović, Pejaković i Stevanović, 2013), decu koja po proceni savetnika za hraniteljstvo zahtevaju intenzivnu podršku (Jauković, Borisavljević i Petrović, 2013) ili su dati u agregatnom obliku, zajedno sa podacima dece na rezidencijalnom smeštaju (Žegarac, Burgund i Milanović, 2014).

U istraživanju Centra za prava deteta i Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu (Jugović i sar., 2013) primenjen je ad-hoc upitnik koji su popunjavali hranitelji na osnovu radne definicije autora koja aktuelne probleme u ponašanju i funkcionisanju adolescenata posmatra kroz tri međusobno povezane dimenzije: *problema u psihosomatskom funkcionisanju* (košmarno noćno buđenje, odbijanje deteta da jede, nevoljno noćno mokrenje, nevoljne pokrete lica i tela, tikovi, mucanja), u *psihološkom funkcionisanju* (potišteno i tužno raspoloženje, napadi besa, grickanje noktiju i sisanje prstiju, strah i uplašenost, iskazivanje ljubomore, sklonost ka laganju, otpor prema hraniteljima, preterana snishodljivost prema hraniteljima i preterana nametljivost) i u *socijalnom ponašanju* (krađa, bežanje od kuće, prosjačenje, agresivna i autoagresivna ponašanja, pušenje, zloupotreba supstanci, problemi u školi, prema nastavnicima i vršnjacima). Dobijeni podaci kvalitativne prirode pružaju uvid samo u najzastupljenije smetnje, odnosno neka od najkarakterističnijih ponašanja iz svake od tri dimenzije, za koje se pretpostavlja da ometaju razvoj u punom kapacitetu. U tom smislu, adolescenti na hraniteljstvu iz uzorka od psihosomatskih smetnji opisuju povremeni nevoljni pokreti lica ili tela ili tikovi u značajnijem broju, enureza i poteškoće sa spavanjem, dok su ostali problemi nisko zastupljeni, slično kao u opštoj populaciji dece. Iz grupe označene kao problemi u psihološkom funkcionisanju prednjači sklonost ka laganju (česta kod 12,7%), zatim ljubomora, snishodljivost posebno percipirana kada dete uđe u hraniteljsku porodicu, napadi besa i nametljivost, te potištenost i tuga. Međutim, svi ovi problemi su kod malog broja dece označeni kao učestali da bi se sa sigurnošću moglo govoriti da predstavljaju karakterističan, stabilan maladaptivni obrazac ponašanja. Slično prethodno rečenom, problematika koja je izdvojena kao najučestalija u domenu socijalnog funkcionisanja, po mišljenju autora upućuje na ponašanja koja su istovremeno razvojno očekivana u adolescenciji, poput neredovnog ispunjavanja obaveza i protivljenja da se uključe u aktivnosti u porodici. Mada se beleži podatak da 15% dece ima dijagnozu psihijatrijske bolesti (dvostruko više je dečaka), u radu se ne specifikuje koje dijagnoze su u pitanju. Prema tome, podaci dobijeni navedenim istraživanjem su u ograničenom smislu pomogli u rasvetljavanju mentalno zdravstvenog statusa dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama.

Kvalitativna analiza (putem upitnika i fokus grupa) sprovedena na uzorku dece sa potrebom za intenzivnom podrškom, a pod nadležnošću Centra za porodični smeštaj i usvojenje u Beogradu, akcenat je stavila na teškoće na planu afektivne vezanosti, u vidu nediskriminativnog ponašanja koje dugo traje po izlasku iz institucionalnih uslova,

izbegavajuće i dezorganizovane vezanosti. Navedeni su i drugi emocionalni problemi (nagle promene raspoloženja, intenzivni strahovi, depresivnost), problemi u kontroli ponašanja (impulsivnost, agresivna i autoagresivna ponašanja), enureza i enkopreza, kao i psihijatrijske dijagnoze (pervazivni razvojni poremećaj, psihoza, teži oblik depresije, pokušaj suicida, sukobljavanje sa zakonom, poremećaji ponašanja) koje zahtevaju redovan klinički monitoring i povremenu hospitalizaciju (Jauković i sar., 2013).

Istraživanje na reprezentativnom uzorku dece na smeštaju (institucionalnom i porodičnom), uzrasta od 1 do 17 godina, koje je sproveo Centar za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu Fakulteta političkih nauka u Beogradu, pružilo je između ostalog i podatke o njihovim problemima u ponašanju i emocionalnom reagovanju, na osnovu analize dosijea korisnika u nadležnim centrima za socijalni rad (izveštaja na početku rada na slučaju). Nalazi studije po mišljenju autora (Žegarac i sar., 2014) svedoče o odsustvu sistemskog praćenja mentalno zdravstvenih teškoća dece na smeštaju i reagovanju na njih. Naime, ispostavilo se da za jednu trećinu dece iz uzorka potpuno izostaju podaci u vezi problema u ponašanju ili emocionalnom reagovanju, kao i o njihovom trajanju. Kada su u pitanju problemi u ponašanju, za polovinu dece iz uzorka se navodi da ih nemaju, dok se oni beleže kod 18,2% dece najčešće u vidu skitnje, bežanja od kuće i iz škole, laganja, napada besa i agresivnog ponašanja prema vršnjacima. Slična situacija je i sa emocionalnim problemima: za 40% dece je označeno da ih nema, za trećinu dece izostaju zabeleške o ovom domenu funkcionisanja, a kada su smetnje registrovane ispoljavaju se najčešće kao impulsivnost, enureza, povlačenje od drugih, napetost, strahovi i neraspoloženje. Još drastičniji nedostatak podataka u izveštajima voditelja slučaja je uočen u vezi sa verifikovanim psihijatrijskim dijagnozama. Za skoro dve trećine dece (61%) na samom početku rada sa detetom i porodicom u centru za socijalni rad, izostaju podaci o postojanju ili nepostojanju psihijatrijskih poremećaja. Kod ukupno 5,5% dece iz uzorka je utvrđena jedna ili više psihijatrijskih dijagnoza. U pitanju su hiperaktivni poremećaj (1,4%), a zatim poremećaji pažnje, ponašanja, raspoloženja, navika i autizam, koji su svi prisutni kod malog broja dece (u po 0.6% slučajeva). Autori posebno komentarišu da ni kod jednog deteta iz uzorka nije dijagnostikovano PTSD ili anksiozni poremećaj. Ovom zapažanju se može pridružiti komentar da se ni druge smetnje koje su u vezi sa traumom i neadekvatnom roditeljskom brigom, poput disocijativnog poremećaja ili poremećaja afektivne vezanosti, gotovo uopšte ne dijagnostikuju od strane relativnih stručnjaka za mentalno zdravlje (dečijih psihijatara i kliničkih psihologa), kada su u pitanju deca na

alternativnom staranju. Vid rezonovanja i razumevanja emocionalnih i bihevioralnih smetnji dece u terminima poteškoća afektivne vezanosti, u našoj zemlji bliži je stručnjacima iz oblasti socijalne zaštite, posebno onih koji su specijalizovani za rad sa hraniteljskim i usvojiteljskim porodicama.

Faktori vulnerabilnosti i rezilijentnosti mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu

Brojni faktori koji pripadaju detetu, roditeljima, porodici (biološkoj ili zamenskoj) i širem socijalnom okruženju se dovode u vezu sa visokim rizikom za nastanak problema mentalnog zdravlja kod dece na hraniteljstvu (Rutter, 2000; Garwood & Close, 2001; Harden, 2004; Healey & Fisher, 2011). Smatra se da faktori različitog novoa, individualnog, relacionog i kontekstualnog, uključujući i one koji pripadaju sistemu socijalne zaštite, interaktuju tokom vremena na različitim razvojnim stadijumima deteta, oblikujući razvojne ishode i detetove adaptivne kapacitete. Pearce i Pezzot-Pearce (2001) kao eksplanatorni okvir uvode adaptaciju multifaktorskog transakcionog modela razvojne psihopatologije Cicchetti-a & Rizlley-a (1982, prema Pearce & Pezzot-Pearce, 2001) u okviru koga se različite poteškoće dece na hraniteljstvu mogu pripisati interaktivnom delovanju četiri osnovne grupe faktora, kako je to prikazano figurom 1. Umesto konceptualizacije koja je usmerena na pojedinačnu varijablu i njen (linearan) uticaj na razvoj, model postulira višestruke puteve koji vode adaptivnim ili maladaptivnim razvojnim posledicama, u zavisnosti od dinamičke transakcije individualne vulnerabilnosti, neadekvatne roditeljske brige i drugih okolnosti koje utiču na odluku da se dete zbrine u hraniteljskoj porodici, a zatim i iskustva samog porodičnog smeštaja.

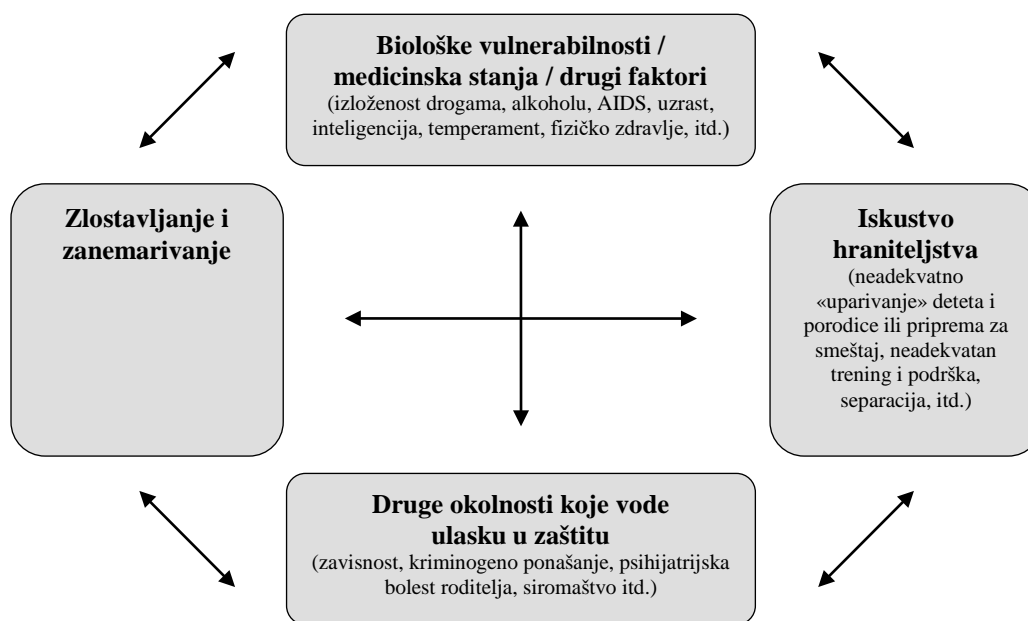


Figura 1. *Transakcioni model potencijalnih patogenih faktora koji interaktuju jedan sa drugim tokom hraniteljskog smeštaja* (prema Pearce & Pezzot-Pearce, 2001, p.23)

Neadekvatna roditeljska briga predstavlja objedinjujuće iskustvo dece na hraniteljstvu i najčešći razlog za njihovo izdvajanje iz biološke porodice, pa tako i empirijska istraživanja dokumentuju visoku zastupljenost zanemarivanja, čak do 80% (Milan & Pinderhughes, 2000; Minnis, Everett, Pelosi, Dunn & Knapp, 2006; Tarren-Sweenwy & Hazell, 2006; Bovenschen et al., 2016), kao i različitih formi zlostavljanja: fizičkog (66% prema Milan & Pinderhughes, 2000) emocionalnog (86% prema Bovensen et al., 2016) i seksualnog (25% prema Minnis et al., 2000; Allen, Combs-Orme, McCarter & Grossman, 2000). Pri tome, najveći broj dece po pravilu ima iskustvo izloženosti višestrukim formama nedekvatnog staranja od strane roditelja. U izvesnom smislu izuzetak čine deca napuštena po rođenju i odmah zbrinuta u hraniteljske porodice, međutim i u navedenim okolnostima njihov razvoj može biti pogođen roditeljskim ponašanjem i stilom života, poput zloupotrebe psihoaktivnih supstanci tokom trudnoće (Dozier & Rutter, 2008), lošom prenatalnom zdravstvenom negom, nekvalitetnom ishranom i sl., oblikujući na taj način i individualne vulnerabilnosti deteta za nastanak problema mentalnog zdravlja. Poznato je da prenatalna izloženost drogama i alkoholu može da predisponira dete za nastanak

neurobihejvioralnih i psihomotornih smetnji na ranom uzrastu (Chasnoff, Burns & Schnoll, 1986; Azuma & Chasnoff, 1993; Rendall, 2001; Wouldes, LaGasse, Sheridan & Lester, 2004) i za pojavu emocionalnih problema i problema u ponašanju kasnije tokom razvoja (Sood et al., 2001). Dodatno, deca čiji roditelji pate od nekog mentalnog poremećaja mogu imati i genetsku predisponiranost koja povećava rizik da se tokom detinjstva, adolescencije ili u odraslom dobu ispolji određena psihopatološka smetnja (Manning & Gregoine, 2006). Brojni dokazi o štetnom uticaju traume na razvoj mozga tokom perioda ranog detinjstva, potvrđuju da zlostavljanje i zanemarivanje vode ne samo socioemocionalnoj već i neurobiološkoj vulnerabilnosti koja utiče na njihovu sposobnost da postignu zadovoljavajuće funkcionisanje u porodici, školi i vršnjačkoj grupi. Poređenja dece na hraniteljstvu sa decom istog uzrasta i socioekonomskog statusa, ali koja nisu imala iskustvo zlostavljanja ili zanemarivanja, pokazala su da deca na hraniteljstvu imaju niz razvojnih zastoja i deficita, na planu fizičkog rasta (niži rast, manji obim glave), ali i neurokognitivnog i afektivnog funkcionisanja. Evidentirano je da ih karakterišu niža postinuća na testovima inteligencije, skromnije jezičke sposobnosti i veštine čitanja i memorisanja i lošija obrada vizuelno-spacijalnih informacija (Pears & Fisher, 2005a), zatim deficit u emocionalnom razumevanju i teoriji uma (Pears & Fisher, 2005b) u smislu narušene sposobnosti da se razumeju sopstvene želje, namere i perspektive, kao i perspektive drugih ljudi.

Studije koje su se bavile ispitivanjem efekata izloženosti relacionom traumatskom iskustvu (maltretiranju ili porodičnom nasilju) na razvoj mozga dece ranog uzrastu, govore u prilog fizioloških promena koje se javljaju na neurotransmerskom ili hormonalnom nivou. Jedna promena se tiče funkcionisanja neuroendokrinog sistema u situacijama stresa, a posebno ose hipotalamus-hipofiza-adrenalin. Zlostavljanje i zanemarivanje vode preteranom lučenju kortizola, hormona stresa, koji zatim remeti razvoj moždanih struktura (nervnih ćelija, volumena intrakranijalnog i cerebralnog mozga, korpus kolosuma i dr.), a time i razvoj mentalnih sposobnosti i doživljaja identiteta (Kagan, 2004). Odrastanje u okolnostima hroničnog stresa, odnosno u stanju stalne neuroendokrine pobuđenosti, za posledicu ima umanjenu mogućnost dece da se fokusiraju, uče i rešavaju probleme i upravljaju svojim emocijama i ponašanjem. Smatra se da decu sa iskustvom kompleksne traumatizacije odlikuju promene i u regijama prefrontalnog korteksta koje su povezane sa egzekutivnom funkcijom, pa deficit ove funkcije vodi impulsivnom ponašanju i teškoćama u donošenju odluka (Leve et al., 2012).

Neadekvatna roditeljska briga se po pravilu ne javlja izolovano, već je povezana sa nizom drugih psihosocijalnih faktora rizika, poput siromaštva, istorije porodičnog i partnerskog nasilja, sklonosti ka kriminogenom ponašanju, niskim edukativnim nivoom i različitim disfunkcionalnostima na planu ličnosti roditelja (mentalne bolesti, zavisnosti, intelektualna ometenost) i na nivou porodice (porodični konflikti, bračni problemi), ali i sa odsustvom podrške i adekvatnog pristupa institucijama sistema koje pružaju zdravstvene, obrazovne i socijalne usluge. Što je veći broj i ozbiljnost navedenih faktora u detetovom životu, veća je verovatnoća da će se ispoljiti teškoća na emocionalnom planu ili na planu ponašanja (Garmezy, 1991; Rutter, 2000).

Pored okolnosti koje prethode smeštaju i separacija od biološke porodice može uticati na detetovu dobrobit. Dete se ne odvaja samo od roditelja, kao primarnih figura vezanosti, već često i od sibringa, članova šire biološke porodice, prijatelja i komšiluka, odnosno od svega što mu je blisko i poznato. Kao posledica toga javlja se akutni doživljaj gubitka, praćen različitim kratkoročnim i dugoročnim emocionalnim reakcijama poput straha, nesigurnosti, neizvesnosti, bespomoćnosti, besa, osećanja odbačenosti, krivice, napuštanja ili stida (Folman, 1998). I deca na najranijem uzrastu, kod kojih se još uvek nije uspostavila selektivna afektivna vezanost, separaciju doživljavaju kao stres koji vodi disregulaciji i nesigurnosti, zbog promena u ritmu, aktivnostima, vizuelnim, slušnim i taktilnim stimulusima koji se razlikuju u dva domaćinstva (Dozier & Rutter, 2008). Na nešto starijem uzrastu, kada su afektivne veze uspostavljene, odvajanje od bioloških roditelja može da vodi gubitku poverenja u odgajatelja i poteškoćama u uspostavljanju drugih interpersonalnih relacija, poput relacija sa hraniteljima zbog straha od novog odbacivanja. Dodatno, deca mogu okrivljavati sebe zbog raspada porodice ili svoja osećanja u vezi bioloških roditelja (besa, izneverenosti, nepoverenja) projektovati na hranitelje, remeteći uspostavljanje emotivnih veza sa novim odgajateljima, kao bazom podrške za svoj dalji razvoji (Kerker & Dore, 2006). Način na koji će dete reagovati na separaciju zavisi od više faktora: detetovog temperamenta, uzrasta koji određuje kapacitet za nošenje sa stresom, ali i percepcije razloga odvojenosti, kvaliteta odnosa sa biološkim roditeljima, pripreme za odvajanje i smeštaj, dok je za proces prevladavanja doživljenog gubitka i razrešenja procesa tugovanja ključna podrška koju dobija pre svega od svojih novih odgajatelja (Fahlberg, 1991). Ona se sastoji u razumevanju detetovih emocionalnih procesa i načina reagovanja, davanju prilike da se takva osećanja ispolje, pomoć detetu da osmisli i

razume svoje doživljaje i osećanja, kao i obezbeđivanje kontinuiteta prošlih, sadašnjih i budućih porodičnih iskustava.

U pretpostavljenom transakcionom modelu činilaca koji ostvaruju efekte na detetov razvoj i mentalno zdravlje, hraniteljska porodica je sagledana kao važan protektivni faktor, mada su istaknute određene okolnosti kada postoji rizik da njena uloga ne bude nužno kompenzatorna za dete. Neadekvatna procena, selekcija ili izbor hraniteljske porodice za konkretno dete, lošija priprema za smeštaj, kao i odsustvo valjanog treninga za hranitelje i podrške nakon zasnovanog hraniteljstva, navode se kao faktori koji mogu dovesti u pitanje uspešnost smeštaja i pogoršati detetovo psihosocijalno funkcionisanje (Pearce & Pezzot-Pearce, 2001). Propusti u navedenim stručnim procedurama organizovanja hraniteljske zaštite, generalno vode lošijem kvalitetu samih porodica ili umanjivanju sposobnosti hranitelja da na adekvatan način prepoznaju i zadovolje potrebe dece, što rezultira problemima u prilagođavanju nakon zasnovanog smeštaja. Udruženo sa inače umanjanim adaptivnim kapacitetima dece sa iskustvom zlostavljanja ili zanemarivanja, uspostavljanje stabilnih i emotivno bliskih relacija u novoj porodici može biti ozbiljno kompromitovano. Takva okolnost predstavlja stres i frustraciju i za dete i za hranitelje. Sa jedne strane hranitelji mogu imati doživljaj neadekvatnosti u svojoj ulozi, a dete dodatno potvrditi svoje pretpostavke o odraslima u ulozi roditelja - da mu neće pružiti podršku kada je potrebno i da im se ne može verovati. Izazovna (problematična) ponašanja dece koja su u vezi sa njihovim prethodnim nepovoljnim iskustvom u biološkoj porodici podjednako aktivno oblikuju ponašanja hranitelja na način da čak i oni procenjeni kao kompetentni mogu uspostaviti distancu prema detetu i tako pojačati njegov doživljaj odbačenosti i straha od još jednog napuštanja. U ekstremnim okolnostima, deca na smeštaju su zbog svog izazovnog ponašanja pod povećanim rizikom da od hranitelja trpe zlostavljanje ili drugi vid neadekvatnog odgajateljskog ponašanja kojim nastoje da ih disciplinuju (Hobbs, Hobbs & Wynne, 1999), što ima izrazito negativne efekte na njihovu emocionalnu stabilnost i mentalno zdravlje. Imajući u vidu navedene teškoće sa kojima se dete suočava pre, za vreme i nakon smeštaja, kvalitet staranja od strane hranitelja se nameće kao činilac koji ima ključan uticaj na tok adaptacije deteta u porodici i njegovu dalju razvojnu putanju. Ukoliko je hraniteljska porodica suportativna, dobro prepoznaje potrebe deteta i dosledno na njih odgovara, uviđa detetove snage i podstiče ga da "malim koracima" napreduje ka većoj otpornosti u nošenju sa novim i stresnim situacijama, ili da postepeno, u skladu sa sopstvenim tempom, ispunjava razvojne

ciljeve, može se očekivati da će celokupan razvoj deteta ići u produktivnijem pravcu.

Deca na hraniteljstvu po pitanju razvojnih i adaptivnih kapaciteta, kao i statusa mentalnog zdravlja predstavljaju heterogenu populaciju. Značajan broj njih pokazuje zadovoljavajuće psihosocijalno funkcionisanje, uprkos svim rizicima sa kojima se suočavaju tokom perioda ranog detinjstva. To pomera perspektivu od sagledavanja rizika i osetljivosti za nastanak problema mentalnog zdravlja, ka opažanju i identifikovanju njihovih snaga, kompetentnosti, kao i procesa i mehanizama koji doprinose prevladavanju nedaća, uspešnom prilagođavanju i savladavanju različitih razvojnih zadataka. Mada su istraživanja rezilijentnosti kod dece na hraniteljstvu malobrojna, studije na zlostavljanoj i zanemarenoj deci su izvojile nekoliko karakteristika deteta i njegovog okruženja koje mogu kompenzovati visoko rizičnu situaciju, vodeći ka pozitivnim ishodima. Ti protektivni faktori su detetov visok IQ, lak temperament, dobro fizičko zdravlje, kao i bliske relacije bar sa jednim (kompetentnim) roditeljem, angažovanje, uspeh i pozitivna iskustva u školi, kao i podrška izvan porodice od konkretne, važne odrasle osobe (na pr. od mentora, trenera, učitelja i sl.) ili od zajednice (Masten, Best & Garmezy, 1990).

Iz perspektive teorije afektivne vezanosti i teorije rezilijentnosti, kada su u pitanju deca na hraniteljstvu kvalitet relacije koji se formira sa novim odgajateljem predstavlja kontekst koji detetu može pružiti podsticaj u jačanju kapaciteta za prevladavanje budućih izazova, sa kojima se bude suočavao tokom odrastanja, pa i u odrasloj dobi (Atwool, 2006, Schofield & Beek, 2005a). U organizovanju hraniteljske zaštite i radu sa hraniteljskim porodicama i decom, poslednjih godina se sve više primenjuju saznanja koje nude ove teorije, kao okvira za razumevanje razvoja dece, procesa koji se dešavaju prilikom tranzicije deteta iz jedne porodice u drugu (iz biološke u hraniteljsku; iz hraniteljske u usvojiteljsku) i planiranje intervencija usmerenih na jačanje kvaliteta brige i podršku uspostavljanju optimalne (sigurnije) relacije odgajatelj-dete (Walker, 2008; Barth et al. 2005; Haight, Kagle & Black, 2003, McMillen, 1992; Goldsmith, Oppenheim & Wanlass, 2004; Gauthier, Fortin & Jeliu, 2004). Prema tome, i na nivou hraniteljstva kao sistema brige o deci i na nivou definisanja uloge hranitelja primetna su nastojanja da se implementira *model sigurne baze* u razumevanju i jačanju rezilijentnosti deteta na smeštaju. Model postulira da kvalitet brige koji podstiče detetovo poverenje u dostupnost i responsivnost odgajatelja, podstiče i detetove istraživačke poduhvate, odnosno razvoj i funkcionalnost u domenu mentalnog zdravlja (Bowlby, 1988; Ainsworth, 1989). Prema tome, obezbeđivanjem kvalitativno

drugačijeg modela brige, osetljivog na potrebe deteta, hraniteljska porodica može da ponudi kompenzatorno iskustvo koje revidira detetove bazične pretpostavke o sopstvenoj vrednosti, o dobronamernosti i kompetentnosti odgajatelja i sigurnosti okruženja u kome se nalazi.

U istraživanjima koja su se bavila rezilijentnošću dece na dugoročnom porodičnom smeštaju (Schofield & Beek, 2005a), pokazalo se da bez obzira na individualne karakteristike (pol, uzrast, temperament, etnicitet, razvojne poteškoće), porodičnu istoriju i obrasce ponašanja u bliskim relacijama, deca tokom vremena u hraniteljskoj porodici ostvaruju napredak ukoliko im je obezbeđen kvalitet brige koji pruža mogućnosti da se hranitelj koristi kao sigurna baza (kao resurs podrške za istraživanje, učenje i razvoj). Takva deca su postigla bolje socijalno funkcionisanje i van porodice, u školi i vrnjačkoj grupi. Kao važan protektivan faktor razvoja i mentalnog zdravlja dece je izdvojena i podrška koju hraniteljska porodica dobija od socijalnih službi, u vidu dostupnih socijalnih radnika koji pomažu hraniteljima da bolje razumeju i izađu u susret potrebama dece (funkcionišu kao sigurna baza za razvoj hraniteljske uloge).

Mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu u ovom istraživanju će biti razmatrano, ne sa aspekta dijagnoza, već prvenstveno kroz utvrđivanje i opisivanje obrazaca emocionalnog reagovanja, ponašanja i uspostavljanja odnosa sa drugim ljudima, koja odstupaju od razvojno očekivanih i optimalnih, a izraz su detetove adaptacije na rano nepovoljno porodično okruženje (biološku porodicu) i okruženje koje mu je obezbeđeno u zamenskoj, hraniteljskoj porodici. U tom smislu, o detetovim smetnjama mentalnog zdravlja se, kako preporučuju Blaustein i Kinninburgh (2010), umesto kao o "patologiji" razmišlja na razvojni način, iz perspektive nedovoljno izgrađenih kompetencija: unutarpsihičkih (doživljaj sebe i svojih sposobnosti), relacionih (kapacitet da se uspostavi odnos i bude angažovan u njemu), regulatornih (prepoznavanje i kontrola emocija i ponašanja) i neurokognitivnih. Teorija afektivne vezanosti obezbeđuje okvir za razumevanje individualnih razlika u adaptaciji dece na hraniteljstvu, njihovih kapaciteta za nošenje sa stresom, pa i nastanak poteškoća u emocionalnom reagovanju i ponašanju. Akcenat se stavlja na kvalitet relacionih iskustava u hraniteljskom porodičnom okruženju. Upravo stoga, u nastavku teksta će biti predstavljeni i opisani izazovi u procesu uspostavljanja afektivne veze u privremenim dijadama hranitelj-dete, kao i ključni aspekti hraniteljske brige koji doprinose da dete na smeštaju postigne bolju prilagođenost i funkcionalnost na planu emocija, ponašanja i odnosa sa drugim ljudima.

KVALITET STARANJA

Hraniteljstvo kao usluga socijalne zaštite za decu i porodice

Hraniteljstvo je dinamičan entitet (Minty, 1999) i od vremena kada je ustanovljen kao dominantan oblik zaštite dece odlikuju ga stalne promene: kako je koncipiran, kako se razume njegova svrha i uloga hranitelja, te kako se organizuje i implementira u oblasti socijalne zaštite. Od dugoročnog hraniteljstva, utemeljenog na ideji da je u pitanju usluga za decu bez roditeljskog staranja sa primarnim ciljem “spašavanja” iz neadekvatne biološke porodice (koja povređuje dete), prisutno je pomeranje ka razumevanju hraniteljstva kao usluge podrške celokupnoj porodici, vremenski ograničenog trajanja. U vezi sa tim, preferirani vid alternativnog porodičnog smeštaja postaju kratkoročne forme koje treba da podrže biološku porodicu u periodu krize zbrinjavanjem najvulnerabilnijeg člana i tako doprinesu rešavanju porodičnih problema i disfunkcionalnog roditeljstva, sa ciljem da se stalnost za dete omogući prvenstveno kroz reunifikaciju. Ukoliko, pak, povratak u porodicu porekla nije moguć, intencija je da se stalnost planira kroz druge oblike zaštite koji prate kratkoročno zbrinjavanje u hraniteljsku porodicu, poput usvojenja (Biehal, 2007). Istovremeno sa promenom diskursa od usluge za dete ka usluzi za porodicu, uočava se trend ka njenoj diversifikaciji, ka sve većoj raznolikosti koja treba da kroz različite vidove porodičnog smeštaja odgovori na potrebe određenih, specifičnih grupa korisnika (deci sa smetnjama u razvoju i ponašanju, u sukobu sa zakonom i dr.). U zemljama sa razvijenom praksom hraniteljstva (poput Velike Britanije) u odnosu na trajanje i svrhu diferenciralo se nekoliko formi označenih kao: *dugoročno hraniteljstvo* (eng. long-term foster care) koje podrazumeva smeštaj deteta tokom dužeg vremenskog perioda, a često do osamostaljivanja i primenjuje se za decu za koju nije pronađena usvojiteljska porodica, koja ne mogu da se vrate u svoju biološku porodicu, a između hranitelja i deteta je razvijena snažna emotivna veza; *kratkoročno hraniteljstvo* (eng. short-term foster care) koje obično traje nekoliko nedelja ili meseci i obezbeđuje sigurnost deci do reunifikacije, smeštaja u širu biološku porodicu ili nekog drugog oblika permanentnog smeštaja (Family for Every Child, 2015); *urgentno hraniteljstvo* (eng. emergency foster care) uključuje neplanirane smeštaje na nekoliko dana kada je potrebno dete bez odlaganja izdvojiti iz određene ugrožavajuće situacije; *specijalizovano (ili terapeutsko) hraniteljstvo* (eng. specialised foster care) je namenjeno posebnoj kategoriji korisnika kao što su deca sa razvojnim poteškoćama, sa ozbiljnim problemima u ponašanju i

mentalnom zdravlju, kao i mladi koji imaju problem da se zadrže u regularnoj hraniteljskoj porodici, a podrazumeva posebnu obučenost hranitelja uz multisistemsku mrežu podrške; i *predah hraniteljstvo* (eng. respite foster care) koje se najčešće primenjuje za decu pod roditeljskim staranjem, ali sa smetnjama u razvoju, u cilju podrške biološkim roditeljima i prevencije sagorevanja zbog zahtevne brige, čime se prevenira i potencijalna separacija (Sinclair, Gibbs & Wilson, 2004).

Navedene promene u konceptualizaciji usluge porodičnog smeštaja bile su praćene i promenama u definisanju uloge samih hranitelja. Nalašavanje važnosti kontinuirane uključenosti biološke porodice i roditelja u život deteta, partnerskog, kolaborativnog odnosa sa njima i podeljene brige, hranitelji su suočeni sa očekivanjima socijalnih službi da se njihova uloga profesionalizuje, da se ne posmatra više samo kao alternativna forma uobičajenog roditeljstva (Biehal, 2007). Ovakav zahtev za profesionalizacijom se očituje i u promeni terminologije na engleskom govornom području od “foster parents” u “foster carers” (Quinton, 2004). To zapravo podrazumeva nadogradnju “uobičajenih” roditeljskih zadataka koji se sastoje u nezi, podizanju, vaspitavanju deteta, njegovom prihvatanju kao člana porodice i uspostavljanju emotivnih veza, posebnim zadacima poput negovanja detetovog porodičnog, etničkog i kulturnog identiteta i podsticanja odnosa sa članovima biološke porodice. Od hranitelja se zapravo očekuje da se intenzivno posvete odnosu sa detetom, iako znaju da će o njemu brinuti u vremenski ograničenom intervalu, te da mogu da upravljaju sopstvenim emotivnim procesima koji se u vezi toga javljaju. Kako navodi David Quinton (2004), profesionalizacija hraniteljske uloge podrazumeva sposobnost da i u okolnostima privremene, kratkoročne brige, kada emotivne veze sa detetom nisu razvijene, niti imaju prostora da se učvrste, hranitelj bude posvećen detetoj dobrobiti, da razume njegove potrebe i ima razvijene veštine da na njih adekvatno odgovori, na taj način jačajući detetov doživljaj sigurnosti. Važan preduslov za ovakav (profesionalni) pristup u staranju o deci od strane hranitelja je postojanje oranizovanog sistema podrške u vidu treninga, kontinuiranog i sistemskog praćenja i savetovanja kao i adekvatne novčane naknade.

Hraniteljstvo u Republici Srbiji

Hraniteljstvo se u našoj zemlji kao moderna usluga intenzivno razvija od vremena značajnih društveno-političkih promena na početku 21. veka, kada započinje proces sveobuhvatne reforme sistema socijalne zaštite, u okviru koga unapređenje zaštite posebno osetljive kategorije dece bez roditeljskog staranja postaje jedan od prioritarnih zadataka. Do tada, a posebno tokom kriznih `90-tih godina dominantan vid brinjanja dece koja ne mogu da odrastaju u svojim biološkim porodicama je bio institucionalni smeštaj, dok je hraniteljstvo u znatno manjoj meri primenjivano.

Polazeći od osnovnog dečijeg prava da odrasta u brižnoj, stabilnoj i podsticajnoj porodičnoj sredini, sadržanog u preambuli Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima deteta (United Nations Convention on the Rights of Children, 1989), reforma sistema socijalne zaštite dece se primarno odnosila na deinstitutionalizaciju, odnosno smanjenje broja korisnika na smeštaju u ustanovama (Pejaković i Zajić, 2014). U vezi sa tim, cilj je bila i transformacija samih ustanova za smeštaj, kako bi se poboljšali uslovi u njima i razvili kapaciteti za adekvatniji odgovor na potrebe posebnih korisnika, poput dece sa razvojnim smetnjama ili sa problemima u socijalnom ponašanju. Da bi deinstitutionalizacija bila moguća paralelno se radilo i na sistemskom unapređenju porodičnog smeštaja, a zatim i na razvoju različitih usluga u lokalnoj zajednici sa ciljem prevencije napuštanje deteta od strane roditelja ili njegovog izdvajanje iz biološke porodice (za pregled Priručnik za lokalne zajednice: umrežavanje prema modelu usmerenom ka detetu, 2015).

Rezultati navedenih akcija su bili jasno sagledivi, kako je i očekivano, u promeni zastupljenosti dece koja se nalaze na smeštaju u ustanovama socijalne zaštite i hraniteljskim porodicama. Bez obzira na globalni trend da iz godine u godinu zapravo dolazi do povećanja broja dece koja su na formalnom smeštaju, broj dece na domskom smeštaju je u konstantnom opadanju, dok broj dece na porodičnom smeštaju kontinuirano raste. U poređenju sa 2000. godinom kada je oko 40% dece bilo na porodičnom smeštaju, a oko 60% na domskom, u 2011. godini je taj odnos bio bitno drugačiji. Tada se četiri petine dece nalazilo na smeštaju u hraniteljskim porodicama (81%), dok je svega 19% dece bilo smešteno u ustanovama (Žegarac, 2014).

Razvoj i unapređenje oblasti hraniteljstva se može sagledati kroz nekoliko ključnih koraka. U prvom periodu koji započinje 2004. godine, intenzivno se radilo na

definisaniu standarda ove usluge, na osnovu savremenih saznanja o potrebama dece bez roditeljskog staranja i hraniteljskih porodica, kao i savremenih pristupa u realizovanju hraniteljske zaštite. Organizovana kampanja o hraniteljstvu i senzibilisanje šire javnosti na ovu temu, doprinela je regrutovanju većeg broja hraniteljskih porodica i razvijanju mreže hraniteljstva na teritoriji cele zemlje. Istovremeno, kroz pilotiranje standarda koji se odnose na proces selekcije, programe pripreme i podršku hraniteljskim porodicama, uz podršku međunarodnih organizacija, pre svega UNICEF-a i Save the Children i uz finansijsku podršku Delegacije Evropske unije u Srbiji (Grujuć, 2014) u okviru ove faze se radilo na poboljšanju kvaliteta i kompetentnosti hraniteljskih porodica, kao i na razvoju profesionalnih kompetencija stručnjaka u centrima za socijalni rad.

Sledeći važan korak u razvoju hraniteljstva je svakako, donošenje nove zakonska regulative (Porodični zakon, 2005; Zakon o socijalnoj zaštiti, 2011) i podzakonskih akata kojim se bliže uređuje ova oblast (Pravilnika o hraniteljstvu, 2008), a zatim i osnivanje centara za porodični smeštaj i usvojenje, najpre u Beogradu (2008. godine), zatim u Kragujevcu, Čupriji i Nišu (2011. godine) i konačno u Novom Sadu (2014. godine). Time primena novih standarda u oblasti hraniteljstva postaje zakonska obaveza i stvaraju se uslovi da se novi zadaci koji proističu iz tih standarda u svakodnevnoj praksi zaista počnu i primenjivati. Porodice koje preuzimaju brigu o deci bez adekvatnog roditeljskog staranja postaju licencirane, pripremljene za bavljenje hraniteljstvom i sistemski podržane od strane nadležnih institucija (centara za porodični smeštaj i usvojenje i centara za socijalni rad).

Aktuelne tendencije u unapređenju usluge porodičnog smeštaja se odnose na razvoj njegovih različiti oblika, koje za sada Zakon o socijalnoj zaštiti (u članu 49) i Pravilnik o hraniteljstvu (u članu 3) samo prepoznaju, ali njihove specifičnosti ne uređuju na bliži način. Prema ovim aktima razlikuju se *standardno hraniteljstvo*, namenjeno deci bez roditeljskog staranja bez značajnijih smetnji u psihofizičkom razvoju; *specijalizovano hraniteljstvo* ili porodični smeštaj uz intenzivnu ili dodatnu podršku koji treba da odgovori na potrebe dece koja imaju razvojne smetnje, izraženije zdravstvene teškoće ili poremećaje ponašanja; zatim *urgentno hraniteljstvo* koje se primenjuje u situacijama kada je bezbednost deteta ugrožena do nivoa da je neophodno njegovo izdvajanje iz biološke porodice bez odlaganja; i konačno *povremeno hraniteljstvo*, takođe usluga za decu sa izraženijim zdravstvenim ili razvojnim teškoćama, ali koje se primenjuje sa ciljem da njihova biološka ili hraniteljska porodica “predahne” i tako sačuva svoje kapacitete za adekvatnu brigu i funkcionalnost.

Povremeno hraniteljstvo je osmišljeno i kao usluga podrške deci iznad 10 godina koja su na dužem institucionalnom smeštaju, u cilju sticanja iskustva porodičnog života i podrške osamostaljivanju (Pravilnik o hraniteljstvu, član 3, stav 5). Na praktičnom nivou to znači da deca koja žive u domovima, imaju priliku da u ograničenim vremenskim periodima, na primer preko vikenda, praznika, raspusta i sl., borave u hraniteljskim porodicama.

Standardno hraniteljstvo je dosta dobro razvijeno u našoj zemlji, u smislu da postoji razvijena mreža hraniteljskih porodica koje su spremne i sposobne da kvalitetno brinu o deci bez težih smetnji u psihofizičkom razvoju, emocionalnom reagovanju i ponašanju. Za razliku od toga, drugi navedeni oblici još uvek ne nalaze svoju punu primenu u praksi. Poslednjih godina su intenzivirane projektne aktivnosti koje se bave razvojem specijalizovanog¹, urgentnog², povremenog i srodničkog hraniteljstva³. Na taj način su definisane specifičnosti svakog od oblika porodičnog smeštaja. Putem kreiranja edukativnog materijala i sprovođenja programa obuke (Milenković i Grujić, 2010; Novakov-Šujak, 2010; Borisavljević, Ispanović-Radojković, Dacković i Anđelić, 2010; Ivanišević-Neljdihin, Radovanović i Vuković-Jovanović, 2010), kao i izrade smernica (Grujić i sar., 2013; Aničić i sar., 2016) radilo se na promociji i osnaživanju profesionalnih kompetencija zaposlenih u centrima za porodični smeštaj i centrima za socijalni rad za njihovu primenu, kao i na motivisanju i osnaživanju hranitelja koji se bave standardnim hraniteljstvom za prihvatanje dece sa posebnim potrebama ili u urgentnim situacijama.

Mada se svi ovi napori mogu posmatrati kao važan korak ka daljem unapređenju hraniteljske zaštite, oni još uvek nisu dovoljni. Pre svega, izostaju potrebni normativni akti, uključujući i one kojima se reguliše finansiranje različitih oblika hraniteljstva, pa se stručni radnici još uvek suočavaju sa brojnim izazovima u pokušaju da ove usluge u punom kapacitetu realizuju u svakodnevnoj praksi, u skladu sa potrebama svojih korisnika.

Broj dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama je u stalnom porastu. Prema podacima Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu (RZSZ, 2017a), u 2016. godini,

¹ Projekti «Transformacija rezidencijalnih ustanova za decu i razvoj održivih alternativa» pod sloganom «Deci je mesto u porodici» u periodu od 2008-2011., realizovan u partnerstvu Ministarstvo rada i socijalne politike i UNICEF-a, uz podršku Evropske unije i «Posebna briga za posebne potrebe» od 2009-2011. godine Centra za porodični smeštaj Beograd uz podršku Save the Children.

² Projekat «Razvoj urgentnog hraniteljstva i priprema sistema socijalne zaštite za osnivanje i početak rada centara za porodični smeštaj i usvojenje u AP Vojvodini» Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu, uz podršku UNICEF-a.

³ Projekat «Razvoj srodničkog hraniteljstva, podeljene brige za decu sa smetnjama u razvoju i kulturno kompetentne prakse u socijalnom radu», od 2015. do 2017., Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu, uz podršku UNICEF-a.

tačnije na dan 31.12.2016. godine, u Republici Srbiji je na hraniteljstvu bilo ukupno 5.320 dece, smeštene u 4.504 hraniteljske porodice, pri čemu je tokom te kalendarske godine u hraniteljske porodice zbrinuto oko 800 dece.

Kvalitet staranja o detetu na smeštaju – kompetencije hranitelja

Jedan od ključnih principa koji oblikuje praksu u oblasti hraniteljstva, bez obzira o kojoj formi smeštaja da se radi (dugoročno ili kratkoročno; standardno ili specijalizovano) glasi da svrha ove usluge nije samo zaštita deteta od aktuelnog ili budućeg povređivanja, već i podsticanje njegovog psihomotornog razvoja (Biehal, 2007). Polazeći od navedenog principa, vulnerabilnosti dece koja imaju potrebu za smeštajem, ali i složenost hraniteljske uloge, u oblasti praktičnog rada sa hraniteljskim porodicama značajna pažnja je ukazana kvalitetu hraniteljskog porodičnog okruženja, te se u mnogim zemljama u svetu, uključujući i našu zemlju, kao nužan uslov postavlja da porodice koje će preuzeti brigu o ugroženoj deci budu kvalifikovane, odabrane i dobro pripremljene. Sastavni deo stručnih procedura je procena i unapređenje neophodnih znanja i veština hranitelja, tzv. kompetencija koje se smatraju karakteristikama „uspešnog hraniteljstva” Kreirati sigurno, brižno i podsticajno porodično okruženje za dete je jedna od najznačajnijih. Ona se temelji na kvalitetima kao što su ljubav, prihvatanje, uvažavanje, empatija i tolerantnost prema detetu, motivisanost da se o njemu brinu i budu posvećeni detetovom razvoju (Buehler, Cox, & Cuddeback, 2003; Buehler, Rhodes, Orme & Cuddeback, 2006).

Američka liga za dobrobit deteta (Child Welfare League of America, CWLA) je početkom `90-tih godina prva dala svoje preporuke u vezi potrebnih hraniteljskih kompetencija, koje su ugrađene u međunarodno poznati PRIDE program obuke za hranitelje i usvojitelje (Berrick & Skivenes, 2012). One uključuju sposobnost da se *neguje i štiti dete* od zlostavljanja i zanemarivanja, fizičkih povreda i da mu se obezbedi sigurno porodično i šire socijalno okruženje, na fizičkom i emocionalnom planu; *zadovolje detetove razvojne potrebe* i pruži podrška u prevazilaženju razvojnih teškoća i zastoja u razvoju; *podrže detetove relacije sa biološkom porodicom* i očuva njegov identitet; *dete veže za odnose koji će trajati čitav život* što podrazumeva aktivan rad sa biološkim roditeljima na reunifikaciji ili podršku detetu prilikom tranzicije u

usvojiteljsku porodicu; i da hranitelj ima sposobnosti i veštine da uspešno *funkcioniše kao član tima* koga čine i biološki roditelji, stručnjaci u sistemu socijalne zaštite, ali i stručnjaci i saradnici iz drugih sistema kojima detete pripada (obrazovni, zdravstveni i sl.).

U našoj zemlji postojeća zakonska regulativa obuhvata navedene kategorije kompetencija, koje se procenjuju u stručnom postupku utvrđivanja opšte podobnosti kandidata za bavljenje hraniteljstvom (Pravilnik o hraniteljstvu, član 21, stav 2). Postupak procene hraniteljskih kompetencija i drugih relevantnih karakteristika porodice je objedinjen sa pripremom za hraniteljstvo. Sastavni deo ovog jedinstvenog procesa je samoprocena, odnosno aktivna uključenost kandidata u donošenju odluke da li njegova porodica može da odgovori na zahteve hraniteljske uloge. Osnovna ideja ovog pristupa je da jedino kandidati koji se kroz program pripreme upoznaju sa očekivanjima od hraniteljske uloge, specifičnostima hraniteljstva, značajnim razlikama u odnosu na biološko roditeljstvo, kao i potrebama dece u sistemu socijalne zaštite mogu doneti zrele i odgovornu odluku o prihvatanju hraniteljske uloge (Hadžović, Tekić, Grujić i Ivanišević, 2008). Pravilnikom o hraniteljstvu (2008) su propisane i tematske celine programa pripreme (u članu 46), pri čemu su za sada stručnim radnicima na raspolaganju dva programa, akreditovana od strane Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu (www.zavodsz.gov.rs). Jedan je osmišljen od strane domaćih autora pod nazivom „Sigurnim korakom do hraniteljstva” (autori Hadžović i sar., 2008, Ministarstvo rada i socijalne politike RS), dok je drugi međunarodni PRAJD program za hranitelje i usvojitelje (engl. PRIDE; autori Pasztor, Matthews & Plowy, nosilac licence za Srbiju „FICE Srbija”). Kako bi se unapredila procena porodica u postupku sticanja podobnosti za obavljanje hraniteljske uloge u svetu su razvijene i posebne skale koje mere potencijal za hraniteljstvo (Stone & Stone, 1983; Orme, Buehler, McSurdy, Rhodes & Cox, 2003) i skale za procenu stavova hranitelja koji već brinu o deci, kao mere kvaliteta staranja o detetu (Harden, Meisch, Vick & Pandohie-Johnson, 2008).

Visoka očekivanja od hraniteljske uloge i kvaliteta brige koji se pruža deci na smeštaju, sem pripreme zahtevaju i kontinuirano praćenje, superviziju, podršku i edukaciju. Važan vid podrške od strane stručnih radnika u ulozi savetnika za hraniteljstvo je uspostavljanje posebnog kvaliteta odnosa sa hraniteljima koji podrazumeva usmerenost na razvijanje njihovog osećanja sigurnosti i samopouzdanja, doživljaja da su podržani, uvaženi i ohrabreni. Smatra se da na taj način hranitelji mogu uspešnije da grade svoju ulogu i razvijaju svoja znanja i veštine kvalitetnog staranja o

deci. Odnos savetnika prema hranitelju bi trebao da bude isti onakav kakav se očekuje da hranitelj uspostavi sa detetom, po principu „paralelnih procesa”, a efikasan kontekst savetodavnog rada sa njima obuhvata pristup koji jačanjem baze sigurnosti promovise razmišljanje, učenje i istraživanje novih ideja i načina građenja odnosa sa detetom (Schofield & Beek, 2006).

Kros-kulturalna kvalitativna studija sprovedena na uzorcima hranitelja iz SAD i Norveške, koji su od strane stručnih radnika označeni kao hranitelji visokog kvaliteta staranja o detetu (na osnovu pitanja istraživača: “Kada bi vaša porodica zapala u krizu i zbog toga bi ste morali da dete zbrinete na određeno vreme u hraniteljsku porodicu, koga biste odabrali?”, Berrick & Skivenes, 2012, str. 1958), izdvojila je sledeće karakteristike: korišćenje efikasnih roditeljskih strategija (responsivno, proaktivno, uzrasno prilagođeno ponašanje koje podstiče dečiji razvoj), negovanje atmosfere pripadanja (dete se jednako tretira kao druga deca sa ljubavlju, zaštitom, brigom, disciplinom, zastupanjem, uključenosti i dr.); integrisanje deteta u porodicu kao punopravnog člana; umirivanje deteta kada doživljava intenzivna emocionalna (posebno negativna) stanja; poštovanje bioloških roditelja; zastupanje interesa i prava deteta pred raznim institucijama; i davanje prilike detetu da uči i iskusi svet na drugačiji način od njegovog iskustva u biološkoj porodici.

Kvalitet staranja iz ugla teorije afektivne vezanosti

Značaj koji kvalitet staranja od strane hranitelja ima za razvoj i mentalno zdravlje dece na smeštaju, u savremenoj literaturi se dominantno sagledava iz perspektive teorije afektivne vezanosti i istraživanja sprovedenih u ovoj oblasti (Stovall & Dozier, 1998; Barth et. al, 2005; Schofield & Beek, 2005b; Ponciano, 2010; Gurney-Smith, Granger, Randle & Fletcher, 2010; Bovenschen et al., 2016). Istraživači koji su se iz ugla ove teorije bavili proučavanjem adaptivnih kapaciteta dece na hraniteljstvu, u svojim radovima po pravilu postuliraju da uspostavljanje relacija sa novim odgajateljima koje su po svom kvalitetu sigurne, pruža detetu kompenzatorno iskustvo, odnosno može da ublaži negativne posledice prethodnih ranih nepovoljnih relacionih iskustava i time osnaže dete u pravcu veće rezilijentnosti. Na sličan način kao što je značajnim brojem studija utvrđeno da kvalitet afektivne vezanosti u biološkim dijadama, određuje sposobnost prilagođavanja deteta kasnije tokom razvoja (Lieberman,

1977; Egeland & Farber, 1984; Erickson, Sroufe & Egeland, 1985; van Ijzendoorn, Kranenburg, Zwart-Woudstra, van Busschbach & Lambermon, 1991; Thompson, 1999), smatra se da detetove relacije sa novim odgajateljima (hraniteljima ili usvojiteljima) mogu biti ključne za detetovu sposobnost da savlada sve izazove i razvojne zadatke sa kojima se suočava (Stovall & Dozier, 2000).

Uspostavljanje afektivnih veza deteta sa novim odgajateljima

Posebna pažnja istraživača u oblasti proučavanja razvoja dece na hraniteljstvu je posvećena procesu uspostavljanja afektivnih veza sa novim odgajateljima. Reč je o istraživanjima koja su sprovedena na uzorku dece najranijeg uzrasta i njihovih hraniteljica (Stovall & Dozier, 2000; Stovall-McClough & Dozier, 2004; Lawrence, Carlson & Egeland, 2006; Ponciano, 2010). Navodi se da, za razliku od intaktnih dijada kod kojih kvalitet afektivne vezanosti odražava bebinu adaptaciju na pruženi kvalitet brige, posebno na fizičku i psihološku dostupnost i responsivnost odgajatelja i u većoj meri zavisi od toga kako se roditelj ponaša (a ne beba), kod dijada koje nastaju hraniteljstvom taj proces formiranja relacije se odvija na drugačiji način. Zbog svojih prethodnih nepovoljnih iskustava koje unose u relaciju, bebe na hraniteljstvu ostvaruju značajniji uticaj na njen kvalitet i pod rizikom su da ne uspostave sigurne obrasce vezanosti čak i kada su novi odgajatelji visoko senzitivni. Jedan od vodećih istraživača u ovoj oblasti, Mary Dozier (University of Delaware, USA) smatra da hraniteljstvo, kao sistem organizovane alternativne brige o deci bez adekvatnog roditeljskog staranja, nudi jednu prirodnu, mada "nesrećnu", eksperimentalnu situaciju za proučavanje procesa formiranja afektivne vezanosti sa novim odgajateljem, nakon prekida relacija sa primarnim figurama vezanosti. U njenim radovima (Stovall & Dozier, 2000; Stovall-McClough & Dozier, 2004) ovaj proces je proučavan kroz upotrebu dnevničkog metoda (tzv. Parent Attachment Diary) pogodnog za višestruka merenja, a koji se sastojao od svakodnevnog beleženja detetovog ponašanja afektivne vezanosti od strane hraniteljica, od prvog dana smeštaja i tokom naredna dva meseca. Namera autora je bila da se na ovaj način isprate promene u detetovom ponašanju prema novom odgajatelju u situacijama stresa (kada se povredi, uplaši, nakon separacije, odnosno u situacijama kada je velika verovatnoća da će sistem afektivne vezanosti biti aktiviran). Pored navedenog,

hraniteljice su dnevnički beležile i svoj način reagovanja na detetovo ponašanje, te su na ovaj način mogli biti praćeni uzajamni interakcioni obrasci i sagledani faktori koji utiču na podsticanja sigurnosti afektivnih veza. Njihovi rezultati su pokazali da većina dece u toku prva dva meseca po smeštaju počinje da ispoljava stabilan, prepoznatljiv obrazac afektivne vezanosti (sigurnog ili nesigurnog tipa). Pri tome siguran obrazac vezanosti je bio karakterističan za decu koja su u hraniteljsku porodicu smeštena na ranijem uzrastu (ispod godinu dana), dok je zastupljenost nesigurnih obrazaca vezanosti uočena kod beba starijih od godinu dana. Isto tako, utvrđeno je da se kod jednog broja dece u situacijama stresa nije mogao sagledati dominantan obrazac vezanosti, već su ta deca u odnosu na hraniteljicu ispoljavala mešavinu ponašanja koja pripadaju različitim kategorijama, nesigurno izbegavajuće, ambivalentne i sigurne afektivne vezanosti (dezorganizovani obrazac). Podaci ovog istraživanja su takođe ukazali da deca sa nesigurnim strategijama afektivne vezanosti češće od svojih novih odgajatelja „izmamljuju” odbacujuće ponašanje, čak i kada je procenjeno da je stil afektivne vezanosti samih hraniteljica siguran (autonoman). Drugim rečima, kao posebani rizici za razvoj sigurnih afektivnih veza u dijadama koje nastaju hraniteljstvom prepoznati su poteškoće zlostavljanih i zanemarenih beba da „izmame” adekvatnu brigu i zaštitu, sa jedne strane, a sa druge tendencija novih odgajatelja da reaguju „prirodno”, odnosno da kada se beba ponaša kao da joj odgajatelj ne treba i on se ponaša na distanciran način i time se održava ciklus negativne interakcije (Dozier et al., 2002). Pored toga, uočeno je da neki hranitelji nisu negujući i da su deca o kojoj brinu pod rizikom da razviju dezorganizovane obrasce afektivne vezanosti za koje se pokazalo da predstavljaju visok rizik za razvoj psihopatologije tokom detinjstva i odraslog doba (Carlson, 1998; Lyons-Ruth, 1996). Time su otvorena pitanja ne samo identifikovanja roditeljskih kvaliteta koji su značajni za podsticanje sigurnosti u dijadama hranitelj-dete, nego i potrebnog vida podrške koji je neophodno pružiti hraniteljima, kako bi bili sposobni da “pročitaju” detetove potrebe za brigom, utehom i zaštitom uprkos tome što su “maskirane” ranim nepovoljnim relacionim iskustvima u biološkoj porodici (signalizirane tzv. sekundarnim strategijama). Centralna intervencija namenjena hraniteljima se, zapravo, odnosi na pomoć da uvide da su potrebni detetu, čak i kada se čini da detetovo ponašanje ukazuje suprotno, kao i da odgovore na negujući način i u situacijama kada im to deluje “neprirodno”. U ponavljanim ciklusima ovakvih interakcija detetu se pruža mogućnost za promenu načina na koji izražava svoje potrebe u vezi sa bliskošću i zaštitom (da čini

to direktnije i jasnije), da spremnije koristi odraslog kao resurs podrške, te na taj način razvija kapacitete za samoregulaciju ponašanja i emocionalnih stanja.

Razmatrajući efekat uzrasta na sigurnost afektivne veze, Dozier i saradnici (2000) navode da nije jasno da li se radi o dužini izloženosti nepovoljnim porodičnim okolnostima pre smeštaja u hraniteljsku porodicu, uzrastu na kome je relacija sa primarnom figurom prekinuta, što utiče na detetove (kratkoročne i dugoročne) reakcije na separaciju i proces tugovanja ili uzrastu na kome se nova relacija uspostavlja. U skladu sa teorijom afektivne vezanosti, autori dalje prepostavljaju da su deca koja su smeštena kasnije više vremena provela u neadekvatnom porodičnom okruženju i kao posledica toga imaju “više poteškoća da veruju svojim novim odgajateljima, a time manje jasno izražavaju ponašanja kojima signaliziraju svoju potrebu za fizičkom blizinom i utehom kada su na pr. uplašena ili se teže umiruju kada su uznemirena” (Stovall & Dozier, 2000, str.153). Isto tako veruje se da prekid relacije sa biološkim roditeljima, kao primarnim figurama vezanosti koji deca doživljavaju kao gubitak, može biti traumatičnije iskustvo za stariju nego za mlađu decu. Međutim, u drugim studijama Mary Dozier i njenih saradnika (Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001) pokazalo se da uzrast na kome je dete smešteno u hraniteljsku porodicu ne utiče bitno na kvalitet afektivne vezanosti, već se kao značajniji faktor ispostavilo iskustvo afektivne vezanosti samih hraniteljica, odnosno njihovo “stanje uma” (tzv. mentalne reprezentacije) u vezi vlastitih iskustava u bliskim relacijama, kao bitna komponenta njihove senzitivnosti.

Vera Fahlberg (1991) razmatrajući proces afektivnog vezivanja dece u sistemu socijalne zaštite sa novim odgajateljima, akcenat stavlja na interakcione cikluse koji ga podstiču, bez obzira na uzrast deteta prilikom ulaska u hraniteljsku porodicu. Prvi je *ciklus pobuđenost-relaksacija* (Figura 2) pokrenut detetovom potrebom koja se izražava kao stanje tenzije (nezadovoljstva) a zaokružen zadovoljavanjem te potrebe od strane odgajatelja i ublažavanjem fizičke (ili psihološke) nelagodnosti, odnosno dovođenjem deteta u stanje opuštenosti. Ponavljanje uspešnog zaokruživanja ovog ciklusa obezbeđuje da dete vremenom razvije poverenje u odgajatelja i sigurnost da će na njegove potrebe biti odgovoreno, kao i da se uspostavi afektivna vezanost.

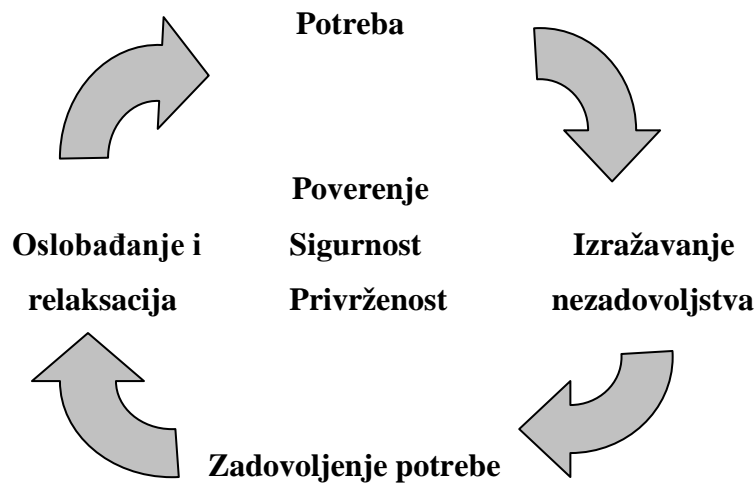


Figura 2. *Interakcioni ciklus pobuđenost-relaksacija* (prema Fahlberg, 1991, p. 26)

Opisani ciklus u svakoj tački može da bude prekinut (i zbog toga ostaje nekompletiran), što vodi nepoverenju u odgajatelja i nesigurnosti afektivne veze. U svetlu prethodnih nalaza o kojima govore i Dozier i sar. (2002), a tiču se rizika dece u socijalnoj zaštiti da ne uspostave sigurnu afektivnu vezanost sa novim odgajateljima, problem u kompletiranju ovog interakcionog ciklusa može nastati na samom početku, kada dete zbog svojih prethodnih iskustava ne sinalizira potrebu ili je signalizira na veoma izmenjen način, teško prepoznatljiv za inače motivisanog i veštog odgajatelja u pružanju adekvatne brige. Propuštanje hranitelja da prepozna i odgovori na potrebe, ostavlja dete u proluniranom stanju pobuđenosti i disregulacije, čime se učvršćuju detetova maladaptivna ponašanja i negativna očekivanja u vezi dostupnosti odraslog koji o njemu brine.

Pozitivan interakcioni ciklus (Figura 3) između deteta i odgajatelja se takođe smatra važnim za uspostavljanje afektivnih veza i uključuje različite vidove stimulacije tokom kojih odgajatelj detetu pruža doživljaj uživanja, zabave i zadovoljstva, utičući na razvoj samopouzdanja i doživljaja sopstvene vrednosti (Fahlberg, 1991). Za decu koja imaju nepovoljna rana iskustva i usled toga formirane negativne unutrašnje modele sebe, drugih i sveta koji ih okružuje, pronalaženje načina da se ostvari pozitivna interakcija može biti izazov za hranitelje (Golding, 2008). U tim okolnostima važno je da hranitelj bude vešt u prepoznavanju otpora deteta ka ovakvim relacionim iskustvima ili u prepoznavanju da je dete u stanju preplavljenosti, kako bi mu pružio podršku, empatsko razumevanje, poštujući detetov tempo i ritam, i ohrabrio ga da nastavi da učestvuje pozitivnoj socijalnoj interakciji.

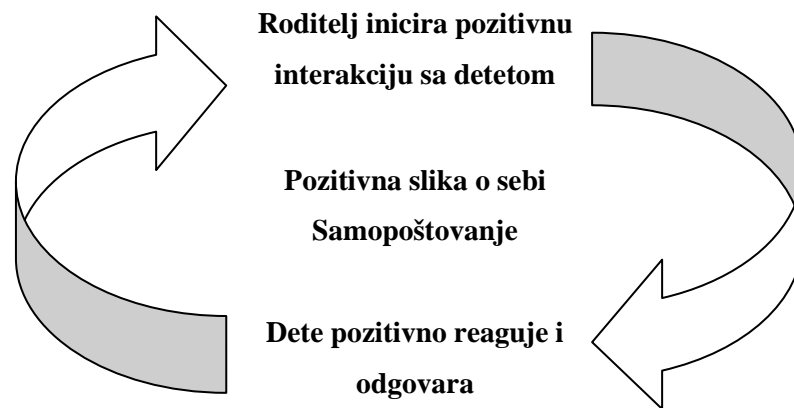


Figura 3. *Pozitivan interakcioni ciklus između deteta i odgajatelja* (prema Fahlberg, 1991, p. 30).

Kada je u pitanju *zastupljenost obrasca afektivne vezanosti* u uzorcima dece na hraniteljstvu, podaci dobijeni istraživanjima nisu uvek jednoznačni. U nekim studijama, sprovedenim na uzorcima dece mlađeg uzrasta, pokazalo se da zastupljenost sigurnog obrasca afektivne vezanosti kod dece na hraniteljstvu nije bitno drugačija u odnosu na decu iz opšte populacije. (Stovall-McClough & Dozier, 2004; Cole, 2005a; Cole 2005b; Ponciano, 2010; Altenhofen, Clyman, Little, Baker & Biringen, 2013, Jacobsen, Ivarsson, Wentzel-Larsen, Smith & Moe, 2014). Međutim, ono što se ispostavilo kao specifičnost dece na hraniteljstvu je veća procentualna zastupljenost dezorganizovanog obrasca, odnosno među decom na hraniteljstvu značajno je veći broj one koja nisu pokazala organizovanu strategiju za nošenje sa stresom u situacijama separacije ili organizovanu strategiju za uspostavljanje odnosa sa odgajateljem, prilikom ponovnog susreta. Procenat dece na hraniteljstvu sa dezorganizovanim obrascem se u istraživanjima kreće od 15% (Jacobsen et al. 2015) ili je čak veći od 20% (Ponciano, 2010; Cole, 2005a).

U istraživanju novijeg datuma (Bovenschen et al., 2016), koje je sprovedeno na uzorku starije dece od 3 do 8 godina, sa ciljem da se istraži afektivna vezanost kod dece na dugoročnom porodičnom smeštaju, na planu ponašanja i mentalnih reprezentacija, kao i faktori koji doprinose sigurnosti afektivne veze, dobijeni su drugačiji podaci u vezi zastupljenosti sigurno afektivno vezane dece. Naime, kada su u pitanju deca koja su u hraniteljske porodice smeštena većinom nakon prve godine života, u odnosu na decu iz opšte populacije zabeležen je niži skor na sigurnosti afektivne vezanosti, što autori

objašnjavaju time da je većina dece iz uzorka iskusila prekid prethodno uspostavljene afektivne veze sa primarnim odgajateljem (biološkim roditeljem), što predstavlja izazov za formiranje afektivne veze sa novim odgajateljima. I u ovom istraživanju je potvrđena veća zastupljenost dezorganizacije u odnosu na normativni uzorak, pa se pokazalo da deca na hraniteljstvu imaju tendenciju da svoje priče oblikuju na negativniji način, sa bizarnijim i agresivnijim temama, destrukcijom ili gubitkom kontrole. Na osnovu toga autori zaključuju da je iskustvo zlostavljanja i zanemarivanja dezorganizujuće za decu, te da ona pokazuju poteškoće da razviju organizovana ponašanja afektivne vezanosti i mentalne reprezentacije sa pozitivnim unutrašnjim radnim modelima sebe i drugih, čak i kada bivaju smeštena i izvesno vreme borave u pozitivnom i podržavajućem hraniteljskom okruženju.

Afektivna vezanost dece na hraniteljstvu uzrasta od 9-13 godina je u studiji Milan-ove i Pinderhughes-ove (2000) proučavana preko mentalnih reprezentacija i unutrašnjih radnih modela, pri čemu su ispitivane mentalne reprezentacije sebe, bioloških majki i hraniteljica, kao i njihov uticaj na proces uspostavljanja relacije sa hraniteljima i prilagođavanjem u hraniteljskoj porodici. Rezultati su potvrdili da iskustvo pre smeštaja (ozbiljno zlostavljanje i zanemarivanje) utiče na formiranje negativnih prezentacija selfa (doživljaja sopstvene niske vrednosti, neefikasnosti, neprihvaćenosti, negativnih očekivanja od budućnosti) i bliskih odraslih (bioloških majki), ali i istakli da takvi unutrašnji radni modeli utiču na proces uspostavljanja relacije sa novim odgajateljima. Naime, kada uđu u hraniteljsku porodicu ova deca pokazuju manje pozitivnih emocija i želje da uspostave bliskost sa hraniteljima, bez obzira što je novo odgajateljsko okruženje brižno i suportativno, kao što i deca sa pozitivnim unutrašnjim radnim modelima pokazuju sklonost da nove relacije posmatraju na pozitivniji način i spremniji su da grade odnose sa novim odgajateljima, te tako vremenom postignu bolju prilagođenost u hraniteljskoj porodici, sa manje problema u psihosocijalnom funkcionisanju. Rezultati ove studije su istakle interesantan podatak da je većina dece iz uzorka, bez obzira na iskustvo zlostavljanja i zanemarivanja, prilikom ulaska u hraniteljsku porodicu svoje relacije sa biološkim majkama opisala pozitivnim atributima kao što su toplota, ljubav i sreću. Po autorima, dobijeni podaci sugerišu kognitivnu sklonost u načinu na koji zanemarena i zlostavljana deca mogu da procesuiraju informacije u vezi relacionih iskustava, koristeći formu “odbrambenog isključivanja”, koja se odnosi na poricanje negativnih informacija o

(disfunkcionalnim) roditeljima, a predstavlja mehanizam da zaštite svoju psihološku dobrobit u situacijama (nepodnošljivog) stresa. Ali isto tako, odstupanje percipiranog roditeljskog ponašanja (pozitivne atribucije) od realnog (utvrđeno zlostavljanje i zanemarivanje) Milan i Pinderhughes razmatraju i u kontekstu detetove strategije prevladavanja akutne krize izazvane separacijom i doživljenog gubitka, koja se sastoji u negiranju razloga za izdvajanje iz biološke porodice putem naglašavanja pozitivnih relacija sa majkom i izražavanja želje da se bude u kontaktu sa njom. Mada je u okviru ovog istraživanja utvrđeno da pozitivne evaluacije bioloških majki mogu pospešiti formiranje relacije sa novim odgajateljima, Bowlby-jevo učenje o odbrambenom isključivanju ukazuje da su njegove implikacije nepovoljne za razvoj i prilagođavanje, jer remete proces akomodacije unutrašnjih radnih modela sa spoljašnjom realnošću (Bretherton, 1992).

Modeli senzitivnog staranja od strane hranitelja

U teoriji afektivne vezanosti kvalitet staranja o detetu najčešće je proučavan kroz koncept *senzitivnosti odgajatelja*. Pod senzitivnošću se podrazumeva sposobnost roditelja da bude pristupačan i respozivan u smislu prepoznavanja, preciznog tumačenja detetovih signala i uvremenjenog i adekvantog odgovora na njih. Prema tome, visoko senzitivni roditelj je sposoban da stvari posmatra iz detetove perspektive, a opažanje i interpretacija signaliziranih potreba nije pod uplivom njegovih ličnih (Ainsworth et al., 2015). Za razliku od toga, roditelja niske senzitivnosti karakteriše nesvesnost detetovih signala, pogrešna interpretacija ili neuvremenjen odgovor, pri čemu je roditelj u opažanju, razumevanju i reagovanju često rukovođen svojim željama, raspoloženjem i aktivnostima, a ne detetovim (*ibid*). Uz senzitivnost, Mary Ainsworth je izdvojila i druge sa njom povezane dimenzije kvaliteta brige, koje pomažu detetu da organizuje ponašanja kojima roditelja koristi kao podršku, odnosno kao sigurnu bazu za istraživanje, učenje i razvoj. Reč je o dimenzijama *kooperativnosti* nasuprot interferencije (sposobnost roditelja da posmatra dete kao posebnu, autonomnu individu sa svojim željama i aktivnostima), *dostupnosti* (fizička i psihološka) nasuprot ignorisanja i zanemarivanja (svesnost deteta i responsivnost na njegove potrebe), i *prihvatanja* nasuprot odbacivanju detetovih potreba (sposobnost da se napravi balans između pozitivnih i negativnih emocija u vezi deteta i da se konfliktna osećanja

integrišu ili razreše). Brojna istraživanja su ukazala na značaj karakteristika majčinske senzitivnosti u intaktnim dijadama (Belsky & Fearon, 2002; Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer, 2003; Isabella, 1993), dok je mali broj istraživanja koja su se ticala senzitivnosti hranitelja. Mary Dozier je sa kolegama (2001) sproveda istraživanje u kome je ispitivala ulogu mentalnih reprezentacija hraniteljica u vezi vlastitih iskustava afektivne vezanosti, kao komponente senzitivnosti, na kvalitet relacije koja se uspostavlja sa detetom na smeštaju. Rezultati su pokazali da je poput bioloških dijada, sigurnost afektivne veze deteta na smeštaju usaglašena sa mentalnim reprezentacijama hraniteljice. Autori navode da “ukoliko su deca smeštena u hraniteljske porodice na uzrastu do 1,5 godine života, mogu da organizuju svoja ponašanja afektivne vezanosti u skladu sa dostupnošću svojih novih odgajatelja” (Dozier et al., 2001, str. 1474). Značajan podatak dobijen ovim istraživanjem je da i deca sa iskustvom zlostavljanja, zanemarivanja i separacije mogu da formiraju sigurne afektivne veze ukoliko su smeštena kod odgajatelja čije su mentalne reprezentacije autonomne. Slični nalazi su dobijeni i u istraživanjima drugih autora (Ponciano, 2010) kao i na uzorku dece starijeg uzrasta koja se nalaze u usvojiteljskim porodicama (Steele, Hodges, Kaniuk, Hillman, & Henderson, 2003). Uz odgajatelja sigurnog stila afektivne vezanosti (autonomnih mentalnih reprezentacija u vezi bliskih relacija) deca sa traumatskim iskustvom su sposobna da kreiraju multiple, unutrašnje modele afektivne vezanosti, paralelne sa prvobitnim relacijama koje su prekinute. Međutim, u situacijama stresa prisutna je sklonost da “originalne šeme” budu aktivirane, te da dete koristi (maladaptivne) strategije prevladavanja i regulisanja negativnih emocionalnih stanja koje je razvilo u relaciji sa primarnim odgajateljima (Price, 2003). Na planu praktičnog rada u oblasti hraniteljstva, navedeni podaci sugerišu važnost da se prilikom procene hraniteljskih porodica u procesu selekcije vodi računa i o stilu afektivne vezanosti budućih hranitelja, kao individualnom svojstvu koje je oblikovano u porodicama porekla i aktuelnim partnerskim relacijama, a značajno određuje kapacitete za pružanje kvalitetne brige. Pojačano interesovanje za proučavanje mentalnih reprezentacija hranitelja i usvojitelja, najčešće uz upotrebu Adult Attachment Interview-a (AAI, George, Kaplan & Main 1996) i sagledavanje njihovog značaja na razvoj dece na smeštaju, pokrenula su razmatranja i o mogućnosti standardizacije procedura procene hranitelja uz pomoć ovog ili sličnih instrumenata (na pr. Attachment Style Interview, ASI, Bifulco & Jacobs, 2008). Praktičari koji zagovaraju ovakav pristup (Price, 2003) smatraju da su benefiti ne samo veća naučna zasnovanost procesa procene kandidata za hraniteljstvo i usvojenje

koja bi istovremeno umanjila idiosinkratičnost stručnjaka koji vrše procenu, već i pospešivanje procesa “uparivanja” konkretnog deteta sa konkretnim hraniteljem, kao i detekcija onih kandidata koji imaju nerazrešena traumatska iskustva (tzv. nerazrešeno stanje uma) i koji su pod rizikom da hraniteljska uloga ove sadržaje ponovo aktivira (*ibid.*), kao što su i deca na smeštaju, sa ličnim prethodnim traumatskim iskustvima pod rizikom da uz takve odgajatelje razviju dezorganizujući obrazac afektivne vezanosti ili tokom vremena ne razreše svoje gubitke, odnosno ne postignu promenu u pravcu veće sigurnosti i poverenja u bliske relacije.

Schofield i Beek (2005a; 2005b) su na osnovu longitudinalne kvalitativne studije na uzorku dece uzrasta od 4-11 godina na dugoročnom hraniteljskom smeštaju, opisale multidimenzionalni model roditeljstva koji je takođe zasnovan na konceptu senzitivnosti i sa njim povezanim dimenzijama prihvatanja, kooperacije i pristupačnosti, kao pretpostavljenim korenima sigurnosti obrazaca afektivne vezanosti u detinjstvu. Navedene dimenzije su u njihovim radovima “preformulisane na način da naglase vezu sa specifičnim razvojnim dobitima za decu” (Schofield & Beek, 2005, p. 8) i obuhvataju: *podsticanje poverenja u pristupačnost odgajatelja; podsticanje reflektivne funkcije; podsticanje samopoštovanja; podsticanje autonomije i podsticanje pripadnosti hraniteljskoj porodici*. Tih 5 dimenzija roditeljstva su u međusobnoj interakciji i autori smatraju da na ovaj način definisan kvalitet staranja o detetu doprinosi razvoju sigurnosti i poverenja u odgajatelja i jačanju otpornosti za nastanak psihopatologije.

- *Dostupnost* (podsticanje poverenja u pristupačnost odgajatelja) – važna je za emocionalni razvoj dece na smeštaju, njihov doživlja da su važni, na sigurnom i da mogu imati poverenja u hranitelja i koristiti ga kao sigurnu bazu za učenje, istraživanje i savladavanje razvojnih zadataka. Hranitelj to postiže time što sve vreme “drži dete u svesti” i pokazuje mu to svojim ponašanjem, svestan koliko je njegova uloga važna za detetovo blagostanje. Zbog svojih prethodnih iskustava, deca na smeštaju mogu biti emocionalno i kognitivno manje zrele u odnosu na godine života, istovremeno manje autonomna i zavisna od hranitelja, pa je važno da se ovakve potrebe deteta uzmu u obzir i tome prilagodi roditeljsko ponašanje.

- *Senzitivnost* (podsticanje reflektivne funkcije) – predstavlja veoma važnu dimenziju koja podrazumeva zauzimanje perspektive deteta i iz “detetovih cipela” promišljanje o njegovom ponašanju i osećanjima. Po mišljenju autora, hranitelji treba da budu sposobni da tačno prepoznaju šta se dešava u umu deteta i da mu pomognu da i samo postane svesno svojih osećanja i ponašanja, što predstavlja važan proces u razvoju

kapaciteta za upravljanje takvim osećanjima i ponašanjima. Smatra se da ukoliko hranitelj nije sposoban da reflektivno razmotri značenje detetovih akcija, može doći do kritikovanja, odbacivanja i razočarenja, što posledično narušava kvalitet međusobnih odnosa i poverenje (Caw & Sebba, 2014).

- *Prihvatanje* (podsticanje samopoštovanja) – se sastoji u celovitom sagledavanju detetove ličnosti, sa snagama i poteškoćama i sposobnost da se bez obzira na ispoljeno (problematično) ponašanje zadrži pozitivna perspektiva i vera u detetov potencijal. Takođe, za podsticanje detetovog samopoštovanja i razvoj pozitivne slike o sebi, važno je da se hranitelj sa detetom angažuje u aktivnostima koje su prijatne i u kojima dete ima iskustvo vlastite uspešnosti.

-*Kooperacija* (podsticanje autonomije i doživljaja efikasnosti) – obezbeđuje da deca koja su zlostavljana i zanemarena i suočena sa brojnim promenama, na funkcionalan način povrate doživljaj kontrole nad svojim životom i okruženjem, umesto uz pomoć maladaptivnih kontrolišućih strategija. Zbog toga je važno da se dete bude uključeno u donošenje odluka u porodici, koje su razvojno odgovarajuće, da mu se nudi prilika da vrši izbore i učestvuje u procesu pregovaranja kada se prave kompromisi i stiče iskustvo angažovanja u kooperativnim odnosima.

-*Porodično članstvo* (podsticanje pripadnosti hraniteljskoj porodici) – podrazumeva integraciju deteta u hraniteljsku porodicu, aktuelno i u budućnosti, razumevanje i razgovor sa detetom da krvne i zakonske veze nisu presudne da bi neko pripadao porodici, ali i da se može istovremeno pripadati dvema porodicama i biti voljen i prihvaćen i od bioloških roditelja i hranitelja. Takođe, važan deo ponašanja hranitelja koji podstiče porodično članstvo je podrška kontaktima sa biološkim roditeljima i podsticaj da otvoreno razgovaraju o konfliktnim osećanjima i podeljenoj lojalnosti.

“*Model kuće roditeljstva*” Kim Golding (2008) predstavlja hipotetski model alternativnog roditeljstva za koji se veruje da doprinosi razvoju sigurne baze. On takođe, prezentuje ključne dimenzije za obezbeđivanje kompenzatornog relacionog iskustva detetu na smeštaju. Zasnovan je na saznanjima iz oblasti afektivne vezanosti, kako dete gradi sigurne afektivne veze na najranijem uzrastu i kakav pristup je potrebno negovati da bi se pomoglo starijem detetu da postigne veću sigurnost i poverenje u relaciji sa novim odgajateljima. Osim *senzitivnosti* hranitelja kao ključnog obeležja koje doprinosi da se dete na smeštaju oseća sigurno i iz te pozicije sa samopouzdanjem istražuje i uči o svetu, kao bitna dimenzija kvaliteta staranja se postulira *empatija*, zatim *podešenost*

(eng. attunement) koja podrazumeva usklađenost emocionalnog odgovora odgajatelja emocionalnom stanju deteta. Smatra se da podešenost obezbeđuje razvoj kapaciteta deteta za emocionalnu regulaciju i reflektivnu funkciju, odnosno sposobnosti da upravlja sopstvenim emocionalnim reakcijama i da osmišljava svoja aktuelna i prošla iskustva. Po mišljenju Golding i drugih teoretičara i praktičara afektivne vezanosti, deca kroz podešenost u procesu socijalizacije, kada se susreću sa roditeljskim neodobravanjem i doživljavaju stid, takođe, uče da se relacija može prekinuti bez katastrofalnih konsekvenci i ponovo uspostaviti. Pored navedenog, predloženi model roditeljstva naglašava važnost *pozitivne porodične atmosfere*, umirujuće i pozitivne, koja se bazira i na veštini hranitelja da ne budu uvučeni u ponovno “odigravanje” detetovih ranih iskustava. U takvoj atmosferi deca mogu početi da osećaju *pripadnost porodici* i uživaju sa članovima porodice. Sa sigurnom bazom u svom domu, hranitelji *grade relacije* sa detetom, tako što mu pomažu da *uživa* sa članovima porodice i vršnjacima, obezbeđuju adekvatnu *strukturu i nadzor*, *izbegavaju konfrontiranje*, a prilikom reagovanja na dečije ponašanje su empatični i pre svega umirujući. Poslednji korak, koji autorka smešta u “krov” modela kuće roditeljstva predstavljaju veštine hranitelja da se nose sa dečijim izazovnim ponašanjem, na osnovu razumevanja kakva osećanja i razmišljanja dete vode ka određenim (neprihvatljivim) ponašanjama i reflektujući detetu takva unutrašnja stanja, kako bi i samo moglo da ih razume (Golding, 2008).

U predstavljenom modelu roditeljstva inkorporirani su i osnovni principi ophođenja prema detetu sa povredama afektivne vezanosti i kompleksnom traumom u porodičnom i terapijskom setingu koje predlaže Daniel Hughes (Golding & Hughes, 2012), tzv. PACE model. Preporuka je da odgajatelji u cilju jačanja emocionalnih veza sa detetom zauzmu stav koji uključuje *zaigranost (Playfulness)*, *prihvatanje (Acceptance)*, *radoznalost (Curiosity)* i *empatiju (Empathy)*. Takav stav se neguje tokom psihoterapijskog procesa sa traumatizovanom decom, kome prisustvuje i hranitelj, a zatim se hranitelj ohrabruje da ga usvaja i praktikuje kod kuće. Primarni cilj je da se kreira siguran prostor za dete unutar koga će terapeut i hranitelj, putem ko-regulacije detetovih emocionalnih stanja i ko-konstrukcije značenja detetovog iskustva, pomoći detetu da integriše doživljenu traumu.

Pojedini modeli roditeljstva i terapijskog rada sa decom na hraniteljstvu, zasnovani na teoriji afektivne vezanosti, konceptu senzitivnosti i intervencijama za

njeno jačanje, uključuju širu mrežu značajnih osoba oko deteta i hraniteljske porodice i multisektorsku saradnju. Takav je program “Timsko roditeljstvo” (eng. Team parenting), nastao u Engleskoj 2002. godine, u okviru nezavisne agencije za hraniteljstvo, kao izraz potrebe da se stabilnost smeštaja obezbedi i za najzahtevniju kategoriju dece (poput starije dece izazovnog ponašanja). I ovde je najznačajniji agens koji podstiče detetovu rezilijentnost kvalitet staranja od strane hraniteljske porodice, međutim istaknuta je važnost razmatranja celokupnog konteksta smeštaja kao dinamičkog procesa mnogobrojnih porodičnih i profesionalnih interakcija i relacija. Svi koji su uključeni u detetov život (hranitelji, voditelj slučaja, savetnik za hraniteljstvo, učitelj, pedagoški asistent, terapeuta i dr.) raspolažu različitim informacijama i iskustvima i kroz međusobnu saradnju i razmenu u prlici su da kreiraju kohezivnu, potpunu sliku deteta, njegovih snaga i potreba, zauzmu konzistentan pristup i tako omoguće adekvatniju i efikasniju podršku njegovom rastu i razvoju u pravcu veće rezilijentnosti (Caw & Sebba, 2014).

Posvećenost hranitelja

U literaturi se uočava nastojanje da se naglasi značaj posvećenosti hranitelja (eng.commitment) za razvoj i dobrobit dece na smeštaju, mada efekat ovog aspekta kvaliteta brige na mentalno zdravlje dece nije do sada na sistematski način istraživani. Posvećenost se odnosi na nivo socio-emocionalne uključenosti hranitelja u odnos sa detetom, odnosno spremnost i motivisanost da se sa detetom na smeštaju uspostavi stabilan, trajan i emotivno blizak odnos (Dozier, Grasso, Lindhiem & Lewis, 2007). Visoko posvećeni hranitelj bi u tom smislu “podsticao stvaranje afektivne veze sa detetom, prihvatao bi ga kao svoje (biološko) i nastojao da ga integriše u porodicu u potpunosti” (Bernard & Dozier, 2011, str. 252). Suprotno tome, nisko posvećenog hranitelja bi karakterisala “izvesna ravnodušnost po pitanju kvaliteta i trajanja relacije koja se sa detetom uspostavlja”. (*ibid.*)

Istraživači koji su u novije vreme počeli da se interesuju za posvećenost hranitelja, smatraju da je ovaj aspekt kvaliteta odnosa roditelj-dete prilično zanemaren u empirijskim istraživanjima (Dozier et al., 2007), mada je njegova uloga za bebino preživljavanje i zdrav razvoj sagledana još u ranim radovima o institucionalizovanoj deci, prilikom uobličavanja osnovnih ideja teorije afektivne vezanosti. Kao razlog te

zanemarenosti najčešće se navodi da u biološkim dijadama i u uobičajenim okolnostima nema velikih varijacija u spremnosti roditelja da uspostavlja odnos sa detetom koji će biti stabilan i trajan. Međutim, kada su u pitanju dijade koje nastaju hraniteljstvom posvećenost nije na taj način podrazumevano obeležje kvaliteta odnosa prema detetu (Ackerman & Dozier, 2005). Više razloga potencijalno mogu uticati na niži nivo posvećenosti hranitelja detetu na smeštaju (Dozier & Linhiem, 2006). Privremenost hraniteljstva kao oblika zaštite gde hranitelj očekuje da će u ograničenom vremenskom periodu brinuti o detetu, te da će se njihove emotivne veze neminovno prekinuti, može da utiče da hranitelj uspostavi emocionalnu distancu prema detetu, kao način da prevenira doživljaj gubitka i proces tugovanja nakon separacije. Drugi razlozi varijacija u nivou posvećenosti među hraniteljima leže u motivima zbog kojih pojedinci donose odluku da se bave hraniteljstvom i individualnim razlikama u načinu na koji definišu svoju hraniteljsku ulogu. Pojedini hranitelji preferiraju da njihova hraniteljska uloga bude oblikovana kao vid profesionalne brige o deci i zainteresovani su za kratkoročnije forme porodičnog smeštaja. Suprotno tome, drugi kandidati za hraniteljstvo se primarno opredeljuju kako bi proširili porodicu, zasnovali je ili i na dalje ostali veoma aktivni u roditeljskoj ulozi, na primer u okolnostima kada su njihova biološka deca odrasla ili su na pragu osamostaljivanja. I konačno, same stručne institucije koje pružaju podršku hraniteljskim porodicama mogu eksplicitno ili implicitno ohrabrivati hranitelje da se ne vezuju za decu, u nameri da dugoročnije sačuvaju njihove resurse za pružanje usluge smeštaja (*ibid*). Zbog toga, aktuelne tendencije ka profesionalizaciji uloge hranitelja, koje podrazumevaju da hranitelji u kraćim vremenskim periodima preuzimaju brigu o detetu i sukcesivno brinu o više dece, mogu biti veliki izazov za posvećenost hranitelja.

Posvećenost se kao odlika kvaliteta staranja smatra posebnim aspektom senzitivnosti i za decu na hraniteljstvu i značajnijom od responsivnosti na dečije signale (Dozier & Rutter, 2008.). Na emocionalnu uključenost se gleda kao na važan motivacioni faktor za obezbeđivanje senzitivne i pouzdane nege. Takođe, posvećenost utiče i na veći stepen uživanja i ushićenja hraniteljica prilikom interakcije sa detetom (Bernard & Dozier, 2011). Istraživanja su pokazala da više emotivno uključene i posvećene hraniteljice pružaju više podrške detetu tokom interakcije i kvalitetniju pomoć u rešavanju problemskih situacija (Bates & Dozier, 2002), te da su veće šanse da dođe do raskida smeštaja ukoliko je posvećenost hranitelja niža (Dozier & Lindhiem,

2006). Samim tim, ova mera kvaliteta staranja se pokazala značajnom za obezbeđivanje stabilnosti smeštaja kao protektivnog faktora za mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu.

U studijama koje su imale za cilj da istraže relaciju između posvećenosti hranitelja i detetovog funkcionisanja utvrđeno je da je nivo procenjene emocionalne uključenosti hraniteljica u drugoj godini detetovog života povezan sa detetovom slikom o sebi i strategijama za nošenje sa stresom na uzrastu od 5 godina. Više posvećene hraniteljice u ranim relacijama imale su decu koja su razvila pozitivniju sliku o sebi i pronalazila efikasnija rešenja u hipotetskim scenarijima odvajanja deteta od odgajatelja (Ackerman & Dozier, 2005). Relacija emocionalne uključenosti hraniteljica i bihevioralnih i emocionalnih problema deteta je proučavana i na taj način što je ispitivan efekat ponašanja deteta na nivo posvećenosti hranitelja i obrnuto, nivo posvećenosti na izraženost emocionalnih i bihevioralnih problema (Lindhiem & Dozier, 2007). Rezultati su pokazali da postoji značajna povezanost ove dve varijable, ali nije bilo moguće izvesti zaključke o smeru te povezanosti. U skladu sa namerom autora da se utvrde determinante posvećenosti hranitelja, rezultati su potvrdili njihove pretpostavke da više posvećeni hranitelji brinu o detetu sa manje izraženim problemima, posebno eksternalizujućih, što je u skladu sa nalazima da su poremećaji ponašanja agresivnog tipa najznačajniji prediktor nestabilnosti i raskida porodičnog smeštaja (Barber, Delfabbro & Cooper, 2001).

Nivo posvećenosti hranitelja je određen i drugim činiocima. Istraživanjima je utvrđeno da je ona viša ukoliko je dete smešteno u porodicu na mlađem uzrastu, kao i da opada sa porastom broja dece o kojoj su hranitelji brinuli, ukazujući da hraniteljska uloga predstavlja izazov, ne samo za decu, već i za same hranitelje (Dozier & Lindheim, 2006). Može se očekivati da na posvećenost hranitelja prema konkretnom detetu utiču i drugi faktori koji do sada nisu bili predmet naučnog istraživanja. Oni se mogu odnositi na individualne karakteristike deteta (pola, temperamenta, fizičkih i psiholoških odlika i sl.), koliko su one usklađene sa odlikama samih hranitelja, ali i različite situacione i kontekstualne činioce, poput aktuelnih promena u porodici, kriza i stresova, kvaliteta bračnih i koroditeljskih odnosa, socijalne podrške od neposrednog okruženja (prijatelja, komšiluka, zajednice) ili od strane institucija. Svi ovi faktori mogu doprineti razlikama u nivou posvećenosti hranitelja prema različitoj deci, ali i prema istom detetu tokom vremena. Zbog toga je važno da se posvećenost, poput senzitivnosti razume na dinamičan način, ne samo kao individualna odlika samih hranitelja i njihov

(nepromenljivi) kapacitet da pruže odgovarajući kvalitet brige, već i kao odlika konkretne dijade (Šilić, Isaković i Mihić, 2015). U istraživanju predstavljenom ovim radom upravo je konstrukt posvećenosti odn. emocionalne investiranosti hranitelja u odnos sa detetom upotrebljen kao mera kvaliteta staranja o detetu.

EMPIRIJSKI DEO

Problem istraživanja

Predmet istraživanja prikazanog ovim radom je mentalno zdravlje dece koja se nalaze na smeštaju u hraniteljskim porodicama, sa fokusom na značaj koji kvalitet staranja od strane hranitelja ima za detetovu funkcionalnost. Pri tome, kvalitet staranja hranitelja o detetu se konceptualizuje iz okvira teorije afektivne vezanosti kao: *prihvatanje deteta na smeštaju kao svog, spremnost da mu se fizički i emocionalno posveti* u podsticanju rasta i razvoja, bez emotivne “zadržke” i *svesnost da uspostavljen odnos sa detetom utiče na detetov emocionalni i socijalni razvoj*, aktuelno i u budućnosti. Na polju teorijskih razmatranja i istraživanja dijada hranitelj-dete, odnosno dijada koje nisu biološki vezane, ovako definisan kvalitet staranja smatra se bitnim obeležjem zamenskih odgajatelja koje promovise pozitivne ishode u dečijem razvoju, prilagođavanju i funkcionisanju (Ackerman & Dozier, 2005). Navedena pretpostavka je u središtu interesovanja ovog istraživanja.

Očekivanje je da odgovor na osnovno istraživačko pitanje o efektima kvaliteta pružene brige na mentalno zdravlja dece na hraniteljstvu, pruži uvid u sledeće:

- u kojoj meri i na koji način kvalitet staranja u smislu prihvatanja, posvećenosti i svesnosti o uticaju, doprinosi manjoj ili većoj izraženosti emocionalnih problema i problema u ponašanju dece na smeštaju;

- koji aspekti kvaliteta staranja su ključni za mentalno zdravlje dece;

- kakav je značaj kvaliteta staranja od strane hranitelja, kao činioca funkcionalnosti, u odnosu na one činioce koji prethode smeštaju, poput dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici i drugim faktorima rizika (prevremeno rođenje, prenatalna izloženost psihoaktivnim supstancama, mentalna bolest roditelja, zlostavljanje, zanemarivanje), odnosno,

- da li na ovakav način definisan kvalitet staranja od strane hranitelja, kao prihvatanje, posvećenost detetu i svesnost o uticaju na njegov razvoj, može da menja (ublažava) efekte ranih nepovoljnih iskustava u biološkoj porodici na detetovu funkcionalnost.

Ciljevi istraživanja

U skladu sa istraživačkim pitanjima definisani su sledeći ciljevi i zadaci:

Cilj 1. Utvrditi i opisati nivo kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja koji podrazumeva: *prihvatanje deteta* na smeštaju kao svog, *spremnost da mu se* fizički i emocionalno *posveti* u cilju podsticanja rasta i razvoja i *svesnost da uspostavljen odnos* sa detetom *utiče na njegov emocionalni i socijalni razvoj*, aktuelno i u budućnosti.

- opisati nivo procenjenog kvaliteta staranja o detetu (prihvatanje, posvećenost, svesnost o uticaju)
- utvrditi i opisati razlike u kvalitetu staranja o detetu (prihvatanju, posvećenosti, svesnosti o uticaju) s obzirom na dužinu bavljenja hraniteljstvom
- utvrditi i opisati razlike u kvalitetu staranja o detetu (prihvatanju, posvećenosti, svesnosti o uticaju) s obzirom na ukupan broj dece o kojoj je kao hranitelj brinuo
- utvrditi i opisati razlike u kvalitetu staranja o detetu (prihvatanju, posvećenosti, svesnosti o uticaju) s obzirom na ukupan broj dece na hraniteljstvu u ovom trenutku
- utvrditi i opisati razlike u kvalitetu staranja o detetu (prihvatanju, posvećenosti, svesnosti o uticaju) u odnosu na pol i uzrast deteta
- utvrditi i opisati razlike u kvalitetu staranja o detetu (prihvatanju, posvećenosti, svesnosti o uticaju) u odnosu na uzrast kada je dete smešteno u porodicu i dužinu boravka
- utvrditi i opisati razlike u kvalitetu staranja o detetu (prihvatanju, posvećenosti, svesnosti o uticaju) u odnosu na tip smeštaja – standardno ili srodničko hraniteljstvo
- utvrditi i opisati razlike u kvalitetu staranja (prihvatanju, posvećenosti, svesnosti o uticaju) u odnosu na planiranu dužinu smeštaja – privremeno ili dugoročno hraniteljstvo
- utvrditi i opisati razlike u kvalitetu staranja o detetu u odnosu na demografske karakteristike hranitelja (godine života, obrazovanje, bračni status, zaposlenje, roditeljsko iskustvo, strukturu porodice: broj odraslih članova, broj dece u porodici).

Očekuje se da dobijeni podaci omogućé uvid na koji način su karakteristike deteta (pol i uzrast; uzrast kada je smešteno u porodicu), karakteristike hraniteljskog smeštaja (dužina boravka deteta u porodici; srodničko/standardno hraniteljstvo; privremeno/dugoročno hraniteljstvo) i karakteristike hranitelja (dužina bavljenja hraniteljstvom; ukupan broj dece koju su zbrinuli; struktura porodice - broj odraslih, broj biološke dece, broj dece na smeštaju) povezani sa kvalitetom staranja koje hranitelj pruža detetu. U skladu sa dosadašnjim istraživanjima očekuje se da se hranitelji međusobno razlikuju po stepenu prihvatanja, posvećenosti i svesnosti o uticaju, te da su ove mere kvaliteta staranja značajno više ukoliko je dete smešteno na mlađem uzrastu u porodicu i u njoj boravi duže vreme, zatim ukoliko je hranitelj ukupno brinuo o manjem broju dece ili aktuelno brine o manjem broju dece (Dozier & Lindhiem, 2006). Smatra se da iskustvo višestrukih izmeštaja dece koje hranitelji dožive kao gubitak, mogu dovesti do emotivne zadržke prema deci u narednim smeštajima. Isto tako, pretpostavka je da su ograničenja u socio-emocionalnoj investiranosti u dete verovatnija ukoliko je smeštaj planiran kao privremen, pa se samim tim se očekuje i niži nivo kvaliteta staranja kod privremenog u odnosu na dugoročno hraniteljstvo.

Cilj 2. Utvrditi i opisati funkcionisanje deteta na hraniteljstvu u domenu izraženosti emocionalnih problema i problema u ponašanju, s obzirom na karakteristike deteta i hraniteljskog smeštaja

- utvrditi i opisati izraženost emocionalnih i bihevioralnih problema dece na hraniteljstvu
- utvrditi i opisati razlike u izraženosti emocionalnih i bihevioralnih problema dece na hraniteljstvu u odnosu na kontrolni uzorak dece koja žive u biološkim porodicama
- utvrditi i opisati razlike u domenu emocionalnih i bihevioralnih problema dece s obzirom na pol
- utvrditi i opisati razlike u domenu emocionalnih i bihevioralnih problema dece s obzirom na uzrast
- utvrditi i opisati razlike u domenu emocionalnih i bihevioralnih problema dece s obzirom na uzrast kada je dete smešteno u aktuelnu hraniteljsku porodicu
- utvrditi i opisati razlike u domenu emocionalnih i bihevioralnih problema dece s obzirom na dužinu boravka deteta u aktuelnoj hraniteljskoj porodici

- utvrditi i opisati razlike u domenu emocionalnih i bihevioralnih problema dece s obzirom na tip hraniteljskog smeštaja – standardno/srodničko
- utvrditi i opisati razlike u domenu izraženosti emocionalnih i bihevioralnih problema s obzirom na planiranu dužinu hraniteljskog smeštaja – dugoročni/privremeni smeštaj
- utvrditi i opisati razlike u funkcionalnosti deteta s obzirom na učestalost i kvalitet kontakta sa članovima biološke porodice

Očekuje se da dobijeni podaci na uzorku dece na hraniteljstvu u našoj sredini budu u skladu sa rezultatima dosadašnjih inostranih istraživanja koji ukazuju da ova kategorija dece ispoljava značajno veći stepen problema mentalnog zdravlja u poređenju sa decom iz opšte populacije. Takođe se očekuje da će dobijeni podaci omogućiti uvid na koji način su emocionalni problemi i problemi u ponašanju deteta povezani sa polom, uzrastom deteta, a posebno sa uzrastom na kome je smešteno u hraniteljsku porodicu, zatim sa tim da li je porodica srodnička ili ne i da li dete ostvaruje kontakte sa članovima biološke porodice. Ranije sprovedena istraživanja ukazuju da što je dete na smeštaju starije njegovo mentalno zdravlje je više narušeno (Heflinger et al, 2000; Armsden et al., 2000). U drugim istraživanjima je uočeno da sam uzrast deteta ostvaruje mali efekat na globalnu procenu mentalnog zdravlja i da se zapravo radi o efektu uzrasta pri ulasku u socijalnu zaštitu, odnosno da su izraženiji problemi mentalnog zdravlja starije dece u velikoj meri objašnjeni starijim uzrastom pri ulasku u zaštitu (Tarren-Sweeney, 2008). Po pitanju razlika u izraženosti emocionalnih i bihevioralnih problema dece na hraniteljstvu u grupi dečaka i devojčica istraživački podaci nisu jednoznačni. Dok jedna istraživanja ukazuju da dečaci imaju više problema u odnosu na devojčice (Hellinckx & Grietens, 1994; Ryan & Testa, 2005; Tarren-Sweeney & Hazell, 2006; Rosental & Curiel, 2006), u drugim istraživanjima nisu pronađene polne razlike (McIntyre & Keesler, 1986; Heflinger et al., 2000) ili su problemi bili izraženiji u grupi devojčica (Hornick, Phillips & Kerr, 1989; Zima et al. 2000; Pecora, White, Jackson & Wiggins, 2009). Smeštaj u srodničku hraniteljsku porodicu se smatra protektivnim faktorom mentalnog zdravlja dece zbog, kako se pretpostavlja, značaja koje odrastanje u široj biološkoj porodici ima za formiranje identiteta i jačanje porodičnih veza (Tarren-Sweeney & Hazell, 2006). Uzimajući u obzir navedeni podatak i za varijable koje se tiču kontakta sa članovima biološke porodice u ovom istraživanju se pretpostavlja sličan, protektivni efekat na nivo izraženosti emocionalnih i bihevioralnih problema.

Cilj 3. Utvrditi i opisati efekte varijabli koje prethode akuelnom hraniteljskom smeštaju na izraženost emocionalnih problema i problema u ponašanju deteta

- utvrditi i opisati značaj riziko faktora pre smeštaja (prevremeno rođenje, prenatalna izloženost psihoaktivnim supstancama, mentalna bolest roditelja, zlostavljanje, zanemarivanje), kao korelata i prediktora emocionalnih i bihevioralnih problema deteta
- utvrditi i opisati značaj dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici (izraženoj kroz uzrast deteta pri ulasku u socijalnu zaštitu), kao korelata i prediktora emocionalnih i bihevioralnih problema deteta
- utvrditi i opisati značaj nestabilnosti smeštaja (izraženoj kroz broj porodica/odgajatelja koje je dete promenilo) kao korelata i prediktora funkcionalnosti deteta

Očekivanje je da će dobijeni podaci omogućiti uvid na koji način na funkcionalnost deteta u domenu emocionalnih i bihevioralnih problema utiču okolnosti koje prethode aktuelnom hraniteljskom smeštaju a za koje se ranijim istraživanjima pokazalo da ostvaruju negativan efekat na mentalno zdravlje (Rutter & Quinton, 1984; Franck, 1996; Zeanah, Boris & Larieu, 1997; Webster, Barth & Needell, 2000; Tarren-Sweeney, 2008; Oswald et al., 2009). Očekuje se da će izraženost emocionalnih i bihevioralnih problema biti viša ukoliko je dete duže bilo izloženo nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, ukoliko je veća kumulacija nepovoljnih događaja koji se smatraju faktorima rizika za mentalno zdravlje, te ukoliko dete ima iskustvo veće nestabilnosti porodičnog smeštaja.

Cilj 4. Utvrditi značaj kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja (definisano preko prihvatanja, posvećenosti hranitelja detetu i svesnosti o uticaju na njegov razvoj) na detetove emocionalne probleme i probleme u ponašanju

- Utvrditi i opisati samostalne i glavne efekte kvaliteta staranja (prihvatanja, posvećenosti, svesnosti o uticaju) na emocionalne i bihevioralne probleme deteta

- Utvrditi značaj kvaliteta staranja o detetu (prihvatanja, posvećenosti, svesnosti o uticaju) na emocionalne i bihevioralne probleme u zavisnosti od karakteristika deteta i hraniteljskog smeštaja kao što su: pol, uzrast deteta, uzrast deteta pri smeštaju u porodicu, dužina boravka deteta u porodici, tip smeštaja, stalnost smeštaja, strukture hraniteljske porodice (broja odraslih, dece na smeštaju u ovom trenutku, mal. biološke dece), učestalost i kvalitet kontakta sa članovima biološke porodice.
- Utvrditi i opisati na koji način kvalitet staranja o detetu (prihvatanje, posvećenost, svesnost o uticaju) menja efekte varijabli koje prethode smeštaju (dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, faktori rizika pre smeštaja i nestabilnost smeštaja) na emocionalne i bihevioralne probleme

Očekuje se da će dobijeni podaci omogućiti uvid u kojoj meri i na koji način na emocionalne i bihevioralne probleme deteta utiče nivo posvećenosti i prihvatanja od strane hranitelja i kako se istraživana relacija menja u zavisnosti od obeležja deteta, samog smeštaja i detetovog iskustva koje prethodi smeštaju. U skladu sa dosadašnjim istraživanjima koja su se bavila utvrđivanjem ove povezanosti (Marcus, 1991; Ackerman & Dozier, 2005; Lindheim & Dozier, 2007) i istraživanjima koja su u obzir uzimala i druge aspekte kvaliteta staranja kao što je roditeljska praksa (Smith, 1994) očekuje se da će na ovaj način definisan kvalitet staranja o detetu biti značajan činilac detetove funkcionalnosti. Što se tiče smera povezanosti očekuje se da viši stepen posvećenosti i prihvatanja deteta od strane hranitelja korelira sa nižim nivom izraženosti emocionalnih i bihevioralnih problema. S obzirom da je u praktičnom radu odluka o smeštaju deteta u hraniteljsku porodicu rukovođena idejom da se time obezbedi sigurnije i za razvoj podsticajnije porodično okruženje koje će pomoći prevazilaženje zastoja u socio-emocionalnom razvoju, očekivanje je da će dobijeni podaci datu potvrdu da odrastanje uz posvećenog hranitelja koji dete prihvata kao svoje i motivisan je da uspostavi trajan i stabilan odnos sa njim, može da ublaži efekte faktora rizika koji prethode hraniteljskom smeštaju.

Varijable istraživanja

Osnovna varijabla u istraživanju je *funkcionalnost deteta* i operacionalizovana je i merena pomoću dimenzija dva upitnika za procenu dečijeg ponašanja koje popunjavaju odgajatelji: Liste provere dečijeg ponašanja za decu od 6-18 godina (Child Behavior Checklist for Ages 6-18, CBCL/6-18, Achenbah & Reskorla, 2001) i Liste za procenu dece u socijalnoj zaštiti uzrasta od 4-11 godina (Assessment Checklist for Children for Ages 4-11, ACC, Tarren-Sweeney, 2007).

CBCL/6-18 opisuje detetove emocionalne probleme i probleme u ponašanju kroz 8 empirijski izvedenih kliničkih subskala: *Ansioznost/depresivnost*, *Povlačenje/depresivnost*, *Somatske žalbe*, *Socijalni problemi*, *Problemi u mišljenju*, *Problemi pažnje*, *Kršenje pravila* i *Agresivnost*, i dve skale višeg reda: *Internalizujući problemi* – pokrivaju spektar depresivno-anksioznih simptoma i *Eksternalizujući problemi* - odnose se na remetilačka i agresivna ponašanja.

ACC/4-11 operacionalizuje i meri ponašanja, emocionalna stanja, osobine i kvalitet relacija sa drugima koji se smatraju specifičnim za decu u sistemu socijalne zaštite, kroz 10 empirijski izvedenih kliničkih skala i dve skale samopoštovanja. Kliničke skale obuhvataju:

- *Uzrasno neodgovarajuće seksualno ponašanje* – kao što je prisiljavanje druge dece na seksualne odnose, seksualne veze sa odraslima i drugom decom, flert sa nepoznatima, vođenje nepristojnih razgovora o seksu i dr.
- *Pseudozrelo ponašanje u relacijama*, uključujući i inverziju uloga – podrazumeva „starmalo” ponašanje, preferiranje odraslih i starije dece, previše nezavisno ponašanje i odnos prema odgajatelju kao da je dete, a on njegov roditelj.
- *Neuzajamno ponašanje u relacijama* se odnosi na emocionalno inhibirano, neempatsko ponašanje prema drugima, nepokazivanje naklonosti i brige za druge, sumnjičavost, odbijanje deteta da ga teše kada se povredi i izbegavanje kontakta očima.
- *Nediskriminativno ponašanje u relacijama* se odnosi na dezinhbirano, „lepljivo” ponašanje prema drugim ljudima, sklonost ka lakom menjanju prijatelja i ponašanje prema nepoznatima kao da su članovi porodice.

- *Nesigurno, povučeno ponašanje u relacijama* karakteriše strah od odbacivanja, tajanstvenost i skrivanje osećanja.
- *Anksiozno-nepoverljivo ponašanje* podrazumeva strah od ljudi i povređivanja, stalni oprez i pripravnost deteta, noćne more i druge anksiozne odgovore na traumatizaciju.
- *Atipični odgovor na bol* se tiče nepokazivanja da ga boli kada se ozbiljno povredi, verbalno ili kroz plač.
- *Čuvanje i skladištenje hrane* obuhvata ponašanja kao što su konzumiranje prevelikih količina hrane, sakrivanje, krađa i skladištenje hrane i ukazuje na opterećenost u vezi dostupnosti hrane.
- *Samopovređivanje* – daje podatke o indeksu samopovređivanja (ujedanjem sebe, udaranjem po glavi, čupanjem kose, sečenjem odeće, nožem, gutanjem opasnih materija) i pika indeksu, odnosno sklonosti ka jedenju nejestivog (iz đubreta, što nije za jelo) i pijenju vode koja nije za piće (iz bačene flaše, wc šolje).
- *Suicidalne tendencije i ponašanja* – obuhvata pokušaje suicida, suicidalne najave, pretnje i planove, kao i depresivna razmišljanja u vezi svrhe življenja.

Dve skale samopoštovanja obuhvataju *Negativnu sliku o sebi* (osećanje bezvrednosti i niže vrednosti, neomiljenosti kod drugih, nisko mišljenje i negativna osećanja prema sebi) i *Nisko samopouzdanje* (obeshrabrenost, teškoće u donošenju odluka i prilagođavanju na promene, lako odustajanje, nedostatak samopouzdanja).

Varijabla *kvalitet staranja o detetu* od strane hranitelja je operacionalizovana i merena preko tri dimenzije intervjua „To je moje čedo” („This is my baby” interview, TIMB, Bates & Dozier, 1998):

- *Prihvatanje* (Acceptance) autori definišu kao suprotan pol od odbacivanja deteta na kontinuumu prihvatanje-odbacivanje. Centralni konstrukt koji se procenjuje je da li hraniteljica pozitivno opaža dete i svoj odnos sa detetom, uvažava detetovu individualnost i izražava zadovoljstvo ili uživanje u staranju o detetu.
- *Posvećenost* (Commitment) se definiše kao suprotnost ravnodušnosti prema detetu, na kontinuumu posvećenost-ravnodušnost. Ključni konstrukt koji se procenjuje je stepen u kome hraniteljica dete vidi kao svoje, uspostavlja afektivnu vezu sa njim bez emotivne zadržke, pruža dokaze spremnosti da se

fizički i emocionalno posveti u podsticanju detetovog rasta i razvoja, kao i da joj je roditeljstvo nad ovim detetom veoma važno.

- *Svesnost o uticaju* (Awareness of Influence) se procenjuje na osnovu toga u kojoj meri hraniteljica razmišlja i svesna je da njen odnos sa detetom utiče na detetov emocionalni i socijalni razvoj, aktuelno i u budućnosti.

Varijable iz domena ***nepovoljnih iskustava koja prethode aktuelnom hraniteljskom smeštaju*** su:

- *Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici* – izražena kroz uzrast deteta pri ulasku u socijalnu zaštitu.
- *Rizik pre smeštaja u hraniteljsku porodicu* je operacionalizovan kao kumulativni efekat sledećih faktora rizika za mentalno zdravlje: prevremeno rođenje, prenatalna izloženost psihoaktivnim supstancama, pozitivna psihijatrijska porodična istorija, zanemarivanje, zlostavljanje.
- *Nestabilnost smeštaja* je operacionalizovana preko broja porodica/odgajatelja koje je dete ukupno promenilo

Varijable iz ***domena karakteristika deteta***:

- *Pol deteta*
- *Uzrast deteta*
- *Uzrast deteta pri smeštaju u aktuelnu hraniteljsku porodicu*

Varijable iz ***domena karakteristika aktuelnog smeštaja***:

- *Dužina smeštaja deteta u aktuelnoj hraniteljskoj porodici*
- *Tip hraniteljskog smeštaja* (standardno ili srodničko hraniteljstvo)
- *Planirana dužina boravka deteta u aktuelnoj hraniteljskoj porodici* (dugoročno ili privremeno hraniteljstvo)
- *Struktura porodice: broj odraslih, broj dece na smeštaju, broj biološke dece*
- *Učestalost kontakata sa biološkim roditeljima* – operacionalizovana preko redovnosti kontakata
- *Kvalitet kontakata sa biološkim roditeljima* – operacionalizovana preko zapažanja hranitelja o kvalitetu interakcije deteta sa roditeljima tokom trajanja kontakta

Varijable iz *domena hranitelja*:

- *Dužina bavljenja hraniteljstvom*
- *Ukupan broj dece na hraniteljstvu do sada*
- Demografski podaci: *godine života, bračni status, obrazovanje, zaposlenje, mesto stanovanja*

Primenjeni instrumenti

Instrumenti primenjeni u istraživanju biće prikazani prema varijablama koje su njima operacionalizovane i merene.

Varijabla – funkcionalnost deteta:

Lista provere dečijeg ponašanja za decu od 6-18 godina (Child Behavior Checklist for Ages 6-18, *CBCL/6-18*, Achenbah & Reskorla, 2001) pripada grupi ASEBA (Achenbah System of Empirically Based Assessment) i predstavlja upitnik za procenu emocionalnih i bihevioralnih problema dece školskog uzrasta od strane roditelja, zamenskih odgajatelja (maćeha/oćuh, hranitelji, usvojitelji) i drugih odraslih koji viđaju dete u kontekstu koji odgovara porodićnom. Za potrebe ovog istraživanja je korišćen deo upitnika sa 8 sindrom skala, opisanih u delu o varijablama istraživanja, i obuhvata ukupno 113 ajtema. Od odgajatelja se traži da na trostepenoj skali procene svaku tvrdnju koja opisuje ponašanje deteta u poslednjih 6 meseci, zaokruživanjem 0 - ukoliko tvrdnja nije taćna, 1- ukoliko je ponekad ili delimićno taćna i 2 - ukoliko je vrlo ili često taćna za dete. Pored skorova na sindrom skalama, instrument daje ukupan skor i skor na dve skale višeg reda – *internalizujućih problema* koja je sastavljena od skala Anksioznost/depresivnost, Povlaćenje/depresivnost i Somatske žalbe; i *eksternalizujućih problema* koji obuhvataju skale Kršenje pravila i Agresivnost. Viši skorovi ukazuju na veću zastupljenost problema koje sindrom skale i skale višeg reda opisuju.

Instrument je izabran za potrebe ovog istraživanja zbog njegove dokazane validnosti i relijabilnosti i to na uzorcima iz velikog broja zemalja (Achenbah & Rescorla, 2007), a pored toga jedan je od najčešće korišćenih instrumenta za procenu mentalnog zdravlja dece u sistemu socijalne zaštite, uključujući i decu na hraniteljstvu

(Clausen et al., 1998; Holtan, Ronning, Handegård & Sourander, 2005; Tarren-Sweeney, 2008). Relijabilnost skale u istraživanjima autora je visoka sa alfa koeficijentom od .97 za celu skalu, eksternalizujuće probleme .94 i internalizujuće .90. Kronbahove alfe se za sindrom skale kreću od .78 do .94 (Achenbah & Reskorla, 2001). Instrument je primenjivan i u našoj zemlji na uzorku od 1005 dece uzrasta od 4 do 11 godine, u okviru epidemiološke studije za područje Grada Novog Sada (Marković, 2011) i tom prilikom su dobijene sledeće vrednosti Kronbahove alfe: za ukupne probleme .94, eksternalizaciju .87, internalizaciju .83 i sindrom skale u rasponu od .54 (Problemi mišljenja) do .85 (Agresivnost). U ovom istraživanju na uzorku dece na hraniteljstvu, takođe su dobijene visoke mere pouzdanosti za celu skalu sa alfa koeficijentom od .95 i eksternalizujuće probleme .92, dok je za skalu internalizujućih problema ta vrednost niža, mada još uvek zadovoljavajuća i iznosi .79. Dobijena vrednost za skalu internalizacije je najverovatnije u vezi sa izrazito niskom relijabilnošću sindrom skale Somatske žalbe (Kronbahova alfa od .087), za koju se uočava veći broj stavki bez varijabiliteta. Vrednosti koeficijenta pouzdanosti za ostale sindrom skale se kreću od .48 (za Anksioznost/depresivnost) do .89 (za Agresivnost). Pregled istraživačke literature ukazuje da je instrument CBCL/6-18 često primenjivan na manjim uzorcima dece na hraniteljstvu koji broje ispod sto ispitanika (Husley & White, 1989; Evans et al., 1994; Phillips, 1997; Friman et al., 1993; Hornick et al., 1989, prema Armsden et al., 2000), kao što je slučaj i u ovom istraživanju, što za posledicu može imati mali varijabilitet pojedinih stavki. Pri tome, u najvećem broju studija, bez obzira na veličinu uzorka, problemi mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu su izražavani kroz skor ukupnih problema i skorove na skalama višeg reda. Znatno manji broj studija je pružao podatke i o skorovima na sindrom skalama (Heflinger et al., 2000; Tarren-Sweeney & Hazzel, 2006; Sawyer et al. 2007) pri čemu podaci o relijabilnosti instrumenta u celini i pojedinačkih subskala po pravilu izostaju. U ovom istraživanju, problemi mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu su izraženi kroz ukupan skor na skali, skorove na skalama eksternalizujućih i internalizujućih problema, ali i kroz skorove na sindrom skalama zbog preciznijeg sagledavanja prirode i raznovrsnosti problema mentalnog zdravlja. Skorovi na stavkama koje pripadaju skali Somatske žalbe su ušli u dalju obradu kroz ukupan skor i skor na skali internalizujućih problema, ali zbog izrazito niske relijabilnosti ova skala u analizama nije korišćena kao samostalna mera.

Lista⁴ za procenu dece u socijalnoj zaštiti uzrasta od 4 do 11 godina (Assessment Checklist for Children for Ages 4-11, ACC, Tarren-Sweeney, 2007) je razvijen sa ciljem procene ponašanja, emocionalnih stanja, osobina i kvaliteta relacija koje ispoljavaju deca na porodičnom smeštaju ili smeštaju u institucijama, uzrasta od 4 do 11 godina, odnosno za procenu svih klinički značajnih problema koji nisu adekvatno mereni uz pomoć standardnih ček lista kakav je CBCL, kao što su poteškoće afektivne vezanosti, karakteristike ponašanja u relaciji sa odraslima i vršnjacima, anksiozni i disocijativni odgovori na traumu, samopovređivanje i uzrasno neodgovarajuće seksualno ponašanje. Konstruisan je za potrebe sprovođenja prospektivne epidemiološke studije mentalnog zdravlja dece na porodičnom smeštaju u New South Wales-u u Australiji. (Tarren-Sweeney & Hazell, 2005; Tarren-Sweeney, 2008). Autor skale je profesor Michael Tarren-Sweeney (University of Canterbury, New Zealand). Sadrži 120 stavki koje popunjavaju odgovornici dece (hranitelji, usvojitelji, vaspitači u domovima za decu), raspoređenih u 10 kliničkih skala i dve skale samopoštovanja, navedenih u delu o varijablama istraživanja. U prvom delu instrumenta koji obuhvata stavke od 1-81, od odgovornika se traži da na trostepenoj skali „nije tačno”, „delimično tačno” i „uglavnom tačno” označi u kojoj meri je opisano ponašanje karakteristično za dete, u poslednjih 6 meseci. U drugom delu, od 82-120-tog ajtema, trostepena skala „nije se dogodilo”, „dogodilo se jednom” i „dogodilo se više od jednom” daje mogućnost da se označe klinički veoma značajna ponašanja kada se jave i samo jednom (pokušaj suicida, neadekvatno seksualno ponašanje, samopovređivanje). Kliničke skale i skale samopoštovanja su razvijene odvojeno. Klinički sadržaj instrumenta je izveden sistematično tokom nekoliko godina uz kombinovanu upotrebu deduktivnih i induktivnih strategija. Stavke su birane na osnovu analize izveštaja kliničke procene dece u hraniteljskim porodicama, uključivanja iskusnih kliničara da navedu mentalne probleme sa kojima su se susretali u radu sa ovom decom, a koja nisu adekvatno merena uz pomoć postojećih instrumenata procene, uključivanja iskusnih hranitelja u cilju provere validnosti i čitljivosti stavki, istraživanja literature i razvoja konceptualnog okvira o hipoteziranom klasterima simptoma (Tarren-Sweeney, 2008). Autor navodi da su oba izvora, iz prakse i literature, ukazala su na sveprisutnost poteškoća afektivnog

⁴ za korišćenje skale u ovom istraživanju dobijena je saglasnost autora prof. Michael Tarren-Sweeney-a. Autorka ovog istraživanja je, zahvaljujući podršci i pomoći prof. Tarren-Sweeney-a, učestvovala u proceduri prevoda skale na srpski jezik i pilot istraživanju namenjenom proveru validnosti i razumljivosti stavki na uzorku majki dece uzrasta od 4 do 11 godina.

vezivanja kod ciljane grupe dece. Subskale su dobijene faktorskom analizom 412 dece od 4 do 11 godina koja su na dugoročnom porodičnom smeštaju, dok analiza glavnih komponentni na 10 kliničkih skala nije pokazala postojanje faktora višeg reda. Ovaj instrument daje ukupan klinički skor, ukupan skor na skali samopoštovanja, skorove na 10 kliničkih skala i 2 skale samopoštovanja. Dizajniran je i za upotrebu u kliničkoj proceni dece u socijalnoj zaštiti i za australijsku populaciju dece uzrasta od 5 do 10 godina su identifikovane norme. Validnost sadržaja je razmatrana od strane iskusnih kliničara i hranitelja. Različite analize su pokazale stabilnu faktorsku strukturu i visoku korelaciju sa merama sličnih ili srodnih konstrukata (Tarren-Sweeney, 2014). Skorovi su visoko osetljivi na detetovu izloženost riziko faktorima i uzrast pri ulasku u zaštitu i razlikuju decu koja su upućena u klinički servis i/ili imaju dijagnozu od one dece koja nemaju. Interna konzistentnost skale je visoka sa Krobahovom alfa od 0.96 za ukupan klinički skor i pojedinačne skale u opsegu od .70 do .86 (Tarren-Sweeney, 2007).

Pilot istraživanje na domaćem uzorku. Za potrebe istraživanja predstavljenog ovim radom, uspostavljen je kontakt i saradnja sa autorom skale. Time započinje rad na prevodu instrumenta i njegova provera na uzorku 43 roditelja (majki) dece bez smetnji u psihofizičkom razvoju, uzrasta od 6 do 11 godina. Rezultati pilot istraživanja su pokazali da je procena stabilna s obzirom na uzrast i pol ispitanika (Šilić i Mihić, 2013).

Psihometrijske karakteristike skale u istraživanju predstavljenom ovim radom. Na uzorku dece na hraniteljstvu ovog istraživanja, instrument je pokazao visoku pouzdanost sa koeficijentom od .95 za ukupan klinički skor i .85 za skalu samopoštovanja. Koeficijenti pouzdanosti za kliničke subskale se kreću od .70 (za Uzrasno neodgovarajuće seksualno ponašanje) do .82 (za Neuzajamnost u relacijama). Niska relijabilnost je dobijena za subskalu Atipičan odgovor na bol (Kronbahova alfa od .25), jer je reč o smetnjama koje inače imaju malu prevalencu, pa je za njihovo evidentiranje, kao i za dobijanje zadovoljavajućeg koeficijenta pouzdanost verovatno potreban mnogo veći uzorak dece od uzorka u ovom istraživanju. Takođe, u uzorku nema dece sa suicidalnim tendencijama, pa ni mogućnosti da se izraze psihometrijske karakteristike skale Suicidalnosti. Poteškoće mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu u ovom istraživanju izražene su kroz ukupan klinički skor, ukupan skor samopoštovanja, 8 kliničkih subskala (od ukupno 10) i dve skale samopoštovanja (Negativna slika o sebi i Nisko samopouzdanje), što daje mogućnost upoređivanja sa rezultatima drugih studija. Zbog niske relijabilnosti skala Atipičan odgovor na bol nije samostalno korišćena u

analizama, već su skorovi na stavkama koje je operacionalizuju ušli u dalju obradu kroz ukupan klinički skor. Skala suicidalnosti je zbog nulte vrednosti za sve ispitanike u uzorku, takođe izuzeta iz daljih analiza. Veći skor ukazuje na više izražene probleme operacionalizovane i merene opisanim skalama.

Varijabla – kvalitet staranja o detetu

„*To je moje čedo*” intervju („This Is My Baby” interview, TIMB; Bates & Dozier, 1998) je korišćen za operacionalizovanje i procenjivanje varijable kvaliteta staranja o detetu. Reč je o polustrukturiranom intervju koji je razvijen sa ciljem procene posvećenosti hranitelja detetu na smeštaju. Sadrži 9 standardizovanih pitanja. Tokom intervjuja od hraniteljica se traži da opišu dete i daju odgovore na specifična pitanja u vezi njihovih osećanja prema detetu. Intervju traje od 5 do 15 minuta i može se sprovesti sa hraniteljima koji najmanje dva meseca neprekidno brinu o dotičnom detetu. Pored verzije intervjuja za hranitelje, postoji i verzija koja se može zadavati biološkim roditeljima i usvojiteljima dece sa iskustvom porodičnog smeštaja.

Prema uputstvima autora, svi intervjui su audio snimani, a zatim transkribovani i kodirani od strane dva nezavisna procenjivača. Pored autorke ovog istraživanja procene kvaliteta staranja je vršila i članica istraživačkog tima, pri čemu su obe dobro upoznate sa teorijom afektivne vezanosti i njenom primenom u oblasti hraniteljstva. Sistem kodiranja sadrži tri skale: Prihvatanje (Acceptance), Posvećenost (Commitment) i Svesnost o uticaju (Awareness of Influence) koje odražavaju *kako hraniteljica razmišlja* o detetu i odnosu sa detetom. Na osnovu opisa deteta i odnosa sa detetom, kroz analizu pozitivnih i negativnih pokazatelja stepena Prihvatanja, Posvećenosti i Svesnosti o uticaju, za svaku od tri skale je dodeljivan skor na 5-stepenoj skali Likertovog tipa (5- visok nivo, 3 – umeren nivo, 1- nizak nivo, uključujući i bodove između 2 i 4). Prateći uputstva iz priručnika skorovi su dodeljivani na sledeći način (Bates & Dozier, 1998):

Visok nivo prihvatanja (skor 5) je dodeljivan kada su hraniteljicini opisi deteta i odnosa sa detetom veoma pozitivni, odnosno kada je uočeno konzistentno pozitivno ponašanje, razmišljanje i osećanje hraniteljice u vezi deteta; kada hraniteljica izražava pozitivne emocije prema detetu; ukoliko je i uočena ljutnja ili „sekiracija” hraniteljica je toga svesna, pruža dokaze da to nije stalno stanje i prihvata odgovornost za sopstvena osećanja radije nego što okrivljuje dete; zatim, pokazuje uvažavanje detetove individualnosti, vidi ga kao posebnu individuu sa sopstvenim osećanjima, potrebama i ciljevima i uživa u staranju o detetu; hraniteljica pokazuje da aktivno razmišlja o detetu

i da joj je roditeljstvo nad tim detetom veoma važno; odgovori su dobro građeni, koherentni, mogu biti kratki, ali “moćni” ili “dirljivi”. *Umereni nivo prihvatanja* (skor 3) je dodeljivan kada su opisi deteta i odnosa sa detetom i pozitivni i negativni, u smislu da i ako je uočeno izvesno odbacivanje, takođe se beleže i indikatori snažnog prihvatanja; deskripcije deteta i odnosa sa detetom su pozitivne, ali neupadljive, u terminima “dobro” i “ugodno”, ili takvi, pretežno pozitivni opisi, nisu uvek u saglasnosti sa ponašanjem prema detetu. *Nizak nivo prihvatanja* (skor 1) je dodeljivan kada su opisi prvenstveno negativni, u terminima nedostataka ili problema deteta; kada je uočeno odbacivanje, nedostatak pozitivnih emocija ili su zabeležena negativana osećanja, razmišljanja i ponašanja prema detetu; kada izostaju dokazi da hraniteljica uživa u staranju o detetu a izražava bes, nenaklonost i neraspoloženje prema njemu, kritikuje ga ili okrivljuje; ne opaža ga kao posebnu individuu, sa sopstvenim željama, potrebama i ciljevima; odgovori su loše građeni, nekoherentni ili “iscenirani” i ne odaju utisak da je hraniteljica podrobnije razmišljala o detetu i svom odnosu sa detetom. Za procenu dimenzije prihvatanja posebno su bitni odgovori na pitanje kojim započinje intervju, ali su isto tako važni i odgovori na sva druga pitanja koji opisuju hraniteljicin doživljaj deteta i njihovog međusobnog odnosa.

U nastavku sledi pregled indikatora za procenu sa kratkim izvodima iz intervjuja “To je moje čedo” sa hraniteljicama kojima je dodeljen skor 5 - visoko prihvatanje (izvod 1) i skor 1 – nisko prihvatanje (izvod 2).

Visoka vrednost na dimenziji prihvatanja (skor 5) je procenjivana na osnovu sledećih *indikatora* koje predlažu autori:

- Hraniteljicino verbalno izražavanje pozitivnih emocija kada govori o detetu, kao što su ljubav, pohvala, odobravanje ili pozitivne anegdote o detetu ili njihovom međusobnom odnosu;
- Ton glasa koji je topao i upućuje da hraniteljica voli i ceni dete i njihov međusobni odnos;
- Hraniteljica tokom intervjuja pruža dokaze da uživa u detetu i uspostavljenom odnosu sa detetom, sa veoma malo iziritiranosti ili besa zbog ponašanja ili potreba deteta.

Izvod 1 – visoko prihvatanje

Intervjuer: Želela bih da počnemo razgovor tako što ću vas zamoliti da opišete Iliju? Kakav je njegov karakter?

Hraniteljica: Ilija je, meni lično, jedno posebno dete, jedno izuzetno dete. Ima osobine “starmalog”, kao čovek razmišlja i tako se on i ponaša. Ima mnogo empatije u sebi, mnogo saosećanja. Ne znam...on je meni sam po sebi poseban. I kada je došao, prvi dan kada je došao kod nas, mi nismo imali nikakvih problema. Dovedi su ga iz Tiršove ovde, on je prišao, seo u krilo, a ja nisam znala kako da mu se obratim. Rekoh “ja sam baka”, a on meni kaže “nisi”, pa rek'o “a ko sam?!, a neko je rekao pre toga Jelo, kaže “ti si Jela”, i dan danas ja sam samo Jela. On zna da ima mamu i tatu i zna da mu je mama umrla, ali ja sam samo Jela. Kao da zna, a prosto je nemoguće za dete na tom uzrastu, da ja njega volim, i da je član porodice, i da je sve ovo naša kuća i da mi tu živimo. Ne znam...srodio se sa nama i mi sa njim. On je samo za voljenje, mada treba njemu mnogo pažnje, mnogo priče, mnogo ljubav. Traži tako, dođu mu momenti tokom dana da ga zagrlim, da ga dignem i da ga nosim. Sad je prednost to što ja ne radim, a i suprug je u penziji pa mu se posvećujemo. Da su mu još i mama i tata tu, u komšiluku, to bi bilo idealno, pa da ima njih, pa još plus nas. U vrtiću ga svi vole. Ima dve divne vaspitačice i prve godine se malo teže uklopio jer mu je bilo lakše da stvori odnos sa odraslim ljudima, nego sa decom, ali sada je sve drugačije. Inače, fudbal igra fantastično, Ja ga zovem “moj Mesi”. Ne znam. Sav je lep. Em je lep fizički, em je lep ovako iznutra.

Niska vrednost na dimenziji prihvatanja (skor 1) je procenjivana na osnovu sledećih predloženih *indikatora*:

- Opisi deteta u terminima koji su prvenstveno negativni ili se odnose na detetove nedostatke ili probleme;
- Nedostatak pozitivnih emocija prema detetu;
- Upotreba negativnog ili neprijateljskog tona kada diskutuje o detetu;
- Izražavanje besa, oslojeđenosti ili malicioznosti prema detetu;
- Iziritiranost i bes zbog detetovog izražavanja potreba ili ponašanja.

Izvod 2 – nisko prihvatanje

Intervjuer: Želela bih da počnemo razgovor tako što ću vas zamoliti da opišete Ljubu? Kakav je njegov karakter?

Hraniteljica: Karakter...nemiran...nije nemiran samo u smislu da je nestašan. On pravi štetu! On laže i krade, prevari, povredi sam sebe. I uplaši te. Ne znaš u šta odrasta. Nije dobar. Poslušaj kad baš nadgledaš. Obeća, a kroz par minuta stara pesma. Ja nikada nisam videla u svom životu ili čula šta on uradi. Teško mi je! Više puta viknem, opomenem ga, zapretim, kaznim, ali se bojim da se ne ogrešim. Evo godinu dana je kod mene, ne znam...kada me iznervira, legnem tako u krevet i razmišljam, pomogla bih mu, kad bih mogla. Valjda je željan te pažnje, maženja, ljubavi. Kada bi ga po ceo dan mazila, a on mi postavljao sto pitanja i ja odgovarala... ali ja nemam vremena. Ja hoću onako kako sam svoju decu

odgajala, malo maženja pa idemo raditi, sve usputno. Jer imam puno obaveza. Ne mogu ja sve samo Ljubi posvetiti. Imam i unučiče, a već vidim kako gadno i na njih utiče. Šta da kažem, Ljuba jako malo napreduje, za sad.

U vezi druge dimenzije kvaliteta staranja, *visok nivo posvećenosti* (skor 5) su dobijale hraniteljice čiji su opisi deteta i odnosa sa detetom jasno odražavali snažnu emotivnu investiranost u vezu sa detetom, bez pokazatelja mentalnih ili fizičkih aktivnosti koje se preduzimaju da bi se ta veza ograničila; kada su prisutni indikatori psihološkog usvajanja deteta koje je potpuno integrisano u porodicu; i pored toga što postoje saznanja da bi dete moglo da napusti njenu porodicu, hraniteljica ga tretira kao svoje sve dok je u njenom domu. *Umereni nivo posvećenosti* (skor 3) je dodeljivan kada su pored pokazatelja visokog nivoa posvećenosti, postojale i indicije da dete nije psihološki usvojeno; uočena emotivna investiranost nije toliko upadljiva kao kod visoko posvećenih; hraniteljice mogu da izjave da će joj dete nedostajati kada ode ali nedostajala je snažna afektivna komponenta ili su pričale o ograničenjima psihološke veze sa detetom. *Nizak nivo posvećenosti* (skor 1) su dobijale hraniteljice kod kojih nisu uočeni indikatori snažnog ili aktivnog emotivnog investiranja u dete i roditeljstvo; kada se uočavaju aktivnosti usmerene na ograničavanje veze, ravnodušnost da li će dete ostati kod nje ili kada aktuelno izjavljuje da želi da bude izmešteno; zatim kada dete nije integrisano u porodicu, vidi se pre kao nepoželjni gost nego član porodice ili samo kao jedno od brojne dece koja su prošla kroz njenu porodicu.

Prilikom procenjivanja dimenzije posvećenosti relevantni su odgovori na pitanja intervjuua u vezi želje hraniteljice da uspostavi trajan odnos sa detetom i njenih osećanja ukoliko bi napustilo njen dom, kako to ilustruju indikatori, a zatim i sledeća dva izvoda intervjuua.

Indikatori za visok nivo posvećenosti (skor 5) uključuju:

- Izražavanje želje od strane hraniteljice da usvoji dete, u smislu “psihološkog usvojenja”, odnosno želje da dete ostane u porodici trajno, bez obzira da li je to i moguće;
- Izražavanje želje da bude roditelj tom dotičnom detetu sve dok je u zaštiti;
- Uočljiva emotivna vezanost za dete bez uzdržavanja ili barijere koja bi ograničila uspostavljanje ove veze;

- Izjave koje pokazuju da će dete hraniteljici jako nedostajati ukoliko bude izmešteno iz njene porodice;
- Dokazi da je dete u potpunosti integrisano u porodicu i da se posmatra kao punopravni član;
- Dokazi da hraniteljica posvećuje emotivne i fizičke resurse u podsticanju detetovog rasta i razvoja.

Izvod 3 – visoka posvećenost

Intervjuer: Da li ikada poželite da Aleksandar odraste kod vas?

Hraniteljica: Jao, stalno. To je moja jedina želja, drugo ne mogu ni da zamislim. Ja ga smatram za svoje dete, kao svoje unuče i srećna sam što sam baš njega dobila, što je baš on došao u našu porodicu. Drugačije ne mogu ni da zamislim nego da jednog dana vidim njegovu ženu, decu, da mu pomognem. Tako mu i pričam, kada dođe iz škole pa mi kaže da je zaljubljen, “Sine, znaš biće i to kada odrasteš. Ja ću biti vaša baka i ja ću ti čuvati decu”. A on pita: “Kao što Ljubici čuvaš (ćerki) i Milanu (sinu)”, “Jeste, kao što njima čuvam, tako ću i tebi”. Pa me pita “A gde ću ja živeti kada se oženim?”. Kažem mu “Pa ovo je tvoja kuća, tu nema govora. Ili ćemo se potruditi da i ti kupiš svoju kuću, kao što je kupio i ujka Milan, da ti imaš svoje”.

Intervjuer: Koliko bi vam nedostajao Aleksandar kada bi otišao?

Hraniteljica: Pa, puno. On je deo mene. Ne znam, jednostavno ne mogu da zamislim da on ode od mene. Ako bi to bilo za njegovo dobro, ja bih sebe žrvovala, svoja osećanja i svoje potrebe bih stavila u drugi plan. Samo ako je to za njegovo dobro. Drugačije nikako ne bih pristala da ode od mene.

Indikatori za nizak nivo posvećenosti (skor 1) podrazumevaju:

- Indiferentnost hraniteljice da li će dete ostati u porodici ili ne, ili izražavanje želje i nade da ode;
- Dokazi da se hraniteljica uzdržava od potpunog emotivnog investiranja u odnos sa detetom ili da postavlja barijere (mentalne ili fizičke) kako bi se snaga međusobne emotivne veze ograničila;
- Iskazi da joj dete neće nedostajati ukoliko napusti njen dom;
- Hraniteljica može izjaviti da će joj dete nedostajati, ali taj odgovor je više formalan, površan i neautentičan jer nije praćen adekvatnim emotivnim odgovorom;
- Dokazi da se dete ne tretira kao član porodice;
- Nedostatak emotivne i fizičke podrške detetovom rastu i razvoju.

Izvod 4 – niska posvećenost

Intervjuer: Da li ikada poželite da Miša odraste kod vas?

Hraniteljica: (pauza)Mislite sve to vreme hraniteljstva? Do odraslog doba? Pa, da. Želim, želim, da.

Intervjuer: Koliko bi vam nedostajao Miša kada bi otišao?

Hraniteljica: Pa, znate šta, imala sam već takav slučaj i nedostajala mi je ta devojčica, puno. I dan danas mi nedostaje. Ali, ja poštujem svoj posao. Jednostavno, ako tako mora i ako se tako reši da ide, mislim, ja se držim svojih obaveza hraniteljskih. A da bi mi nedostajao, sigurno bi.

Važne informacije za treću skalu, skalu *svesnosti o uticaju* se prvenstveno mogu dobiti iz odgovora na pitanja: Šta mislite kako vaš odnos sa (detetovo ime) utiču na (detetovo ime) u ovom trenutku? Šta mislite kako će vaš odnos sa (detetovo ime) uticati na (detetovo ime) dugoročno? Šta želite za (detetovo ime) sada? Šta (detetovo ime) želite u budućnosti? Po uputstvima autora, viši skorovi se procenjuju ukoliko hraniteljica pruža dokaze da je ozbiljno razmišljala o ovim pitanjima i usmerena je prvenstveno na psihološke, emocionalne i interpersonalne uticaje i ciljeve, a ne na konkretne i fizičke. *Visok nivo svesnosti o uticaju* (skor 5) je dodeljivan ukoliko je hraniteljicin okvir za diskusiju primarno bio u psihološkim i relacionim terminima; kada odgovori odražavaju da je hraniteljica pažljivo razmatrala pitanja i da su odgovori posebno pronicljivi ili reflektivni; hraniteljica prepoznaje da odnos sa detetom ima važnu psihološku i emotivnu komponentu i veruje da on utiče na detetov psihološki, emocionalni i socijalni razvoj, na njegovu sposobnost da formira stabilne relacije kasnije u životu; uticaj je okarakterisan kao podsticanje osećaja sigurnosti i doživljaja deteta da je voljeno. *Umereni nivo svesnosti o uticaju* (skor 3) su dobijale hraniteljice kod kojih je bila prisutna kombinacija i psiholoških i konkretnih uticaja i ciljeva, pri čemu su pretegnuli konkretni, odgovori su manje pronicljivi i reflektivni, a pitanja su im u izvesnoj meri strana. *Nizak nivo svesnosti o uticaju* (skor 1) je procenjen ukoliko je hraniteljica diskutovala u konkretnim terminima, bez spominjanja psiholoških uticaja, ili kada i pominje takve uticaje njene ideje su površne i nerazvijene – da dete bude srećno, uspešno, dobro prilagođeno; zatim kada izjavljuje da ima malo ili uopšte nema uticaj na dete.

Slede dva izvoda intervjua “To je moje čedo” koja ilustruju visok (izvod 5) i nizak nivo (izvod 6) svesnosti o uticaju, kao i indikatori na osnovu kojih je izvršena procena.

Indikatori za visok nivo svesnosti o uticaju (skor 5) uključuju:

- Hraniteljicino generalno prepoznavanje da njen odnos sa detetom ima važnu psihološku ili afektivnu komponentu;
- Uticaj je okarakterisan kao podsticanje osećaja sigurnosti i detetovog doživljaja da je voljeno;
- Fokus hraniteljice je na podsticanju uzrasno odgovarajuće psihološke autonomije kod deteta;
- Hraniteljica je svesna da njen odnos sa detetom utiče na detetovu sposobnost da formira stabilne relacije kasnije u životu.

Izvod 5- visoka svesnost o uticaju

Intervjuer: Šta mislite kako vaš odnos sa Tamarom utiče na nju sada?

Hraniteljica: Jako dobro, jer ona je došla nepoverljiva i jako dugo smo išli u tom pravcu da stekne poverenje i bude iskrena. Bila je neiskrena. Bilo je da nas gleda i uradi ono što nama odgovara, tako se ponašala. Sada smo došli u fazu, zapravo je već neko vreme tako, da ona zna da je njeno mesto tu, da ona ima svoje želje, svoje potrebe i da je to nešto normalno da joj se ugađa. I to joj jako prija i sada već uživa. Sada je već gazdarica. Zapravo, imam utisak da je ona sigurna kada je pored mene. Često traži potvrdu...verovatno neku bazu oslonca, sigurnosti je našla u meni, u celoj našoj porodici. Tu onda ona ide napred.

Niska svesnost o uticaju (skor 1) je procenjivana na osnovu sledeće predložene liste *indikatora*:

- Primarni fokus hraniteljice nisu psihološki i relacioni uticaji i ciljevi, već je naglasak na pomoći detetu da postigne na pr. dobro zdravlje ili da uhvati korak sa onim što su uzrasno očekivana razvojna postignuća;
- Naglašavanje postizanja konkretnih ciljeva, poput zdravlja, obrazovanja, posla ili kuće;
- Hraniteljica daje ograničene, površne odgovore, koji nisu dobro građeni i osmišljeni, na primer da želi da dete bude srećno, uspešno, dobro prilagođeno;
- Hraniteljica nema ideju na koji način njen odnos sa detetom utiče na dete, pruža dokaze da nije podrobno razmišljala o ovoj temi ili čak izjavljuje da ne veruje da njen odnos sa detetom ima kratkoročne ili dugoročne posledice na dete.

Izvod 6 –niska svesnost o uticaju

Intervjuer: Šta mislite kako vaš odnos sa Milicom utiče na nju sada?

Hraniteljica: Da je bolja? Kako?

Intervjuer: Šta mislite kakav uticaj na nju ima vaš međusobni odnos?

Hraniteljica: Mislim da je dobar. Ne razumem sad...

Intervjuer: Ne razumete pitanje?

Hraniteljica: Da, da.

Intervjuer: Znači, vi ste sa Milicom uspostavili, izgradili neki odnos, pa šta mislite kako takav odnos utiče na nju?

Hraniteljica: Pa, dobro.

Intervjuer: Kako biste mi to malo bolje objasnili, taj, kako kažete, dobar uticaj?.

Hraniteljica: Pa, kad neće da uči za školu, neće da piše, ja joj dajem primere moje ćerke, da treba da uči, da zna da piše. Al' ona stalno i gleda moju ćerku i ono što ona ne voli, aj' Zoka voli i onda tako da...Nisam razumela pitanje?

Intervjuer: Kako ste vi razumeli pitanje?

Hraniteljica: Da li ja kada ona nešto ne voli, da li joj sa mojom pričom...

Intervjuer: Kakav vas dve odnos imate?

Hraniteljica: Pa, odličan, dobar.

Intervjuer: Kako bi ste ga opisali? Šta karakteriše vaš odnos?

Hraniteljica: Da se slažemo, da smo našle zajednički jezik. Razumem je kad je tužna, zagrlim. Kad ne može više da piše, ajde kasnije. Ne baš sve što ona želi joj dopuštam, ali jel može kasnije, sad vam dajem primer, da se okupamo, gledamo crtani, pa ćeš onda pisati. Može. Sve se slažemo. Šta god može.

Intervjuer: To što se vas dve razumete i dobro slažete, šta mislite kako to na nju sada utiče?

Hraniteljica: Ja mislim da je ona srećna i zadovoljna.

Intervjuer: A šta mislite kakav će to uticaj imati na nju dugoročno.

Hraniteljica: Mislite kada bude starija? Mislim da kada se upostavi takav kontakt da će on biti nepromenjen.

Intervjuer: I kako će to na nju uticati u budućnosti?

Hraniteljica: Pa sad, ne znam..Pa, mislim da će joj biti dobro. Ne mogu da predvidim, još su i moja deca mala, pa nisam prošla kroz to. Ne znam kako će se odvijati, ali mislim da je takva, da sve prihvata. Kod nas sad je doručak, sad ovo, ima redosled dana i ona, jednostavno, je navikla na to.

Navedena tri konstrukta (prihvatanje, posvećenost i svesnost o uticaju) su povezana i međusobno preklapajuća, i korelacije među njima u istraživanju autora se kreću od .425 do .688 (Lindhiem & Dozier, 2007). U istraživanju predstavljenom ovim radom ta korelacija iznosi od .391 do .824. (*matrica interkorelacija je data u prilogu 1*). Po preporuci autora, svaki intervju su kodirala dva nezavisna procenjivača, a finalni skor predstavlja prosek njihovih procena i kreće se od minimalnih 1 do maksimalnih 5, u koracima od 0.50. Procenjivači su edukovani u oblasti hraniteljstva i dobro upoznati sa teorijom afektivne vezanosti. Korelacija procena nezavisnih procenjivača u originalnim studijama iznosi .90 (Dozier & Lindhiem, 2006), a u ovom istraživanju 0.87. Metrijske

karakteristike skale na uzorku ovog istraživanja su zadovoljavajuće. Kronbah alfa koeficijent iznosi .772. Radi preciznijeg opisa varijable kvaliteta staranja i sagledavanja njenih relacija sa drugim setovima istraživanih varijabli, u analizama su korišćeni skorovi na posebnim dimenzijama. U istraživanjima autorke intervjuja najčešće je korišćen prosek skorova po pojedinačno procenjenim dimenzijama (Dozier & Lindhiem, 2006; Ackerman & Dozier, 2005), kao mera posvećenosti hranitelja detetu na smeštaju, pa je i u ovom istraživanju u svrhu lakšeg poređenja sa rezultatima drugih studija, u pojedinim analizama varijabla kvaliteta staranja uključivana i kroz ovakav ukupan skor kvaliteta staranja.

Upitnik za hranitelje, sačinjen za potrebe ovog istraživanja, korišćen je za prikupljanje podataka o detetovom zdravlju, školovanju, aktuelnom smeštaju u hraniteljskoj porodici, učestalosti i kvalitetu kontakata sa biološkim roditeljima, kao i za prikupljanje sociodemografskih podataka o samim hraniteljicama.

U okviru ovog upitnika se nalaze dve kratke (jednoajtemske) skale: za procenu *učestalosti kontakata sa članovima biološke porodice* i za procenu *kvaliteta tih kontakata*.

Skala učestalosti kontakata je petostepena i hranitelji na osnovu ponuđenih opisa označavaju onaj koji najviše odgovara redovnosti održavanja kontakata deteta sa biološkim roditeljima, pri čemu skor 1 označava odsustvo kontakta, a 5 najučestaliju formu (boravci u biološkoj porodici vikendima, praznicima i za vreme raspusta).

Skala kvaliteta kontakata je, takođe, petostepena i zadatak hranitelja je da na osnovu ponuđenih opisa izvrše procenu kvaliteta interakcije deteta sa biološkim roditeljem/ima tokom susreta, dodeljivanjem vrednosti od 1 (za najniži kvalitet) do 5 (za najviši kvalitet interakcije prilikom kontakta). Prema tome, viši skor na ovoj skali označava bolji kvalitet kontakata deteta sa članovima biološke porodice.

Upitnik za stručne radnike sačinjen za potrebe ovog istraživanja, korišćen je za prikupljanje podataka o sledećim varijablama:

- *Dužini izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici* koja je procenjivana kroz pitanje o uzrastu (izraženom u mesecima) kada je dete prvi put zbrinuto u sistemu socijalne zaštite. Viši skor označava dužu izloženost nepovoljnom iskustvu.

- *Rizicima koji prethode aktuelnom hraniteljskom smeštaju*, putem označavanja prisustva pet potencijalnih faktora rizika za mentalno zdravlje dece (prenatalna izloženost psihoaktivnim supstancama, prevremeno rođenje, mentalna bolest bioloških roditelja, zlostavljanje, zanemarivanje). Skorovi na ovoj varijabli se kreću od minimalnih 0 (kada nije označeno prisustvo ni jednog od navedenih rizika) do maksimalnih 5 (kada su svi označeni kao prisutni). Veći skor označava da je kod deteta pre smeštaja u aktuelnu hraniteljsku porodicu bio prisutan veći rizik za mentalno zdravlje.
- *Nestabilnosti smeštaja*, koja je procenjivana putem hronološkog navođenja istorije detetovog smeštaja, odnosno navođenja gde je sve dete od rođenja do aktuelne hraniteljske porodice boravilo, a zatim dodeljivnja skora koji odgovara ukupnom broju porodica i/ili institucija koje je dete promenilo, uključujući i aktuelnu hraniteljsku porodicu. Veći skor označava veću nestabilnost smeštaja.

Uzorak istraživanja

Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 82 deteta na smeštaju u hraniteljskim porodicama, uzrasta od 5 do 11 godina, i njihovih hraniteljica. Najveći broj dece su štićenici Centra za socijalni rad Grada Novog Sada (72%) dok su za ostalu decu nadležni drugi opštinski centri na teritoriji Vojvodine (u Novom Bečeju, Bačkoj Topoli, Malom Iđošu i Vrbasu). U istraživanje je uključeno svako dete sa evidencije navedenih centara koje ispunjava sledeće kriterijume:

- da je odgovarajućeg uzrasta (od 5 do 11 godina),
- da se ne radi o detetu sa ozbiljnijim razvojnim smetnjama ili umerenim do težeg stepena mentalne nedovoljne razvijenosti, a zatim i da
- dete u aktuelnoj hraniteljskoj porodici boravi najmanje dva meseca.

Razvojni period srednjeg detinjstva, kao prvi kriterijum, daje mogućnost da se uoče i dijagnostikuju psihopatološke smetnje u istraživanim domenima funkcionalnosti deteta, dok ispunjavanje drugog kriterijuma doprinosi jasnijem sagledavanju njihove relacije sa kvalitetom staranja od strane hranitelja, što je i osnovni cilj ovog istraživanja. Trajanje smeštaja minimum dva meseca, kao treći kriterijum, je nužan kako zbog relijabilnosti dobijenih podataka o detetu od strane hranitelja (Tarren-Sweeney, Hazell & Carr, 2004), tako i zbog mogućnosti da se izvrši valjana procena kvaliteta staranja,

koja je utemeljena na uspostavljenom emocionalnom odnosu hraniteljice sa detetom (Bates & Dozier, 1998). Svega je četvero dece koja su ispunjavala sva tri navedena kriterijuma, a da nisu uključena u istraživanje. Tri deteta su izuzeta zbog nedovoljno validnih podataka u upitnicima, a sa hraniteljicom jednog deteta nije bilo moguće uspostaviti kontakt.

Uzorakom je obuhvaćen podjednak broj dečaka (40) i devojčica (42), prosečne starosti od oko 8 godina za oba poduzorka dece (dečaci AS=98.25; devojčice AS=98.84; ukupan uzorak AS= 98.45 meseci). Dominiraju deca na smeštaju u standardnim hraniteljskim porodicama (90.2%) u odnosu na decu koja pravo na smeštaj ostvaruju u porodicama srodnika (9.8%). Ovakav disbalans je očekivan s obzirom da je i na nacionalnom nivou visoka zastupljenost standardnog hraniteljstva, oko 86% (Milanović i Žegarac, 2014.), a pored toga svo četvero pomenute dece koja su izuzeta iz našeg istraživanja, zapravo su deca iz srodničkih hraniteljskih porodica.

Deca su u aktuelne hraniteljske porodice smeštena na različitom uzrastu, od rođenja do 11-te godine. Prosečno, pri ulasku u porodicu su imala nešto više od 4 godine (AS=53.5 meseci) i u njima borave oko 3 ipo godine (u rasponu od 2 meseca do 10 godina). Pri tome, opažaju se specifičnosti u odnosu na tip hraniteljskog smeštaja, u smislu da deca u srodničke porodice ulaze kao mlađa, od rođenja i tokom ranog detinjstva, te u tim porodicama borave duže, dok su deca iz standardnih hraniteljskih porodica u proseku smeštena na starijem uzrastu i u porodicama borave kraće. Detaljniji opis uzorka dece s obzirom na uzrast smeštaja i dužinu boravka u aktuelnoj porodici, po tipovima hraniteljstva dat je u tabelama 1 i 2.

Tabela 1.

Podaci o uzrastu na kome je dete smešteno u aktuelnu standardnu, odnosno srodničku hraniteljsku porodicu (uzrast je izražen u mesecima)

Hraniteljska porodica	minimum	maksimum	AS	SD	Mdn
standardna	2	134	57.55	3.68	57.5
srodnička	0	54	16	8.04	1.5

Tabela 2.

Podaci o dužini boravka deteta u aktuelnoj standardnoj, odnosno srodničkoj hraniteljskoj porodici (izraženo u mesecima)

	minimum	maksimum	AS	SD	Mdn
standardna	2	118	39.85	3.22	37.5
srodnička	54	126	87.75	7.10	85

Iskustvo prethodnog hraniteljskog smeštaja ima 9-oro dece (10.9%), od toga je za troje dece aktuelna porodica druga po redu, a za šestoro treća. U svim slučajevima se radi o deci na standardnom hraniteljstvu. Polovina dece iz uzorka je na smeštaju sa siblizima (48.8%), a 21 dete (ili 25.6%) u porodici boravi sa drugim detetom/decom sa kojom nije u krvnom srodstvu. Od ukupnog broja dece iz uzorka 35 (42.7%) ne ostvaruje kontakte sa članovima svoje biološke porodice. Od onih koji viđaju svoje roditelje (47), najveći broj ima retke kontakte, bez predvidljive dinamike (53.2%), zatim slede dece koja povremeno kontaktiraju, ređe od jednom mesečno ali postoji kontinuitet kontakata (29.8%). Znatno manji broj dece iz uzorka se redovno viđaju (8.5%) ili borave u biološkoj porodici tokom vikenda i praznika (8.5%).

U odnosu na sastav hraniteljskih domaćinstava u kojima žive deca, dobijeni su podaci da se broj članova porodice, uključujući i decu na smeštaju, kreće od 2 do 8 (Mdn 5). Pri tome, najveći broj dece je u porodicama sa dva (35.4%), odnosno tri odrasla člana (29.3%), a svega 14-oro je smešteno u porodice sa maloletnom biološkom decom hranitelja (*detaljan opis uzorka s obzirom na sastav domaćinstva je dat u prilogu 2, tabele 2.1., 2.2. i 2.3.*).

Podaci o školovanju dece. Sa izuzetkom jednog deteta, sva deca iz uzorka su uključena u vaspitno obrazovni sistem, predškolsku ustanovu (29.3%) i osnovnu školu (69.5%). Najveći broj školske dece nastavu sluša po redovnom planu i programu, za 6-oro dece su izrađeni individualizovani obrazovni programi (IOP) iz jednog ili više predmeta, a dvoje pohađa specijalnu osnovnu školu. Podaci o školskom uspehu ocenjivane dece (od drugog razreda) dati su u tabeli 3.

Tabela 3.

Podaci o školskom uspehu

	nedovoljan	dovoljan	dobar	vrlo dobar	odličan
frekvencija	1	4	10	16	18
validni	2.0	8.2	20.4	32.7	36.7
procenat					

59,8% dece je ocenjivano u školi

Podaci o fizičkom zdravlju dece. Problemi sa fizičkim zdravljem su zabeleženi kod 11-oro dece. Hraniteljice izveštavaju o astmi, srčanom oboljenju, oštećenju sluha i vida (strabizam i slabovidost), gojaznosti, neuhranjenosti, deformitetu ekstremiteta i „staklenim kostima”.

Opis uzorka hraniteljica. Podaci o kvalitetu staranja o detetu i detetovim emocionalnim i bihevioralnim problemima su prikupljeni samo od hraniteljica. Naime, bez obzira ko je formalni nosilac hraniteljske uloge u porodici (potpisnik ugovora o staranju sa centrom za socijalni rad) vodilo se računa da podatke pruže žene koje predstavljaju majčinske figure, da bi se kontrolisao efekat koji razlike u ulogama oca i majke mogu ostvariti na kvalitet staranja o detetu.

Podatke o 82 deteta su dale 64 hraniteljice, odnosno 17 hraniteljica je dalo podatke za više od jednog deteta (16 za dva i jedna za tri). Osam hraniteljica su srodnice, uglavnom bake (6 hraniteljica), jedna tetka i jedna baba-tetka. Prosečna starost hraniteljica iz uzorka je 50 godina (raspon godina života je od 36 do 64). Najveći broj je u bračnoj zajednici, njih 51 ili 79.7%, 5 je neudatih, 5 razvedenih, dok su 3 udovice. Iskustvo biološkog roditeljstva ima 84.4% (54 hraniteljice), pri čemu njih 13 ima biološku decu koja su maloletna.

Hraniteljice su uglavnom srednjoškolskog obrazovnog nivoa (60.9%), a značajan broj ih je sa završenom osnovnom školom (28.1%). Nešto manji broj ima više ili visoko obrazovanje (10.9%). U najvećem broju su nezaposlene (59.4%), u radnom odnosu ih je 23.4%, a zatim slede penzionerke (12.5%) i zemljoradnice (4.7%). Podjednak broj hraniteljskih porodica je iz gradske sredine (40.6%) i seoske (42.2%), a manji broj živi u prigradskim naseljima (17.2%).

Aktuelno, 27 hraniteljica na smeštaju ima jedno dete (42.2%), 28 dva deteta (43.8%), 7 tri (10.9%), dok dve hraniteljice brinu o 4-oro dece, što premašuje propisane standarde o optimalnom broju dece u porodici. U trenutku sprovođenja istraživanja

prosečni hraniteljski staž (dužina bavljenja hraniteljstvom koja se računa od smeštaja prvog deteta u porodicu) je iznosio oko 6 godina (u rasponu od 4 meseca do 27 godina). Za to vreme, najveći broj hraniteljica ima iskustvo staranja o jednom ili o dva deteta (60.9%). Detaljni podaci o ukupnom broju dece o kojima su hraniteljice brinule tokom svog hraniteljskog staža su predstavljeni u tabeli 4.

Tabela 4.

Ukupan broj dece o kojima su hraniteljice brinule

Broj dece	frekvencija	Validni procenat	Kumulativni procenat
1	20	31.3	31.3
2	19	29.7	60.9
3	9	14.1	75.0
4	5	7.8	82.8
5	3	4.7	87.5
6	2	3.1	90.6
7	3	4.7	95.3
10	3	4.7	100
Ukupno	64		

Kontrolni uzorak. U cilju procene izraženosti problema mentalnog zdravlja kod dece na hraniteljstvu, podaci o emocionalnim i bihevioralnim smetnjama su prikupljeni i na uzorku dece iz bioloških porodica. Kontrolni uzorak je ujednačen sa uzorkom dece na hraniteljstvu na osnovu nekoliko kriterijuma:

- *Broj ispitanika u uzorku* - kontrolni uzorak su činila 82 deteta, koja žive sa biološkim roditeljima uzrasta od 5 do 11 godina, bez značajnijih smetnji u psihomotornom razvoju umerenog do teže stepena ometenosti.

- *Polna struktura* - kontrolnim uzorakom je obuhvaćen podjednak broj dečaka (41) i devojčica (41), po ugledu na uzorak dece na hraniteljstvu (40 dečaka i 42 devojčice).

- *Uzrast dece* - prosečni uzrast dece iz kontrolnog uzorka je oko 8 godina (AS=97.81 meseci; SD=24.72), za oba poduzorka dece (dečaci AS=97.73 SD=24.04 meseci; devojčice AS=97.9 SD=25.68), što odgovara starosnoj strukturi uzorka dece na

hraniteljstvu. Rezultati t-testa pokazuju da se uzorak dece na hraniteljstvu ne razlikuje od uzorka dece iz bioloških porodica u odnosu na uzrast ispitanika ($t=1.168$, $p=.867$).

- *Pol odgajatelja* koji pruža podatke o detetovom mentalnom zdravlju – za decu iz opšte populacije procenu su vršile njihove majke, po ugledu na ženske osobe koje predstavljaju majčinske figure u hraniteljskoj porodici i koje su izveštavale o mentalnom zdravlju dece na hraniteljstvu. Ujednačavanje i po ovom kriterijumu je izvršeno kako bi se kontrolisao efekat razlika u ulogama oca i majke na procenu detetovih emocionalnih problema, problema u ponašanju i kvaliteta relacije deteta prema odgajatelju i drugim ljudima.

Procedura prikupljanja podataka

Uzorak dece na hraniteljstvu. Podaci o deci na hraniteljstvu su prikupljeni u saradnji sa rukovodiocima i stručnim radnicima centara za socijalni rad u Novom Sadu, Novom Bečeju, Bačkoj Topoli, Malom Idošu i Vrbasu, koji su u pozivnom pismu za uspostavljanje saradnje detaljno informisani o ciljevima, planu za sprovođenje istraživanja i karakteristikama uzorka. Na osnovu evidencije koja se vodi u navedenim centrima, najpre je izvršeno mapiranje dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama, koja ispunjavaju kriterijume za ulazak u uzorak (odgovarajući uzrast, odsustvo ozbiljnijih razvojnih problema, dužina smeštaja minimum dva meseca) i pribavljeni su brojevi telefona i adrese njihovih hraniteljskih porodica. Zatim su sve hraniteljske porodice označene dece kontaktirane telefonskim putem, kako bi im se pružile osnovne informacije o istraživanju, projektu u okviru koga se sprovodi, istraživačkom timu, ciljevima, tome šta njihovo učešće podrazumeva i načinu na koji će dobijeni podaci biti korišćeni po završetku istraživanja. Naime, sve hraniteljice su upoznate sa namerom da se dobijeni podaci koriste isključivo u istraživačke svrhe, te da neće biti dostupni stručnim radnicima u centrima za socijalni rad koji su zaduženi za praćenje i evaluaciju njihovih hraniteljskih kompetencija. Sa hraniteljicama koje su izrazile inicijalnu saglasnost da učestvuju precizirano je mesto i vreme ispitivanja. Hraniteljice sa teritorije novosadske opštine, nakon informisanog pismenog pristanka, intervjuisane su u prostorijama Centra za socijalni rad Grada Novog Sada, a zatim su popunjavale upitničku bateriju. Od hraniteljica koje su sa teritorije drugih opština podaci su prikupljeni na terenu, u njihovim domovima. To je podrazumevalo da za potrebe audio

snimanja intervjuer bude nasamo sa hraniteljicom, u posebnoj prostoriji u kući. Intervju kojim se vršila procena kvaliteta staranja je uvek zadavan prvi, kako bi se izbeglo da stavke iz upitnika koje se odnose na ponašanja, osećanja i kvalitet relacija deteta sa drugima, oblikuju hraniteljicine opise deteta i njihovog međusobnog odnosa. U situacijama kada je intervju i upitnički materijal isprovocirao određena pitanja i potrebe kod hraniteljica, ispitivači koji imaju dugogodišnje iskustvo u savetodavnom radu sa hraniteljskim porodicama, posvećivali su im određeno vreme u svrhu informisanja, savetovanja, usmeravanja i podrške.

Za potrebe istraživanja podaci o deci su prikupljeni i od stručnih radnika u centrima za socijalni rad (voditelja slučaja zaduženih za konkretno dete), putem posebnih upitnika, uručenih lično ili distribuiranih poštom ili elektronskim putem.

Kontrolni uzorak dece iz opšte populacije. Podaci o deci iz opšte populacije su prikupljeni samo na osnovu skala za procenu funkcionalnosti dece (Child Behavior Checklist, CBCL/6-18 i Assessment Checklist for Children, ACC/4-11) u saradnji sa studentima master studija psihologije Filozofskog fakulteta u Novom Sadu. Studenti koji su se opredeljivali za učešće u istraživačkom projektu, uglavnom su posedovali saznanja o hraniteljstvu i alternativnim porodicama, stečena na odslušanim kursevima master studija. Dodatno, od strane autora istraživanja su upoznati sa upitnicima koje je potrebno zadavati na terenu, problemima mentalnog zdravlja koji se tim upitnicima procenjuju i načinom njihovog zadavanja. Na osnovu koncipirane strukture kontrolnog uzorka, koja precizira broj dečaka i devojčica u svakoj uzrasnoj kategoriji, članovi istraživačkog tima su distribuirali upitnike majkama iz kruga poznanika, komšija, prijatelja, srodnika ili drugih prigodnih ispitanica koje su bile saglasne i spremne da pruže podatke o svom detetu.

Istraživački podaci o deci na hraniteljstvu i iz opšte populacije su prikupljeni u periodu od novembra 2014. do septembra 2015. godine.

Obrada podataka

Svi podaci su obrađeni statističkim programima IBM SPSS 20, pri čemu su korišćene sledeće statističke metode: bazična deskriptivna statistika (aritmetička sredina, frekvencije i procenti), metode utvrđivanja razlika između aritmetičkih sredina (t-test, ANOVA), linearna korelacija, višestruka linearna regresiona analiza i hijerarhijska regresiona analiza.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Rezultati istraživanja će biti prikazani prema prethodno postavljenim ciljevima.

Cilj 1. Utvrditi i opisati nivo kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja s obzirom na karakteristike deteta, hraniteljskog smeštaja i samih hranitelja

Osnovna deskriptivna statistika vezana za rezultate dobijene *Intervjuom* "To je moje čedo", data u tabeli 5, ukazuje da su po svim dimenzijama kvaliteta staranja, hraniteljice iz uzorka procenjivane u punom opsegu mogućih skorova, pri čemu su prosečne vrednosti kvaliteta staranja kao jednodimenzionalne mere (varijabla Ukupan kvalitet staranja koja predstavlja prosek skorova na pojedinačnim dimenzijama), u domenu srednjih teorijskih vrednosti. Kada se posmatraju različiti aspekti kvaliteta staranja, uočava se da hraniteljice karakteriše nešto viši nivo prihvatanja deteta i posvećenosti njihovom međusobnom odnosu (procene iznad teorijskog proseka), nego što su svesne uticaja tog odnosa na detetov socio-emocionalni razvoj (procene ispod teorijskog proseka).

Tabela 5.

Deskriptivni pokazatelji za Kvalitet staranja o detetu

	minimum	maksimum	AS	SD
Prihvatanje	1	5	3.85	1.02
Posvećenost	1	5	3.83	1.09
Svesnost o uticaju	1	5	2.65	1.26
Ukupan kvalitet staranja	1,33	5	3.44	.93

U daljim analizama, radi preciznijeg opisa varijable kvaliteta staranja i sagledavanja njenih relacija sa drugim setovima istraživanih varijabli, korišćeni su skorovi na posebnim dimenzijama.

Karakteristike dece na smeštaju. Razlike u kvalitetu staranja nisu uočene ni na jednoj od dimenzija, s obzirom na *pol deteta* na smeštaju. Kada je u pitanju *uzrast deteta*, rezultati takođe nisu ukazali na postojanje povezanosti među ispitivanim varijablama, mada se veza sa dimenzijom *svesnosti o uticaju* pokazala na granici statističke značajnosti ($r=-.202$, $p=.069$), u smislu da postoji izvesna tendencija da hraniteljice koje brinu o mlađoj deci budu svesnije svog uticaja na njihov razvoj (*detaljni podaci su u prilogu 3, tabele 3.1. i 3.2*). Od varijabli koje se tiču karakteristika deteta, *uzrast na kome je dete smešteno u hraniteljsku porodicu* pravi statistički značajne razlike u kvalitetu staranja. Podaci prikazani u tabeli 6 pokazuju da su *prihvatanje* i *posvećenost* veći ukoliko je dete u trenutku kada je hraniteljica preuzela brigu bilo mlađe. Utvrđene povezanosti su u nivou srednjih vrednosti za posvećenost i prihvatanje, dok je veza sa svesnošću o uticaju na granici statističke značajnosti.

Tabela 6.

Korelacije kvaliteta staranja i uzrasta na kome je dete smešteno u porodicu

	Prihvatanje	Posvećenost	Svesnost o uticaju
Uzrast pri smeštaju u porodicu	-.517,**	-.592**	-.202 .069

** $p < .01$

Karakteristike aktuelnog hraniteljskog smeštaja. Dužina boravka deteta u hraniteljskoj porodici je u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa dimenzijama *prihvatanja* ($r=.422$, $p<.01$) i *posvećenosti* ($r=.570$, $p<.01$), ukazujući na pravilnost da ukoliko dete u porodici živi duže, hraniteljice ga više prihvataju i posvećenije su odnosu sa njim, više ga doživljavaju kao “svoje dete”. U odnosu na *tip smeštaja*, hraniteljicama u srodničkom odnosu sa detetom su u proseku procenjivani viši skorovi na *prihvatanju* i *posvećenosti*, u poređenju sa hraniteljicama iz standardnih hraniteljskih porodica. Mada je utvrđivanjem razlika među ova dva tipa hraniteljstva dobijen podatak o statističkoj značajnosti (za *prihvatanje*: $t=-2.718$, $p<.01$, $AS_{standardno}=3.76$, $SD_{standardno}=1.02$, $AS_{srodničko}=4.75$, $SD_{srodničko}=.46$; za *posvećenost*: $t=-3.004$, $p<.01$, $AS_{standardno}=3.72$, $SD_{standardno}=1.08$, $AS_{srodničko}=4.86$, $SD_{srodničko}=.35$), njemu treba prići sa rezervom zbog velike nesrazmere broja dece o kojima brinu srodnici i standardni hranitelji (*detaljni podaci su dati u prilogu 3, tabela 3.3*). Pored navedenih karakteristika aktuelnog

hraniteljskog smeštaja, ispitivano je da li postoje razlike u kvalitetu staranja s obzirom na saznanja hraniteljica o *planiranoj dužini smeštaja deteta*. U uzorku dece, za 43 (52.4%) smeštaj je planiran kao dugoročan, za 32 deteta kao privremeno, a za 6-oro hraniteljice nisu upoznate sa planom. Pomoću t-testa izvršeno je utvrđivanje razlika između grupe dece na dugoročnom hraniteljstvu i grupe dece koja su privremeno u porodici ili se ne zna koliko će u njoj ostati. Rezultati su pokazali da postoje statistički značajne razlike na *ukupnom skor* kvaliteta staranja ($t=2.594$, $p<.05$, $AS_{dugoročno}=3.71$, $SD_{dugoročno}=1.5$, $AS_{privremeno}=3.19$, $SD_{privremeno}=1.4$), kao i na dimenzijama *posvećenosti* ($t=2.594$, $p<.05$, $AS_{dugoročno}=4.23$, $SD_{dugoročno}=1.6$, $AS_{privremeno}=3.45$, $SD_{privremeno}=1.4$) i *prihvatanja* ($t=3.618$, $p<.05$, $AS_{dugoročno}=4.14$, $SD_{dugoročno}=1.5$, $AS_{privremeno}=3.58$, $SD_{privremeno}=1.5$). Naime, hraniteljice dece na dugoročnom porodičnom smeštaju karakteriše viši nivo kvaliteta staranja, posebno prihvatanja i posvećenosti.

Sa porastom broja dece koja su aktuelno na smeštaju opada kvalitet staranja po dimenziji *prihvatanja* ($r=-.277$, $p<.05$). Međutim, podaci takođe ukazuju da u takvim okolnostima hraniteljice istovremeno ispoljavaju viši nivo *svesnosti o uticaju* svog odnosa sa konkretnim detetom na detetov razvoj ($r=.236$, $p<.05$). Dobijene korelacije za obe dimenzije su u kategoriji niskih.

U odnosu na druge karakteristike strukture hraniteljskih porodica, utvrđeno je da postoji statistički značajna povezanost kvaliteta staranja sa *brojem odraslih u domaćinstvu* i to na način da je viši nivo *prihvatanja* i *posvećenosti* hraniteljica zabeležen u porodicama sa manjim brojem odraslih. Suprotno očekivanom, broj maloletne biološke dece nije značajno povezan sa kvalitetom brige koji hraniteljice pružaju deci na smeštaju. Detaljni podaci o vezama ispitivanih varijabli dati su u tabeli 7.

Tabela 7.

Korelacije kvaliteta staranja o detetu sa brojem odraslih i maloletne biološke dece u hraniteljskim porodicama

		Prihvatanje	Posvećenost	Svesnost o uticaju
Broj odraslih	r	-.265*	-.264*	-.196
	p	.016	.016	.078
Broj mlt.bio. dece	r	.001	-.139	-.090
	p	.990	.212	.420

* $p < .05$

Karakteristike hranitelja. Ne postoji statistički značajna povezanosti kvaliteta staranja o konkretnom detetu na smeštaju i *dužine bavljenja hraniteljstvom*, ni po jednoj od ispitivanih dimenzija (tabela 3.4. u prilogu 3). Međutim, *ukupan broj dece o kojima su brinule* tokom svog hraniteljskog staža značajno korelira sa *prihvatanjem* ($r = -.365$, $p < .01$) i *posvećenošću* ($r = -.312$, $p < .01$). Slabije izražena negativna povezanost ukazuje da se kod hraniteljica koje su brinule o više dece uočava niži nivo prihvatanja i posvećenosti prema detetu koje je aktuelno na smeštaju, što je u skladu sa pretpostavljenom povezanošću navedenih varijabli.

Godine života hraniteljica nisu statistički značajno povezane sa ukupno procenjenim nivoom kvaliteta staranja o detetu ($r = -.017$, $p = .879$), niti sa bilo kojim pojedinačnim aspektom kvaliteta (tabela 3.5 u prilogu 3). Isto tako, kvalitet staranja o detetu ne varira u zavisnosti od *radnog status* hraniteljica, niti od *mesta stanovanja*. Kada je razmatrano da li postoje razlike s obzirom na *obrazovni status*, rezultati pokazuju da su na dimenziji *svesnosti o uticaju* najviše skorove dobile hraniteljice sa višim ili visokim obrazovanjem (AS=3.33; SD=1.22), zatim slede hraniteljice srednjoškolskog obrazovnog nivoa (AS=2.73; SD=1.20), a najniži skorovi su procenjeni kod hraniteljica sa osnovnom školom (AS=2.18; SD=1.30). Međutim, rezultati analize varijanse su ukazali da su ove razlike na granici statističke značajnosti ($F = 3.081$; $p = .051$). Kroz post hoc analizu je razjašnjeno da se razlike na granici statističke značajnosti registruju samo između hraniteljica sa višim ili visokim obrazovanjem i onih sa osnovnom školom (detaljni podaci o rezultatima ANOVE i post hoc analizama s obzirom na karakteristike hraniteljica dati su u prilogu 3, tabele, 3.6. i 3.6.1. za radni status; 3.7 i 3.7.1. za mesto stanovanja i 3.8. i 3.8.1 za obrazovni status).

U odnosu na *bračni status*, rezultati primenjene ANOVE prikazani u tabeli 8, govore u prilog postojanja razlika na *dimenziji prihvatanja* u smislu da hraniteljice koje su neudate karakteriše značano viši nivo prihvatanja deteta na smeštaju, kao i u ukupnom kvalitetu staranja na granici statističke značajnosti.

Tabela 8.

Deskriptivne mere i značajnost razlika u odnosu na bračni status hraniteljica

	Bračni status	N	AS	SD	F	p
prihvatanje	neudata	6	4.83	.41	2.755	.048
	udata	64	3.83	1.02		
	razvedena	7	3.71	1.11		
	udovica	5	3.20	.84		
posvećenost	neudata	6	4.50	.55	.966	.413
	udata	64	3.77	1.14		
	razvedena	7	4.00	1.00		
	udovica	5	3.60	.89		
svesnost o uticaju	neudata	6	3.83	1.17	2.173	.098
	udata	64	2.56	1.28		
	razvedena	7	2.71	.95		
	udovica	5	2.20	.84		
ukupan kvalitet staranja	neudata	6	4.39	.49	2.664	0.54
	udata	64	3.39	.98		
	razvedena	7	3.48	.42		
	udovica	5	3.00	.62		

Pos hoc analizom je razjašnjeno da se razlika na granici statističke značajnosti registruje samo između hraniteljica koje su neudate i onih koje su udovice. (*tabela 3.9. u prilogu 3*)

Isto tako, pokazalo se da kvalitet staranja o detetu na smeštaju varira, u ukupnom skoru i po dimenzijama prihvatanja i posvećenosti, u zavisnosti od toga da li hraniteljice imaju ili ne *iskustvo biološkog roditeljstva*. Podaci u tabeli 9. pokazuju da više prihvataju dete i posvećenije su odnosu sa njim one hraniteljice koje nemaju svoju biološku decu. Treba, međutim, naglasiti da dobijeni podaci nisu pouzdani i da zapravo mogu biti efekat razlike u veličini grupa koje se porede.

Tabela 9.

Deskriptivne mere i značajnost razlika u dimenzijama kvaliteta staranja u odnosu na roditeljsko iskustvo hraniteljica

	Roditeljsko iskustvo	N	AS	SD	t	p
Prihvatanje	da	70	3.74	1.00	-2.448	.017
	ne	12	4.50	.90		
Posvećenost	da	70	3.73	1.08	-2.068	.042
	ne	12	4.42	1.00		
Svesnost o uticaju	da	70	2.57	1.26	-1.305	.196
	ne	12	3.08	1.24		
Ukupan kvalitet staranja	da	70	3.35	.91	-2.293	.024
	ne	12	4.00	.89		

N=82

Cilj 2. Utvrditi i opisati funkcionisanje deteta u domenu izraženosti emocionalnih problema i problema u ponašanju, s obzirom na karakteristike deteta i hraniteljskog smeštaja

Osnovna deskriptivna statistika vezana za rezultate na *Listi za proveru dečijeg ponašanja (CBCL/6-11)*, data je u tabeli 10.

Tabela 10

Deskriptivne mere za varijablu funkcionalnost deteta merenu pomoću CBCL-a

Sindrom skale *	min	max	AS	SD	teorijski minimum	teorijski maksimum
Anksioznost/depresivnost	0	8	1.85	1.85	0	26
Povlačenje/depresivnost	0	12	1.39	2.44	0	16
Socijalni problemi	0	12	3.80	2.91	0	22
Problemi u mišljenju	0	10	1.54	2.13	0	30
Problemi pažnje	0	18	5.60	4.67	0	20
Kršenje pravila	0	17	3.40	3.84	0	34
Agresivnost	0	29	6.90	6.09	0	36
Internalizacija	0	19	3.69	4.27	0	64
Eksternalizacija	0	43	10.30	9.59	0	70
Ukupni CBCL skor	0	112	28.96	22.48	0	240

* sindrom skala Somatske žalbe je izuzeta iz analize zbog izrazito niske relijabilnosti

Kao što se vidi iz tabele, prosečne vrednosti na celom uzorku su u nivou slabije izraženosti problema mentalnog zdravlja na svim sindrom skalama, a samim tim i na skalama višeg reda (internalizaciji i eksternalizaciji) i ukupnom skoru. Međutim, na osnovu raspona skorova uočava se da neku od dece karakterišu veoma izraženi problemi na skalama *povlačenje/depresivnost* (skor 12 od mogućih 16), *socijalni problemi*, *problemi pažnje*, *kršenje pravila* i *agresivnost*, odnosno visoki skorovi na skali *eksternalizacije* i *ukupnoj meri funkcionalnosti*, što istovremeno ukazuje da su kod te dece ispoljeni problemi u rangju kliničke značajnosti.

Analiza učestalosti skorova u različitim rasponima na svakoj od navedenih sindrom skala, prikazanih u tabeli 11, govori da je broj dece sa izraženim problemima koje opisuje skala depresivnost/povlačenje mali, oko 2.4%, međutim oko četvrtine dece u uzorku ima značajne probleme sa pažnjom. Agresivna ponašanja karakterišu oko 8% dece, dok su socijalni problemi i sklonost ka delikventnim oblicima ponašanja odlika relativno malog broja dece.

Tabela 11.

Učestalost skorova u rang-u-CBCL (%)

Sindrom skale*	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-12	13-16	17+	Teorij. prosek
Povlačenje/depresivnost	53.7	28.1	9.8	2.4	3.6	2.4	-	-	8
Socijalni problemi	12.2	29.3	20.7	21.9	9.8	6.0	-	-	11
Problemi pažnje	15.9	9.8	23.1	20.7	4.9	14.6	8.6	2.4	10
Kršenje pravila	24.4	29.3	14.7	17.1	4.9	3.6	4.8	1.2	17
Agresivnost	7.3	18.3	19.5	8.6	15.9	16.0	6.1	8.4	18

* sindrom skale u kojima je najviši skor iznad teorijskog proseka

Deskriptivni podaci u vezi sa problemima mentalnog zdravlja koji se smatraju specifičnim za decu na hraniteljstvu, merenih *Listom za procenu dece u socijalnoj zaštiti (ACC/4-11)*, se može videti u tabeli 12.

Tabela 12.

Deskriptivne mere za varijablu funkcionalnost deteta merenu pomoću ACC-a

Kliničke skale*	min	max	AS	SD	teorijski minimum	teorijski maksimum
Seksualno ponašanje	0	7	.35	1.18	0	22
Pseudozrelost	0	13	3.54	3.38	0	16
Neuzajamnost	0	18	3.58	4.07	0	24
Nediskriminativnost	0	16	6.69	3.59	0	16
Nesigurnost	0	17	6.02	4.46	0	28
Anksioznost/nepoverenje	0	11	2.22	2.62	0	20
Čuvanje/skladištenje hrane	0	8	1.27	1.92	0	8
Samopovređivanje	0	17	.744	2.20	0	28
Negativna slika o sebi	0	13	1.82	2.62	0	18
Nisko samopouzdanje	0	15	4.18	4.05	0	16
Ukupno samopoštovanje	0	28	6.25	6.26	0	35
Ukupan ACC skor	0	96	29.00	19.66	0	240

* klinička skala *Atipičan odgovor na bol* je izuzeta zbog niske relijabilnosti a skala *Suicidalnost* jer su skorovi na svim stavkama 0

Podaci ukazuju da se prosečne vrednosti na većini kliničkih skala kreću u domenu niskih, posebno za one smetnje koje inače imaju veoma malu prevalencu (uzrasno neodgovarajuće seksualno ponašanje, samopovređivanje), dok su na pojedinim skalama koje opisuju poteškoće afektivne vezanosti, dobijene više prosečne vrednosti (nediskriminativnost). Prosečne vrednosti na ukupnom kliničkom skoru i ukupnom skoru samopoštovanja su, takođe, niske. Kao i kod CBCL-a, bez obzira na niske prosečne vrednosti skorova, njihov raspon sugerise visoku izraženost problema mentalnog zdravlja kod neke dece, na gotovo svim kliničkim skalama i skalama samopoštovanja. Tabela 13 prikazuje učestalost skorova u rangovima kliničkih skala ACC-a.

Tabela 13

Učestalost skorova u rangu – ACC (%)

Kliničke skale*	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-12	13+	Teorijski prosek
Pseudozrelost	18.3	35.4	13.4	15.9	6.1	8.5	2.4	8
Neuzajamnost	29.3	20.7	19.5	7.3	9.7	10.9	2.4	12
Nediskriminativnost	3.7	8.5	19.5	20.7	18.3	34.4	4.8	8
Nesigurnost	12.2	14.6	13.4	15.8	18.3	15.9	9.7	14
Kliničke skale niske prevalence	0	1-2	3-4	5-6	7+			
Čuvanje/skladištenje hrane	56,1	23.2	13.4	4.9	2.4			4
Samopovređivanje	74.4	18.3	2.4	2.4	2.4			14

* kliničke skale u kojima je najviši skor iznad teorijskog proseka

Kao što se vidi iz tabele, značajan broj dece ima poteškoće u domenu interpersonalnih relacija, i to u formi nediskriminativnosti (oko 40%), a manji u vidu pseudozrelog i nesigurnog interpersonalnog ponašanja (oko 10%). Isto tako, za manji broj dece su karakteristični atipični obrasci ishrane, u obliku čuvanja i skladištenja hrane, kao i samopovređujuća ponašanja.

Dominantni opisi osećanja i ponašanja dece na hraniteljstvu. U daljem koraku analize interesovalo nas je kako hraniteljice dominantno opisuju osećanja i ponašanja dece iz uzorka i za tu potrebu je izvršena analiza najučestalijih stavki, sa obe mere funkcionalnosti deteta (CBCL i ACC). Pokazalo se da i jedan i drugi instrument podjednako dobro opisuju probleme dece. Dalje, uočava se da su hraniteljice za najveći broj dece (preko 80%), kao često ili povremeno karakteristična, označile ponašanja traženja pažnje, ljubavi, naklonosti i fizičke blizine odgajatelja (tabela 14), a to su ponašanja koja pripadaju skali nediskriminativnosti. Zatim slede problemi sa pažnjom, koncentracijom i motornim nemirom (preko 60%). Pored navedenih, značajno prednjače opisi koji govore o težnji ka preteranom udovoljavanju drugima kao indikatoru nesigurnosti u relacijama i “starmalim”, pseudozrelim ponašanjima. Oni su, kao često ili povremeno prisutni, navedeni za polovinu dece iz uzorka.

Takođe, frekventnim su označena ponašanja iz spektra eksternalizujućih problema: kršenje pravila u školi ili kod kuće, laganje, varanje, agresivna ponašanja (durenje, tvrdoglavost, neposlušnost i uništavanje stvari) i nedostatak samopouzdanja.

Tabela 14.

Najučestaliji opisi osećanja i ponašanja dece

	Frekvencija	Procenat
Svojim ponašanjem traži pažnju -ACC	72	87.8
Žudi za ljubavlju i naklonošću - ACC	69	84.1
Traži puno pažnje -CBCL	67	81.7
Lako pada pod uticaj druge dece - ACC	57	69.5
Ne može da se koncentriše, pažnja mu/joj je kratkotrajna - ACC	54	65.8
“Lepljiv/a” je - ACC	53	64.7
Previše priča - CBCL	49	59.8
Ne može da sedi mirno, nemiran/a je i hiperaktivan/a - CBCL	49	59.7
Ne može da se koncentriše, pažnja kratkotrajno usmerena - CBCL	46	56.1
Jako se trudi da vam udovolji - ACC	46	56.1
Krši pravila u kući, školi ili drugde - CBCL	46	56.1
Brine da bi vam se moglo dogoditi nešto loše - ACC	45	54.9
Teško se koncentriše i lako mu/joj je odvratiti pažnju - CBCL	43	52.4
Jako se trudi da udovolji drugoj deci - ACC	43	52.4
Često se duri - CBCL	38	46.4
Nedostaje mu/joj samopouzdanje - ACC	38	46.4
“Starmali/a” je - ACC	38	46.3
Tvrdoglav/a je, mrzovoljan/a ili razdražljiv/a - CBCL	37	45.1
Laže ili vara - CBCL	37	35.1
Uništava vlastite stvari - CBCL	34	32.5

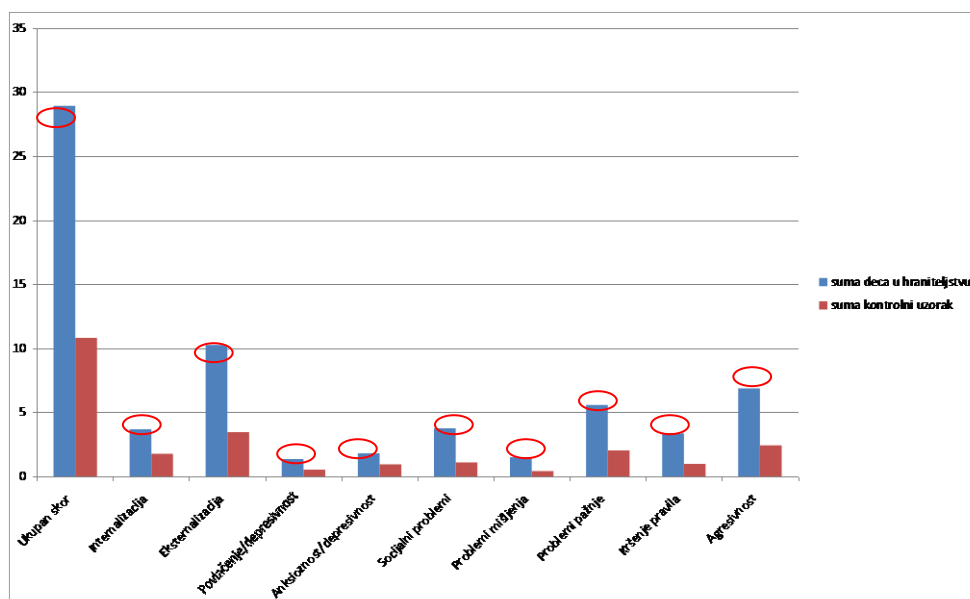
% dece za koje je ponašanje procenjeno kao često ili povremeno prisutno

Sa druge strane, značajan broj stavki koje opisuju poteškoće dece, pokazale su se izrazito nisko učestalim ili u potpunosti nekarakterističnim za decu iz uzorka (stavke nulte učestalosti). Reč je o smetnjama iz spektra internalizujućih, kao što su somatske teškoće i anksiozno-depresivni simptomi, zatim suicidalne tendencije, samopovređivanja i uzrasno neodgovarajuća seksualna ponašanja i dr.

Razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu i kontrolnog uzorka. Izraženost problema mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu u ovom istraživanju je sagledavana i putem poređenja sa kontrolnim uzorkom dece iz opšte populacije, koja odrastaju uz svoje biološke roditelje.

Lista provere dečijeg ponašanja (CBCL/6-18). Kada je u pitanju poređenje dve grupe po rezultatima na CBCL-u, statistički značajne razlike su utvrđene za sve mere funkcionalnosti deteta: *skor ukupnih problema* ($t=6.675$, $p=000$, $AS_{hranjiteljstvo}=28.96$, $SD_{hranjiteljstvo}=22.48$, $AS_{kontrolna}=10.85$, $SD_{kontrolna}=9.89$); *eksternalizaciju* ($t=5.974$, $p=000$, $AS_{hranjiteljstvo}=10.30$, $SD_{hranjiteljstvo}=9.58$, $AS_{kontrolna}=3.48$, $SD_{kontrolna}=3.84$), *internalizaciju* ($t=3.532$, $p=001$, $AS_{hranjiteljstvo}=3.69$, $SD_{hranjiteljstvo}=4.26$, $AS_{kontrolna}=1.80$, $SD_{kontrolna}=2.29$); *anksioznost/depresivnost* ($t=3.426$, $p=001$, $AS_{hranjiteljstvo}=1.85$, $SD_{hranjiteljstvo}=1.84$, $AS_{kontrolna}=.97$, $SD_{kontrolna}=1.4$), *povlačenje/depresivnost* ($t=2.893$, $p=005$, $AS_{hranjiteljstvo}=1.39$, $SD_{hranjiteljstvo}=2.43$, $AS_{kontrolna}=.54$, $SD_{kontrolna}=.99$); *socijalni problemi* ($t=7.254$, $p=000$, $AS_{hranjiteljstvo}=3.80$, $SD_{hranjiteljstvo}=2.91$, $AS_{kontrolna}=1.13$, $SD_{kontrolna}=1.61$); *problemi mišljenja* ($t=4.086$, $p=000$, $AS_{hranjiteljstvo}=1.53$, $SD_{hranjiteljstvo}=2.12$, $AS_{kontrolna}=.45$, $SD_{kontrolna}=1.12$); *problemi pažnje* ($t=6.166$, $p=000$, $AS_{hranjiteljstvo}=5.60$, $SD_{hranjiteljstvo}=4.67$, $AS_{kontrolna}=2.06$, $SD_{kontrolna}=2.31$); *kršenje pravila* ($t=5.252$, $p=000$, $AS_{hranjiteljstvo}=3.40$, $SD_{hranjiteljstvo}=3.83$, $AS_{kontrolna}=1.02$, $SD_{kontrolna}=1.43$); *agresivnost* ($t=5.997$, $p=000$, $AS_{hranjiteljstvo}=6.90$, $SD_{hranjiteljstvo}=6.09$, $AS_{kontrolna}=2.46$, $SD_{kontrolna}=2.79$).

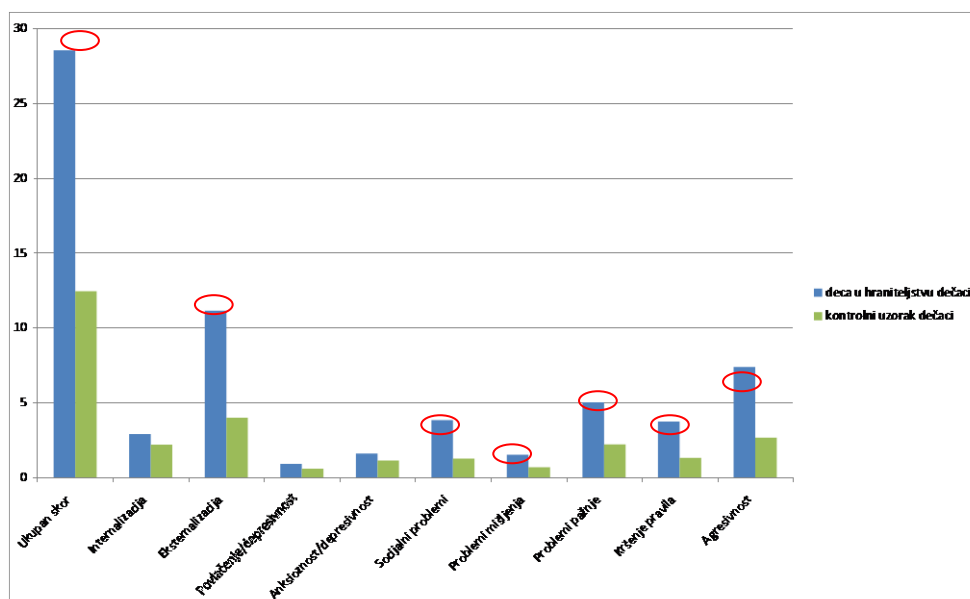
Kao što se vidi na grafiku 1, u skladu sa pretpostavljenim, decu na hraniteljstvu karakteriše značajno više problema mentalnog zdravlja koji su operacionalizovani i procenjivani uz pomoć CBCL-a, u odnosu na decu iz opšte populacije koja žive u svojim biološkim porodicama.



Grafik 1. Poređenje prosečnih vrednosti na CBCL-u dece na hraniteljstvu i kontrolnog uzorka

CBCL- poduzorak dečaka. Poređenje poduzorka dečaka na hraniteljstvu sa poduzorkom dečaka iz bioloških porodica pokazuje da postoje statistički značajne razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja na sledećim merama funkcionalnosti na CBCL-u: *skoru ukupnih problema* ($t=12.086$, $p=0.000$, $AS_{\text{hranjeljstvo}}=28.55$, $SD_{\text{hranjeljstvo}}=23.60$, $AS_{\text{kontrolna}}=12.46$, $SD_{\text{kontrolna}}=11.44$); *eksternalizaciji* ($t=3.910$, $p=.000$, $AS_{\text{hranjeljstvo}}=11.18$, $SD_{\text{hranjeljstvo}}=10.74$, $AS_{\text{kontrolna}}=4.02$, $SD_{\text{kontrolna}}=4.61$), *socijalnim problemima* ($t=4.58$, $p=.000$, $AS_{\text{hranjeljstvo}}=3.88$, $SD_{\text{hranjeljstvo}}=3.07$, $AS_{\text{kontrolna}}=1.29$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.87$); *problemima mišljenja* ($t=2.09$, $p=.039$, $AS_{\text{hranjeljstvo}}=1.55$, $SD_{\text{hranjeljstvo}}=2.12$, $AS_{\text{kontrolna}}=.71$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.44$); *problemi pažnje* ($t=3.28$, $p=.002$, $AS_{\text{hranjeljstvo}}=5.05$, $SD_{\text{hranjeljstvo}}=4.87$, $AS_{\text{kontrolna}}=2.24$, $SD_{\text{kontrolna}}=2.49$); *kršenje pravila* ($t=3.25$, $p=.002$, $AS_{\text{hranjeljstvo}}=3.78$, $SD_{\text{hranjeljstvo}}=4.48$, $AS_{\text{kontrolna}}=1.34$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.68$); *agresivnost* ($t=4.16$, $p=.000$, $AS_{\text{hranjeljstvo}}=7.40$, $SD_{\text{hranjeljstvo}}=6.50$, $AS_{\text{kontrolna}}=2.68$, $SD_{\text{kontrolna}}=3.20$).

Kako grafik 2 pokazuje dečake na hraniteljstvu karakterišu izraženiji problemi mentalnog zdravlja u odnosu na dečake iz bioloških porodica, posebno eksternalizujućeg tipa.

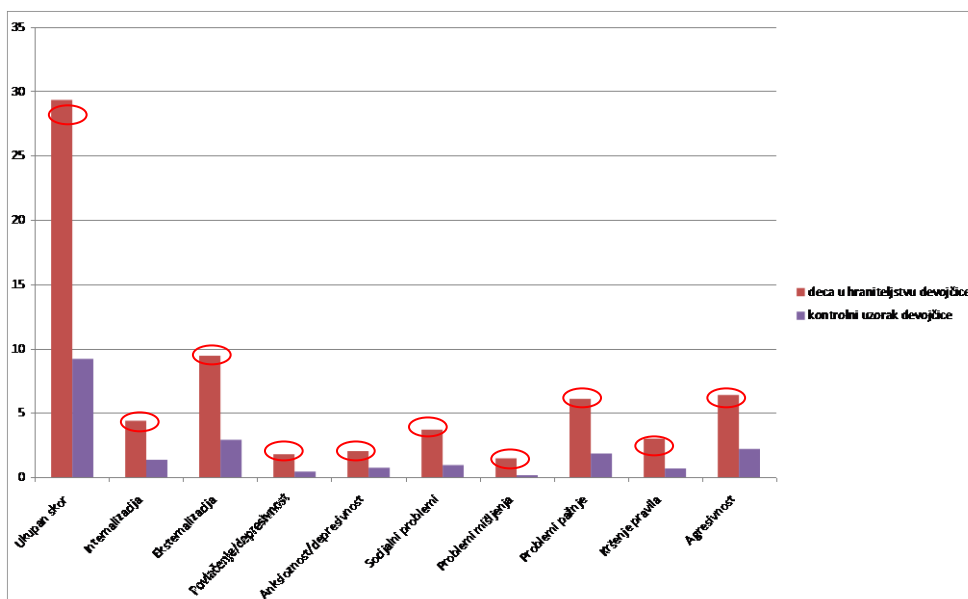


Grafik 2. Poređenje prosečnih vrednosti na CBCL-u dečaka na hraniteljstvu i iz kontrolnog uzorka

Mada dečaci na hraniteljstvu u proseku postižu više skorove i na skalama internalizujućih problema (ansioznost/depresivnost: $AS_{\text{hranjiteljstvo}}=3.69$, $SD_{\text{hranjiteljstvo}}=4.26$, $AS_{\text{kontrolna}}=1.80$, $SD_{\text{kontrolna}}=2.29$; povlačenje/depresivnost: $AS_{\text{hranjiteljstvo}}=1.85$, $SD_{\text{hranjiteljstvo}}=1.84$, $AS_{\text{kontrolna}}=.97$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.4$; internalizacija, $AS_{\text{hranjiteljstvo}}=1.85$, $SD_{\text{hranjiteljstvo}}=1.84$, $AS_{\text{kontrolna}}=.97$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.4$), rezultati t-testa za nezavisne uzorke su pokazali da te razlike nisu statistički značajne. (anksioznost/depresivnost: $t=1.23$, $p=.221$; anksioznost/povlačenje: $t=.89$, $p=.326$; internalizacija: $t=1.033$, $p=.305$).

CBCL-poduzorak devojčica. Poređenje prosečnih vrednosti na CBCL-a za poduzorak devojčica na hraniteljstvu i devojčica iz bioloških porodica, pokazuju da se dve grupe statistički značajno razlikuju po svim ispitivanim dimenzijama funkcionalnosti koje se procenjuju ovim instrumentom: *skor ukupnih problema* ($t=5.60$, $p=.000$, $AS_{\text{hranjiteljstvo}}=29.36$, $SD_{\text{hranjiteljstvo}}=21.65$, $AS_{\text{kontrolna}}=9.24$, $SD_{\text{kontrolna}}=7.88$); *eksternalizacija* ($t=4.72$, $p=.000$, $AS_{\text{hranjiteljstvo}}=9.48$, $SD_{\text{hranjiteljstvo}}=8.40$, $AS_{\text{kontrolna}}=2.95$, $SD_{\text{kontrolna}}=2.84$), *internalizacija* ($t=3.76$, $p=.000$, $AS_{\text{hranjiteljstvo}}=4.43$, $SD_{\text{hranjiteljstvo}}=4.89$, $AS_{\text{kontrolna}}=1.39$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.70$); *anksioznost/depresivnost* ($t=3.64$, $p=.000$, $AS_{\text{hranjiteljstvo}}=2.07$, $SD_{\text{hranjiteljstvo}}=1.92$, $AS_{\text{kontrolna}}=.78$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.23$), *povlačenje/depresivnost* ($t=2.82$, $p=.006$, $AS_{\text{hranjiteljstvo}}=1.83$, $SD_{\text{hranjiteljstvo}}=2.95$, $AS_{\text{kontrolna}}=.49$, $SD_{\text{kontrolna}}=.78$); *socijalni problemi* ($t=5.74$, $p=.000$, $AS_{\text{hranjiteljstvo}}=3.74$,

$SD_{\text{hraniteljstvo}}=2.79$, $AS_{\text{kontrolna}}=.97$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.31$); *problemi mišljenja* ($t=3.81$, $p=.000$, $AS_{\text{hraniteljstvo}}=1.53$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=2.12$, $AS_{\text{kontrolna}}=.45$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.12$); *problemi pažnje* ($t=5.53$, $p=.000$, $AS_{\text{hraniteljstvo}}=6.14$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=4.46$, $AS_{\text{kontrolna}}=1.88$, $SD_{\text{kontrolna}}=2.14$); *kršenje pravila* ($t=4.54$, $p=.000$, $AS_{\text{hraniteljstvo}}=3.05$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=3.12$, $AS_{\text{kontrolna}}=.71$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.08$); *agresivnost* ($t=4.35$, $p=.000$, $AS_{\text{hraniteljstvo}}=6.43$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=5.72$, $AS_{\text{kontrolna}}=2.24$, $SD_{\text{kontrolna}}=2.33$).



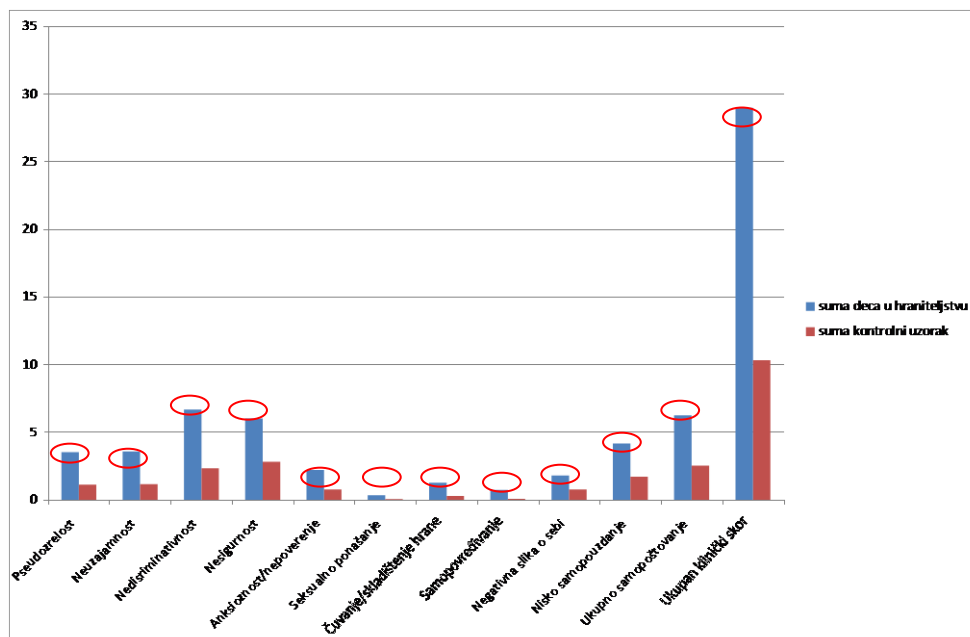
Grafik 3. Poređenje prosečnih vrednosti na CBCL-u devojčica na hraniteljstvu i iz kontrolnog uzorka

Kako pokazuje grafik 3, devojčice na hraniteljstvu u odnosu na svoje vršnjakinje iz opšte populacije ispoljavaju značajno veći stepen emocionalnih i bihevioralnih problema operacionalizovanih i merenih uz pomoć CBCL-a.

Lista za procenu dece u socijalnoj zaštiti (ACC/4-11). Poređenje uzorka dece na hraniteljstvu sa kontrolnim uzorkom dece iz bioloških porodica, po rezultatima dobijenim na ACC-u, pokazuje da se dve grupe statistički značajno razlikuju po svim merama emocionalnih i bihevioralnih problema: *ukupan klinički skor* ($t=7.85$, $p=.000$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=29.00$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=19.66$; $AS_{\text{kontrolna}}=10.35$, $SD_{\text{kontrolna}}=8.72$); *pseudozrelost* ($t=5.80$, $p=.000$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=3.53$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=3.38$; $AS_{\text{kontrolna}}=1.13$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.62$); *neuzajamnost* ($t=4.91$, $p=.000$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=3.58$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=4.07$; $AS_{\text{kontrolna}}=1.17$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.82$); *nediskriminativnost* ($t=9.57$, $p=.000$;

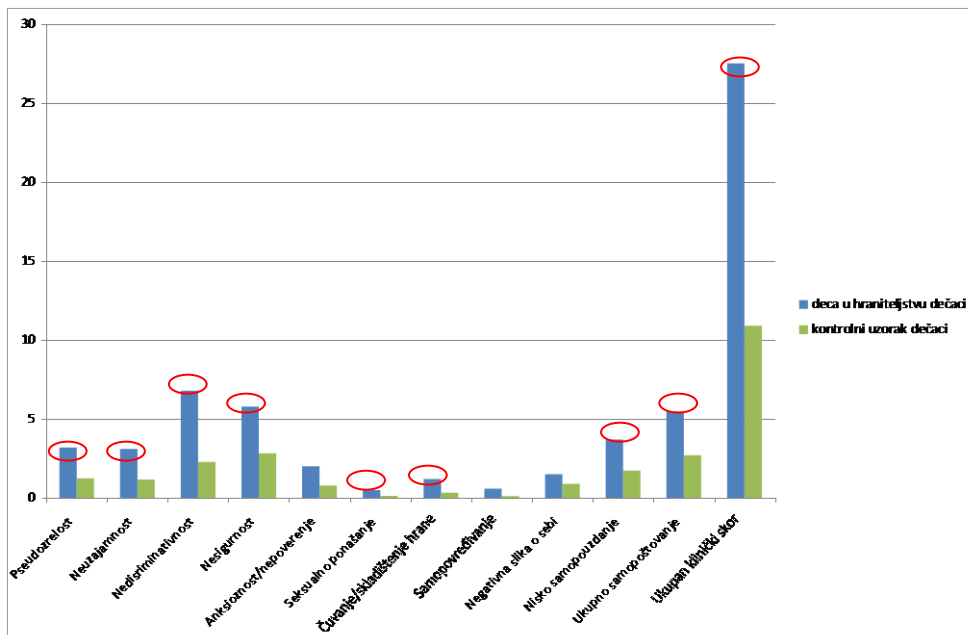
$AS_{hraniteljstvo}=6.67$, $SD_{hraniteljstvo}=3.59$; $AS_{kontrolna}= 2.35$, $SD_{kontrolna}=1.98$); *nesigurnost* ($t=5.50$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=6.02$, $SD_{hraniteljstvo}=4.46$; $AS_{kontrolna}=2.82$, $SD_{kontrolna}=2.83$); *anksioznost/povlačenje* ($t=4.68$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=2.21$, $SD_{hraniteljstvo}=2.62$; $AS_{kontrolna}=.78$, $SD_{kontrolna}=.94$); *seksualno ponašanje* ($t=2.05$, $p=.042$; $AS_{hraniteljstvo}=.35$, $SD_{hraniteljstvo}=1.18$; $AS_{kontrolna}=.07$, $SD_{kontrolna}=.34$); *čuvanje/skladištenje hrane* ($t=4.31$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=1.27$, $SD_{hraniteljstvo}=1.92$; $AS_{kontrolna}=.30$, $SD_{kontrolna}=.64$); *samopovređivanje* ($t=2.65$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=.74$, $SD_{hraniteljstvo}=2.20$; $AS_{kontrolna}=.08$, $SD_{kontrolna}=.45$); *ukupno samopoštovanje* ($t=4.69$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=6.26$, $SD_{hraniteljstvo}=6.49$; $AS_{kontrolna}= 2.54$, $SD_{kontrolna}=3.06$); *negativna slika o sebi* ($t=3.30$, $p=.001$; $AS_{hraniteljstvo}=1.82$, $SD_{hraniteljstvo}=2.62$; $AS_{kontrolna}=.77$, $SD_{kontrolna}=1.11$); *nisko samopouzdanje* ($t=4.90$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=4.18$, $SD_{hraniteljstvo}=4.05$; $AS_{kontrolna}= 1.71$, $SD_{kontrolna}=2.13$)

Kao što se vidi na grafiku 4 koji sledi, deca na hraniteljstvu ispoljavaju značajno više skorove na ukupnom kliničkom skoru i svim kliničkim subskalama, kao i na ukupnoj i pojedinačnim merama samopoštovanja, u poređenju sa decom iz bioloških porodica. Dobijeni rezultati su u skladu sa istraživačkim pretpostavkama i rezultatima koji su dobijeni u drugim zemljama.



Grafik 4. Poređenje prosečnih vrednosti na ACC--u dece na hraniteljstvu i kontrolnog uzorka

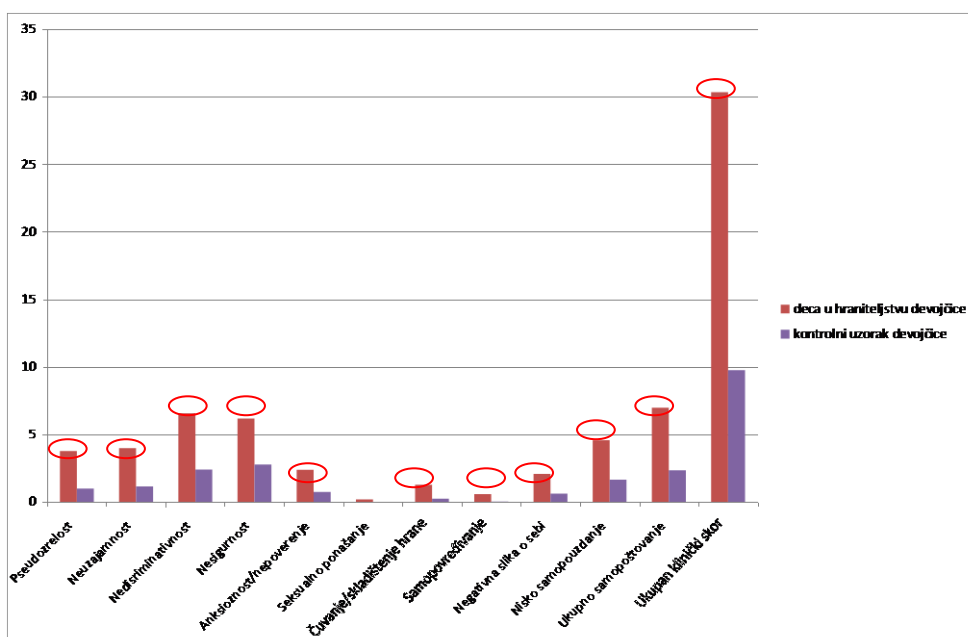
ACC-poduzorak dečaka. Poređenje poduzorka dečaka na hraniteljstvu sa poduzorkom dečaka iz bioloških porodica pokazuje da se dve grupe statistički značajno razlikuju u odnosu na *ukupan klinički skor* na ACC-u ($t=4.98$, $p=.000$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=27.55$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=19.21$; $AS_{\text{kontrolna}}=10.92$, $SD_{\text{kontrolna}}=9.30$), kao i u odnosu na *ukupno samopoštovanje* ($t=2.73$, $p=.008$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=5.48$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=5.67$; $AS_{\text{kontrolna}}=2.70$, $SD_{\text{kontrolna}}=3.11$). Po pitanju kliničkih subskala statistički značajne razlike su utvrđene na *pseudozrelosti* ($t=3.56$, $p=.001$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=3.23$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=3.15$; $AS_{\text{kontrolna}}=1.24$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.66$); *neuzajamnosti* ($t=2.80$, $p=.006$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=3.10$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=3.92$; $AS_{\text{kontrolna}}=1.17$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.99$); *nediskriminativnosti* ($t=6.91$, $p=.000$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=6.75$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=3.69$; $AS_{\text{kontrolna}}=2.29$, $SD_{\text{kontrolna}}=1.83$); *nesigurnosti* ($t=3.82$, $p=.000$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=5.80$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=3.95$; $AS_{\text{kontrolna}}=2.83$, $SD_{\text{kontrolna}}=2.99$), *seksualnom ponašanju* ($t=2.86$, $p=.005$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=.47$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=1.24$; $AS_{\text{kontrolna}}=.13$, $SD_{\text{kontrolna}}=.46$) i *čuvanju/skladištenju hrane* ($t=2.90$, $p=.005$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=1.23$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=1.86$; $AS_{\text{kontrolna}}=.34$, $SD_{\text{kontrolna}}=.57$). Od skala samopoštovanja statistički značajne razlike su zabeležene za *nisko samopouzdanje* ($t=2.94$, $p=.004$; $AS_{\text{hraniteljstvo}}=3.73$, $SD_{\text{hraniteljstvo}}=3.77$; $AS_{\text{kontrolna}}=1.73$, $SD_{\text{kontrolna}}=2.09$), ali ne i za *negativnu sliku o sebi* ($t=1.64$, $p=.104$).



Grafik 5. Poređenje prosečnih vrednosti na ACC-u dečaka na hraniteljstvu i iz kontrolnog uzorka

Kao što prikazuje grafik 5, dečake na hraniteljstvu karakterišu viši skorovi na gotovo svim dimenzijama ACC-a, ukazujući na prisustvo izraženijih problema mentalnog zdravlja koje ovaj instrument operacionalizuje i meri. Međutim, pokazalo se dve grupe ne razlikuju statistički značajno u odnosu na probleme koji su opisani kliničkim skalama anksioznost/nepoverenje ($t=1.67$, $p=.09$) i samopovređivanje ($t=1.44$, $p=.154$).

ACC-poduzorak devojčica. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke pokazuju da se poduzorak devojčica na hraniteljstvu u odnosu na poduzorak devojčica iz opšte populacije statistički značajno razlikuje po ukupnom kliničkom skoru ($t=6.06$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=30.38$, $SD_{hraniteljstvo}=20.22$; $AS_{kontrolna}=9.78$, $SD_{kontrolna}=8.18$) i gotovo svim pojedinačnim kliničkim skalama: *pseudozrelost* ($t=7.85$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=3.83$, $SD_{hraniteljstvo}=3.60$; $AS_{kontrolna}=1.02$, $SD_{kontrolna}=1.59$); *neuzajamnost* ($t=4.09$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=4.05$, $SD_{hraniteljstvo}=4.20$; $AS_{kontrolna}=1.17$, $SD_{kontrolna}=1.66$), *nediskriminativnost* ($t=6.55$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=6.64$, $SD_{hraniteljstvo}=3.55$; $AS_{kontrolna}=2.41$, $SD_{kontrolna}=2.14$); *nesigurnost* ($t=3.93$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=6.24$, $SD_{hraniteljstvo}=4.93$; $AS_{kontrolna}=2.80$, $SD_{kontrolna}=2.69$), *anksioznost/nepoverenje* ($t=3.68$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=2.43$, $SD_{hraniteljstvo}=2.79$; $AS_{kontrolna}=.76$, $SD_{kontrolna}=.86$), *čuvanje/skladištenje hrane* ($t=3.16$, $p=.002$; $AS_{hraniteljstvo}=1.31$, $SD_{hraniteljstvo}=1.99$; $AS_{kontrolna}=.27$, $SD_{kontrolna}=.71$), *samopovređivanje* ($t=2.74$, $p=.007$; $AS_{hraniteljstvo}=.74$, $SD_{hraniteljstvo}=1.58$; $AS_{kontrolna}=.05$, $SD_{kontrolna}=.31$). Od kliničkih skala izuzetak je jedino skala uzrasno neodgovarajućeg *seksualnog ponašanja* u odnosu na koju se ne beleže statistički značajne razlike između dve grupe ($t=1.21$, $p=.231$). Na osnovu deskriptivnih mera, isto tako, uočava se da su prosečne vrednosti na ovoj skali izrazito niske za obe grupe ($AS_{hraniteljstvo}=.24$, $SD_{hraniteljstvo}=1.12$; $AS_{kontrolna}=.02$, $SD_{kontrolna}=.16$), odnosno da uzrasno neodgovarajuće seksualno ponašanje nije karakteristično ni za devojčice iz uzorka dece na hraniteljstvu, niti za devojčice koje žive sa svojim biološkim roditeljima. Rezultati t-testa pokazuju i da se dve grupe razlikuju u *ukupnom skoru samopoštovanja* ($t=3.81$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=7.00$, $SD_{hraniteljstvo}=7.18$; $AS_{kontrolna}=2.37$, $SD_{kontrolna}=3.04$), kao i po njegovim pojedinačnim merama: *negativnoj slici o sebi* ($t=2.91$, $p=.005$; $AS_{hraniteljstvo}=2.12$, $SD_{hraniteljstvo}=3.12$; $AS_{kontrolna}=.63$, $SD_{kontrolna}=.99$) i *niskom samopouzdanju* ($t=3.92$, $p=.000$; $AS_{hraniteljstvo}=4.61$, $SD_{hraniteljstvo}=4.28$; $AS_{kontrolna}=1.68$, $SD_{kontrolna}=2.19$)



Grafik 6. Poređenje prosečnih vrednosti na ACC-u devojčica na hraniteljstvu i iz kontrolnog uzorka

Na osnovu predstavljenih numeričkih rezultata, kao i grafičkog prikaza može se konstatovati, u skladu sa očekivanim, da devojčice koje su na smeštaju u hraniteljskim porodicama, u odnosu na svoje vršnjakinje koje odrastaju u biološkim porodicama ispoljavaju značajno više problema mentalnog zdravlja koji su opisani i procenjavani uz pomoć instrumenta ACC. Pored toga, karakteriše ih niži nivo samopoštovanja, niže samopouzdanje i negativnija slika o sebi.

Razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja u odnosu na karakteristike deteta na hraniteljstvu. Nisu utvrđene statistički značajne razlike ni za jednu, ukupnu ili pojedinačnu meru funkcionalnosti, s obzirom na *pol deteta* (rezultati *t*-testa su u prilogu 4, tabela 4.1.). Kada je u pitanju *detetov uzrast*, pronađena je samo jedna, niska negativna korelacija sa *uzrasno neodgovarajućim seksualnim ponašanjem* ($r=-.232$, $p<.05$), sugerišući da su ovakva ponašanja karakterističnija za decu mlađeg kalendarskog uzrasta, nego za stariju. Da bi smo razumeli prirodu ove povezanosti izvršena je analiza stavki navedene skale, koja je pokazala da su sa izuzetkom tri stavke, koje govore o aktivnom seksualnom odnosu sa odraslima i drugom decom, sve ostale označene kao prisutne, pri čemu su najučestalija ponašanja započinjanje nepristojnih razgovora i šala o seksu (stavka 112 ACC-a), opisivanje ili oponašanje seksualnih aktivnosti (90), flert sa nepoznatima (94), pokušaj da se drugi uključe u seksualna ponašanja (112), kao i

procena hraniteljica da detetovo seksualno ponašanje nije u skladu sa njegovim godinama (108). Kao što je ranije napomenuto, takva ponašanja su karakteristična za mali broj dece u uzorku (najviše 5-oro), dobijena korelacija je relativno niska, te se ne može sa sigurnošću govoriti o pravilnosti u povezanosti dve varijable. Od varijabli koje se tiču karakteristika deteta, *uzrast deteta pri smeštaju* u aktuelnu hraniteljsku porodicu pravi razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja, na način da što je dete starije smešteno u hraniteljsku porodicu veći je stepen ispoljenih emocionalnih problema, problema u ponašanju i relacijama. Pronađene značajne veze su u domenu niskih do umerenih: ACC *ukupan skor* ($r=.401, p<.01$); subskele koje se tiču poteškoća afektivne vezanosti: *neuzajamnosti* ($r=.375, p<.01$), *nediskriminativnosti* ($r=.315, p<.05$), *nesigurnosti* ($r=.227, p<.05$) i *anksioznosti/nepoverenja* ($r=.401, p<.05$), od specifičnih problema niske prevalence: *čuvanje/skladištenje hrane* ($r=.441, p<.01$), zatim *ukupno samopoštovanje* ($r=.242, p<.05$) i *negativna slika o sebi* ($r=.242, p<.05$); CBCL *ukupan skor* ($r=.313, p<.05$), *eksternalizacija* ($r=.276, p<.05$), *problemi pažnje* ($r=.410, p<.01$), *kršenje pravila* ($r=.338, p<.05$) i *povlačenje/depresivnost* ($r=.229, p<.05$). Na granici statističke značajnosti sa uzrastom deteta pri smeštaju u aktuelnu hraniteljsku porodicu su i skala *socijalnih problema* ($r=.206, p=.063$), *pseudozrelosti* ($r=.203, p=.067$) i *samopovređivanja* ($r=.208, p=.061$) i *niskog samopouzdanja* ($r=.241, p=.053$), ukazujući na tendenciju da deca koja su smeštena u hraniteljsku porodicu na starijem uzrastu mogu imati više problema u domenu socijalnih relacija, sa samopovređivanjem, kao i sa niskim samopouzdanjem. (potpuni korelacioni podaci u vezi karakteristika deteta su u prilogu 4, tabela 4.2).

Razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja u odnose na karakteristike hraniteljskog smeštaja. Ispitivanjem relacije *dužine smeštaja deteta u aktuelnu hraniteljsku porodicu* i izraženosti smetnji kod deteta, dobijene su statistički značajne veze sa *ukupnim skorovima* na obe mere funkcionalnosti (ACC $r=-.403, p<.01$ CBCL $r=-.345, p<.01$) i eksternalizaciji ($r=-.300, p<.01$). Smer povezanosti upućuje da što dete duže boravi u porodici, njegovi problemi na emocionalnom, ponašajnom i na planu relacija sa drugima su manje izraženi. U tabeli 15. prikazane su značajne veze sa pojedinačnim varijablama emocionalnih i bihevioralnih problema.

Tabela 15.

Statistički značajne korelacije dužine smeštaja deteta u hraniteljsku porodicu i problema mentalnog na subskalama CBCL-a i ACC-a

	r
Čuvanje/skladištenje hrane (ACC)	-.437**
Problemi sa pažnjom (CBCL)	-.430**
Neuzajamnost u relacijama (ACC)	-.378**
Nediskriminativnost u relacijama(ACC)	-.354**
Kršenje pravila (CBCL)	-.307**
Agresivnost (CBCL)	-.279*
Socijalni problemi (CBCL)	-.261*
Pseudozrelost (ACC)	-.250*
Samopovređivanje (ACC)	-.243*
Seksualno ponašanje (ACC)	-.240*
Ansiozno/nepoverljivo ponašanje (ACC)	-.235*

** p<.01 * p<.0

Zbog velike razlike u grupama dece koja se nalaze u standardnim i srodničkim porodicama (90.2% u standardnim) nisu detaljno utvrđivane razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja u odnosu na tip smeštaja, već samo u odnosu na ukupne mere funkcionalnosti deteta, kako bi se ipak uočile neke tendencije u povezivanju ispitivanih varijabli. Rezultati, koje je potrebno proveriti narednim istraživanjima, u skladu sa očekivanim upućuju da deca koja žive sa srodnicima ispoljavaju značajno manje problema na obe mere funkcionalnosti (ACC $t=2.670$, $r<01$, $AS_{standardno}=30.84$, $SD_{standardno}=19.69$; $AS_{srodničko}=12.00$, $SD_{srodničko}=8.07$; CBCL $t=2.834$ $r<01$ $AS_{standardno}=31.18$, $SD_{standardno}=22.43$; $AS_{srodničko}=8.50$, $SD_{srodničko}=8.57$).

U ovom istraživanju je ispitivan i odnos sa drugom važnom karakteristikom hraniteljskog smeštaja, a to je da li je aktuelni smeštaj planiran kao dugoročan (za 43 odnosno 52,4% dece iz uzorka) ili kao privremen, odnosno ne zna se koliko će trajati (39-oro dece, 47,6%). Ispitivanje značajnosti razlika je pokazalo da deca za koju je smeštaj planiran kao dugoročan ispoljavaju manje emocionalnih i bihevioralnih

problema, koji su pre svega mereni uz pomoć CBCL. Rezultati t-testa su dati u tabeli 16.

Tabela 16.

Značajne razlike u odnosu na planiranu dužinu smeštaja (dugoročni/privremeni) sa deskriptivnim podacima

	t	p	AS dugoročni	SD dugoročni	AS privremeni	SD privremeni
CBCL ukupan skor	3.500	.004	22.17	17.68	36.44	24.97
Eksternalizacija	2.708	.008	7.67	7.50	13.21	10.83
Internalizacija	2.623	.010	2.56	3.32	4.95	4.86
Agresivnost	2.871	.005	5.14	4.80	8.85	6.80
Socijalni problemi	1.976	.052	3.21	2.96	4.46	2.76
Povlačenje/depresivnost	2.918	.005	.67	1.46	2.18	3.02
Problemi sa pažnjom	2.088	.040	4.60	4.44	4.60	4.67
Kršenje pravila	2.199	.031	2.53	3.07	4.36	4.34
ACC ukupan skor	1.956	.054	25.02	17.02	33.38	21.56
Čuvanje/sladištenje hrane (ACC)	.2438	.017	.79	1.64	1.79	2.07
Neuzajamnost (ACC)	.2297	.028	2.63	3.02	4.64	4.79
Ansioznost/nepoverenje	.2106	.038	1.65	2.17	2.85	2.94

Kontakati sa članovima biološke porodice. Pre rezultata ispitivanja odnosa funkcionisanja deteta na smeštaju i učestalosti i kvaliteta kontakata sa članovima biološke porodice, predstavimo deskriptivne pokazatelje ove dve varijable.

Tabela 17.

Deskriptivni pokazatelji učestalosti i kvaliteta kontakata sa članovima biološke porodice.

	N	minimum	maksimum	AS	SD
Učestalost kontakata	82	1	5	1,99	1.11
Kvalitet kontakata	47*	1	5	2.81	1.09

* broj dece koja ima kontakte na osnovu podataka dobijenih od hraniteljica

Kao što je prikazano u tabeli, hraniteljice su i učestalost i kvalitet kontakata deteta sa članovima biološke porodice procenjivale u punom rasponu mogućih skorova. Pri tome, prosečna vrednost za *učestalost kontakata* je u domenu nižih, što govori da većina dece iz uzorka ima retke kontakte sa biološkim roditeljima. Po pitanju *kvaliteta kontakata* prosečni skorovi su u nivou srednjih vrednosti i kao takvi opisuju roditelje kao delimično zainteresovane za komunikaciju i interakciju sa detetom tokom susreta.

Rezultati ispitivanja povezanosti su ukazali da decu koja imaju češće kontakte sa članovima biološke porodice karakteriše više *anksioznosti-nepoverljivosti u relacijama* sa drugima ($r=.261$, $p<05$). U odnosu na kvalitet kontakata pronađeno su značajne veze sa ukupnim skorovima na obe mere funkcionalnosti deteta (ACC ukupno $r=-.346$, $p<05$; CBCL ukupno $r=-.332$, $p<05$), zatim na obe skale višeg reda na CBCL-u (*eksternalizacija* $r=-.297$ $p<05$, *internalizacija* $r=-.332$ $p<05$). Od pojedinačnih kliničkih skala pronađene su značajne veze sa skalama: *povlačenje/depresivnost* ($r=-.417$, $p<01$), *agresivnost* ($r=-.291$, $p<05$), *neuzajamnost* ($r=-.394$, $p<01$), *anksioznost/nepoverenje* ($r=-.338$, $p<05$), *čuvanje/skladištenje hrane* ($r=-.397$, $p<01$) i *samopovređivanje* ($r=.319$, $p<05$). Smer povezanosti ukazuje na pravilnost da decu sa više izraženim problemima karakteriše lošiji kvalitet kontakata sa članovima biološke porodice.

Cilj 3. Utvrditi i opisati značaj nepovoljnih okolnosti koje prethode aktuelnom hraniteljskom smeštaju, kao korelata i prediktora problema mentalnog zdravlja deteta

Nepovoljne okolnosti koje prethode smeštaju u aktuelnu hraniteljsku porodicu u ovom istraživanju su operacionalizirani i mereni uz pomoć tri varijable: *dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici* (izraženoj kroz uzrast u mesecima kada je dete prvi put zbrinuto u sistemu socijalne zaštite), *rizika pre smeštaja u hraniteljsku porodicu* (odnosi se na kumulativni efekat 5 nepovoljnih okolnosti: prenatalne izloženosti psihoaktivnim supstancama, prevremenog rođenja, pozitivne psihijatrijske anamneze roditelja, zanemarivanja, zlostavljanja) i *nestabilnosti smeštaja* (izraženoj kroz ukupan broj odgajatelja/porodica koje je dete promenilo). Deskriptivna statistika ove tri varijable data je u tabeli 18.

Tabela 18.

Deskriptivni pokazatelji za varijable riziko faktora pre smeštaja u aktuelnu hraniteljsku porodicu

Faktori rizika	minimum	maksimum	AS	SD	Mdn
Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu	0	134	47.8	32.28	
Rizik pre smeštaja (kumulativni)	0	4	1.59	.85	2
Nestabilnost smeštaja	1	8	2.82	1.18	3

Deca iz uzorka su u proseku 4 godine (47.8 meseci) bila izložena nepovoljnim uslovima odrastanja u porodicama porekla, pri čemu najveći broj u svom iskustvu ima jednu (40.2%), odnosno dve (41,5%) od ispitivanih okolnosti koje predstavljaju faktor rizika za razvoj i mentalno zdravlje. Najučestalije je iskustvo zanemarivanja (kod 87.8% dece), zatim sledi iskustvo zlostavljanja (28% dece). Oko 18% dece iz uzorka ima roditelje sa psihičkim bolestima, 15.9% su prenatalno bila izložena psihoaktivnim supstancama, a 7.3% dece je prevremeno rođeno. Kada je u pitanju treća varijabla riziko faktora, nestabilnost smeštaja, podaci pokazuju da je najveći broj dece ukupno boravio u 3 (47.6%), odnosno 2 porodice/institucije (32.9%), uključujući i aktuelnu hraniteljsku

porodicu. To znači da je tipično iskustvo dece iz uzorka: boravak u svojoj biološkoj porodici pre smeštaja u aktuelnu hraniteljsku porodicu. Kada su u pitanju deca, štićenici Centra za socijalni rad Grada Novog Sada, njihovo iskustvo podrazumeva privremeni smeštaj u prihvatilište, od po nekoliko meseci, kao prelazni period između biološke i hraniteljske porodice. Deca iz uzorka sa teritorije drugih opština, uglavnom nemaju iskustvo institucionalnog smeštaja, već iz biološke direktno prelaze u hraniteljske porodice (*detaljni podaci o broju porodica/odgajatelja koje je dete ukupno promenilo se nalaze u prilogu 5, tabela 5.1..*).

Korelacione analize. Korelacije između *dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici* i obe ukupne mere funkcionalnosti deteta su značajne (ACC $r=.419$, $p<01$; CBCL $r=.367$, $p<01$). Isto tako, dobijene su značajne veze i sa dve skale višeg reda (eksternalizujućih problema $r=.314$, $p<01$; internalizujućih problema $r=.227$, $p<05$), kao i sa nizom kliničkih skala (povlačenje/depresivnost; socijalni problemi; problemi mišljenja; problemi sa pažnjom; kršenje pravila; agresivnost; neuzajamnost; nediskriminativnost; anksioznost/nepoverenje; samopovređivanje). Koeficijenti korelacije sa kliničkim skalama su umerenih vrednosti i kreću se od $.240$ ($p<01$) za samopovređivanje do $.50$ ($p<01$) za čuvanje/skladištenje hrane (*detaljni podaci prilog 5, tabela 5.2.*). Značajne pozitivne veze su dobijene i za ukupnu meru samopoštovanja ($r=.256$, $p<05$) i pojedinačne mere (negativna slika o sebi: $r=.246$, $p<05$; i nisko samopouzdanje: $r=.234$, $p<05$). Smer povezanosti upućuje, u skladu sa pretpostavljenim, da decu koja su duže bila izložena nepovoljnim uslovima u biološkoj porodici odlikuju izraženiji problemi mentalnog zdravlja, negativnija slika o sebi i niže samopouzdanje.

Ispitivanjem povezanosti sa varijablom *rizika pre smeštaja u hraniteljsku porodicu* su isto dobijene značajne pozitivne korelacije sa ukupnim skorovima na ACC-u ($r=.338$, $p<01$) i CBCL-u ($r=.367$, $p<01$), eksternalizaciji ($r=.314$, $p<05$) i internalizaciji ($r=.227$, $p<05$), nizom kliničkih skala (povlačenje/depresivnost; socijalni problemi; problemi mišljenja; problemi sa pažnjom; agresivnost; pseudozrelost; neuzajamnost; nesigurnost; anksioznost/nepoverenje) i negativnom slikom o sebi ($r=.246$, $p<05$). Vrednosti koeficijenata korelacije na kliničkim skalama se kreću od $.262$ ($p<05$) za socijalne probleme i neuzajamnost u relacijama, do $.320$ ($p<01$) za anksioznost/nepoverenje u relacijama. Pozitivna korelacija, u domenu niskih je zabeležena i sa negativnom slikom o sebi ($r=.277$, $p<05$) U skladu sa očekivanim, decu

sa izraženijim emocionalnim i bihevioralnim problemima i negativnijom slikom o sebi, karakteriše izloženost većem broju nepovoljnih okolnosti razvoja i odrastanja.

Treća varijabla koja se tiče riziko faktora, *nestabilnost smeštaja* značajno korelira jedino sa ukupnim skorom na ACC-u ($r=.305$, $p<01$), ukupnim skorom samopoštovanja ($r=.223$, $p<05$) i sa manjim brojem kliničkih skala u poređenju sa prethodne dve varijable (problemi pažnje; kršenje pravila; neuzajamnost; anksioznost/nepoverenje; samopovređivanje). Najsnažnija veza je dobijena sa kliničkom skalom samopovređivanje ($r=.424$, $p<01$), dok su ostale značajne korelacije u domenu niskih. Niska, pozitivna korelacija postoji i sa negativnom slikom o sebi ($r=.245$, $p<05$). Smer povezanosti među ispitivanim varijablama ukazuje da decu sa izraženijim problemima mentalnog zdravlja i negativnom slikom o sebi odlikuje veća nestabilnost smeštaja, odnosno promenili su veći broj porodica/odgajatelja (*detaljni podaci o korelacijama sve tri varijable riziko faktora i mera funkcionalnosti deteta su dati u prilogu. 5, tabela 5.2*).

Da bi smo utvrdili da li se na osnovu varijabli iz domena riziko faktora koji prethode smeštaju deteta u aktuelnu hraniteljsku porodicu može izvršiti predikcija izraženosti problema mentalnog zdravlja, primenjen je niz višestrukih linearnih regresionih analiza. Tabela 19. prikazuje interkorelacije prediktorskih varijabli.

Tabela 19.

Interkorelacije seta prediktorskih varijabli iz domena riziko faktora

	Dužina izloženosti nepovoljnom iskus.	Rizik (kumulativni) pre smeštaja	Nestabilnost smeštaja
Dužina izloženosti nepovoljnom iskus.	1	.126	.242*
Rizik (kumulativni) pre smeštaja		1	.270*
Nestabilnost smeštaja			1

* $p<.05$

Nestabilnost smeštaja je u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa druge dve varijable riziko faktora, što govori u prilog pravilnosti da dete sa iskustvom veće nestabilnosti smeštaja, odnosno dete koje je promenilo veći broj odgajatelja karakteriše duža

izloženost nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, kao i veći broj okolnosti koje predstavljaju faktore rizika za razvoj i mentalno zdravlje. Koeficijenti korelacije su u domenu niskih. Varijable dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu i rizika pre smeštaja, u smislu broja nepovoljnih razvojnih okolnosti, nisu značajno međusobno povezane.

Predikcija ukupnih problema na CBCL-u. Model regresione analize u koji je kao kriterijumska varijabla unet ukupni skor na CBCL-u, a kao prediktori dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu, rizik pre smeštaja i nestabilnost smeštaja, pokazao se statistički značajnim. Ovakav model opisuje 19.8% varijanse ukupnih emocionalnih i bihevioralnih problema, a značajnim su se pokazali samostalni doprinosi dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu i rizika pre smeštaja (Tabela 20).

Tabela 20.

Značajnost modela prediktora – kriterijumska varijabla ukupni problemi na CBCL-u

	β	p
R=.445 R ² =.198 F=6.423 p=.001		
Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici	.322	.003
Rizik (kumulativni)pre smeštaja	.231	.032
Nestabilnost smeštaja	.066	.543

Vrednosti koeficijenata parcijalne korelacije ukazuju da je smer povezanosti takav da što dete pre smeštaja karakteriše prisustvo više za razvoj rizičnih okolnosti i ukoliko je duže bilo izloženo tim nepovoljnim okolnostima u biološkoj porodici, može se očekivati da će problemi mentalnog zdravlja biti izraženiji. Dobijeni podaci su u skladu sa očekivanim, izuzev varijable nestabilnosti smeštaja za koju se pokazalo da nije značajan činilac funkcionalnosti deteta, izraženoj kroz ukupan skor na skali CBCL-a.

Predikcija eksternalizujućih problema. Model regresione analize u kojem je kao kriterijumska varijabla unet skor na skali eksternalizujućih problema (skala višeg reda koja obuhvata sindrom skale agresivnost i kršenje pravila), a kao prediktori varijable iz seta nepovoljnih okolnosti pre smeštaja se pokazao statistički značajnim. Kao što je prikazano u tabeli 21, unetim prediktorskim varijablama je objašnjeno 14.1% variranja kriterijumske varijable.

Tabela 21.

Značajnost modela prediktora i vrednosti parcijalnih korelacija varijabli iz domena riziko faktora i eksternalizujućih problema

R=.375 R2=.141 F=4.261 p=.008	β	p
Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici	.272	.014
Rizik (kumulativni) pre smeštaja	.170	.123
Nestabilnost smeštaja	.085	.451

U ovakvom modelu značajnim se pokazao samostalni doprinos jedino dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, u smislu da duža izloženost doprinosi izraženijem ispoljavanju agresivnog i delikventnog ponašanja u hraniteljskoj porodici. Koeficijent parcijalne korelacije je u domenu niske vrednosti.

Predikcija internalizujućih problema. Sledeći model regresione analize je uključivao isti set prediktorskih varijabli, sa skorom na skali internalizacije (skala višeg reda koja obuhvata sindrom skale anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost i somatske žalbe) kao kriterijumom. Model je statistički značajan i objašnjava 9.9% variranja emocionalnih i bihevioralnih problema koje opisuje skala internalizacije (tabela 22).

Tabela 22.

Značajnost modela prediktora i vrednosti parcijalnih korelacija varijabli iz domena riziko faktora i internalizujućih problema

R=.315 R2=.099 F=2.872 p=.042	β	p
Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici	.221	.050
Rizik (kumulativni) pre smeštaja	.225	.047
Nestabilnost smeštaja	-.094	.416

Rezultati pokazuju da samostalne efekte na izraženost internalizujućih problema ostvaruje varijabla rizika (kumulativnog) pre smeštaja, dok je varijabla dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu na granici statističke značajnosti. Vrednosti koeficijenata parcijalne korelacije su niske, a smer povezanosti ukazuje da se na osnovu

viših skorova na ove dve varijable mogu predvideti viši skorovi na skali internalizacije, odnosno više izraženi anksiozni i depresivni problemi.

Predikcija ukupnog kliničkog skora na ACC-u. U daljim analizama ispitivane su direktne relacije seta prediktorskih varijabli iz domena nepovoljnih okolnosti koje prethode smeštaju sa procenjenim problemima mentalnog zdravlja koji se smatraju specifičnim za decu u sistemu socijalne zaštite.

Model regresione analize sa 3 faktora rizika koji prethode hraniteljskom smeštaju kao prediktorskim varijablama i ukupnim skorom na kliničkim skalama ACC-a, takođe se pokazao statistički značajnim. Prediktorske varijable objašnjavaju 27.9% varijanse problema mentalnog zdravlja koje ova skala opisuje. Kao i kod skora ukupnih problema na CBCL-u, značajne samostalne doprinose predikciji ukupnog skora na ACC-u daju varijable dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu i rizika pre smeštaja. Varijabla nestabilnosti smeštaja se nije pokazala kao značajan činilac mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu, mada značajno korelira sa ukupnim skorom na ACC-u ($r=.305, <.05$). Rezultati regresione analize su dati u tabeli 23.

Tabela 23.

Značajnost modela prediktora – kriterijumska varijabla ukupni problemi na ACC-u

R=.528 R2=.27.9 F=10.057 p=.000	β	p
Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici	.351	.003
Rizik (kumulativni)pre smeštaja	.253	.014
Nestabilnost smeštaja	.152	.543

Vrednosti beta koeficijenta su u domenu niskih, a pozitivan smer ukazuje na pravilnost da se kod dece koja su bila izložena većoj kumulaciji nepovoljnih okolnosti pre smeštaja u hraniteljsku porodicu (zanemarivanje, zlostavljanje, psihička bolest roditelja, prevremeno rođenje, prenatalna izloženost psihoaktivnim supstancama), i koja su tom rizičnom iskustvu bila izložena u dužem vremenskom intervalu može očekivati značajno više problema mentalnog zdravlja koje opisuju kliničke skale instrumenta ACC.

Predikcija ukupnog skora samopoštovanja. U poslednjoj u nizu višestrukih linearnih regresionih analiza ispitivana je mogućnost predikcije ukupnog skora na skali samopoštovanja (sastavljenog od skorova na skalama negativne slike o sebi i niskog samopouzdanja) na osnovu varijabli iz seta nepovoljnih okolnosti koje prethode smeštaju u hraniteljsku porodicu. Model je statistički značajan i opisuje 10.7% ukupne varijanse samopoštovanja. Međutim, nijedna od prediktorskih varijabli nema statistički značajan samostalni doprinos u predikciji samopoštovanja (tabela 24), pa se pretpostavlja da svoj efekat ostvaruju međusobnom interakcijom. Na granici statističke značajnosti je jedino dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu i sudeći po pozitivnom predznaku beta koeficijenta ukoliko je duža izloženost, dete će imati niže samopoštovanje koga čine negativna slika o sebi i nisko samopouzdanje.

Tabela 24.

Značajnost modela prediktora i vrednosti parcijalnih korelacija varijabli iz domena riziko faktora i samopoštovanja

R=.327 R2=.107 F=3.103 p=.031	β	p
Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici	.210	.062
Rizik (kumulativni)pre smeštaja	.117	.296
Nestabilnost smeštaja	.140	.222

Rezultati korelacionih i regresivnih analiza pokazuju da je nepovoljno iskustvo deteta pre smeštaja u aktuelnu hraniteljsku porodicu značajan činilac njegovog mentalnog zdravlja i funkcionalnosti tokom smeštaja. *Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu*, izražena uzrastom deteta pri ulasku u socijalnu zaštitu (prvo zbrinjavanje), kao i *rizik pre smeštaja* u smislu prisustva i kumulativnog efekta nepovoljnih razvojnih okolnosti (prevremeno rođenje, prenatalna izloženost psihoaktivnim supstancama, psihička bolest roditelja, zanemarivanje, zlostavljanje), pokazalo se značajno predviđaju izraženost ukupnih problema na obe mere funkcionalnosti deteta (CBCL, ACC). Pri tome, utvrđeno je da značajan činilac problema iz spektra eksternalizujućih (agresivnosti i kršenja pravila) predstavlja dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu, dok je za internalizujuće, anksiozne i depresivne smetnje, kao činilac relevantniji faktor rizika izražen kroz broj različitih nepovoljnih okolnosti koje je dete iskusilo u biološkoj porodici (rizik pre smeštaja). U skladu sa pretpostavljenim dete će imati značajno više

problema mentalnog zdravlja ukoliko je rizik koji prethodi smeštaju u hraniteljsku porodicu, operacionalizovan preko navedenih varijabli, bio veći. Treća varijabla iz domena riziko faktora, nestabilnost smeštaja, izražena kroz broj odgajatelja/porodica koje je dete promenilo, u okviru ispitivanog skupa prediktorskih varijabli se nije pokazala kao značajan činilac ni jednog od ispitivanih mera i nivoa funkcionalnosti deteta. Međutim, nestabilnost smeštaja značajno korelira sa ukupnim skorom na ACC-u i samopoštovanjem, ukazujući da decu sa više problema mentalnog zdravlja, koje opisuje ova skala procene emocija i ponašanja dece, i kao i nižim samopoštovanjem odlikuje veći broj promena odgajatelja, odnosno porodica.

Cilj 4. Utvrditi i opisati značaj kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja (definisano preko prihvatanja, posvećenosti i svesnosti o uticaju na njegov razvoj) kao korelata i prediktora detetovih emocionalnih problema i problema u ponašanju

U okviru četvrtog i poslednjeg cilja ovog istraživanja, najpre je ispitivana povezanost dimenzija kvaliteta staranja o detetu od strane hraniteljica sa detetovim problemima mentalnog zdravlja, a zatim i mogućnost da se na osnovu kvaliteta staranja izvrši predikcija izraženosti emocionalnih i bihevioralnih problema. Poseban zadatak je bio da se utvrdi li postoje razlike u efektima kvaliteta staranja u zavisnosti od karakteristika deteta i hraniteljskog smeštaja, kao i se sagleda značaj kvalitet staranja kao činioca funkcionalnosti u odnosu na činioce koji prethode smeštaju u aktuelnu hraniteljsku porodicu (rizika pre smeštaja).

Korelacione analize. Prihvatanje kao dimenzija kvaliteta staranja od strane hranitelja značajno i visoko korelira sa ukupnim skorovima funkcionalnosti deteta (ACC $r=-.606$, $p<01$; CBCL $r=-.518$, $p<01$), eksternalizujućim ($r=-.498$, $p<01$) i internalizujućim problemima ($r=-.325$, $p<01$), kao i sa gotovo svim kliničkim skalama, izuzev anksiozno/depresivnih smetnji i uzrasno neodgovarajućeg seksualnog ponašanja. Takođe, statistički značajna povezanost je pronađena i sa skalama samopoštovanja (u ukupnoj meri $r=-.427$, $p<01$ i pojedinačnim merama: negativnoj slici o sebi i niskom samopouzdanju). Veze su negativne, visoke do umerene izraženosti i govore o tome da su kod hraniteljica koje brinu o deci sa više ispoljenih problema mentalnog zdravlja procenjivani niži skorovi na dimenziji prihvatanja.

Posvećenost je, takođe, statistički značajno povezana sa ukupnim skorovima na ACC-u ($r=-.492$, $p<01$) i CBCL-u ($r=-.420$, $p<01$), skalama višeg reda (eksternalizacija $r=-.439$, $p<01$; internalizacija $r=-.262$, $p<01$), kao i ukupnim samopoštovanjem ($r=-.356$, $p<01$) ali i negativnom slikom o sebi i niskim samopouzdanjem. Od kliničkih skala CBCL-a, pokazalo se da su sve, izuzev skale anksioznost/depresivnost u statistički značajnoj vezi sa ovom dimenzijom kvaliteta staranja. Isto tako, većina kliničkih skala ACC-a je u značajnoj vezi sa posvećenošću hranitelja detetu na smeštaju (izuzev uzrasno neodgovarajućeg seksualnog ponašanja i pseudozrelosti). Koeficijenti korelacije se kreću od niskih ka umerenim, a njihov smer (negativni) ukazuje da hranitelji koji su procenjeni kao više posvećeni brinu o deci sa manje izraženim problemima.

Svesnost o uticaju je dimenzija kvaliteta staranja za koju se pokazalo da nije u značajnoj vezi ni sa jednom od mera funkcionalnosti deteta, izuzev kliničke skale *povlačenje/depresivnost* na CBCL-u sa kojom je na granici statističke značajnosti ($r=-.200$, $p=.072$). Smer povezanosti je negativan i kao takav govori da hraniteljice za koje je procenjeno da su manje svesne svog uticaja na detetov razvoj, brinu o deci sa izraženijim depresivnim smetnjama.

Ukupan kvalitet staranja (prosek skorova na tri dimenzije) je u statistički značajnoj negativnoj korelaciji sa ukupnim merama funkcionalnosti deteta, samopouzdanjem i nizom kliničkih skala na ACC-u i CBCL-u. (*kompletni korelacioni podaci se nalaze u prilogu 6, tabela 6.1*).

U daljim analizama ispitivani su najpre direktni efekti dimenzija kvaliteta staranja na različite mere procena funkcionalnosti deteta (ukupne probleme na CBCL-u; eksternalizujuće probleme; internalizujuće probleme; ukupan klinički skor na ACC-u; ukupan skor na skali samopoštovanja), nizom višestrukih linearnih regresionih analiza. Matrica interkorelacija prediktorskih varijabli (u prilogu 1) pokazuje da dimenzije prihvatanja i posvećenosti visoko koreliraju ($r=.824$, $p<.01$), dok je u nivou umerenog korelacija prihvatanja i svesnosti o uticaju ($r=.391$, $p<.01$) i posvećenosti i svesnosti o uticaju ($r=.442$, $p<.01$). Zbog visoke međusobne korelacije dimenzija prihvatanja i posvećenosti, odnosno problema multikolinearnosti koji može da konfundira regresionu analizu, ove dve varijable su uprosečavanjem kombinovane u jednu varijablu koja je označena kao *prihvatanje/posvećenost*. U prethodnim korelacionim analizama, kojima su ove dve dimenzije dovođene u vezu sa varijablama iz domena karakteristika deteta, hraniteljica i hraniteljskog smeštaja (u okviru cilja 1), kao i sa različitim nivoima mera funkcionalnosti deteta na obe skale dečije psihopatologije (u okviru cilja 4), pokazalo se da imaju gotovo iste korelate, te da je njihovo variranje u toj meri slično da bi se moglo reći da visoko posvećene hraniteljice po pravilu karakteriše i visoka posvećenost (i obrnuto), kao što i hraniteljice niskog nivoa prihvatanja deteta na smeštaju, karakteriše i nizak nivo posvećenosti (i obrnuto). I na konceptualnom nivou dve dimenzije kvaliteta staranja su bliske, jer ih pre svega karakteriše emocionalni aspekt odnosa hraniteljice sa detetom na smeštaju, za razliku od svesnosti o uticaju kod koje se kao važno obeležje izdvaja kognitivna, saznajna komponenta kvaliteta brige. Prema tome, modeli regresionih analiza koji slede, u set prediktorskih varijabli uključili su kombinovanu

dimenziju *prihvatanje/posvećenost* (dobijenu uprosečavanjem) i dimenziju *svesnosti o uticaju*.

Predikcija ukupnih problema na CBCL-u. Model regresione analize u kome su kao prediktori unete dimenzije kvaliteta staranja: prihvananje/posvećenost i svesnost o uticaju, a kao kriterijum skor ukupnih problema na CBCL-u, pokazao se statistički značajnim. Objašnjava 29% varijanse ukupnih problema mentalnog zdravlja, a značajne samostalne doprinose predikciji ostvaruju obe prediktorske varijable (tabela 25).

Tabela 25.

Značajnost modela prediktora – kriterijum ukupni problemi CBCL

R=.538 R ² =.290 F=16.130 p=.000	β	p
Prihvatanje/Posvećenost	-.597	.000
Svesnost o uticaju	.219	.041

Vrednosti parcijalnih korelacija ukazuju da je odnos među ispitivanim varijablama takav da će dete na smeštaju imati manje izražene ukupne probleme mentalnog zdravlja koje opisuje CBCL ukoliko je veći stepen prihvatanja i posvećenosti deteta od strane hraniteljica. Rezultati takođe upućuju da će emocionalni i bihevioralni problemi biti manje izraženi ukoliko je procenjeno da su hraniteljice nižeg nivoa svesnosti o uticaja svog odnosa sa detetom na njegov razvoj.

Predikcija eksternalizujućih problema. Model sa istim setom prediktorskih varijabli u kome je kao kriterijumska varijabla uveden skor na skali eksternalizujućih problema je pokazao statističku značajnost i objašnjava 27.5 % varijanse (tabela 26).

Tabela 26.

Značajnost modela prediktora – kriterijum eksternalizujući problemi

R=.524 R ² =.275 F=14.95 p=.000	β	p
Prihvatanje/Posvećenost	-.581	.000
Svesnost o uticaju	.209	.053

Kada je u pitanju mogućnost predikcije eksternalizujućih problema rezultati ukazuju da samostalne i direktne doprinose ostvaruje dimenzija

prihvatanje/posvećenost, u nivou srednjih vrednosti. Smer povezanosti upućuje na pravilnost da ukoliko o detetu brine hraniteljica kod koje je procenjen niži nivo prihvatanja i posvećenosti, dete će ispoljavati više agresivnosti u ponašanju i više sklonosti ka kršenju pravila. Na granici statističke značajnosti je dimenzija *svesnosti o uticaju*, a pozitivna vrednost koeficijenta parcijalne korelacije govori o tendenciji da hraniteljice koje su svesnije uticaja svog odnosa sa detetom na detetov razvoj, procenjuju da dete o kome brinu ima više izražena agresivna ponašanja i veću sklonost ka kršenju pravila.

Predikcija internalizujućih problema. Model regresione analize sa dimenzijama kvaliteta staranja i skorom na skali internalizujućih problema je statistički značajan i njime je objašnjeno 9.7% ukupne varijanse. Dobijeni rezultati pokazuju da predikciji anksioznih i/ili depresivnih smetnji doprinosi kombinovana varijabla *prihvatanje/posvećenost* (tabela 27). Negativan predznak povezanosti upućuje na tendenciju da će dete imati izraženije internalizujuće probleme (depresivne i anksiozne smetnje) ukoliko o njemu brine hraniteljica koja ga manje prihvata i manje je posvećena, odnosno hraniteljica kod koje je procenjen nizak nivo emocionalne uključenosti u dete i odnos sa detetom.

Tabela 27.

Značajnost modela prediktora – kriterijum internalizujući problemi

R=.312 R ² =.097 F=4.246 p=.018	β	p
Prihvatanje/Posvećenost	-.334	.006
Svesnost o uticaju	.064	.593

Predikcija ukupnog kliničkog skora na ACC. Model regresione analize u kome su kao prediktori unete dimenzije kvaliteta staranja: *prihvatanje/posvećenost* i *svesnost o uticaju*, a kao kriterijum ukupan skor na ACC-u, pokazao se statistički značajnim. Objašnjava 34.9% varijanse ukupnih problema mentalnog zdravlja opisanih ovom skalom, a značajne samostalne doprinose predikciji ostvaruje dimenzija *prihvatanja/posvećenosti detetu* na smeštaju od strane hraniteljica (tabela 28).

Tabela 28.

Značajnost modela prediktora – kriterijum ukupni problemi ACC

R=.591 R2=.349 F=21.200 p=.000	β	p
Prihvatanje /Posvećenost	-.644	.000
Svesnost o uticaju	.162	.113

Vrednosti koeficijenta parcijalne korelacije su visoke, negativnog smera i ukazuju da će kod deteta na smeštaju biti mnogo više izraženi emocionalni problemi, problemi u ponašanju i relacijama sa drugima, ukoliko je niži kvalitet staranja u smislu niže prihvaćenosti od strane hraniteljice i njene niže posvećenosti odnosu sa detetom.

Predikcija samopoštovanja. Mogućnost predikcije ukupnog skora na skali samopoštovanja, koju čine negativna slika o sebi i nisko samopouzdanje, na osnovu seta prediktorskih varijabli kvaliteta staranja je statistički značajna, a procenat objašnjene varijanse iznosi 18.1 % (tabela 29).

Tabela 29.

Značajnost modela prediktora – kriterijum ukupni problemi CBCL

R=.426 R2=.181 F=8.752 p=.000	β	p
Prihvatanje/Posvećenost	-.433	.000
Svesnost o uticaju	.016	.885

Kao što je prikazano tabelom, samostalne doprinose predikciji, kao i u prethodnim analizama, ostvaruje kombinovana dimenzija *prihvatanje/posvećenost*, u nivou srednje vrednosti, a odnos je takav da se na osnovu nižeg prihvatanja deteta od strane hraniteljice i niže posvećenosti odnosu sa detetom, može očekivati da će dete karakterisati niži nivo samopoštovanja, koga čine nisko samopouzdanje i negativna slika o sebi.

Rezultati višestrukih linearnih regresionih analiza su pokazali da se u pretpostavljenim modelima predikcije mentalnog zdravlja deteta na smeštaju sa skupom prediktorskih varijabli koju čine prihvatanje/posvećenost i svesnost o uticaju kao dimenzijama kvaliteta staranja, kao značajni činioci izdvajaju prihvatanje deteta na smeštaju od strane hraniteljica i posvećenost njihovom međusobnom odnosu, te da

njegovi efekti na mentalno zdravlje mogu okarakterisati kao protektivni (negativne korelacije). To znači da ukoliko je stepen prihvatanja o detetu viši, hraniteljica pozitivno opaža dete i svoj odnos sa detetom, poštuje detetovu individualnost i uživa u staranju o njemu, zatim ukoliko hraniteljica doživljava dete kao sopstveno, visoko je posvećena u podsticanju njegovog rasta i razvoja, dete će imati manje problema mentalnog zdravlja koji su operacionalizovani i procenjivani uz pomoć CBCL i ACC. Dimenzija svesnosti o uticaju se pokazala značajnom za predikciju emocionalnih problema i problema u ponašanju koje operacionalizuje CBCL, odnosno za predikciju eksternalizujućih problema, ali u neočekivanom smeru povezanosti, upućujući na izvesnu tendenciju da se ukoliko je hraniteljica više svesna svog odnosa sa detetom na detetov razvoj i više razmišlja u psihološkim, a manje u konkretnim terminima i ciljevima za dete, očekuje se da će dete imati više izražena agresivna i delikventna ponašanja. Korelacionim analizama je utvrđeno da je dimenzija svesnosti o uticaju u negativnoj korelaciji sa aksiozno-depresivnim smetnjama, pa tako deca o kojoj brinu hraniteljice kod kojih je procenjen viši nivo svesnosti o uticaju, imaju manje izražene navedene probleme mentalnog zdravlja.

Polazeći od teorijskih modela koji ishode dečijeg funkcionisanja u domenu emocionalnog ispoljavanja, ponašanja i socijalnih kompetencija tumače interaktivnim delovanjem različitih faktora (rizika ili protektivnih) na individualnom, porodičnom i relacionom nivou, u daljim analizama ispitivana je statistička značajnost modela prediktora funkcionalnosti dece na hraniteljstvu, sačinjenog od karakteristika deteta, hraniteljskog smeštaja i kvaliteta pružene brige od strane hranitelja. Posebno nas je interesovalo kakav je značaj dimenzija kvaliteta staranja (prihvatanja, posvećenosti i svesnosti o uticaju) u pretpostavljenom modelu činilaca, te da li se mogu uočiti specifičnosti u efektima kvaliteta staranja na funkcionisanje deteta, kada se u obzir uzmu karakteristike deteta i aktuelnog hraniteljskog smeštaja. Za tu svrhu primenjena je hijerarhijska regresiona analiza, u četiri koraka, u kojoj je najpre kao kriterijumska varijabla unet ukupan skor na CBCL, kao mera funkcionalnosti deteta, a zatim je kriterijum bio ukupan skor na ACC. Proveri prediktorskog modela je prethodio izbor onih varijabli iz domena karakteristika deteta i hraniteljskog smeštaja za koje se u prethodnim korelacionim analizama pokazalo da ostvaruju statistički značajnu povezanost sa kriterijumom. Od karakteristika deteta u pitanju je varijabla *uzrasta pri smeštaju u aktuelnu hraniteljsku* porodicu, a od varijabli koje se tiču karakteristika

hraniteljskog smeštaja ovaj kriterijum zadovoljava *dužina smeštaja u hraniteljskoj porodici*, *tip smeštaja* (standardno vs. srodničko hraniteljstvo), *percipirana stalnost smeštaja* (dugoročni vs. privremeni smeštaj ili nepoznatog trajanja), kao i *broj dece na smeštaju*. Kada je u pitanju kvalitet staranja, planirane prediktorske varijable su *posvećenost/prihvatanje* (dobijena uprosečavanjem dve dimenzije zbog visoke međusobne korelacije) i *svesnost o uticaju*. Sledeći korak je podrazumevao analizu mukolinearnosti setova prediktorskih varijabli, koja je pokazala da svi preliminarno izabrani i gore navedeni prediktori mogu da budu uvedeni u model, budući da je za svakog, u skladu sa preporukama koje daje Menard (1995) faktor inflacije varijanse (VIF, variance inflation factor) manji od 3. Detaljni podaci analize multikolinearnosti prediktorskih varijabli su dati u prilogu 6, tabela 6.2.

Kriterijumska varijabla - ukupan skor na CBCL-u. Uzimajući u obzir dinamički odnos pretpostavljenih činilaca funkcionalnosti deteta tokom vremena, u prvom koraku hijerarhijske regresione analize kao prediktor je uvedena varijabla iz domena karakteristika deteta (*uzrast prilikom smeštaja u hraniteljsku porodicu*). Model je bio statistički značajan i objašnjavao je 8% ukupne varijanse. Kada su u drugom koraku unete varijable iz domena karakteristika hraniteljskog smeštaja (*dužina smeštaja*, *tip smeštaja*, *stalnost smeštaja*, *broj dece na smeštaju*) model je takođe bio značajan, međutim nije došlo do statistički značajne promene u procentu objašnjene varijanse, koja je iznosila 17.2%. Uvođenje dimenzije kvaliteta staranja (*prihvatanje/posvećenost*, *svesnost o uticaju*) kao prediktora, u trećem koraku, procenat objašnjene varijanse kriterijumske varijable je značajno promenjen i iznosio je 28.8%, što je povećanje od 11.6%. U završnom, četvrtom koraku analize, uvedene su i interakcije formirane ukrštanjem varijabli iz domena karakteristika deteta i hraniteljskog smeštaja sa varijablama iz domena kvaliteta staranja. Mada je i ovaj model prediktora u celini značajan, promena koju unosi ovaj set prediktorskih varijabli ne prave značajnu razliku u odnosu na prethodni, treći korak. Procenat objašnjene varijanse nakon uvođenja četvrtog bloka varijabli je iznosilo 32.9%, što je povećanje od 4.3%. Detaljni podaci o značajnosti sva četiri modela su dati u tabeli 30.

Tabela 30.

Značajnosti modela -kriterijumska varijabla ukupan skor na CBCL

Model	R	R2	F	p	Značajnost promene
1	.283	.080	6.868	.000	-
2	.415	.172	3.118	.000	.091
3	.536	.288	4.209	.001	.004
4	.573	.329	1.814	.046	.984

Model 1. prediktori- uzrast deteta pri smeštaju

Model 2. prediktori- uzrast pri smeštaju, dužina smeštaja, standardno/srodničko, dugoročno/privremeno, broj dece na smeštaju

Model 3. prediktori - uzrast pri smeštaju, dužina smeštaja, standardno vs. srodničko, dugoročno vs. privremeno, broj dece na smeštaju, prihvatanje/posvećenost, svesnost o uticaju

Model 4. prediktori - uzrast pri smeštaju, dužina smeštaja, standardno vs. srodničko, dugoročno vs. privremeno, broj dece na smeštaju, prihvatanje/posvećenost, svesnost o uticaju, interakcije varijabli iz seta karakteristika deteta, hraniteljskog smeštaja i kvaliteta staranja

U prvom koraku hijerarhijske regresione analize *uzrast deteta pri smeštaju* ostvaruje samostalne efekte na funkcionalnost deteta ($\beta=.283$, $p=.011$), ukazujući da što je dete bilo starije kada je smešteno u hraniteljsku porodicu može se očekivati da će manifestovati više problema na nivou emocija i ponašanja. Kada su u drugom koraku uključene varijable iz domena karakteristika smeštaja, pokazalo se da ni jedna od njih ne ostvaruje značajan samostalni doprinos predikciji, pri čemu su i efekti varijable uzrasta prilikom smeštaja izgubili na značajnosti (tabela 31).

Tabela 31.

Parcijalni doprinosi varijabli iz drugog koraka hijerarhijske regresione analize- prediktori karakteristike deteta i karakteristike smeštaja

Prediktori	β	p
Uzrast pri smeštaju	.115	.469
Dužina boravka	-.134	.430
Standardno vs. srodničko	-.152	.224
Dugoročno vs. privremeno	-.129	.269
Broj dece na smeštaju	.121	.391

Kriterijumska varijabla- ukupni problemi na CBCL-u

Nakon uvođenja varijabli iz domena kvaliteta staranja u trećem koraku analize, samostalne doprinose u predikciji problema mentalnog zdravlja je ostvarila jedno varijabla *prihvatanje/posvećenost*. Vrednosti koeficijenta parcijalne korelacije ukazuju da se na osnovu prihvatanja i posvećenosti detetu od strane hranitelja može predvideti stepen izraženosti detetovih emocionalnih i bihevioralnih problema, procenjivanih pomoću CBCL-a, u smislu da će ti problemi biti više izraženi ukoliko je stepen prihvatanja i posvećenosti deteta od hraniteljica niži, odnosno ukoliko se kod hraniteljice beleži izvestan stepen ravnodušnosti prema detetu i sklonost ka odbacivanju njegovih potreba (tabela 32).

Tabela 32.

Parcijalni doprinosi varijabli iz trećeg koraka hijerarhijske regresione analize - prediktori karakteristike deteta i karakteristike hraniteljskog smeštaja, dimenzije kvaliteta staranja

Prediktori	β	p
Uzrast pri smešaju	-.042	.791
Dužina boravka	-.069	.669
Standardno vs. srodničko	.093	.445
Dugoročno vs. privremeno	-.120	.276
Broj dece na smeštaju	-.113	.323
Prihvatanje/ Posvećenost	-.507	.001
Svesnost o uticaju	.201	.114

Kriterijumska varijabla- ukupni problemi na CBCL-u

Kada su u poslednjem, četvrtom koraku uvedene interakcije varijabli iz domena karakteristika deteta i smeštaja i kvaliteta staranja, mada je model u celini statistički značajan, pokazalo se da ni jedna od prediktorskih varijabli, ali isto tako ni jedna od interakcija ne daje značajan doprinos predikciji izraženosti emocionalnih problema i problema u ponašanju operacionalizovanih skalom CBCL (Tabela 33). Uvođenjem efekata interakcije dimenzija kvaliteta staranja sa drugim setovima prediktorskih varijabli, direktni efekti prihvatanja i posvećenosti iz prethodnog koraka analize su poništeni.

Tabela 33.

Parcijalni doprinosi varijabli iz četvrtog koraka hijerarhijske regresione analize- prediktori karakteristike deteta i karakteristike hraniteljskog smeštaja, dimenzije kvaliteta staranja, interakcije karakteristika deteta i smeštaja sa dimenzijama kvaliteta staranja

Prediktori	β	p
Uzrast pri smeštaju	-.029	.865
Dužina boravka	-.086	.622
Standardno vs. srodničko	-.026	.955
Dugoročno vs. privremeno	-.145	.253
Broj dece na smeštaju	-.073	.634
Prihvatanje/ Posvećenost	-1.071	.476
Svesnost o uticaju	-.168	.881
Prihvatanje/ Posvećenost X Uzrast pri smeštaju	-.169	.648
Prihvatanje/ Posvećenost X Dužina boravka	.053	.874
Prihvatanje/ Posvećenost X Standardno vs. srodničko	-.134	.932
Prihvatanje/ Posvećenost X Dugoročno vs. privremeno	.399	.421
Prihvatanje/ Posvećenost X Broj dece na smeštaju	.478	.145
Svesnost o uticaju X Uzrast pri smeštaju	.349	.303
Svesnost o uticaju X Dužina boravka	.128	.712
Svesnost o uticaju X Standardno vs. srodničko	.288	.790
Svesnost o uticaju X Dugoročno vs. privremeno	-.077	.849
Svesnost o uticaju X Broj dece na smeštaju	-.282	.452

Kriterijumska varijabla- ukupni problemi na CBCL-u

Kriterijumska varijabla - ukupan skor na ACC-u. Model hijerarhijske regresione analize sa istim setovima prediktorskih varijabli, ali sa ukupnim skorom na ACC-u kao kriterijumskom varijablom, predstavljen je u tabeli 34. U prvom koraku hijerarhijske regresione analize, kada je kao prediktor varijabla uveden *uzrast deteta pri smeštaju* u aktuelnu hraniteljsku porodicu, model je bio statistički značajan i objašnjavao je 14.6% ukupne varijanse kriterijumske varijable. Model je takođe bio značajan i kada su u drugom koraku unete varijable iz domena karakteristika hraniteljskog smeštaja, međutim nije došlo do statistički značajne promene u procentu objašnjene varijanse, koja je iznosila 20.1%, što je povećanje od 5.5 %. Kada su u

trećem koraku kao prediktori uvedene i varijable iz domena kvaliteta staranja (*prihvatanje/posvećenost i svesnost o uticaju*), procenat objašnjene varijanse se značajno promenio i iznosio je 33.8%, odnosno povećao se za 12.7%. Uvođenjem interakcija varijabli iz seta karakteristika deteta i smeštaja i dimenzija kvaliteta staranja, u četvrtom koraku analize, nije došlo do statistički značajne promene varijanse u odnosu na prethodni korak, mada je model u celini značajan i objašnjava 39.4% variranja kriterijumske varijable.

Tabela 34.

Značajnosti modela -kriterijumska varijabla ukupan skor na ACC

Model	R	R2	F	p	Značajnost promene
1	.382	.146	13.479	.000	-
2	.449	.201	3.782	.004	.276
3	.582	.338	7.558	.000	.001
4	.573	.394	2.411	.006	.825

Model 1. prediktori- uzrast deteta pri smeštaju

Model 2. prediktori- uzrast pri smeštaju, dužina smeštaja, standardno vs. srodničko, dugoročno vs. privremeno, broj dece na smeštaju

Model 3. prediktori - uzrast pri smeštaju, dužina smeštaja, standardno vs. srodničko, dugoročno vs. privremeno, broj dece na smeštaju, prihvatanje/posvećenost, svesnost o uticaju

Model 4. prediktori - uzrast pri smeštaju, dužina smeštaja, standardno vs. srodničko, dugoročno vs. privremeno, broj dece na smeštaju, prihvatanje/posvećenost, svesnost o uticaju, interakcije varijabli iz seta karakteristika deteta, hraniteljskog smeštaja i kvaliteta staranja

Kada se funkcionalnost deteta operacionalizuje i meri pomoću ACC-a, u prvom koraku hijerarhijske regresione analize statistički značajnim su se pokazali samostalni doprinosi *uzrasta deteta pri smeštaju u hraniteljsku porodicu* ($\beta=.382$, $p=000$) u smislu da što je dete bilo starije kada je smešteno u hraniteljsku porodicu može se očekivati da će izraženost problema mentalnog zdravlja biti veća. Uvođenjem varijabli iz domena karakteristika smeštaja u drugom koraku analize, ni jedna od prediktorskih varijabli nije dala samostalni doprinos u predikciji funkcionalnosti, dok je efekat uzrasta pri smeštaju poništen (tabela 35).

Tabela 35.

Parcijalni doprinosi varijabli iz drugog koraka hijerarhijske regresione analize- prediktori karakteristike deteta i karakteristike smeštaja

Prediktori	β	p
Uzrast pri smeštaju	.213	.173
Dužina boravka	-.160	.335
Standardno vs. srodničko	-.079	.516
Dugoročno vs. privremeno	-.060	.593
Broj dece na smeštaju	.107	.337

Kriterijumska varijabla- ukupni problemi na ACC--u

Kada su u trećem koraku uvedene varijable iz domena karakteristika staranja o detetu od strane hraniteljica, u predikciji emocionalnih i bihevioralnih problema su se pokazali značajnim samostalni doprinosi *prihvatanja/posvećenosti*. Vrednosti parcijalnih korelacija ukazuju da je smer povezanosti takav da što je prihvatanje deteta od strane hraniteljice veće i što je hraniteljica više posvećena detetu i podsticaju njegovog razvoja, očekuje se da će dete ispoljavati manje problema mentalnog zdravlja. Kao što se vidi u tabeli 36., u pretpostavljenom modelu činilaca funkcionalnosti, sem prihvatanja/posvećenosti, nijedna druga varijabla ne ostvaruje značajne samostalne efekte.

Tabela 36.

Parcijalni doprinosi varijabli iz trećeg koraka hijerarhijske regresione analize- prediktori karakteristike deteta, karakteristike hraniteljskog smeštaja i dimenzije kvaliteta staranja

Prediktori	β	p
Uzrast pri smeštaju	.018	.908
Dužina boravka	-.096	.553
Standardno vs. srodničko	-.039	.740
Dugoročno vs. privremeno	.018	.865
Broj dece na smeštaju	.025	.817
Prihvatanje/ Posvećenost	-.530	.000
Svesnost o uticaju	.119	.331

Kriterijumska varijabla- ukupni problemi na ACC--u

Poslednji i četvrti korak hijerarhijske regresione analize je podrazumevao uvođenje interakcija dimenzija kvaliteta brige o detetu sa varijablama iz domena karakteristika deteta i hraniteljskog smeštaja. Poput rezultata koji su dobijeni za ukupan skor na CBCL-u kao kriterijumom, pokazalo se da ni jedna od varijabli uvedenih u model samostalno ne doprinosi predikciji problema mentalno zdravlja koje operacionalizuje skala ACC, kao što nisu zabeleženi ni efekti njihovih interakcija, kako je to prikazano u tabeli 37.

Tabela 37.

Parcijalni doprinosi varijabli iz četvrtog koraka hijerarhijske regresione analize-prediktori karakteristike deteta i karakteristike hraniteljskog smeštaja, dimenzije kvaliteta staranja, interakcije karakteristika deteta i smeštaja sa dimenzijama kvaliteta staranja

Prediktori	β	p
Uzrast pri smešaju	.018	.914
Dužina boravka	-.122	.464
Standardno vs. srodničko	-.034	.937
Dugoročno vs. privremeno	.025	.833
Broj dece na smeštaju	.067	.641
Prihvatanje/ Posvećenost	-1.044	.300
Svesnost o uticaju	-.372	.729
Prihvatanje/ Posvećenost X Uzrast pri smeštaju	-.036	.919
Prihvatanje/ Posvećenost X Dužina boravka	.123	.605
Prihvatanje/ Posvećenost X Standardno vs. srodničko	.192	.898
Prihvatanje/ Posvećenost X Dugoročno vs. privremeno	.363	.441
Prihvatanje/ Posvećenost X Broj dece na smeštaju	.367	.237
Svesnost o uticaju X Uzrast pri smeštaju	.262	.415
Svesnost o uticaju X Dužina boravka	-.143	.664
Svesnost o uticaju X Standardno vs. srodničko	.727	.478
Svesnost o uticaju X Dugoročno vs. privremeno	.079	.837
Svesnost o uticaju X Broj dece na smeštaju	-.424	.236

Kriterijumska varijabla- ukupni problemi na ACC-u

U daljim analizama proveravana je pretpostavka, zasnovana na teoriji afektivne vezanosti, da smeštaj deteta u hraniteljsku porodicu koju karakteriše visoko senzitivna i posvećen kvalitet brige od strane hranitelja, pruža detetu kompenzatorno iskustvo, odnosno može da ublaži negativne posledice prethodnih ranih nepovoljnih relacionih iskustava i time ga osnaži u pravcu veće rezilijentnosti. Ispitivano je da li i na koji način kvalitet staranja (definisan kroz dimenzije prihvatanja, posvećenosti i svesnosti o uticaju) može da menja efekte koje varijable iz domena nepovoljnih okolnosti pre smeštaja ostvaruju na funkcionalnost deteta. Za tu svrhu su primenjene hijerarhijske regresione analize, najpre sa ukupnim skorom na CBCL-u kao kriterijumskom varijablom, a zatim i sa ukupnim skorom na ACC-u, odnosno sa merama mentalnog zdravlja deteta na smeštaju. Korelacije setova prediktorskih varijabli koje se uvode u model, dimenzija kvaliteta staranja i varijabli iz domena prethodnih nepovoljnih okolnosti, prikazane u tabeli 38, ukazuju da dimenzije posvećenosti i prihvatanja značajno koreliraju, u nivou umerenih vrednosti sa dužinom izloženosti deteta nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, a u nivou niskih vrednosti sa nestabilnošću smeštaja. Koeficijenti korelacije su negativni i ukazuju da su prihvatanje i posvećenost niži kod hraniteljica koje brinu o deci sa iskustvom duže izloženosti nepovoljnim okolnostima u biološkoj porodici i koja su promenila veći broj porodica, odnosno odgajatelja.

Tabele 38.

Korelacije prediktorskih varijabli – dimenzije kvaliteta staranja i varijable iz domena nepovoljnih okolnosti pre smeštaja

	Dužina izloženosti nepovoljnom isk.	Rizik (kumulativni) pre smeštaja	Nestabilnost smeštaja
Prihvatanje	-.449**	-.129	-.269*
Posvećenost	-.539**	-.159	-.391**
Svesnost o uticaju	-.196	.047	-.035

Proverom multikolinearnosti setova prediktorskih varijabli utvrđeno je da sve zadovoljavaju kriterijum da budu uključene u model, budući da su faktori inflacije manji od 3 (*detaljni podaci dati u prilogu 6, tabela 6.3*). Prema tome, od varijabli iz domena nepovoljnih okolnosti koje prethode smeštaju u model su uvedene: dužina izloženosti

nepovoljnom iskustvu, rizik (kumulativni) pre smeštaja i nestabilnost smeštaja, u prvom koraku hijerarhijske regresione analize; iz domena kvaliteta staranja: posvećenost/prihvatanje (kombinovana varijabla dobijena uprosečavanjem) i svesnost o uticaju, u drugom koraku; i konačno u trećem koraku interakcije ova dva seta varijabli, kako bi se testirali efekti kvaliteta staranja kao moderatora relacije nepovoljnog iskustva pre smeštaja i aktuelnog funkcionisanja deteta.

Hijerarhijska regresiona analiza sa ukupnim skorom na CBCL-u kao kriterijumskom varijablom. U prvom koraku hijerarhijske regresione analize u kojoj je kao kriterijumska varijabla unet skor ukupnih problema na CBCL-u, kao prediktori su unete varijable iz domena nepovoljnih okolnosti koje prethode smeštaju u aktuelnu hraniteljsku porodicu. Ovaj model je bio statistički značajan, a unetim varijablama je objašnjeno 19.8% ukupne varijanse funkcionalnosti deteta. Kada su u drugom koraku unete procenjene dimenzije kvaliteta staranja, procenat objašnjene varijanse je bio 34.7%, što je statistički značajna promena, od oko 15%. Uvođenje interakcija koje su dobijene ukrštanjem setova prediktorskih varijabli, u trećem koraku analize, mada je model takođe u celini statistički značajan, nije došlo do statistički značajne promene, pa je procenat objašnjene varijanse povećan za 9.5% i ukupno je iznosio 44.2%. Detaljni podaci o značajnosti sva tri modela su dati u tabeli 39.

Tabela 39.

Značajnost modela prediktora- kriterijumska varijabla ukupni problemi na CBCL

Model	R	R2	F	p	Značajnost doprinosa
1	.445	.198	6.423	.001	-
2	.589	.347	8.063	.000	.000
3	.665	.442	5.033	.000	.079

Kriterijumska varijabla- ukupni problemi na CBCL

Model 1. prediktori- dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, rizik pre smeštaju u hraniteljsku porodicu, nestabilnost smeštaja

Model 2. prediktori- dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, rizik pre smeštaju u hraniteljsku porodicu, nestabilnost smeštaja prihvatanje/ posvećenost, svesnost o uticaju

Model 3. prediktori - dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, rizik pre smeštaju u hraniteljsku porodicu, nestabilnost smeštaja prihvatanje/ posvećenost, svesnost o uticaju, interakcije varijabli iz domena nepovoljnih iskustava pre smeštaja i dimenzija kvaliteta staranja

U prvom koraku značajnim su se pokazali samostalni doprinosi dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici i riziko faktora pre smeštaja. Kada su u drugom koraku uključene dimenzije kvaliteta staranja, pokazali su se značajnim i njihovi samostalni doprinosi. Efekti varijable rizika (kumulativnog) pre smeštaja su ostali značajni, sa nepromenjenim vrednostima koeficijenata parcijalne korelacije, dok su samostalni doprinosi dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici poništeni (tabela 40).

Tabela 40.

Parcijalni doprinosi varijabli hijerarhijske regresione analize- prediktori nepovoljne okolnosti pre smeštaja i dimenzije kvaliteta staranja

	Prediktori	β	p
	Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu	.322	.003
Model 1	Rizik pre smeštaja (kumulativni)	.231	.032
	Nestabilnost smeštaja	.066	.543
	Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu	.128	.244
	Rizik pre smeštaja (kumulativni)	.216	.028
Model 2	Nestabilnost smeštaja	-.048	.645
	Prihvatanje/ Posvećenost	-.511	.000
	Svesnost o uticaju	.216	.044

Kriterijumska varijabla- ukupani problemi na CBCL-u

Vrednosti parcijalnih korelacija iz drugog koraka regresione analize upućuju na pravilnost da će dete na smeštaju u hraniteljskoj porodici ispoljiti više emocionalnih problema i problema u ponašanju, ukoliko je pre smeštaja bilo izloženo većem broju nepovoljnih okolnosti koje razvoj čine rizičnim, a nakon smeštaja o njemu brine hraniteljica kod koje se registruje niži nivo prihvatanja i posvećenosti, odnosno hraniteljica koju karakteriše niže prihvatanje detetove individualnosti, sklonost ka odbacivanju, posmatranje deteta i njihovog međusobnog odnosa na negativniji način, kao i izvesna ravnodušnost po pitanju trajanja tog odnosa. Međutim, rezultati ukazuju i na pravilnost da se više stepen ispoljenih problema mentalno zdravlja koje operacionalizuje CBCL može očekivati i kada o detetu brine hraniteljica kod koje je procenjen veći stepen svesnosti o uticaju uspostavljenog odnosa na detetov emocionalni i socijalni razvoj.

Kada su u trećem, završnom koraku hijerarhijske regresione analize unete interakcije varijabli iz domena nepovoljnih okolnosti koje prethode smeštaju i kvaliteta staranja, mada je model u celini značajan, ni jedna od interakcija ne daje značajan doprinos predikciji kriterijumske varijable. Prepoznati su jedino samostalni doprinosi *dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu i rizika pre smeštaja*, a smer povezanosti (pozitivan) ukazuje da se može očekivati da će stepen ispoljenih problema mentalnog zdravlja biti veći, ukoliko je dete duže bilo izloženo nepovoljnim iskustvu u biološkoj porodici i ukoliko nepovoljno iskustvo čini veći broj riziko faktora.

Tabela 41.

Parcijalni doprinosi varijabli iz završnog koraka hijerarhijske regresione analize- prediktori nepovoljne okolnosti pre smeštaja, dimenzije kvaliteta staranja i njihove interakcije

Prediktori	β	p
Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu	.232	.049
Rizik pre smeštaja (kumulativni)	.212	.041
Nestabilnost smeštaja	-.065	.544
Prihvatanje/ Posvećenost	.078	.777
Svesnost o uticaju	.189	.636
Prihvatanje/ Posvećenost X Dužina izloženosti	-.350	.112
Prihvatanje/ Posvećenost X Rizik pre smeštaja	-.251	.253
Prihvatanje/ Posvećenost X Nestabilnost smeštaja	-.014	.959
Svesnost o uticaju X Dužina izloženosti	.243	.190
Svesnost o uticaju X Rizik pre smeštaja	.403	.087
Svesnost o uticaju X Nestabilnost smeštaja	-.570	.145

Kriterijumska varijabla- ukupani problemi na CBCL-u

Hijerarhijska regresiona analiza sa ukupanim skor na ACC-u kao kriterijumskom varijablom. U daljem toku analize testiran je model sa drugom merom funkcionalnosti deteta, ukupnim problemima na ACC-u kao kriterijumskom varijablom i istim setovima prediktorskih varijabli. Model u celini daje slične rezultate kao i kod CBCL-a, ali objašnjava nešto veći procenata ukupne varijanse problema mentalnog zdravlja koje ACC skala operacionalizuje. U prvom koraku, uvedene varijable iz domena nepovoljnih okolnosti pre smeštaja sa statističkom značajnošću objašnjavaju

25.1% variranja kriterijumske varijable. Kada su u drugom koraku unete varijable iz domena kvaliteta staranja, registrovana je statistički značajna promena i skok u objašnjenju varijansi od 17.8%, pa je procenat objašnjene ukupne varijanse funkcionalnosti deteta iznosio 42.9% (tabela 42).

Tabela 42.

Značajnost modela prediktora – kriterijumska varijabla ukupni problemi na ACC

Model	R	R2	F	p	Značajnost doprinosa
1	.528	.251	10.057	.000	-
2	.655	.429	11.403	.000	.000
3	.709	.503	6.448	.000	.122

Kriterijumska varijabla- ukupani problemi na ACC

Model 1. prediktori- dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, rizik pre smeštaju u hraniteljsku porodicu, nestabilnost smeštaja

Model 2. prediktori- dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, rizik pre smeštaju u hraniteljsku porodicu, nestabilnost smeštaja, prihvatanje/ posvećenost, svesnost o uticaju

Model 3. prediktori- dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, rizik pre smeštaju u hraniteljsku porodicu, nestabilnost smeštaja, prihvatanje/ posvećenost, svesnost o uticaju, interakcije varijabli iz domena nepovoljnih okolnosti pre smeštaja i dimenzija kvaliteta staranja

Po pitanju samostalnih doprinosa prediktorskih varijabli, u prvom koraku su statistički značajni efekti *dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu* u biološkoj porodici i *rizika(kumulativnog) pre smeštaja*. U drugom koraku su efekti rizika pre smeštaja ostali nepromenjeni, efekti dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu su poništeni, a samostalni doprinosi *prihvatanja/posvećenosti*, kao dimenzije kvaliteta staranja su se pokazali značajnim (tabela 43). I u ovom slučaju dimenzije kvaliteta staranja od strane hranitelja su bolji prediktor funkcionalnosti deteta, značajniji od nepovoljnih okolnosti koje je dete iskusilo pre smeštaja u hraniteljsku porodicu. Rezultati ukazuju da kada se raspolože informacijama o kvalitetu staranja o detetu u hraniteljskoj porodici, podaci u vezi detetovog prethodnog iskustva, izraženo kroz dužinu izloženosti, gube na značaju.

Tabela 43.

Parcijalni doprinosi varijabli hijerarhijske regresione analize-prediktori nepovoljne okolnosti pre smeštaja i dimenzije kvaliteta staranja

	Prediktori	β	p
	Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu	.351	.001
Model 1	Rizik pre smeštaja (kumulativni)	.253	.014
	Nestabilnost smeštaja	.152	.141
	Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu	.140	.173
	Rizik pre smeštaja (kumulativni)	.235	.011
Model 2	Nestabilnost smeštaja	.048	.622
	Prihvatanje/Posvećenost	-.510	.000
	Svesnost o uticaju	.137	.169

Kriterijumska varijabla- ukupani problemi na ACC-u

Rezultati iz drugog koraka hijerarhijske regresione analize, sa vrednostima koeficijenata parcijalne korelacije, govore o pravilnosti da će izraženost problema mentalnog zdravlja, koje opisuje Lista za procenu dece u sistemu socijalne zaštite (ACC) biti veća ukoliko je dete pre smeštaja, u biološkoj porodici bilo izloženo većem broju nepovoljnih razvojnih okolnosti, a nakon smeštaja o njemu brine hraniteljica kod koje je procenjen niži nivo prihvatanja i posvećenosti, kao pokazatelja lošijeg kvalitet staranja.

U završnom, trećem koraku analize, uvođenjem interakcija formiranih od varijabli iz domena nepovoljnih iskustava pre smeštaja i kvaliteta staranja od strane hraniteljica, značajne efekte u predikciji funkcionisanja deteta ostvaruju varijable *dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu* i *rizik pre smeštaja*, ali i *interakcija prihvatanja/posvećenosti i rizika pre smeštaja* (Tabela 44)

Tabela 44.

Parcijalni doprinosi varijabli iz završnog koraka hijerarhijske regresione analize- prediktori nepovoljne okolnosti pre smeštaja, dimenzije kvaliteta staranja i njihove interakcije

Prediktori	β	p
Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu	.212	.056
Rizik pre smeštaja (kumulativni)	.221	.024
Nestabilnost smeštaja	.070	.493
Prihvatanje/ Posvećenost	.039	.881
Svesnost o uticaju	-.255	.499
Prihvatanje/ Posvećenost X Dužina izloženosti	-.312	.132
Prihvatanje/ Posvećenost X Rizik pre smeštaja	-.411	.049
Prihvatanje/ Posvećenost X Nestabilnost smeštaja	.101	.698
Svesnost o uticaju X Dužina izloženosti	.264	.132
Svesnost o uticaju X Rizik pre smeštaja	.312	.159
Svesnost o uticaju X Nestabilnost smeštaja	-.105	.774

Kriterijumska varijabla- ukupani problemi na ACC-u

Pozitivne vrednosti koeficijenata parcijalne korelacije značajnih varijabli iz domena nepovoljnih razvojnih okolnosti koje prethode smeštaju ukazuju da ukoliko je rizik veći, može se očekivati da će problemi mentalnog zdravlja biti izraženiji, dok negativna povezanost interakcije varijable rizika pre smeštaja i prihvatanja/posvećenosti sa kriterijumskom varijablom (ukupan skor na ACC-a) ukazuje da će efekat riziko faktora na mentalno zdravlje deteta biti ublaženi u okolnostima kada je nivo prihvatanja i posvećenosti detetu na smeštaju od strane hraniteljica viši.

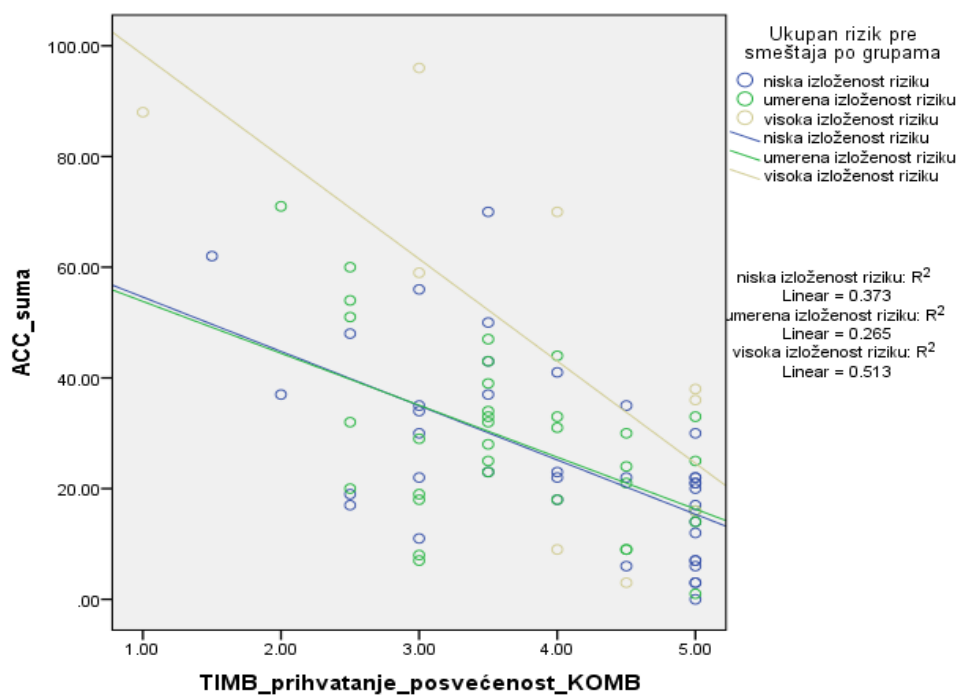
Kako bi se dobili detaljniji podaci o interakciji prediktorskih varijabli koje u okviru modela pokazuju značajnost, sprovedeno je testiranje jednakosti regresionih nagiba između grupa F-testom. Za tu svrhu varijabla rizika pre smeštaja je podeljena na 3 nivoa izraženosti, u kategorijama niskog, umerenog i visokog rizika (Tabela 45).

Tabela 45.

Rezultati F-testa kod testiranja jednakosti regresionih nagiba za interakcijsku varijablu posvećenost/prihvatanje - rizik pre smeštaja

	df	F	p
Niska naspram umerene izloženosti riziku	1	.012	.91
Niska naspram visoke izloženosti riziku	1	3.446	.07
Umerena naspram visoke izloženosti riziku	1	3.255	.08

Na osnovu analize podataka prikazanih u tabeli može se videti da rezultati F-testa za proveru regresionih nagiba interakcije prihvatanja/posvećenosti i niske, umerene i visoke izloženosti riziku pre smeštaja ne pokazuju statističku značajnost. Razlika na granici statističke značajnosti se registruje između interakcija gde je prisutna visoka izloženost riziku, naspram niske i umerene izloženosti riziku (kumulativnom) pre smeštaja. Zbog toga se može ovoriti o umerenom efektu interakcije.



Grafik.7. Interakcija prihvatanja/posvećenosti i rizika pre smeštaja u hraniteljsku porodicu

Kao što se vidi na grafiku 7. deca koja su bila izložena visokom riziku pre smeštaja u hraniteljsku porodicu i o njima brinu hraniteljice niskog nivoa prihvatanja i posvećenosti imaju znatno više problema mentalno zdravlja od dece o kojima takođe brinu nisko posvećene i prihvatajuće hraniteljice, ali sa iskustvom niske ili umerene izloženosti riziku. Međutim, kada o takvoj deci (visoko rizičnog iskustva) brinu hraniteljice koje karakteriše visok stepen prihvatanja i posvećenosti, njihovi problemi mentalnog zdravlja ne samo da su značajno manje zastupljenosti, nego se beleži mnogo manja razlika u izraženosti u odnosu na druge dve grupe dece (niskog i umereno rizičnog iskustva). Drugim rečima, razlike u kvalitetu staranja, odnosno stepenu prihvatanja i posvećenosti, ostvaruju posebno značajne efekte na decu koja su pre smeštaja u hraniteljsku porodicu imala rizičnije rano iskustvo, čineći ih znatno vulnerabilnijim u okolnostima niskog kvaliteta brige, kao što i okolnosti visokog kvaliteta staranja u ovoj grupi dece ispoljavaju najintenzivniji protektivni i kompenzatorni efekat. Kako razlika u regresionim nagibima među grupama, ipak, nije statistički značajna, ne može se u punom smislu govoriti o pravilnosti, već samo o tendenciji na koji način kvalitet staranja (prihvatanje/posvećenost) moderira direktne efekte rizičnog iskustva pre smeštaja na funkcionisanje deteta koje je operacionalizovano i mereno skalom ACC.

ANALIZA I DISKUSIJA REZULTATA

Brojna istraživanja sprovedena poslednjih nekoliko decenija širom sveta jasno su ukazala na posebnu vulnerabilnost dece na hraniteljstvu za nastanak razvojnih smetnji i problema mentalnog zdravlja. U poređenju sa vršnjacima koji odrastaju u biološkim porodicama, uključujući i vršnjake iz nepovoljnih socio-ekonomskih prilika, karakteriše ih značajno lošije psihosocijalno funkcionisanje i veća prevalenca specifičnih poremećaja (Lawrence et al., 2006), što se i teorijski i empirijski razmatra u kontekstu interakcije višestrukih faktora rizika kojima su izloženi tokom svog odrastanja (Rutter, 2000; Chicetti & Valentino, 2006; Kerker & Dore, 2006.). Pre svega, govori se o zanemarivanju i zlostavljanju kao najčešćim vidovima neadekvatnog roditeljskog staranja, ali i drugim okolnostima koje narušavaju roditeljsko funkcionisanje i kvalitet pružene brige o detetu i ujedno predstavljaju razlog njihovog zbrinjavanja u hraniteljsku porodicu (poput siromaštva, mentalne bolesti roditelja, prenatalne izloženosti psihoaktivnim supstancama, loše prenatalne fizičke i zdravstvene nege i nege po rođenju i dr.). Pored navedenih nepovoljnih okolnosti koje prethode hraniteljskom smeštaju, pokazalo se da separacija od primarnog odgajatelja, bez obzira na njegovu neadekvatnost u roditeljskoj ulozi, sam smeštaj, kao i višestruki prekidi relacija prilikom premeštaja iz jednog doma u drugi, predstavljaju dodatne izazove za decu sa potencijalom da ih učine još više osetljivim za pojavu, trajanje ili pogoršanje emocionalnih i bihevioralnih smetnji (Dozier et al., 2002; Webster et al., 2000). Prepoznavanje da i tokom “perioda zaštite” postoje okolnosti koje su rizične za funkcionalnost i mentalno zdravlje dece, doprinelo je da se pažnja istraživača usmeri i na ispitivanje uloge različitih aspekata i karakteristika hraniteljskog porodičnog okruženja, pa i kvaliteta brige koja je pružena detetu u porodici (za pregled Orme & Buehler, 2001).

U našoj zemlji mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu je veoma retko bilo predmet naučnog interesovanja, uprkos činjenici da se ova oblast socijalne zaštite intenzivno razvija, te da je broj dece na porodičnom smeštaju u konstantnom porastu. Tokom poslednjih 15 godina učinjen je značajan napor da se uspostavi i kreira moderan servis za pružanje ove usluge, koji inkorporira relevantna i savremena znanja o dečjem razvoju i potrebama. Zahvaljujući tome hraniteljstvo je danas u Srbiji dominantan vid društvenog zbrinjavanja dece, utemeljen na zakonski definisanim standardima stručnog postupka procene podobnosti porodica za bavljenje hraniteljstvom (koga čine selekcija i priprema) kao i postupcima praćenja, evaluacije i pružanja podrške detetu i porodici nakon zasnovanog hraniteljstva. Sa idejom da se detetu na smeštaju obezbedi što

kvalitetnija briga, standardi definišu domene potrebnih odlika hraniteljske porodice (u terminima zdravlja, funkcionalnosti, stabilnosti, sklada i resursa) sa posebnim fokusom na potrebne odgajateljske kapacitete (iskustvo, znanja i veštine brige o deci) i one kapacitete koji se specifično odnose na hraniteljsku ulogu (tzv. kompetencije hranitelja). Međutim, još uvek su prisutni izazovi da se za pojedinu decu pronađu hraniteljske porodice motivisane da o njima brinu, da se obezbedi stabilnost porodičnog smeštaja ili takvo porodično okruženje koje će biti dovoljno podsticajno da pomogne detetu da prevaziđe svoje razvojne zastoje i stekne iskustvo drugačije povezanosti sa drugim ljudima, pa i drugačijeg doživljaja sopstvene vrednosti i kompetentnosti. Upravo stoga, u okviru postojećeg hraniteljskog sistema, važno je napraviti korak ka boljem razumevanju dinamike odnosa hranitelj-dete na smeštaju i ključnih aspekata kvaliteta staranja koji potencijalno jačaju detetove adaptivne kapacitete i rezilijentnost na pojavu psihopatologije, a upotpunjuju dosadašnja znanja stručnjaka o potrebama dece, kompetencijama hranitelja i funkcionalnosti hraniteljskih porodica. Prilika da se na teorijski i empirijski utemeljen način istraži veza kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja i detetovog aktuelnog psihosocijalno funkcionisanje, istovremeno daje mogućnost da se kritički razmotri adekvatnost postojećih pristupa u radu sa decom i porodicama i raspoloživih resursa podrške u okviru zdravstvenih i socijalnih institucija, kao i da se dobiju smernice za kreiranje efikasnijih intervencija za očuvanje i unapređenje mentalnog zdravlja dece i jačanje kvaliteta hraniteljske brige.

Teorija afektivne vezanosti u savremenoj literaturi predstavlja važan konceptualni okvir za razumevanje procesa i mehanizama putem kojih faktori rizika pre, tokom i nakon smeštaja, oblikuju razvojne ishode kod dece na hraniteljstvu (Marcus, 1991; Stovall & Dozier, 1998; Shofield & Beek, 2005; Ponciano, 2010). Jedna od bazičnih premisa je da nepovoljna (traumatska) iskustva u relaciji sa primarnim odgajateljskim figurama vode formiranju nesigurnih ili dezorganizovanih obrazaca afektivne vezanosti (Crittenden, 1985; Egeland & Sroufe, 1981). Mada se takve strategije u datim okolnostima smatraju adaptivnim i pomažu malom detetu da poveća doživljaj sigurnosti u kontekstu nepristupačnog, odbacujućeg ili nasilnog roditelja, istraživački podaci potvrđuju da istovremeno predstavljaju rizik za razvoj psihopatologije tokom detinjstva i odrastanja (Erickson et al, 1985; Renken, Egeland, Marvinney, Mangelsdorf & Sroufe, 1989; Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999). Veza ranog relacionog iskustva i kasnije psihopatologije, dodatno je rasvetljena (i

upotpunjena) konceptima kompleksne, relacione traume i toksičnog stresa, koji efekte odsustva suportativnog i protektivnog odraslog u životu deteta spuštaju na nivo neurobiologije, odnosno niza promena u strukturi i funkcionisanju moždanih struktura, u osnovi mehanizama za regulaciju emocija i ponašanja, pa i ispoljene psihopatologije (Shore, 2001a; 2001b; Cook et al., 2005; Shankoff & Garner, 2012; Johnson et al., 2013).

Razmatranjem kako rana iskustva u bliskim relacijama utiču na kapacitete dece za formiranje svih drugih bliskih odnosa tokom života, teorija afektivne vezanosti daje okvir i za razumevanje procesa uspostavljanja odnosa deteta sa hraniteljima kao zamenskim odgajateljima, te izazovima sa kojima hranitelji mogu biti suočeni u nastojanju da detetu na smeštaju obezbede adekvatnu, senzitivnu brigu (Dozier et al. 2002). Govori se o tome da prethodna nepovoljna iskustva sa biološkim roditeljima koje dete unosi u novu relaciju (na nivou očekivanja/unutrašnjih radnih modela i na nivou ponašanja) mogu bitno da utiču na senzitivnost hranitelja, tj. njihovu sposobnost da prepoznaju i adekvatno odgovore na potrebe deteta, pa samim tim i na mogućnost da detetu pruže kompenzatorno iskustvo i tako podstaknu oporavak i razvoj. U tom smislu, senzitivna briga koja doprinosi jačanju sigurnosti i poverenja u bliske relacije podrazumeva da hranitelj ide izvan tipičnog razumevanja potreba dece, ka razumevanju "skrivenih" potreba. Reč je o potrebama koje su maskirane detetovim izazovnim emocionalnim reagovanjima i ponašanjima, jedino smislenim kada se stave u kontekst prethodnih (traumatskih) odnosa sa biološkim roditeljima (Golding, 2008).

Polazeći od prethodno iznetih saznanja o vulnerabilnosti dece na hraniteljstvu, činilaca koji doprinose nastanku teškoća, ali i pretpostavljenih procesa njihovog oporavka, istraživanje predstavljeno ovim radom imalo je za cilj da izvrši procenu mentalnog zdravlja dece na smeštaju u hraniteljskim porodicama u našoj zemlji i da sagleda kakvu ulogu u aktuelnom stepenu njihovog socio-emocionalnog funkcionisanja ima kvalitet brige koji im je obezbeđen u hraniteljskoj porodici.

Istraživanjem je obuhvaćeno 82 dece na smeštaju o kojoj su podatke pružile 64 hraniteljice. Zbog okolnosti da je procena kvaliteta staranja putem polustandardizovanog intervjua podrazumevala i terensko ispitivanje hraniteljica, najčešće u njihovom domu, u uzorak su uključena deca iz centara za socijalni rad na teritoriji Vojvodine sa kojima je bilo moguće uspostaviti potreban vid saradnje i organizacije terenskih poseta. Pored dece pod nadležnošću Centra za socijalni rad Grada

Novog Sada, u pitanju su štićenici centara u Novom Bečeju, Bačkoj Topoli, Malom Idošu i Vrbasu. Stopa odzivnosti ispitanika je bila visoka. Istraživanjem su obuhvaćena gotovo sva deca sa evidencije navedenih centara za socijalni rad koja su ispunjavala kriterijume da budu uključena po pitanju uzrasta (razvojni period srednjeg detinjstva), psihofizičkog statusa (odsustvo ozbiljnijih razvojnih smetnji) i dužine smeštaja u hraniteljskoj porodici (minimum dva meseca). Iz uzorka su izostala svega četiri deteta sa evidencije, a da su ispunjavala navedene kriterijume.

Usled ograničenja u uzrastu dece koja su uključena u istraživanje (od 5 do 11 godina), nije moguće izvršiti adekvatno upoređivanje karakteristika uzorka sa podacima koji se tiču celokupne populacije dece na hraniteljstvu u Republici Srbiji. Ipak, analiza uzorka ukazuje da postoji usklađenost sa podacima na nacionalnom nivou po pitanju polne strukture koju karakteriše ujednačen broj dečaka i devojčica, kao i po pitanju velike disproporcije u zastupljenosti dece koja se nalaze na smeštaju u standardnim u odnosu na srodničke hraniteljske porodice (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2017a). Važno je napomenuti da se ova dva vida hraniteljstva međusobno razlikuju po mnogim odlikama. Mada na nivou propisane regulative za sprovođenje stručnih procedura u postupcima preispitivanja podobnosti za bavljenje hraniteljstvom, kao i programima namenjenim pripremi i podršci, ne postoje razlike za srodničke i nesrodničke porodice, na nivou prakse njihove specifičnosti se ipak uzimaju u obzir. U situacijama kada srodnička porodica ne ispunjava sve zakonski propisane kriterijume i standarde za hraniteljstvo, pozitivno mišljenje stručnih radnika može da bude zasnovano na uvažavanju prava deteta da odrasta u okviru šire biološke porodice, sa poznatim odgajateljima za koje je emotivno vezano i koji su u brigu o njemu uključeni najčešće od samog rođenja. Time se sa jedne strane obezbeđuje kontinuitet detetovih iskustava sa bliskim odraslim osobama i ublažava proces tugovanja usled sprečenosti ili nemogućnosti roditelja da o njemu brinu, a sa druge strane srodnicima se pruža institucionalno organizovani i kontinuirani vid podrške (finansijske, materijalne, edukativne, savetodavne i dr.) što doprinosi jačanju njihovih kompetencija i poboljšanju uslova za pružanje kvalitetnije brige.

Dva podatka u vezi karakteristika dece iz uzorka u ovom istraživanju oslikavaju način na koji se hraniteljstvo kao oblik zaštite razume i primenjuje u našoj sredini. Usaglašeno sa rezultatima analize Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu (2017a), pokazalo se da je prosečna dužina boravka dece u hraniteljskim porodicama preko tri

godine, potvrđujući da hraniteljstvo kada se jednom primeni ima tendenciju da traje godinama, često i do osamostaljenja deteta. Dugoročnost smeštaja je vrlo retko planirana u trenutku njegove realizacije (izuzetak mogu biti srodničke porodice), ali za značajan broj dece postaje realnost iz više potencijalnih razloga: sporog odvijanja procesa porodično-pravne zaštite koji bi omogućavali češću primenu usvojenja, dodatno otežanih nižom spremnošću usvojiteljskih parova za usvojenje starije dece, što čini da deca u razvojnom periodu srednjeg detinjstva ostaju “zaglavljena” u sistemu (Milovanović i Žegarac, 2014), kao i odsustvom programa podrške biološkim roditeljima koji bi izvesnije vodili reunifikaciji, odnosno povratku deteta u biološku porodicu (Pejaković i Zajić, 2014).

Pored navedenog, svrha hraniteljstva kao privremenog oblika zaštite je po svojoj prilici narušena i odsustvom detaljnijeg planiranja stalnosti od strane stručnih radnika u centrima za socijalni rad. Naime, dobijeni podaci ovog istraživanja ukazuju da gotovo polovina dece iz uzorka (42.7%) ne ostvaruje ni jedan vid kontakta sa članovima biološke porodice, a od onih koji ih viđaju najveći broj (preko polovine) ima retke kontakte bez predvidljive dinamike. Da bi povratak deteta u biološku porodicu bio moguć, sem intervencija koje su usmerene na poboljšanje uslova i roditeljskih kapaciteta za adekvatniju brigu, važno je da nakon separacije postoji kontinuitet kontakata i da su planirane i intervencije koje vode unapređenju kvaliteta interakcije roditelj-dete. Međutim, na osnovu dobijenih podataka stiče se utisak da su kontakti deteta sa biološkim roditeljima prepušteni stihiji ili inicijativi samih roditelja da zatraže viđenje, što očigledno nije dovoljno. Čak i kada povratak deteta u biološku porodicu nije cilj kome se teži, uključivanje roditelja se smatra važnim delom procesa zaštite i dobrobiti deteta jer minimizira traumu izazvanu separacijom. Time se ublažava doživljaj neadekvatnosti deteta po pitanju lične vrednosti, daje mu se mogućnost da sagleda razloge odvojenosti, a tako i spreči da intenzivno brine, pita se i prepušta fantazijama u vezi roditelja, prevenira se razvoj konflikta lojalnosti koji može vršiti negativan uticaj na proces uspostavljanja relacije sa novim odgajateljima ili može remetiti dete u ispunjavanju svojih razvojnih zadataka (Fahlberg, 1991). I iz perspektive sistemskog razumevanja dinamike biološke porodice nakon separacije, potencijalna reunifikacija je pod rizikom ukoliko se biološka porodica stabilizuje (uspostavi novu homeostazu) izgrađivanjem obrazaca funkcionisanja koji ne uključuju dete (Minuchin, 1995). Protokom vremena u ovakvim okolnostima, šansa za povratak deteta u biološku porodicu je sve manja.

Uzorak hraniteljica u ovom istraživanju po svojim karakteristikama odgovara reprezentativnom uzorku hranitelja na evidenciji šest regionalnih centara za porodični smeštaj (Beograd, Niš, Novi Sad, Kragujevac, Čuprija, Miloševac) što čini polovinu ukupnog broja hraniteljskih porodica u Srbiji. Upoređivanjem sa podacima iz izveštaja Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu za 2016. godinu (RZSZ, 2017b) uočava se usklađenost po pitanju starosne, obrazovne strukture, bračnog statusa, roditeljskog iskustva, dužine hraniteljskog staža, mesta stanovanja. Hraniteljice u ovom istraživanju pripadaju porodicama „tradicionalnog profila”, što odgovara dominantnoj organizaciji porodica na teritoriji Vojvodine (Mihić, Zotović i Petrović, 2006). U najvećem broju slučajeva se radi o dvoroditeljskim porodicama u kojima su hranitelji u bračnom odnosu, pri čemu su hraniteljice pretežno nezaposlene ili nisu radno aktivne iz drugih razloga (na pr. penzionerke), te su dominantno posvećene brizi o deci i domaćinstvu. Njihova starosna struktura (prosek 50 godina) i relativno mali broj maloletne biološke dece u porodici (svega 13 porodica od 54 sa roditeljskim iskustvom) usaglašeni su sa zapažanjima u praksi da se porodice po pravilu odlučuju za bavljenje hraniteljstvom u životnom ciklusu tzv. „praznog gnezda”, kada su biološka deca već osamostaljena ili su u razvojnoj fazi kada je prisutna veća samostalnost (adolescencija, mlado odraslo doba). To je zapravo period kada je roditeljska uloga generalno manje aktivna u poređenju sa prethodnim, pa se odluka za hraniteljstvo u ovoj razvojnoj fazi porodice može razumeti i kao način da se roditeljska uloga produži ili intenzivira po pitanju broja zadataka ili vremena koje se posvećuje deci.

Analiza rezultata vezana za kvalitet staranja o detetu od strane hraniteljica

Kvalitet staranja je u ovom istraživanju konceptualizovan iz okvira teorije afektivne vezanosti kao spremnost i motivisanost hraniteljice da se emocionalno investira i gradi trajan, stabilan i emotivno blizak odnos sa detetom na smeštaju, bez obzira na očekivanu privremenost njihovih međusobnih veza i detetovo potencijalno napuštanje hraniteljske porodice. U novijoj literaturi i istraživanjima za navedenu odliku zamenskih odgajatelja se pretpostavlja da je ključna u podsticanju dečijeg razvoja i prilagođavanja, jer u okolnostima staranja koje je vremenski ograničeno predstavlja

važan motivacioni faktor za obezbeđivanje senzitivne i responsivne brige, ali i protektivni faktor stabilnosti smeštaja (Dozier & Lindhiem, 2006).

Operacionalizacija i procena nivoa ovako definisanog kvaliteta staranja, izvršena je uz pomoć polustrukturiranog intervjua “To je moje čedo” (This is my baby, TIMB, Bates & Dozier, 1998). Analiza odgovora hranitelja na niz pitanja otvorenog tipa u vezi deteta i odnosa sa detetom daje uvid u tri međusobno povezane dimenzije: *prihvatanja* detetove individualnosti, *posvećenosti*, odnosno spremnosti da mu se fizički i emocionalno posveti u podsticanju rasta i razvoja i “psihološki ga usvoji” i *svesnosti da uspostavljen odnos utiče* na detetov emocionalni i socijalni razvoj, aktuelno i u budućnosti. Sud o ispitivanim dimenzijama se donosi na osnovu analize narativa hraniteljica, koja uključuje analizu sadržaja u vezi opisa deteta i odnosa sa detetom, ali i emotivnog tona, koherentnosti i kvaliteta u samom građenju odgovora. U oblasti empirijskih istraživanja afektivne vezanosti, pored opservacionih tehnika (Ainsworth, 2015; Pederson et al., 1990), analiza narativa dobijenih intervjuom je uobičajeni vid procene psiholoških determinanti kvaliteta staranja (George, Kaplan & Main, 1985; Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009), sa potencijalom da ponudi objektivnije podatke od onih koji su zasnovani na samoproceni odgajatelja.

Instrument “To je moje čedo” je do sada korišćen u malom broju istraživanja samih autora, a procenjeni kvalitet staranja, imenovan terminom posvećenost (eng. commitment) je izražavan kao jedinstvena mera, odnosno kao prosek skorova po pojedinačno procenjenim dimenzijama. U našoj sredini instrument je prvi put upotrebljen u ovom istraživanju, pri čemu smo se opredelili da zbog preciznijeg ispitivanja povezanosti kvaliteta staranja i funkcionalnosti deteta, sagledamo i efekte svake od pojedinačnih dimenzija. Mada su tri dimenzije međusobno povezane i preklapajuće, ipak se u definisanju svake od njih prepoznaju određene, specifične odlike odnosa hranitelj-dete, koje se ne mogu u potpunosti poistovetiti samo sa konceptom posvećenosti. Odnosno, pretpostavljeno je da korelati svake od tri dimenzije iz domena karakteristika deteta, hranitelja ili hraniteljskog smeštaja mogu biti različiti, kao i da postoje razlike u kojoj meri je svaka od ovih dimenzija kvaliteta staranja relevantna za funkcionalnost dece na smeštaju, pa i za različite vrste emocionalnih i bihevioralnih teškoća.

Dobijeni rezultati, kako je i očekivano, pokazuju da se hraniteljice iz uzorka među sobom razlikuju po procenjenom nivou prihvatanja, posvećenosti detetu i svesnosti svog uticaja na detetov razvoj, pa i u ukupnoj meri kvaliteta staranja. Na

navedenim dimenzijama procenjujane su u punom opsegu mogućih skorova, pa tako neke od njih prihvataju dete u potpunosti, visoko su posvećene i uživaju u odnosu i staranju o detetu i/ili dobro razumeju koliko je taj odnos važan za detetov razvoj, dok su neke odbacujuće, nezadovoljne, ozlojeđene dečijim ponašanjem, indiferentne po pitanju potencijalne separacije, sa veoma malo uvida kako se takav kvalitet odnosa odražava na detetovo socio-emocionalno funkcionisanje. Dobijeni podatak o distribuciji skorova i deskriptivnim merama je gotovo u potpunosti usaglašen sa istraživanjima autora intervjua TIMB, na uzorku 84 hraniteljice (SAD), koje su brinule o deci nižeg kalendarskog uzrasta, od 0-3 godine (Dozier & Lindhiem, 2006) i predstavlja još jednu empirijsku potvrdu onoga što je uočeno u praktičnom radu sa hraniteljskim porodicama. Naime, hipoteza o značaju posvećenosti i sam instrument je nastao na osnovu zapažanja u praksi da se hraniteljice značajno razlikuju u načinu na koji doživljavaju bebe o kojima su preuzele brigu i kako stupaju u interakciju sa njom, što su autori slikovito opisali kao emocionalno distancirano nošenje “džaka krompira” nasuprot odgajanja deteta kao svog, intenzivne privrženosti i zabrinutosti zbog potencijalnog odvajanja (Dozier et al., 2007).

Vrednosti koeficijenta interkorelacije među ispitivanim dimenzijama govore da su nivoi prihvatanja i posvećenosti (visko, umereno, nisko) usklađeni, odnosno da visko posvećene hraniteljice iz uzorka karakteriše i visok nivo prihvatanja detetove individualnosti, dosledno izražavanje pozitivnih osećanja, razmišljanja i ponašanja prema detetu i uživanje u staranju o njemu, kao što i odbacujuće hraniteljice u velikoj meri karakteriše ravnodušan odnos. Kada je u pitanju treća dimenzija kvaliteta staranja – svesnost o uticaju odnosa na razvoj deteta – pokazalo se da visoka svesnost nije nužno obeležje visoko posvećenih i prihvatajućih hraniteljica, odnosno da hraniteljice koje su visoko emocionalno investirane u odnos sa detetom, na kognitivnom planu ne moraju da poseduju znanja, niti razumevanje efekata takvog odnosa na detetov socioemocionalni razvoj. Imajući u vidu navedeno, može se pretpostaviti da posvećenost i prihvatanje kao emocionalni aspekti kvaliteta brige, te svesnost o uticaju kao kognitivni aspekt, mogu svoje izvorište imati u različitim faktorima (na pr. iskustvu bliskih relacija u prošlosti i aktuelno, motivaciji za bavljenje hraniteljstvom nasuprot obrazovanju, konkretnom znanju), kao i da budu podložni različitim intervencijama socijalnih službi (podržavajućem odnosu sa hraniteljima, podršci i brizi o njima nasuprot obuci). S obzirom da se istovremeno pokazalo da hraniteljice iz uzorka karakteriše niži nivo svesnosti o uticaju, ne samo u odnosu na druge dve dimenzije, nego i apsolutno (u

odnosu na teorijski prosek) otvara se pitanje, sa jedne strane, valjanosti aktuelnih programa pripreme i obuke hranitelja, kojima bi ova tema trebala biti jedna od centralnih. Sa druge strane, pitanje je da li u nedostatku znanja i veština kako se gradi odnos sa detetom koji podstiče njegov razvoj i oporavak, postoji realan rizik da i visoko posvećeni hranitelji, uprkos svojoj motivisanosti i spremnosti, ne budu u mogućnosti da pruže detetu kompenzatorno iskustvo, te da tokom vremena kod njih dođe do emotivnog iscrpljivanja.

Karakteristike deteta. Podaci dobijeni ovim istraživanjem ukazuju da procenjeni nivoi dimenzija kvaliteta staranja ne variraju u zavisnosti od pola, kao ni od uzrasta deteta na smeštaju. Na granici statističke značajnosti se ispoljila jedino veza dimenzije svesnosti o uticaju sa uzrastom deteta, sugerišući da su hraniteljice koje brinu o mlađoj deci svesnije uticaja svog odnosa sa detetom na njegov razvoj, odnosno da bolje prepoznaju da njihov odnos ima važnu emocionalnu komponentu i da će to uticati na detetovu sposobnost da formira stabilne odnose kasnije u životu. Tendencija ka ovakvoj vrsti povezanosti može biti izraz uverenja hranitelja o senzitivnom razvojnom periodu deteta o kome brinu za “oblikovanje” njegovih osobina, ponašanja i navika, pa se mlađa deca generalno doživljavaju kao više prijemčiva na njihove uticaje, dok se starija deca mogu na neki način doživeti kao već formirane ličnosti. U praktičnom radu se uočava da kada se hranitelji izjašnjavaju u vezi preferiranih karakteristika deteta o kome bi preuzeli brigu i obrazlažu razloge za to, svoju želju da to bude dete što mlađeg uzrasta mnogi od njih upravo temelje na navedenim uverenjima.

Uzrast kada je dete smešteno u hraniteljsku porodicu, međutim, pravi razlike u nivou procenjenih dimenzija prihvatanja i posvećenosti. U skladu sa rezultatima drugih istraživanja (Dozier & Lindhiem, 2006) uočena je pravilnost da se hraniteljice intenzivnije emocionalno investiraju u odnos sa detetom tokom trajanja smeštaja, ukoliko je dete u trenutku smeštaja bilo na mlađem uzrastu. I ne samo to, pokazalo se da uzrast prilikom smeštaja generalno utiče na proces vezivanja sa detetom (Stovall & Dozier, 2000), odnosno da su hraniteljice senzitivnije, veštije u prepoznavanju i adekvatnom odgovoru na potrebe mlađeg deteta, te da ta deca brže uspostavljaju sigurne afektivne veze sa njima kao zamenskim odgajateljima (Stovall-McClough & Dozier, 2004). Može se hipotezirati da posvećenost i senzitivnost utiču jedna na drugu po principu cirkularnosti. Lakoća u prepoznavanju potreba deteta i doživljaj “uigranosti” sa njim prilikom pružanja brige, pa i kompetentnosti u roditeljskoj ulozi, doprinosi da hranitelj počne da doživljava dete na smeštaju kao sopstveno ulažući sve svoje resurse

(emocionalne i fizičke) u podsticanju njegovog razvoja, kao što i pozicija “to je moje dete” dalje služi kao snažan motivacioni faktor za obezbeđivanje senzitivne i responzivne brige. Utvrđeni viši nivoi posvećenosti hraniteljica koje su preuzele brigu o bebama se objašnjavaju i fizičkim karakteristikama na tom uzrastu koje ih čine “slatkim” odraslima (veliko i okruglo lice, okrugle oči, mali nos i sl.) i same po sebi dovode do aktivacije starateljskog sistema (eng. caregiving system) u pravcu obezbeđivanja brige i zaštite (George & Solomon, 2008), kao i potpunom zavisnošću beba od odraslih što “poziva na staranje”. Takođe, kako Dozier i sar. argumentuju (2007) deca koja su bila starija kada su ušla u hraniteljsku porodicu mogu imati više problema u ponašanju, usled duže izloženosti nepovoljnom iskustvu, a kojim “otuđuju” hranitelje od sebe, što rezultira nižim nivoom prihvatanja i posvećenosti (Lindhlem & Dozier, 2007).

Kada je u pitanju dimenzija svesnosti o uticaju, njene veze sa uzrastom deteta prilikom smeštaja u porodicu, u ovom istraživanju su se pokazale na granici statističke značajnosti, na isti način na koji je utvrđena veza sa aktuelnim uzrastom deteta, te u pravcu usaglašenom sa prihvatanjem i posvećenošću. Da hranitelji bolje razumeju efekte svog odnosa na dete ukoliko je dete bilo mlađe prilikom smeštaja, čini se logičnim smerom tendencije ka povezanosti dve varijable, jer hranitelj može imati uverenje ne samo da su mlađa deca responsivnija na brigu koja im se pruža, već i da je njihov socijalni i emocionalni razvoj pod manjim uticajem prethodnih iskustava i odnosa sa biološkim roditeljima.

S obzirom da se deca u hraniteljske porodice smeštaju na različitom uzrastu, u svetlu dobijenih podataka važno je razumeti izazove u obezbeđivanju kvalitetne brige od strane hranitelja za stariju decu, kao što je važno promišljati i o dodatnoj podršci koja je potrebna hraniteljskim porodicama u cilju jačanja senzitivnosti i emocionalne investiranosti u odnos sa detetom smeštenom na starijem uzrastu.

Karakteristike aktuelnog smeštaja. Varijable iz domena karakteristika aktuelnog smeštaja su se pokazale značajno povezane prvenstveno sa dimenzijama prihvatanja i posvećenosti. Uočena je pravilnost da što dete duže boravi u hraniteljskoj porodici, hraniteljice sa njim uspostavljaju čvršće i stabilnije emocionalne veze, nalaze više zadovoljstva u staranju o njemu, u većoj meri prihvataju njegovu individualnost, pozitivno evaluirajući detetove osobine i međusobni odnos, prihvataju ga kao punopravnog člana porodice, “kao svoje dete” i teže im je da zamisle i prihvate okolnost da bi njihove veze mogle biti prekinute u budućnosti. Dobijeni nalaz je u skladu sa

pretpostavljenom povezanošću i konzistentan sa nalazima drugih istraživanja (Bernard & Dozier, 2011). On upućuje da zajednički život sa detetom tokom dužeg vremenskog perioda doprinosi da se razviju stabilne, emotivno bliske veze, a dete potpuno integriše u porodicu. Međutim u istraživanjima je prepoznat i obrnuti uticaj da zapravo viši nivo posvećenosti i prihvatanja deteta utiče na stabilnost porodičnog smeštaja, odnosno njegovo trajanje tokom vremena (Dozier & Lindhiem, 2006). Vezu između trajanja smeštaja i kvaliteta brige u ovom istraživanju dodatno rasvetljava podatak da značajne razlike u nivou prihvatanja i posvećenosti pravi percepcija hranitelja da je smeštaj deteta planiran kao dugoročan, nasuprot privremenom ili nepoznatog trajanja. Pa tako, hranitelje koji imaju saznanja ili smatraju da će dete u njihovoj porodici boraviti u ograničenom vremenskom periodu, karakteriše niži nivo prihvatanja i posvećenosti. Kod njih se prepoznaje odbacivanje, izvesna ravnodušnost i “zadržka” da se dublje emocionalno investiraju u odnos sa detetom. Uočena tendencija ka uspostavljanju distance u odnosu sa detetom za koje se očekuje da će napustiti hraniteljsku porodicu, može se razumeti kao odbrambeni mehanizam kojim hranitelj nastoji da zaštiti sopstvenu emocionalnu stabilnost, odnosno da prevenira da neminovna separacija od deteta dovede do doživljaja gubitaka i procesa tugovanja.

Kada je u pitanju tip hraniteljskog smeštaja uočenim razlikama u nivou prihvatanja i posvećenosti detetu od strane srodničkih u odnosu na standardne (nesrodničke) hranitelje potrebno je prići sa rezervom zbog velike nesrazmere broja dece u dve grupe koju su poređene. Dobijeni nalazi, koji svakako zahtevaju dalju empirijsku proveru i potvrdu, sugerišu da su srodnički hranitelji posvećeniji odnosu sa detetom i da ga više prihvataju, te da su njihove emotivne veze sa detetom dublje i stabilnije. Kada je u pitanju dimenzija svesnosti o uticaju te razlike se ne beleže. Može se reći da je tendencija ka ovakvoj povezanosti varijabli očekivana. Srodničke hraniteljske porodice se smatraju značajnim resursom zaštite dece bez adekvatnog roditeljskog staranja i njihova vrednost je upravo prepoznata u onim aspektima kvaliteta brige kojima se ovo istraživanje bavi. Budući da je najčešće reč o bliskim srodnicima (babe, dede, tetke) trajnost i stabilnost njihovih međusobnih odnosa se mnogo manje dovodi u pitanje, kao i doživljaj detetove pripadnosti porodici, kako to može biti slučaj kod standardnog hraniteljstva. S obzirom da je u domaćoj stručnoj javnosti prisutan stav da su srodničke hraniteljske porodice u poređenju sa standardnim niže funkcionalne, može se očekivati da bi po nekim drugim merama kvaliteta staranja (na pr. vaspitnoj praksi, roditeljskim stavovima ili stilovima i sl.) bili dobijeni drugačiji rezultati, u korist

standardnih hraniteljskih porodica. Pojedina istraživanja nalaze, na primer, da srodničke hranitelje karakterišu niži odgajateljski kapaciteti kada su u pitanju deca starija od 3 godine. U poređenju sa standardnim hraniteljima, očekivanja srodnika od deteta su bila manje razvojno odgovarajuća, ispoljili su pozitivnije stavove prema fizičkom kažnjavanju i niži nivo empatije u odnosu na detetove potrebe (Gaudin & Sutphen, 2008).

Razlike u kvalitetu staranja u ovom istraživanju ispitivane su i u odnosu na strukturu hraniteljske porodice. Utvrđeno je da hraniteljice koje imaju veći broj dece aktuelno na smeštaju karakteriše niži nivo prihvatanja, odnosno da te hraniteljice nalaze manje zadovoljstva u staranju o detetu, sklone su da dete posmatraju kroz njegove teškoće i nedostatke, ispoljavaju negativna osećanja i razmišljanja o detetu i odnosu sa detetom, veći stepen odbacivanja, ljutnje i ozlojeđenosti. Dimenzija posvećenosti, međutim, ne varira. Činjenica da su hraniteljice podjednako emotivno vezane i spremne da se “bez zadržke” investiraju u odnos sa detetom sugeriše da se uočeni niži nivo prihvatanja može razumeti kao posledica većeg nivoa stresa i opterećenosti u roditeljskoj ulozi, ukazujući na izvesnu emotivnu iscrpljenost u okolnostima staranja o više dece na smeštaju, koja inače zbog prethodnog nepovoljnog iskustva (na pr. zanemarivanja) zahtevaju pojačanu brigu. U prilog ovoj hipotezi govore i podaci da je nivo doživljenog stresa u hraniteljskoj ulozi u vezi sa brojem dece na smeštaju (Šilić, 2010), naglašavajući važnost da se u cilju optimalnog funkcionisanja hraniteljske porodice i zaštite njenih kapaciteta vodi računa o broju dece koja se upućuju na smeštaj. Propisani standardi o hraniteljstvu (Pravilnik o hraniteljstvu, 2008, čl.6, tačka 4) definišu da je maksimalan broj dece na smeštaju troje, odnosno dvoje ukoliko je jedno dete sa posebnim potrebama. U uzorku hraniteljica u ovom istraživanju navedeni standard je ispoštovan sa izuzetkom dve hraniteljice, koje imaju 4-oro dece, dok o maksimalnih troje dece brine svega 10% hraniteljica. Sve ostale brinu o jednom (42.2%), odnosno dva deteta (43.8%). Broj dece na smeštaju je u vezi i sa dimenzijom svesnosti o uticaju, a smer povezanosti govori o pravilnosti da hraniteljice koje brinu o više dece karakteriše viši nivo svesnosti o uticaju uspostavljenog odnosa sa detetom na njegov razvoj. Više je mogućih objašnjenja ove veze. Sa jedne strane, moguće je da istovremeno staranje o više dece (različitog uzrasta, karakteristika, ponašanja i dr.) obezbeđuje hraniteljicama raznovrsnije i bogatije iskustvo međusobnih interakcija i priliku da uporede kvalitet uspostavljenih odnosa, a na osnovu čega stiču uvide i znanja o značaju tih odnosa. Sa druge strane, moguće je da se hraniteljice visokog nivoa

svesnosti o uticaju, a to znači hraniteljice koja pružaju visoko reflektivne, dobro osmišljene odgovore i ispoljavaju senzibilitet da promišljaju u psihološkim terminima, od strane stručnih radnika opažaju i kao visoko kompetentne, te se za njih opredeljuju u situacijama kada je potrebno zbrinuti više dece (na pr. sibling grupu), ili se procenjuje da poseduju kapacitete da im se na smeštaj sukcesivno uputi više dece.

Kada je u pitanju povezanost kvaliteta staranja sa drugim odlikama strukture hraniteljske porodice, pokazalo se da on ne varira u zavisnosti da li u porodici ima maloletne biološke dece i njihovog broja, već su te razlike uočene u odnosu na broj odraslih osoba. Smer povezanosti govori da su hraniteljice više posvećene i više prihvataju dete na smeštaju ukoliko je u porodici manje odraslih članova. Kada se tome dodaju uočene povezanosti kvaliteta brige sa određenim varijablama iz domena karakteristika samih hraniteljica u smislu da su posvećenije i više prihvataju dete na smeštaju neudate i hraniteljice bez roditeljskog iskustva, može se pretpostaviti da značajnu uloga u nivou posvećenosti ima motivacija za bavljanje hraniteljstvom. Stiče se utisak da hraniteljice sa navedenim karakteristikama (neudate i/ili bez biološke dece) odluku za bavljenje hraniteljstvom temelje na potrebi da se na taj način realizuju u roditeljskoj ulozi, te da je njihova motivacija bliža usvojiteljskoj, što rezultira visokim nivoom emocionalne investiranosti u odnos sa detetom, potrebom da sa njim gradi trajan odnos i zabrinutošću da bi dete moglo napustiti porodicu, kao i zadovoljstvom zbog staranja o konkretnom detetu. Iskustva iz prakse potvrđuju ovu vezu. Pojedinci bez dece se veoma retko odlučuju da centru za socijalni rad podnesu zahtev za usvojenjem deteta, jer pretpostavljaju da ga je teško realizovati zbog nepovoljnijeg položaja u odnosu na parove. Umesto toga se odlučuju se za hraniteljstvo.

Karakteristike hranitelja. Kvalitet staranja se, u ukupnom skoruu ili po pojedinačnim dimenzijama, ne razlikuje značajno u zavisnosti od godina života hraniteljica, radnog statusa i mesta stanovanja. Obrazovni status, međutim, pravi razlike samo na dimenziji svesnosti o uticaju u pravcu da su hraniteljice visokog i višeg obrazovnog nivoa svesnije uticaja svog odnosa sa detetom na detetov razvoj, aktuelno i u budućnosti, u odnosu na hraniteljice koje imaju završenu osnovnu školu. Pronađena veza potvrđuje razumevanje ove dimenzije kvaliteta brige kao najviše podložne procesu učenja i sticanja znanja, na koju je moguće direktno uticati odgovarajućim obukama i treninzima hranitelja.

Hraniteljstvo kao privremeni oblik zaštite dece pred hranitelje kao zamenske odgajateljke stavlja određene izazove. Od hranitelja se očekuje da u ograničenom

vremenskom periodu prihvate brigu o detetu, uspostave sa njim emotivne veze, pomognu mu da prevaziđe probleme i zastoje u razvoju i kada je potrebno detetu „daju dozvolu” da ode iz njihove porodice, pripreme ga i pruže mu podršku u procesu prelaska iz jedne porodice u drugu. Paralelno sa tim, očekuje se da prorade sopstveni gubitak i uspešno prođu kroz proces tugovanja za detetom o kome su brinuli, kako bi ponovo bili spremni za novi smeštaj i novo dete. Mada iz perspektive službi socijalne zaštite spremnost hraniteljskih porodica za višestruke smeštaje čini osnovu efikasnosti i funkcionalnosti ove usluge, s pravom se postavilo pitanje kakvi su efekti takvog iskustva na funkcionalnost samih hranitelja, u smislu njihovih kapaciteta za pružanje senzitivne brige. Podaci dobijeni ovim istraživanjem potvrđuju nalaze drugih studija (Dozier & Lindhiem, 2006) da “bogato hraniteljsko iskustvo”, odnosno iskustvo brige o većem broju dece, ne unapređuje već slabi kapacitete hraniteljica za uspostavljanje dubljih i stabilnih emocionalnih veza sa svakim novim detetom na smeštaju. Naime, pokazalo se da hraniteljice koje su brinule o većem broju dece i bile suočene sa prekidima uspostavljenih relacija, karakteriše niži nivo prihvatanja i posvećenosti odnosu sa detetom o kome aktuelno brinu. Niži nivo emocionalnog investiranja se stoga može razumeti kao nastojanje hraniteljica “da se sačuvaju” od daljih emocionalnih povreda i na taj način zaštite svoju funkcionalnost i psihološku dobrobit. Sa druge strane, iskustvo hraniteljica u smislu dužine njihovog bavljenja hraniteljstvom ne ostvaruje značajne veze sa kvalitetom pružene brige detetu.

Dobijeni podaci imaju važne praktične implikacije za stručne službe koje planiraju i realizuju smeštaje i čija je uloga da vode računa o potrebama dece i hraniteljskih porodica i pružaju im podršku. Hraniteljske porodice su neophodan i važan deo sistema društvene brige o deci bez roditeljskog staranja i za svako dete koje u taj sistem uđe od neprocenjive važnosti je da mu se pruži prilika da iskusi i gradi emotivno bliske i stabilne odnose sa odraslima u ulozi roditelja, i da na taj način razvija sliku o sebi kao podrške vrednog i voljenog bića. To čini temelje njegovog razvoja i funkcionalnosti. Kako odbacujući i emocionalno distancirani hranitelji nisu spojivi sa ciljevima i svrhom hraniteljstva, važno je da se više pažnje usmeri i na praćenje i procenu njihovih emocionalnih procesa i resursa, posebno nakon izmeštanja deteta/dece iz porodice, kako bi im se blagovremeno organizovala i pružila neophodna podrška, emocionalna prorada doživljenog gubitka ili pak predah od hraniteljstva.

Analiza rezultata vezana za mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu

Problematika mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu je u našoj zemlji gotovo u potpunosti neistraženo područje. Stoga je jedan od ciljeva ovog istraživanja bio da se utvrde i opišu emocionalni problemi i problemi u ponašanju sa kojima se ova deca suočavaju, da se istraži da li postoje razlike u njihovoj izraženosti u zavisnosti od karakteristika deteta (pol, uzrast, uzrast pri smeštaju u hraniteljsku porodicu) ili samog smeštaja (dužina, tip smeštaj, kontakti sa članovima biološke porodice), te proveri pretpostavka o vulnerabilnosti dece na hraniteljstvu za nastanak problema mentalnog zdravlja u poređenju sa decom iz opšte populacije, kako je to utvrđeno brojnim studijama u drugim zemljama. Za potrebe procene mentalnog zdravlja upotrebljena su dva instrumenta koja su popunjavale hraniteljice: Lista za proveru dečijeg ponašanja za decu od 6-18 godine (Child Behavior Checklist for Ages 6-18, CBCL/6-18, Achenbah & Rescorla, 2001) i Lista za procenu dece u socijalnoj zaštiti uzrasta od 4-11 godina (Assessment Checklist for Children for Ages 4-11, ACC, Tarren-Sweeney, 2007). Prvi instrument je izabran zbog dokazane validnosti i relijabilnosti na uzorcima iz velikog broja zemalja (Achenbah & Rescorla, 2007) i jer se radi o najčešće korišćenom skrining instrumentu za procenu mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu. Drugi instrument je upotrebljavan u malom broju studija, međutim, odražava savremene pristupe u konceptualizaciji mentalno zdravstvenih teškoća dece u sistemu socijalne zaštite, koja proširuje okvire standardnog dijagnostičkog prosuđivanja obuhvatom problema koji su uočeni u kliničkom radu sa ovom decom a pomoću CBCL-a nisu adekvatno mereni (poput problema afektivne vezanosti i dr.).

Budući da navedeni instrumenti nisu standardizovani u našoj zemlji, te da ne postoje norme na osnovu kojih bi se označili problemi mentalnog zdravlja u nivou kliničke ili granične značajnosti, hipoteza o većoj zastupljenosti i izraženosti emocionalnih problema i problema u ponašanju kod dece na hraniteljstvu je proveravana na osnovu poređenja sa kontrolnim uzorkom dece iz opšte populacije koja odrastaju u svojim biološkim porodicama, ujednačenim po polu i uzrastu. Dobijeni podaci su potvrdili pretpostavku o vulnerabilnosti. Za ukupan uzorak dece, kao i za poduzorke dečaka i devojčica, pokazalo se da decu na hraniteljstvu karakteriše značajno više problema mentalnog zdravlja u odnosu na decu iz bioloških porodica, bez obzira da

li su oni operacionalizovani i mereni uz pomoć CBCL-a ili ACC-a. To važi za ukupne mere funkcionalnosti, ali i za većinu kliničkih skala, kao i za skale samopoštovanja. Izuzetak čine internalizujući problemi CBCL-a (povlačenje/depresivnost i anksioznost/depresivnost) koji su podjednako (slabije) izraženi kod dečaka na hraniteljstvu i iz bioloških porodica, zatim anksiozni odgovori na traumatizaciju, samopovređivanje i negativna slika o sebi sa ACC-a, koji su se takođe pokazali kao manje zastupljeni kod dečaka. Kada su u pitanju poduzorci devojčica, ispostavilo se da se dve grupe ne razlikuju značajno jedino u odnosu na (slabo zastupljeno) uzrasno neodgovarajuće seksualno ponašanje.

U odsustvu normativnih vrednosti za našu populaciju, a u vezi instrumenata CBCL i ACC, nije moguće precizno sagledati zastupljenost dece na hraniteljstvu u istraživanom uzorku koja imaju probleme mentalnog zdravlja u rangju kliničke, odnosno granične značajnosti, niti izvršiti podrobnije poređenje sa rezultatima drugih studija. Pa ipak, rezultati deskriptivnih analiza dozvoljavaju da se izdvoje neke pravilnosti utvrđene i u drugim istraživanjima. Kao prvo, podaci dobijeni u ovom istraživanju potvrđuju da deca na hraniteljstvu predstavljaju heterogenu grupaciju kada je u pitanju njihov mentalno zdravstveni status (Tarren-Sweeney, 2014). Na osnovu deskriptivnih mera i raspona sirovih skorova na obe mere funkcionalnosti deteta (CBCL i ACC) uočava se da neka deca iz uzorka ne ispoljavaju bilo kakvu smetnju mentalnog zdravlja (ukupan skor je 0) ili se one mogu posmatrati kao razvojno normativne, dok neku decu karakterišu veoma izraženi emocionalni i bihejvioralni problemi (skorovi na pojedinim skalama su blizu teorijskog maksimuma). Kao drugo, analiza učestalosti skorova u različitim rasponima (rangovima) na kliničkim skalama pružila je opis karakterističnih problema dece na hraniteljstvu u našoj zemlji, pri čemu su se ti opisi pokazali sličnim profilima koji su utvrđeni i od strane drugih istraživača.

CBCL. Studije koje su za procenu mentalnog zdravlja koristile CBCL u najvećem broju su kao tipične probleme dece na hraniteljstvu opisivale probleme iz domena eksternalizujućih, odnosno sklonost ka agresivnom i delikventnom ponašanju, udruženih sa problemima pažnje i socijalnim problemima (Dubowitz et al., 1993; Hoffart & Grinnell, 1994; Hellinckx & Grietens, 1994; Armsden et al., 2000; Clausen et al., 1998). Internalizujući problemi su se takođe u većem broju istraživanja ispoljavali na nivou kliničke značajnosti, ali kod znatno manjeg broja dece, pri čemu su iz ovog domena teškoće koje opisuje sindrom skale depresivnost/povlačenje i

anksioznost/depresivnost bile najzastupljenije (Clausen et al., 1998; Sawyer et.al, 2007).

Podaci dobijeni na uzorku dece na hraniteljstvu u ovom istraživanju izdvajaju kao najučestalije probleme sa pažnjom, u smislu kratkotrajne ili hipervigilne pažnje, teškoća u koncentraciji, motornog nemira i hiperaktivnosti. Preko 65% dece iz uzorka karakteriše neka od navedenih smetnji, pri čemu su kod 25% dece ove smetnje veoma izražene. Zatim, slede ponašanja iz spektra eksternalizujućih: agresivna ponašanja, kršenja pravila u školi i kod kuće, laganje, varanje i uništavanje stvari. Analiza učestalosti skorova po rangovima pokazuje da svega 7% dece ne ispoljava ni jedan vid agresivnog ponašanja (ukupni skor na skali je 0), da su za skoro polovinu njih neka od agresivnih ponašanja prisutna kao česta ili povremena, dok su za 8% dece iz uzorka problemi sa agresivnošću veoma izraženi. Sklonost ka kršenju pravila u školi i kući je ponašanje zabeleženo kod više od polovine dece iz uzorka, a laganje, varanje i uništavanje vlastitih stvari kod trećine, međutim mali broj dece ispoljava delikventne oblike ponašanja u veoma izraženoj formi (1.2%). Problemi u socijalnim relacijama su se takođe pokazali prisutnim. Kod svega 12% dece se ni jedan vid socijalnih teškoća ne beleži, dok su kod 6% njih oni u rangu intenzivnih problema u relacijama sa drugim ljudima. Kada su u pitanju internalizujućih problemi, poput rezultata u drugim studijama, u ovom istraživanju oni su se ispostavili kao manje karakteristični za decu na hraniteljstvu od eksternalizujućih, a opisuju ih pre svega skala povlačenje/depresivnost. Mada se za 54% dece iz uzorka ne beleži ni jedno ponašanje i emocionalno reagovanje koje pripada povučeno/depresivnim smetnjama, rezultati ovog istraživanja pokazuju da su kod 2.4% dece oni veoma izraženi.

ACC. Dosadašnja primena instrumenta ACC (Tarren-Sweeney & Hazell, 2006) je ukazala na rasprostranjenost problema afektivne vezanosti kod dece u hraniteljskim porodicama, u vidu nediskriminativnog, neuzajamnog i nesigurnog interpersonalnog ponašanja. Trećina dece iz uzorka je ispoljila uzrasno neodgovarajuće seksualno ponašanje, pri čemu se ispostavilo da ove smetnje značajno prednjače kod devojčica. Pored navedenog, kod dece na hraniteljstvu su zabeležene sklonosti ka samopovređivanju, čuvanju i skladištenju hrane i atipičan odgovor na bol, koji se pokazao posebno karakterističnim za dečake.

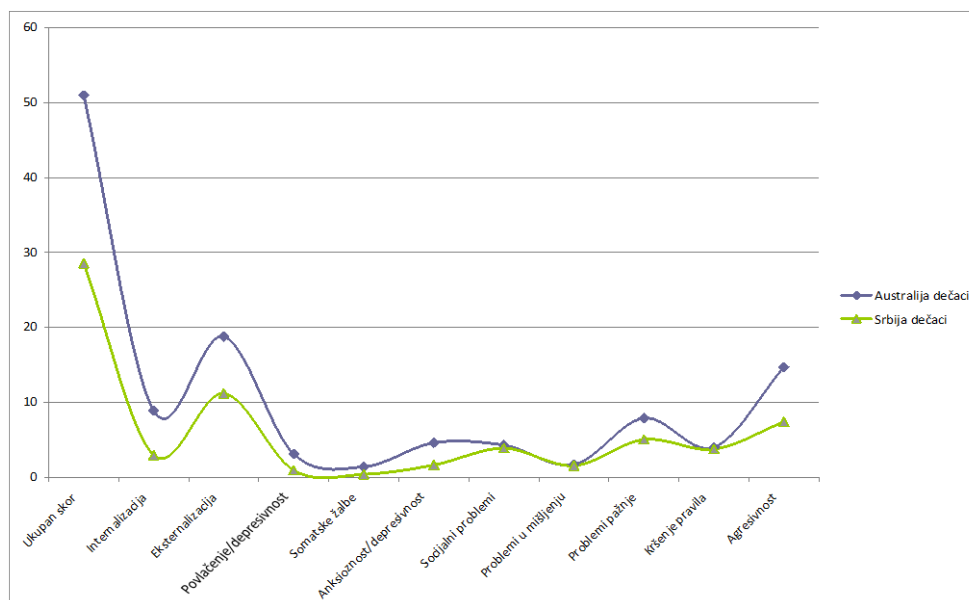
Na uzorku dece na hraniteljstvu ovog istraživanja dobijeni su slični rezultati. Dominiraju smetnje afektivne vezanosti, pre svega u vidu nediskriminativnosti koja je evidentirana kao izražena karakteristika kod 40% dece, a zatim slede pseudozrela i

nesigurna interpersonalna ponašanja, oba zastupljena u intenzivnoj formi kod 10% dece. Ponašanja koja pripadaju skali neskriminativnosti su od strane hraniteljica označena kao najučestalija u odnosu na sve druge teškoće koje dva instrumenta za procenu dečije psihopatologije mere, tako da je veoma mali broj dece kod kojih se ona ne beleže (ispod 4%). Najučestaliji opisi ove smetnje, prisutni kod skoro 90% dece se tiču ponašanja traženja pažnje i žudnjom za ljubavlju i naklonošću, dok je “lepljivost” u smislu intruzivnosti u ostvarivanju fizičke blizine i iniciranju kontakta, odlika njih 70%. Nediskriminativnost je u literaturi i istraživanjima opisana kao odlika dezinhibirane forme poremećaja afektivne vezanosti i njene istaknute odlike su, sem navedenih, neadekvatan pristup nepoznatim odraslima, nedostatak straha od stranaca i spremnost da se ode sa njima. Analiza učestalosti stavki ukazuje da su i ova ponašanja prilično zastupljena u istraživanom uzorku dece na hraniteljstvu, pa su tako za više od 40% dece hraniteljice navele da su “isuviše prijateljski nastrojena prema nepoznatim osobama”, a za 33% da se “prema nepoznatima odnose kao prema članovima porodice”. U poređenju sa nediskriminativnošću, smetnje koje opisuje skala neuzajamnosti u relacijama na ACC-u, što odgovara inhibiranoj formi, odnosno reaktivnom poremećaju afektivne vezanosti, prisutne su kod manjeg broja dece. Naime, kod 30% dece se ne beleži ni jedno od ponašanja koje definiše ovu smetnju, a kao jako izražene se javljaju kod svega 2.4% dece. Prevaga problema afektivne vezanosti u vidu nediskriminativnog ponašanja u relacijama, u odnosu na neuzajamnost, može se objasniti od ranije empirijski utvrđenim razlikama u njihovom toku. Nizom istraživanja se pokazalo da dezinhibirani obrasci ponašanja pokazuju tendenciju da traju bez obzira na promenu porodičnih prilika deteta u pravcu adekvatnog, senzitivnog staranja, dok se inhibirani obrasci vremenom u takvim porodičnim uslovima ublažavaju ili u potpunosti nestaju (Rutter et al, 2007; Jonkman et al., 2014; Kumsta et al., 2015).

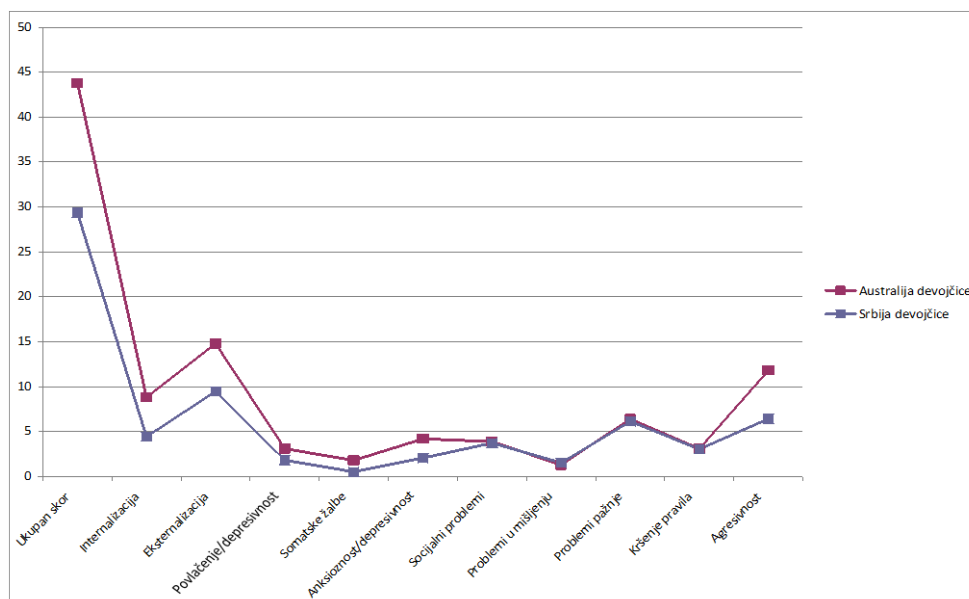
Od smetnji niske prevalence, primena ACC u ovom istraživanju je kao najprisutnije označila abnormalne obrasce ishrane (čuvanje, skladištenja i krađa hrane) i samopovređivanje, što je u skladu i sa istraživanjima autora skale. Preko 7% dece iz uzorka ima izražene simptome u vezi sa poremećajem ishrane, a skoro polovina najmanje jedan vid ponašanja koja opisuju ovu smetnju. Kada je u pitanju samopovređivanje, koje ima kliničku značajnost čak i kada se javi samo jednom, indikativno je da za čak 25% dece iz uzorka hraniteljice navode da su ovakva ponašanja manifestovali, dok 2.4% ima veoma ozbiljan problem sa samopovređivanjem.

Poređenje sa studijama koje su istovremeno primenjivale CBCL i ACC. Da bi smo dodatno sagledali u kojoj meri podaci dobijeni u ovom istraživanju dobro opisuju probleme mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu, u nedostatku normi i domaćih studija izvršili smo poređenje sa rezultatima drugog inostranog istraživanja (Tarren-Sweeny & Hazell, 2006.) Reč je o studiji sprovedenoj na reprezentativnom uzorku dece (N=374, uzrast 4-11 god.) na smeštaju u standardnim i srodničkim hraniteljskim porodicama, jednoj od retkih sa kojim je upoređivanje bilo moguće, kako zbog uzrasta dece i primenjenih instrumenata (CBCL i ACC), tako i zbog rezultata izraženih u sirovim a ne standardizovanim skorovima. Upoređivanje je podrazumevalo da se naš uzorak podeli na poduzorak dečaka i devojčica.

Kao što pokazuju grafici 8 i 9, koji slede, kada su u pitanju rezultati na CBCL-u uočavaju se poklapanja i sličnosti u ispoljenim obrascima emocionalnih problema i problema u ponašanju kada su u pitanju uzorci devojčica i dečaka u Srbiji i Australiji. Međutim, u okviru sličnog “tipičnog profila”, na uzorku dečaka i devojčica ovog istraživanja su dobijene niže vrednosti u ukupnom skoru, internalizaciji i eksternalizaciji, kao i na kliničkim subskalama anksioznost/depresivnost, problemi sa pažnjom (važi samo za dečake) i posebno, agresivnosti.

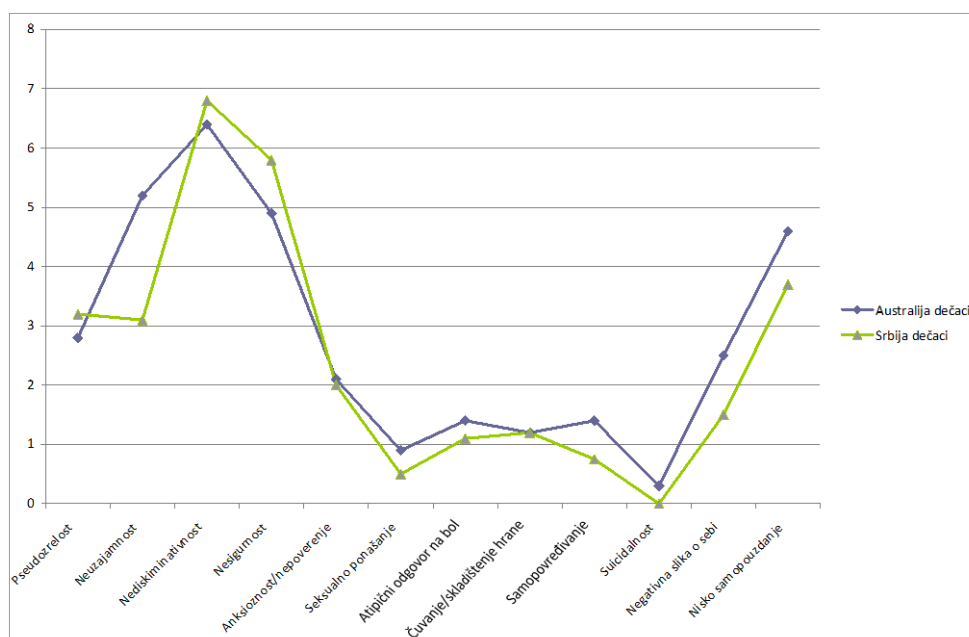


Grafik 8. Poređenje prosečnih vrednosti na CBCL-u na poduzorku dečaka na hraniteljstvu u Srbiji i Australiji

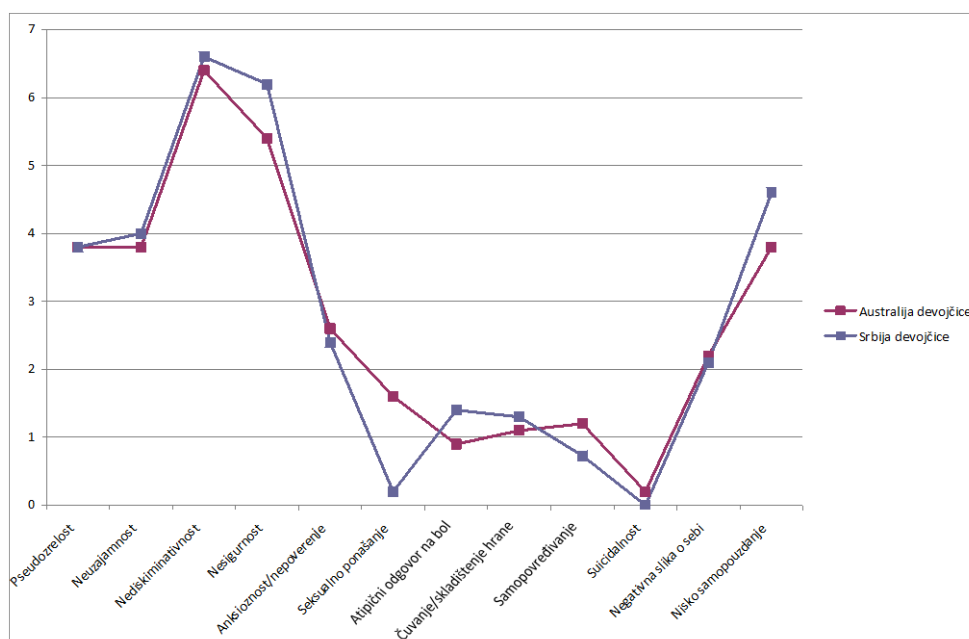


Grafik 9. Poređenje prosečnih vrednosti na CBCL-u na poduzorku devojčica na hraniteljstvu u Srbiji i Australiji

Po pitanju rezultata na ACC-u, na grafičkim prikazima koji slede, takođe, se vidi solidan stepen poklapanja prosečnih vrednosti na kliničkim skalama i skalama samopoštovanja, za decu na hraniteljstvu iz naše zemlje i Australije, odnosno generalno se uočava sličan obrazac ispoljenih problema koje ova skala operacionalizuje i meri. Izuzetak predstavlja *neuzajamnost u relacijama* na poduzorku dečaka (grafik 10) i *uzrasno neodgovarajuće seksualno ponašanje* na poduzorku devojčica (grafik 11). U oba slučaja na uzorku ovog istraživanja su dobijene niže vrednosti, ukazujući na manje izražena ponašanja koja karakterišu ove vidove poteškoća mentalnog zdravlja.



Grafik 10. Poređenje prosečnih vrednosti na ACC-u za poduzorak dečaka na hraniteljstvu u Srbiji i Australiji



Grafik 11. Poređenje prosečnih vrednosti na ACC-u za poduzorak devojčica na hraniteljstvu u Srbiji i Australiji

Dobijena odstupanja mogu biti pripisana različitim faktorima, od razlika u veličini uzoraka, kulturološkim i nacionalnim specifičnostima u ispoljavanju i razumevanju problematičnosti određenog ponašanja, do načina na koji se u dve sredine organizuje sistem porodičnog smeštaja, te u kojoj meri je taj sistem sposoban da zbrinja decu sa izraženijim problemima mentalnog zdravlja. Pa ipak, može se konstatovati da uprkos činjenici da se radi o dve prilično udaljene i različite sredine, profili problema dece na hraniteljstvu, pokazuju iznenađujući stepen srodnosti i univerzalnosti. U okviru epidemiološke studije u Australiji koju smo koristili za upoređivanje, za decu na hraniteljstvu je na osnovu raspoloživih normi za oba instrumenta (ACC i CBCL) konstatovano da više od polovine ima klinički značajne probleme mentalnog zdravlja. Pri tome, simptomatologija je opisana kao kompleksna, a karakterišu je klinički značajne smetnje afektivne vezanosti, nesigurnost u relacijama, anksiozni odgovori na traumatizaciju, problemi u ponašanju, problemi sa pažnjom i hiperaktivnost, kao i neuobičajene smetnje u vidu samopovređivanja i sklonosti ka čuvanju i skladištenju hrane. Mada na osnovu rezultata iz drugih sredina nije moguće bezuslovno izvući zaključke i za decu na hraniteljstvu u našoj zemlji, prethodno predstavljena analiza, uz utvrđene statistički značajne razlike po gotovo svim merama funkcionalnosti prilikom upoređivanja sa decom iz bioloških porodica, predstavlja još jednu potvrdu hipoteze o vulnerabilnosti dece na hraniteljstvu za nastanak problema mentalnog zdravlja, koji zaslužuju kliničku pažnju.

Karakteristike deteta. Po pitanju razlika u izraženosti problema mentalnog zdravlja kod devojčica i dečaka istraživački podaci nisu jednoznačni. Dok jedna istraživanja ukazuju da dečaci imaju više problema u odnosu na devojčice (Hellinckx & Grietens, 1994; Ryan & Testa, 2005; Tarren-Sweeney & Hazell, 2006; Rosental & Curiel, 2006), u drugim istraživanjima nisu pronađene polne razlike (McIntyre & Keesler, 1986; Heflinger et al., 2000; Sawyer et. al., 2007) ili su problemi bili izraženiji u grupi devojčica (Hornick, et al., 1989; Zima et al. 2000; Pecora et al. 2009). U istraživanju predstavljenom ovim radom nisu utvrđene značajne razlike ni za jednu, ukupnu ili pojedinačnu, meru funkcionalnosti s obzirom na pol deteta. Devojčice i dečaci, prema tome, manifestuju vrlo slične obrasce teškoća na nivou ponašanja i emocionalnog reagovanja.

Dosadašnja istraživanja, takođe, nisu pružila jednoznačne rezultate ni kada je u pitanju veza uzrasta deteta sa prisustvom emocionalnih problema i problema u

ponašanju. Neka od njih ukazuju da što je dete na smeštaju starije njegovo mentalno zdravlje je više narušeno (Heflinger et al., 2000; Armsden et al., 2000), dok druga sugeriraju da sam uzrast deteta ostvaruje mali efekat na globalnu procenu mentalnog zdravlja i da se zapravo radi o efektu uzrasta pri ulasku u socijalnu zaštitu, odnosno da su izraženiji problemi mentalnog zdravlja kod starije dece u velikoj meri objašnjeni time što su ta deca u zaštitu ušla na starijem uzrastu (Tarren-Sweeney, 2008a). Na uzorku dece na hraniteljstvu ovog istraživanja razlike s obzirom na uzrast deteta nisu utvrđene u ukupnim merama mentalnog zdravlja, skalama samopoštovanja, niti na kliničkim skalama, izuzev na skali uzrasno neodgovarajućeg seksualnog ponašanja. Ispostavilo se da su navedena ponašanja karakterističnija za decu mlađeg uzrasta, nego za stariju. Dobijeni podatak je u suprotnosti sa dosadašnjim istraživanjima koja su koristila instrument ACC (Tarren-Sweeney, 2008b), gde je pronađeno da starija deca manifestuju više ovih problema, ali je, sa druge strane, saglasan sa nekim drugim studijama na deci preadolescentnog uzrasta (Friedrich, Davies, Feher & Wright, 2003) koje su koristeći druge skale procene pronašle da su “problematična” seksualna ponašanja zastupljenija kod mlađe dece, uz tumačenje da je manifestovanje ovakvih ponašanja u vezi sa nezrelošću i većom reaktivnošću mlađe dece na nepovoljne okolnosti, bilo da je u pitanju zlostavljanje (seksualno) ili druga vrsta traume. U istraživanju predstavljenom ovim radom, mali broj dece iz uzorka ispoljava uzrasno neodgovarajuća seksualna ponašanja (svega 5-oro), dobijena korelacija je u kategoriji niskih tako da nije moguće izvesti pouzdane zaključke o smeru povezanosti dve varijable.

Uzrast prilikom smeštaja u aktuelnu hraniteljsku porodicu, međutim, pravi vrlo jasne razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja, u pravcu da što je dete bilo starije kada je smešteno, veći je stepen ispoljenih problema u ponašanju i emocionalnom reagovanju. Te razlike se utvrđene za ukupne skorove na obe mere funkcionalnosti, eksternalizaciju, ali i za niz kliničkih skala (koje se tiču poteškoća afektivne vezanosti, anksioznih reakcija na traumatizaciju, čuvanja i skladištenja hrane, problema sa pažnjom, delikventnog ponašanja, povlačenja i depresivnosti, kao i niskog samopoštovanja). Na osnovu analize istorije smeštaja koja govori da je najveći broj dece u aktuelnu hraniteljsku ušao iz biološke porodice, odnosno da je korelacija ove varijable i uzrasta deteta pri ulasku u socijalnu zaštitu (prvo zbrinjavanje) jako visoka (.924), utvrđena razlika u izraženosti problema mentalnog zdravlja dece koja su na različitim uzrastima smeštena u aktuelnu porodicu zapravo može da odražava efekte

koliko dugo je dete bilo izloženo nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici i kako se takvo iskustvo odrazilo na ozbiljnost teškoća u trenutku zbrinjavanja, kao i na detetove kapacitete za prilagođavanje i uspostavljanje relacije sa zamenskim odgajateljima.

Karakteristike smeštaja. U istraživanju predstavljenom ovim radom dobijen je podatak da što dete duže boravi u hraniteljskoj porodici, njegovi problemi na planu emocija, ponašanja i relacija sa drugim ljudima su manje izraženi, sugerišući u pravcu pozitivnih efekata dugoročnog hraniteljstva i stabilnosti smeštaja na mentalno zdravlje. Mada pojedina longitudinalna istraživanja daju potvrdu da tokom vremena provedenog u hraniteljskoj porodici dolazi do ublažavanja problema mentalnog zdravlja, posebno eksternalizujućih smetnji (McWey et al., 2010), druga upozoravaju da dugoročni boravak deteta u hraniteljskoj porodici ne daje homogene ishode kada je reč o putanji detetovih emocionalnih i bihevioralnih problema. Naime, pojedine longitudinalne studije pokazuju da kod određenog broja dece nakon više godina provedenih na smeštaju zaista dolazi do poboljšanja na planu mentalnog zdravlja, ali isto tako kod određenog broja dolazi i do pogoršanja smetnji, kao što ima i dece kod kojih nisu evidentirane promene (Vis et. al, 2014; Tarren-Sweeney, 2017). Ponovna procena mentalnog zdravlja dece iz ranije navođenog australijskog uzorka, nakon 7 do 9 godina, pokazala je da se na nivou celokupnog uzorka ne registruju značajne promene u izraženosti problema, međutim na individualnom nivou je slika drugačija. Tako je 32% dece koja su prethodno procenjena kao dobrog mentalnog zdravlja očuvalo ovaj status na obe mere (CBCL i ACC), 33% je pokazalo značajno poboljšanje, 29% pogoršanje mentalnog zdravlja, dok kod svega 6% nisu registrovane promene. U svetlu dobijenih podataka autor komentariše da je smislenije “umesto pitanja da li dugoročni porodični smeštaj deluje terapijski ili štetno na razvoj deteta, pažnju potrebno usmeriti na utvrđivanje koje sistemske i interpersonalne karakteristike hraniteljske zaštite doprinose čuvanju i poboljšanju mentalnog zdravlja, a koje su štetne za razvoj, kao i za koju decu je porodični smeštaj terapijski, a za koju ne?” (Taren-Sweeney, 2017, p.1).

Zbog velike nesrazmere u broju dece koja su na smeštaju u standardnim u odnosu na srodničke porodice, u ovom istraživanju nisu detaljno ispitivane razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja u odnosu na tip smeštaja, već samo u odnosu na ukupne mere funkcionalnosti (ukupan skor na CBCL-u i ACC-u) kako bi se ipak uočila tendencija u povezivanju ispitivanih varijabli. Rezultati su pokazali da deca koja odrastaju u srodničkim porodicama imaju značajno manje emocionalnih problema i

problema u ponašanju na obe skale. Studije koje su primarno bile usmerene na poređenje funkcionalnosti ove dve grupe dece utvrđuju istu pravilnost. Bez obzira što srodnički hranitelji u odnosu na standardne imaju nepovoljniji obrazovni i socijalni status (Holtan et al., 2005; Ehrle & Geen, 2002), lošije fizičko zdravlje i često su starijeg životnog doba (Stein et al., 2014), te generalno primaju manje organizovane podrške (Ehrle & Geen, 2002) deca o kojoj brinu ispoljavaju bolje psihosocijalno funkcionisanje. Kao protektivni aspekti srodničkog hraniteljstva se izdvajaju veća stabilnost smeštaja, odnosno deca iz srodničkih hraniteljskih porodica su manje izložena promenama odgajatelja i ostvaruju više kontakata sa biološkim roditeljima (Holtan et al., 2005), zahvaljujući tome što srodnici imaju pozitivniji odnos prema ovim kontaktima i više ih podržavaju u poređenju sa standardnim hraniteljima (Prohn, 1994). Specifičnost srodničkog hraniteljstva čine od ranije uspostavljene emotivne veze i kontinuitet staranja o detetu, najčešće od njegovog rođenja, pa ostvareno pravo na smeštaj (zasnivanje hraniteljstva) ne dovodi do bitnijih promena u životu deteta (porodičnog okruženja, škole, vršnjačke grupe i sl.) koje bi produkovale stres i postavljale zahtev za prilagođavanjem, sa potencijalom da naruše detetovu funkcionalnost. Kao dodatna dobit se sagledava da odrastanje u proširenoj biološkoj porodici može da olakša formiranje ličnog i porodičnog identiteta, doprinese doživljaju pripadnosti porodici i očuvanju emotivnih veza sa njenim članovima.

Kada su u pitanju veze kontakata sa biološkim roditeljima i mentalnog zdravlja dece, rezultati istraživanja su ukazali na pravilnost da deca koja imaju učestalije kontakte sa biološkim roditeljima ispoljavaju više anksiozno-nepoverljivog ponašanja u relacijama, dok se za sve druge vidove teškoća ta veza ne nalazi. Kvalitet kontakata, međutim, predstavlja značajniju dimenziju odnosa sa biološkim roditeljima, koja pravi razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja na obe mere funkcionalnosti, eksternalizaciji, internalizaciji i nizu kliničkih skala (povlačenje/depresivnost, agresivnost, neuzajamnost u relacijama, anksioznost/ nepoverenje, čuvanje i skladištenje hrane i samopovređivanje). Utvrđeno je da dete karakteriše bolje mentalno zdravlje ukoliko su kontakti sa biološkom porodicom od strane hraniteljica procenjeni kao kvalitetniji, u smislu da su roditelji prilikom susreta usmereni na dete, zainteresovani za njegov razvoj i život u hraniteljskoj porodici, pozitivni su i podržavajući u komunikaciji, kao što je i loš kvalitet odnosa prilikom susreta, nezainteresovanost roditelja i prisustvo negativne interakcije sa detetom u vezi sa više

ispoljenih emocionalnih i bihevioralnih smetnji. Mada se može pretpostaviti da u ponašanju biološkog roditelja prema detetu postoji određeni kontinuitet pre i nakon smeštaja, odnosno da kvalitet odnosa prilikom kontakta koji je opažen od strane hraniteljica odražava kvalitet relacije koji je postojao i pre smeštaja i u tom smislu je relevantan kao riziko faktor (kada je prisutno odbacivanje i hostilnost u odnosu) ili protektivni faktor (kada je roditelj zainteresovan i pozitivan prema detetu) detetovog mentalnog zdravlja, dobijeni nalaz ističe važnost negovanja pozitivnih relacionih iskustava deteta sa svim važnim članovima biološke porodice i planiranja podrške u cilju unapređenja kvaliteta njihovih međusobnih interakcija. Sa druge strane, povezanost učestalosti kontakata sa biološkim roditeljima i anksioznih smetnji, kao i teškoća u uspostavljanju povezanosti sa novim odgajateljima, može ukazivati na potencijalne probleme u prilagođavanju, intenziviranje konflikta lojalnosti ukoliko su kontakti suviše učestali.

Analiza rezultata u vezi nepovoljnih okolnosti koje prethode smeštaju u hraniteljsku porodicu i njihovih efekata na mentalno zdravlje deteta

Visoka zastupljenost i izraženost problema mentalnog zdravlja kod dece na hraniteljstvu se u teorijskim modelima koji objašnjavaju njihovu genezu dovodi u vezu sa nepovoljnim iskustvima pre smeštaja i višestrukim faktorima rizika kojima su izloženi tokom perioda ranog razvoja (Pearce & Pezzot-Pearce, 2001; Harden, 2004; Rutter, 2000; Leve et al., 2012; Stovall & Dozier, 1998). Zanemarivanje i zlostavljanje (emocionalno, fizičko, seksualno) su najčešći razlozi njihovog zbrinjavanja u alternativnu porodicu, a istraživački podaci sugerišu da većina dece ima iskustvo izloženosti multiplim formama neadekvatne roditeljske brige (Oswald et. al, 2009). Pored toga, istraživanja su identifikovala i brojne druge faktore koji se tiču biološke porodice i predstavljaju rizik za mentalno zdravlje dece, kao što nizak socioekonomski status, porodične disfunkcionalnosti, nasilje među roditeljima ili istorija kriminogenog ponašanja (Garland et.al, 2000), nizak edukativni nivo i generalno lošiji pristup ka servisima koji pružaju podršku. Mentalna bolest roditelja i zavisnost od alkohola ili

droga pored toga što ostvaruju negativan uticaj na funkcionisanje u roditeljskoj ulozi, mogu usloviti i biološke vulnerabilnosti kod deteta, koje ih čine dodatno predisponiranim za nastanak teškoća u razvoju i psihosocijalnom funkcionisanju (Pilowsky, 1995).

Polazeći od navedenih saznanja, jedan od ciljeva istraživanja predstavljenog ovim radom je bio da istraži ulogu nepovoljnih okolnosti koje prethode smeštaju u aktuelnu hraniteljsku porodicu na mentalno zdravlje dece. Ispitivan je značaj tri varijable iz ovog domena, kao činilaca izraženosti emocionalnih i bihevioralnih problema: *dužine izloženosti nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici* (izraženoj kroz uzrast deteta kada je prvi put zbrinuto u sistemu socijalne zaštite), *rizika pre smeštaja* (odnosi se na kumulativni efekat 5 faktora rizika: prenatalne izloženosti psihoaktivnim supstancama, prevremenog rođenja, mentalne bolesti roditelja, zanemarivanja i zlostavljanja) i *nestabilnosti smeštaja* (izraženoj kroz ukupan broj odgajatelja/porodica koje je dete promenilo).

Rezultati deskriptivnih analiza na ovim varijablama su pokazali da je veliki raspon uzrasta na kome deca ulaze u sistem socijalne zaštite, neka odmah po rođenju, dok su neka imala više od 10 godina kada su izdvojena iz biološke porodice. U proseku deca iz uzorka su oko 4 godine bila izložena nepovoljnim uslovima odrastanja u biološkoj porodici, pri čemu najveći broj u svom iskustvu ima jedan, odnosno dva faktora rizika. U skladu sa nalazima drugih studija najučestalije je iskustvo zanemarivanja (Allen et al., 2000; Pears & Fisher, 2005a), pa zatim zlostavljanja. Petina dece iz uzorka ima roditelje sa pozitivnom psihijatrijskom anamnezom, a gotovo isto toliko njih je prenatalno bilo izloženo psihoaktivnim supstancama. Među decom iz uzorka je i određeni broj njih koja su prevremeno rođena (7.3%).

Rezultati istraživanja su potvrdili hipotezu da nepovoljno iskustvo deteta pre smeštaja predstavlja značajan činilac njegovog mentalnog zdravlja i funkcionisanja tokom smeštaja u hraniteljskoj porodici, pri čemu model činilaca bolje predviđa probleme afektivne vezanosti i druge specifične smetnje dece u sistemu socijalne zaštite, od smetnji koje su operacionalizovane CBCL-om.

Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu se pokazala kao najznačajniji prediktor emocionalnih i bihevioralnih problema koje mere dve skale dečije psihopatologije. Prepoznati su njeni direktni i samostalni efekti na izraženost ukupnih

problema i eksternalizujućih smetnji, dok je samostalni doprinos u predikciji internalizovanih smetnji na granici statističke značajnosti. Prema tome, dobijeni podaci pokazuju da deca koja su duže bila izložena nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, odnosno koja su na starijem uzrastu prvi put zbrinuta u sistemu socijalne zaštite, imaju više problema na planu emocija, ponašanja i u relaciji sa drugim ljudima. Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu, takođe korelira sa najvećim brojem kliničkih skala, izuzev anksiozno-depresivnog raspoloženja sa CBCL-a, pseudozrelosti i nesigurnosti u relacijama i uzrasno neodgovarajućeg seksualnog ponašanja koje operacionalizuje ACC. Mada ne ostvaruje direktne i samostalne efekte na nivo detetovog samopoštovanja, već to čini u interakciji sa druge dve varijable iz domena nepovoljnih iskustava (riziko faktora i nestabilnosti smeštaja), dobijeni rezultati upućuju na pravilnost da decu koja su duže bila izložena nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici karakteriše niže samopouzdanje i negativnija slika o sebi. Uzrast deteta pri ulasku u zaštitu kao aproksimativnu meru njegove izloženosti neadekvatnoj brizi, pojedina istraživanja prepoznaju kao jedan od najznačajnijih prediktor mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu (Halfon et. al, 1995; Tarren-Sweeney, 2008), što svakako ima značajne implikacije za službe socijalne zaštite, ukazujući na važnost ranog prepoznavanja dece i porodica u riziku i ranog intervenisanja. Istraživanja na deci sa institucionalnim iskustvom posebno su istakla da su problemi (i poremećaji) afektivne vezanosti i to u vidu sklonosti ka ostvarivanju fizičkog kontakta na intruzivan način, dezinhbirano-nediskriminativnog ponašanja u socijalnim situacijama i siromašnih vršnjačkih relacija na adolescentom uzrastu, odlika dece koja su tokom prve dve godine života duže od 6 meseci boravila u institucijama (Rutter et al., 2007; Kumsta et al., 2015). S obzirom da se ovaj obrazac vezanosti veoma retko pojavljivao u uslovima institucionalne deprivacije na uzrastu ispod šest meseci, otvorilo se pitanja mogućeg senzitivnog perioda tokom koga se razvija selektivna afektivna vezanost (Dozier & Rutter, 2008), te se pretpostavlja da ukoliko dete u okviru tog perioda nema priliku da usmeri ponašanja afektivne vezanosti prema specifičnoj osobi, njegove interpersonalne teškoće mogu da perzistiraju bez obzira što mu je u alternativnoj porodici obezbeđena adekvatna nega. Kada su u pitanju deca na hraniteljstvu, takođe je utvrđeno da starija deca od godinu dana u vreme smeštaja, tokom dužeg vremena nisu uspela da uspostave stabilne obrasce vezanosti sa novim odgajateljima, što predstavlja rizičnu okolnost jer i u novom porodičnom okruženju njihove potrebe mogu biti zanemarivane (Stovall-McClough & Dozier, 2004), sa daljim negativnim posledicama na socio-emocionalni razvoj i

mentalno zdravlje. Isto tako, posmatrano iz perspektive teorije afektivne vezanosti, deca koja su duže izložena nepovoljnom iskustvu u biološkoj porodici, odnosno starijeg su uzrasta prilikom ulaska u zaštitu, imaju stabilnije obrasce maladaptivnog funkcionisanja u bliskim relacijama (na pr. kontrolišuće strategije) i već formirane (negativne) “mentalne reprezentacije” sebi i drugih, koje su otpornije na promenu, te mogu dugo opstajavati i u okolnostima bitno promenjenog kvaliteta brige, remeteći njihovo prilagođavanje i utičući na intenziviranje emocionalnih smetnji i smetnji na nivou ponašanja.

Drugi pretpostavljeni činilac iz domena nepovoljnog iskustva, imenovan kao kumulativni rizik koji prethodi hraniteljskom smeštaju, takođe ostvaruje direktne i samostalne efekte na mentalno zdravlje dece iz uzorka. U skladu sa pretpostavljenim, utvrđena je pravilnost da ukoliko dete u svom iskustvu ima veći broj nepovoljnih okolnosti, može se očekivati da će njegovo mentalno zdravlje u većem stepenu biti narušeno. Pravilnost se odnosi na skor ukupnih problema na obe mere funkcionalnosti i internalizujuće smetnje. Kada su u pitanju problemi iz spektra eksternalizacija (agresivnost i kršenje pravila) ispostavilo se da kumulativni rizik samostalno ne doprinosi predikciji, ali značajno korelira sa njima. Dobijeni podaci potvrđuju hipotezu o kumulativnom delovanju riziko faktora, koja u skladu sa ekološkom perspektivom (Bronfenbrenner & Morris, 1989), naglašava važnost sagledavanja uticaja različitih sistema kojima dete pripada, individualnih, relacionih ili sredinskih na njegovo prilagođavanje i funkcionisanje. Pojedina istraživanja su dala potvrdu da riziko faktori deluju na kumulativan način, te da što više nepovoljnih okolnosti dete iskusi, problemi u njegovom ponašanju i emocionalnom reagovanju su izraženiji (Atzaba-Poria, Pike & Deater-Deckard, 2004), kao što je u većoj meri ugrožen njegov celokupan razvoj (Walker et al., 2007). Istraživanja su isto tako izvestila da su širi indikatori (dužina izloženosti i broj nepovoljnih okolnosti) snažniji prediktor izraženosti problema mentalnog zdravlja u odnosu na specifični, poseban tip neadekvatne brige (Rutter, 1999; Tarren-Sweeney, 2008a). Kada je u pitanju nalaz da kumulativni rizik pre smeštaja predstavlja značajan činilac internalizovanih, ali ne i eksternalizovanih problema, može se reći da on takođe predstavlja potvrdu pojedinih istraživačkih zaključaka da riziko faktori različitih nivoa u okviru ekološkog modela, na različit način predviđaju vrstu ispoljenih problema. Dok su eksternalizujućii problemi (agresivnost i delikventno ponašanje) u direktnoj vezi sa kvalitetom interakcije roditelj-dete, smetnje iz spektra

internalizujućih (depresivnost, anksioznost, somatske žalbe) su se pokazale više pod uticajem individualnih karakteristika deteta (Atzaba-Poria et al., 2004), a varijabla kumulativnog rizika pre smeštaja u ovom istraživanju upravo u dobroj meri obuhvata individualne vulnerabilnosti (prevremeno rođenje, prenatalna izloženost psihoaktivnim supstancama, pozitivna psihijatrijska porodična anamneza).

Nestabilnost smeštaja, suprotno očekivanom, se nije pokazala kao značajan činioc problema mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu u ovom istraživanju, mada ostvaruje značajne korelacije sa ukupnim skorom na ACC-u, nekoliko kliničkih skala (neuzajamnost u relacijama, anksioznost/nepoverenje i samopovređivanje, problemi pažnje, kršenje pravila), sugerišući da decu koja su imala veći broj promena odgajatelja ili porodica, karakterišu izraženiji problemi koje navedene skale opisuju. U oblasti hraniteljstva stabilnost nasuprot nestabilnosti smeštaja je jedna od istraživanijih tema i brojni su dokazi da česte promene odgajatelja imaju negativan uticaj na detetovu dobrobit i mentalno zdravlje (Newton, Litrownik & Landsverk, 2000; Rubin et al., 2007; Lewis et al., 2007; Stott, 2012), upravo zbog nemogućnosti da dete uspostavi stabilne veze sa odraslima u ulozi odgajatelja i koristi ih resurs za svoj oporavak i razvoj. Veza između nestabilnosti smeštaja i problema u ponašanju je po svoj prilici dvosmerna, jer se isto tako pokazalo da problemi mentalnog zdravlja, posebno eksternalizujući, predstavljaju značajan prediktor slabljenja motivacije hranitelja za brigu o detetu i prekida porodičnog smeštaja. Odsustvo značaja nestabilnosti smeštaja kao činioca mentalnog zdravlja u ovom istraživanju može se sagledati kao posledica malog varijabiliteta u broju smeštaja kod dece iz uzorka. Kao što je već napomenuto, preko 80% dece je u boravilo u dve porodice: biološkoj i aktuelnoj hraniteljskoj. Određeni broj štićenika Centra za socijalni rad Grada Novog Sada je prilikom tranzicije iz jedne porodice u drugu, kratkotrajno bio na smeštaju u prihvatilištu, međutim, čini se da takav vid institucionalizacije ne ostvaruje dugoročnije negativne efekte na dečiju funkcionalnost.

Analiza rezultata vezana za ulogu kvaliteta staranja kao činioca mentalnog zdravlja dece

Razmatranje uloge kvaliteta staranja od strane hranitelja na mentalno zdravlje dece na smeštaju je primarni predmet ovog istraživanja. Polazeći od specifičnosti hraniteljstva kao vida alternativnog staranja o deci, pretpostavljeno je da emocionalna investiranoost i motivisanost odgajatelja da uspostavi emotivno blizak, trajan i stabilan odnos sa detetom, kao odlike kvaliteta brige, imaju poseban značaj za dijade koje nisu biološki vezane (Bernard & Dozier, 2011). Dok se kod bioloških intaktnih dijada očekuje mala varijabilnost u posvećenosti, sem u devijantnim okolnostima, ona se kod hraniteljstva kao oblika zaštite koga karakteriše uspostavljanje privremene relacije sa detetom i u čijoj osnovi stoji različita motivacija, ne podrazumeva. Upravo stoga, imati posvećenog hranitelja sa spremnošću da dete prihvati kao svoje, „psihološki ga usvoji” i investira svoje emocionalne i fizičke resurse u podsticaju njegovog rasta i razvoja, smatra se okolnošću koja je od posebnog interesa za dete (Lindhiem & Dozier, 2007).

Po saznanjima autorke istraživanja predstavljenog ovim radom hipoteza o značaju kvaliteta staranja od strane hranitelja, definisanog preko dimenzija prihvatanja, posvećenosti i svesnosti o uticaju, za mentalno zdravlje dece na smeštaju, do sada nije na empirijski način proveravana. Istraživači koji “oživljavaju” interes za koncept posvećenosti i uvode ga u oblast hraniteljstva, u svojim razmatranjima se oslanjaju na teoriju afektivne vezanosti i Bowlby-jeve rane kvalitativne studije koje su opisale devastirajući efekat odsustva posvećenog odraslog u životu deteta na njegov socio-emocionalni razvoj (Dozier et.al, 2007). Naglašavajući da ovaj aspekt roditeljskog sistema pružanja brige ima evolucionu značaj i doprinosi preživljavanju malog deteta tako što motiviše roditelja da pruži zaštitu u situacijama opasnosti, smatra se da njegovo odsustvo iz perspektive deteta predstavlja zastrašujuće (traumatsko) iskustvo, sa dugoročnim negativnim razvojnim posledicama. (*ibid.*). Međutim, zanemarljiv broj istraživanja je do sada bio usmeren na empirijsku proveru hipoteze o značaju posvećenosti za razvoj dece na hraniteljstvu (Ackerman & Dozier, 2005). Interesovanje je prvenstveno bilo usmereno na utvrđivanje činilaca koji vode razlikama u stepenu u kome se hranitelji emocionalno investiraju u odnos sa detetom na smeštaju (Dozier & Lindhiem, 2006). Problemi mentalnog zdravlja dece su, prema tome, razmatrani kao izazovi za hranitelje sa potencijalom da doprinesu nižem nivou posvećenosti, odnosno

distanci koja se uspostavlja prema detetu i umanjenoj sposobnosti razumevanja njegovih potreba (Lindhiem & Dozier, 2007).

Rezultati dobijeni u ovom istraživanju u celini govore u prilog pretpostavci da kvalitet staranja o deci od strane hranitelja predstavlja važan činilac njihovog aktuelnog psihosocijalnog funkcionisanja u porodici, te da se efekat može opisati kao protektivan jer doprinosi da problemi mentalnog zdravlja budu manje izraženi. Rezultati takođe upućuju da ispitivane dimenzije kvaliteta staranja (prihvatanje, posvećenost i svesnost o uticaju) nemaju podjednak značaj za dečiju funkcionalnost, niti u odnosu na različite vrste emocionalnih, bihevioralnih i socijalnih teškoća.

Dimenzije *prihvatanja* i *posvećenosti* detetu na smeštaju su se izdvojile kao relevantniji aspekt hraniteljske brige, u odnosu na dimenziju *svesnosti o uticaju*. One ostvaruju značajne korelacije sa gotovo svim procenjivanim merama funkcionalnosti dece (ukupnim skorom, pojedinačnim kliničkim skalama i skalama samopoštovanja), a prepoznati su i njihovi direktni i samostalni efekti u predikciji izraženosti problema mentalnog zdravlja, dosledno potvrđujući pravilnost da deca o kojoj brinu hraniteljice kod kojih je procenjen viši nivo prihvatanja i posvećenosti, ispoljavaju manje teškoća na planu emocija, ponašanja i odnosa sa drugim ljudima. Kao što je ranije napomenuto, procenjivani nivoi dimenzija prihvatanja i posvećenosti su se u ovom istraživanju pokazali kao prilično usklađeni (visoki koeficijenti međusobne povezanosti, gotovo isti korelati i variranja sa varijablama iz domena karakteristika i funkcionalnosti deteta, hranitelja i smeštaja). Pa tako, visoko posvećene hraniteljice iz uzorka karakteriše i visoko prihvatanje deteta na smeštaju, kao što i nisko posvećene, distancirane hraniteljice odlikuje odbacivanje detetovih potreba. Kada je u pitanju treća dimenzija kvaliteta staranja, svesnost o uticaju na razvoj deteta, pokazalo se da visoka svesnost nije nužno obeležje visoko posvećenih i prihvatajućih hraniteljica. To znači da hraniteljice koje su visoko emocionalno investirane u odnos sa detetom, na kognitivnom planu ne moraju da poseduju znanja, niti razumevanje efekata takvog odnosa na detetov socio-emocionalni razvoj. Može se reći da dimenzije prihvatanja i posvećenosti dominantno oslikavaju emocionalni aspekt kvaliteta brige o detetu, duž kontinuuma na čijem se jednom kraju nalaze hraniteljice koje su emotivno vezane za dete; doživljavaju ga kao svoje i uživaju u staranju o njemu; dosledno ispoljavaju pozitivna osećanja, razmišljanja i ponašanja prema detetu; sposobne su da ga sagledaju kao posebnu individuu, sa sopstvenim željama, potrebama, htenjima i da uprkos detetovim teškoćama (pa i “problematičnim” ponašanjima) zadrže pozitivnu sliku o njegovoj

ličnosti i snagama. Na suprotnom polu se nalaze hraniteljice za koje se može reći da o detetu brinu na površan način, bez dubljeg emocionalnog investiranja i vezivanja; dete se ne opaža kao član porodice u punom smislu, ravnopravnog statusa i tretmana; pri tome je prilikom staranja uočljivo prisustvo negativnog emotivnog tona, kritikovanje i okrivljavanje deteta. Hraniteljice niskog nivoa prihvatanja i posvećenosti istovremeno imaju problem da naprave balans u sagledavanju detetovih snaga i poteškoća, primarno su fokusirane na njegove probleme koji kod njih često izazivaju doživljaj frustriranosti, ljutnje i ozlojeđenosti, a zatim su sklone odbacivanju detetovih potreba. Prema rezultatima dobijenim u ovom istraživanju, upravo opisane razlike u nivou prihvatanja i posvećenosti, kao emocionalnim aspektima kvaliteta hraniteljske brige, u skladu sa očekivanim doprinose razlikama u stepenu funkcionalnosti dece na smeštaju.

U hipotetskim modelima staranja o deci na hraniteljstvu (Schofield & Beek, 2005a, 2005b; Golding, 2008; Golding & Hughes, 2012), utemeljenim na saznanjima koja integrišu teoriju afektivne vezanosti i teoriju rezilijentnosti, *prihvatanje* deteta na smeštaju je jedna od ključnih dimenzija roditeljstva. Smatra se da prihvatanje, u sadejstvu sa drugim međusobno povezanim dimenzijama (senzitivnost, dostupnost, kooperacija, podešenost, zaigranost, radoznalost, empatija i dr.) doprinosi jačanju doživljaja sigurnosti i poverenja deteta u odgajatelja i bliske relacije, a zatim i jačanju kapaciteta da se odgajatelj koristi kao sigurna baza za istraživanje i razvoj (Ainsworth, 2015). Iz perspektive teorije afektivne vezanosti opisani su i mehanizmi kojima kvalitet staranja, u terminima senzitivnosti, dostupnosti, prihvatanja i kooperativnosti grade ključne aspekte rezilijentnosti deteta na pojavu problema mentalnog zdravlja. Naime, detetov pozitivan doživljaj sebe, drugih ljudi i bliskih relacija, kapacitet za samoregulaciju emocija i ponašanja i reflektivnu funkciju, kao i neurokognitivni kapaciteti, razvijaju se od najranijeg uzrasta unutar dijadnog odnosa odgajatelj-dete, tačnije unutar sistema afektivne vezanosti kada odgajatelj pruža podršku detetu da istraži i prevlada neprijatna emocionalna stanja u stresnim i novim situacijama i tako razvije funkcionalne strategije za nošenje sa stresom. Senzitivni roditelj to čini tako što na detetove signale distresa obezbeđuje zaštitu i utehu, koregulaciju emocija i ponašanja, refleksiju i integraciju njegovih unutrašnjih doživljaja (Schore, 2001a; Powell, Cooper, Hoffman & Marvin, 2014). Za decu na hraniteljstvu, čiji su adaptivni kapaciteti kompromitovani nisko senzitivnom ili traumatskom brigom, postulirani modeli roditeljstva imaju za cilj da revidiraju detetova iskustva u vezi stabilnosti, dostupnosti i responsivnosti odgajatelja, njegove spremnosti da bude resurs podrške za istraživanje, učenje i

savladavanje razvojnih zadataka. U tom smislu, rezultati ovog istraživanja daju potvrdu da prihvatanje kao dimenziju kvaliteta staranja o detetu, koja obuhvata sposobnost hranitelja da celovito sagleda detetovu ličnost, sa snagama i poteškoćama, integriše i razreši konfliktna osećanja u vezi deteta (Ainsworth, 2015), zauzme detetovu perspektivu i iz te empatske pozicije promišlja o njegovom ponašanju i emocijama (Hughes, 1999), predstavlja važan aspekt odnosa hranitelja prema detetu i podstiče funkcionalnost u domenu emocionalnog reagovanja, ponašanja i socijalnih relacija, kao i razvoj pozitivne slike o sebi i samopoštovanja.

Utvrđeni značaj dimenzije *posvećenosti* u ovom istraživanju, kao protektivnog činioca, govori u prilog pretpostavci da je za funkcionalnost i dobrobit dece na hraniteljstvu od neprocenjive važnosti da imaju posvećenog odgajatelja koji je spreman da uspostavi emocionalno blizak, stabilan i trajan odnos, bez obzira na planiranu, formalnu dužinu smeštaja. Smatra se da ovaj aspekt kvaliteta hraniteljskog odnosa prema detetu služi kao snažan motivacioni faktor za obezbeđivanje senzitivne brige i da utiče na kvalitetniju interakciju hranitelja i deteta, koju karakteriše više pružene podrške i pozitivne emocionalne razmene prilikom istraživanja i rešavanja problema (Bernard & Dozier, 2011). Samim tim, posvećenost doprinosi da se dete na smeštaju, sa prethodnim iskustvom neadekvatne roditeljske brige, oseti željenim, podržanim i vrednim tuđe ljubavi i zaštite. Kada se posvećenost razmatra u kontekstu teorijskih modela senzitivnog roditeljstva, može se reći da je konceptualno bliska upravo dimenzijama koje se specifično odnose na hraniteljsku ulogu a smatraju se važnim za rezilijentnost dece na smeštaju. Reč je o dimenzijama koje su imenovane kao *podsticanje porodičnog članstva* (Schofield & Beek, 2005b) i *kreiranje doživljaja pripadanja hraniteljskoj porodici* (Golding, 2008). Takođe i u oblasti praktičnog rada, prihvatanje deteta na smeštaju kao punopravnog člana porodice i negovanje doživljaja da tu pripada, smatra se odlikom uspešnog hraniteljstva, pa je i zakonski definisani standard ove usluge. Istraživanja su pokazala da nemaju sva deca na smeštaju podjednak doživljaj pripadanja hraniteljskoj porodici, što je uslovljeno sa više faktora, među kojima je i posvećenost hranitelja, kao i način na koji se hranitelj svakodnevno postavlja prema detetu (Biehal, 2014). Ali ona deca koja su se u hraniteljskoj porodici osetila kao dobrodošla i integrisala se u porodični sistem, dajući svoj doprinos identitetu celokupne porodice, navode da je takva vrsta porodičnog iskustva oblikovala njihov doživljaj stabilnosti i poverenja u svet koji ih okružuje (Gardner, 2004). Za decu na hraniteljstvu, građenje porodičnog identiteta i doživljaja pripadnosti porodici je kompleksan razvojni zadatak,

ne samo zbog okolnosti da su istovremeno usmereni na dve porodice, biološku i hraniteljsku, već i zbog prethodnih (često nepovoljnih) i aktuelnih (često izazovnih) porodičnih iskustava koja oblikuju njihova uverenja i značenja koja se porodičnim vezama generalno pripisuju. Da li su te veze nešto što je privremeno ili trajno, krhko ili neraskidivo, ugrožavajuće ili umirujuće, zasnovano na “krvnom” srodstvu ili ne? Zbog toga senzitivan odgovor hranitelja, pored podsticanja porodičnog članstva ili kako Dozier i saradnici (1998) definišu “psihološkog usvojenja”, podrazumeva i razumevanje ovih kompleksnih potreba, podršku u osmišljavanju i integraciji porodičnog iskustva, te kreiranje sigurnog okruženja u kome će dete moći da izrazi svoja osećanja u vezi biološke porodice i razreši konflikt lojalnosti.

Dimenzija *svesnosti o uticaju* hranitelja da uspostavljen odnos sa detetom utiče na njegov socio-emocionalni razvoj i na građenje svih drugih bliskih odnosa tokom života, se prema rezultatima dobijenim u ovom istraživanju nije ispoljila kao važan činilac aktuelnog funkcionisanja dece u hraniteljskoj porodici. Ovaj dominantno kognitivni aspekt kvaliteta brige od strane hranitelja, izuzev anksiozno-depresivnih teškoća, ne korelira ni sa jednom drugom merom mentalnog zdravlja (ukupnim skorovima, pojedinačnim kliničkim simptomima i sindromima, samopoštovanjem). Sa druge strane, u modelima predikcije izraženosti emocionalnih i bihevioralnih teškoća, svesnost o uticaju je pokazala značajnost na neočekivan način. Naime, dobijeni podaci sugerišu da hraniteljice za koje je procenjeno da bolje razumeju koliko je kvalitet odnosa sa detetom važan za njegov razvoj i koje karakteriše fokus upravo na socio-emocionalne potrebe deteta i podsticanje doživljaja sigurnosti, brinu o deci sa više izraženim problemima koje operacionalizuje instrument CBCL, posebno eksternalizujućeg tipa, odnosno sa sklonošću ka agresivnom i delikventnom ponašanju. Ovakav smer povezanosti je u suprotnosti sa protektivnim efektima koje su na eksternalizujuće probleme ispoljile dimenzije prihvatanja i posvećenosti. Dobijena pozitivna veza, umesto tumačenja svesnosti o uticaju kao riziko faktora koji doprinosi izraženosti problema mentalnog zdravlja, može se sagledati i na drugi način. Poznato je da eksternalizujuće smetnje, a posebno ispoljavanje agresivnog ponašanja predstavlja poseban izazov za hranitelje, koji može zbog povećanog stresa i doživljaja nekompetentnosti da takvim ponašanjem upravljaju, voditi i slabljenju njihove motivacije za brigu o detetu. Sami tim i istraživanja eksternalizujuće smetnje izdvajaju kao najznačajniji prediktor nestabilnosti porodičnog smeštaja (Newton et al., 2000; Barber et al., 2001; Chamberlain et al., 2006), naglašavajući važnost dodatnog rada sa

hraniteljima (putem češćih kućnih poseta, savetovanja ili treninga). Bolje poznavanje i razumevanje razvoja deteta i uloge odraslog u tom procesu, kao i veća svesnost o kvalitetu i značaju odnosa koji je uspostavljen, kod hraniteljica iz uzorka koje brinu o deci sa izraženim agresivnim ponašanjem, može upravo biti odraz intenzivnijeg rada sa njima, kao načina da se prevenira prekid porodičnog smeštaja. Isto tako, već prilikom planiranja smeštaja za dete čije se ponašanje procenjuje kao posebno izazovno, odnosno u procesu “uparivanja”, stručni radnici se mogu odlučiti za hraniteljice za koje procenjuju da imaju više znanja u vezi navedene tematike. Pored navedenog, moguće je pretpostaviti i da problemi eksternalizujućeg tipa, koji su jasno vidljivi, za razliku od suptilnijih internalizujućih, mogu intenzivnije iskustveno da doprinesu saznavanju i razumevanju hranitelja o vezi kvaliteta odnosa sa detetom i detetovog razvoja. U svakom slučaju, za rasvetljavanje veze između dimenzije svesnosti o uticaju hranitelja i detetovog aktuelnog psihosocijalnog funkcionisanja u hraniteljskoj porodici su potrebna dalja istraživanja.

Pored podatka da dimenzija svesnosti o uticaju ne ostvaruje očekivane pozitivne efekte na funkcionalnost dece na smeštaju, pokazalo se da hraniteljice iz uzorka generalno karakterišu niži skorovi na ovoj dimenziji (u odnosu na prihvatanje i posvećenost, ali i teorijski proseki). To sa jedne strane upućuje na zaključak da im znanja i način razmišljanja o dečijem socio-emocionalnom razvoju iz perspektive koju nudi teorija afektivne vezanosti nisu posebno bliska (što je u vezi sa formalnim edukativnim programima pripreme i obuke), a sa druge strane otvara pitanje u kojoj meri ih odsustvo takve perspektive na sazajnom nivou istovremeno ograničava da prepoznaju autentične potrebe deteta (koje mogu biti maskirane zbog separacije i nepovoljnih iskustava), a zatim i obezbede porodično okruženje dovoljno osetljivo i responzivno da podstakne detetov razvoj. Manjak specifičnih znanja i veština o senzitivnom staranju o deci u sistemu socijalne zaštite čini da se građenje odnosa sa detetom “prepusti” isključivo motivaciji i spontanem emocionalnim procesima dece i hranitelja, što može biti izazov iz mnogo razloga (privremenosti odnosa, različitog iskustva, diskontinuiteta) i nosi rizik da dete ostane uskraćeno za mogućnost da mu hraniteljstvo ponudi kompenzatorno iskustvo povezanosti sa odraslima u ulozi odgajatelja. Očekivano je i na neki način i prirodno da se hranitelji sa lakoćom emocionalno investiraju u odnos sa jednim detetom, dok im je uspostavljanje emotivnih veza sa nekim drugim detetom daleko problematičnije. Zbog toga, čini se važnim da emocionalni aspekti kvaliteta brige (prihvatanje i posvećenost), budu podržani sticanjem

specifičnih znanja i veština brige o vulnerabilnoj deci, odnosno većoj svesnosti o uticaju kvaliteta uspostavljenog odnosa na detetov razvoj, posebno za onu decu kod koje su prisutne poteškoće afektivne vezanosti. Profesionalizacija uloge hranitelja, koja treba da obezbedi visok kvalitet u okolnostima kratkoročne brige o deci, podrazumeva sistemski rad na jačanju ove dimenzije staranja, na način kako to ističe David Quinton (2004) da hranitelj i u okolnostima kada nije sposoban da dete na smeštaju u punom smislu “doživi kao sopstveno”, bude visoko posvećen detetovoj dobrobiti, da razume njegove potrebe i ima razvijene veštine da na njih odgovori. Budući da su tri dimenzije kvaliteta staranja ispitivane u ovom istraživanju međusobno neraskidivo povezane, jačanje znanja i veština staranja o deci u sistemu socijalne zaštite (svesnosti o uticaju), istovremeno doprinosi da hranitelj bude sposobniji da na empatski način doživi detetovo iskustvo, zauzme njegovu perspektivu, napravi “otklon” prema problematičnim, izazovnim ponašanjima i iz te pozicije više uživa u staranju o detetu (bude više prihvatajući), kao što pospešuje i procese emotivnog vezivanja sa detetom, doživljaja usklađenosti i pripadnosti porodici (pospešuje posvećenost). Na ovaj način, sistem hraniteljstva može u većoj meri da očuva svoje resurse i zaštiti hraniteljske porodice od sagorevanja i emocionalnog iscrpljivanja.

Rezultati dobijeni ovim istraživanjem, takođe, pokazuju da su dimenzije prihvatanja i posvećenosti značajniji činilac mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu, u odnosu na sve druge karakteristike, koje se tiču deteta (uzrast pri smeštaju) ili hraniteljskog smeštaja (tip smeštaja, stalnost smeštaja, dužina smeštaja, broj dece na smeštaju), a za koje se pokazalo da su u vezi sa razlikama u izraženosti emocionalnih i bihevioralnih problema dece. Time se nameće zaključak da posvećenost i prihvatanje predstavljaju ključni aspekt hraniteljske zaštite o kome je potrebno voditi računa. Ukoliko dete ima priliku da iskusi odnos u kome je odgajatelj emocionalno topao, posvećen, empatski razume njegovo iskustvo i potrebe, poštuje detetovu individualnost, deli pozitivnu emocionalnost i veruje u detetove snage, dete će ispoljavati manje problema na planu emocija i ponašanja, i tada je manje važno na kom uzrastu je smešteno u porodicu, da li o njemu brinu srodnici ili ne i koliko dugo, te kakva je perspektiva trajnosti njihovih odnosa. Međutim, navedene odlike deteta i hraniteljskog smeštaja, mada ne ostvaruju direktne i samostalne efekte na funkcionalnost dece, prave značajne razlike u stepenu u kome će hranitelj biti emocionalno investiran u odnos sa detetom. Prepoznato je da izazovi za prihvatanje i posvećenost hranitelja postoje ukoliko su deca smeštena na starijem uzrastu i ukoliko ih je više u porodici (za

prihvatanje), te kada su u pitanju nesrodnički hranitelji koji percipiraju da će dete u ograničenom vremenskom periodu boraviti u njihovoj porodici i da je separacija neminovna. Dobijeni rezultati na taj način osvetljavaju značaj jačanja senzitivnosti za brigu o starijoj deci, kao i vođenja računa o resursima i emocionalnim procesima samih hranitelja, a sve u cilju da deca na smeštaju dobiju kvalitet brige koji je podsticajan za njihov razvoj, odnosno protektivan za njihovo mentalno zdravlje.

S obzirom da kvalitetna usluga porodičnog smeštaja podrazumeva ne samo zaštitu kroz obezbeđivanje alternativne roditeljske brige u situacijama kada je ostanak deteta u biološkoj porodici ugrožavajući, već i priliku da novo porodično okruženje “terapeutski” deluje na dete u pravcu razrešenja razvojnih zastoja i problema mentalnog zdravlja, kao poseban cilj istraživanja predstavljenog ovim radom je bio da proveri hipotezu o mogućnosti da kvalitet staranja od strane hranitelja, definisan kroz koncepte prihvatanja, posvećenosti i svesnosti o uticaju, pruži detetu na smeštaju kompenzatorno iskustvo, odnosno ublaži efekte rane nepovoljne roditeljske brige na njegovo emocionalno i socijalno funkcionisanje. U tu svrhu je testiran model prediktora sastavljen od varijabli iz domena nepovoljnih iskustva koja su prethodila smeštaju u hraniteljsku porodicu i dimenzija kvaliteta staranja od strane hranitelja, kao i njihovih interakcija. Dobijeni rezultati su pokazali da model prediktora objašnjava dobar deo variranja kriterijumske varijable, 44% kada su posmatrane razlike u izraženosti problema mentalnog zdravlja procenjenih CBCL-om, odnosno 50% kada su procenjivani uz pomoć ACC-a. Pri tome, utvrđeno je da su aktuelne teškoće dece determinisane interaktivnim delovanjem varijabli iz oba seta, kako to predviđaju modeli razvojne psihopatologije (Pearce & Pezzot-Pearce, 2001; Rutter, 2000). Pa tako, može se očekivati da će deca koja su imala rizičnije iskustvo u biološkoj porodici, a zatim su smešena u hraniteljske porodice u okviru kojih hranitelji pružaju brigu niskog kvaliteta (na emocionalno površan i distanciran način), imati značajno više problema mentalnog zdravlja, na planu ponašanja, emocionalnog reagovanja i socijalnih odnosa. Podaci dobijeni u ovom istraživanju dodatno rasvetljavaju efekat interakcije riziko faktora pre smeštaja (operacionalizovanog kroz kumulaciju više nepovoljnih razvojnih okolnosti) i dimenzija prihvatanja i posvećenosti, na izraženost problema afektivne vezanosti i drugih smetnji koje se smatraju karakterističnim za decu u socijalnoj zaštiti, a procenjivane su uz pomoć ACC-a. Rezultati pokazuju da detetovo iskustvo posvećenog hranitelja sa kojim gradi emocionalno blizak, stabilan i pozitivan odnos, ima moć da menja (ublaži) efekte rizičnog iskustva u biološkoj porodici, na način da dete ispoljava

manje stresa, nesigurnosti i nepoverenja u bliskim relacijama, kao i da razvija pozitivniju sliku o sebi i svojim sposobnostima. Specifično, podaci rasvetljavaju značaj kvaliteta staranja (prihvatanja i posvećenosti) za onu decu na hraniteljstvu koja su najvulnerabilnija, čije je iskustvo pre smeštaja u hraniteljsku porodicu bilo visoko rizično i koja zbog toga manifestuju najviše problema na planu socio-emocionalnog razvoja. U oblasti hraniteljstva se često o njima govori kao o deci kojoj je potrebna intenzivna i dodatna podrška. Mada se odsustvo kvalitetog staranja od strane hranitelja može tretirati kao univerzalni faktor rizika za dobrobit sve dece, ispostavilo se da su na razlike u nivou posvećenosti i prihvatanja najosetljivija deca koja su iskusila veći broj nepovoljnih razvojnih okolnosti. Pa tako, deca visoko rizičnog iskustva pre smeštaja u hraniteljsku porodicu, postaju znatno vulnerabilnija u okolnostima niskog kvaliteta brige nakon smeštaja (u poređenju sa decom niskog i umerenog rizika pre smeštaja), kao što i iskustvo visokog kvaliteta brige, preciznije iskustvo visoko posvećenog i emocionalno bliskog hranitelja kod ove dece ostvaruje najintenzivniji protektivni i kompenzatorni efekat. Protektivni efekat je saglediv po pitanju podsticanja razvoja kapaciteta za građenje funkcionalnih i bliskih relacija sa drugim ljudima, adaptivnih strategija za prevladavanje stresa i regulisanje emocionalnih stanja i ponašanja, kao i razvoja pozitivne slike o sebi i samopouzdanja. Prema tome, rezultati dobijeni ovim istraživanjem prihvatanje i posvećenosti hranitelja pozicioniraju kao komponentu kvaliteta staranja bez koje napredak dece koja zahtevaju dodatnu i intenzivnu podršku, ne samo da nije moguće postići, već i čije su posledice po mentalno zdravlje krajnje devastirajuće u okolnostima njihovog nižeg kvaliteta.

Poslednjih godina se u zemljama sa razvijenom praksom hraniteljstva sve veća pažnja obraća na decu sa izraženijim smetnjama mentalnog zdravlja i problemima afektivne vezanosti, koja zahtevaju posebno tzv. "terapeutsko" hraniteljsko porodično okruženje (Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce & Pears, 2006; Golding, 2003; Steward & O`Day, 2000). Biti senzitivniji odgajatelj ovoj, najvulnerabilnijoj grupi dece podrazumeva više od senzitivnosti odgajatelja kako se ona poima u biološkim dijadama (Tyrrell & Dozier, 1999). Postoji zahtev za izgrađivanje specifičnih znanja i veština, ali i intenzivnu podršku stručnjaka. Terapeutski efekat senzitivnog hranitelja se ostvaruje kroz razumevanje detetovih nesigurnih i dezorganizovanih strategija uspostavljanja odnosa sa drugim ljudima i veštinu da se "odupre" da reaguje na način kako dete, na osnovu svojih prethodnih iskustava sa odgajateljima očekuje, da su i hranitelji, poput bioloških roditelja, nepouzdana, nedosledni, nepristupačni. Samim tim, hranitelju je

potrebna podrška, da u okolnostima kada dete “odigrava” naučene načine ponašanja sa biološkim roditeljima, ponudi detetu iskustvo drugačije povezanosti sa odraslima. Intervencije i programi koji su zasnovani na teoriji afektivne vezanosti, a namenjeni su jačanja senzitivnosti hranitelja za brigu o deci sa teškoćama mentalnog zdravlja, kao ključni agens promene detetovih (negativnih) unutrašnjih radnih modela bliskih relacija navode uspostavljanje odnosa hranitelj-dete u okviru koga će dete dosledno saznavati da je voljeno, kompetentno i efikasno biće, vredno njihove podrške i zaštite. Negovanje takvog pristupa nije moguće bez hranitelja koji su u prvom redu motivisani i sposobni da se posvete odnosu sa detetom i njegovoj dobrobiti, a zatim i u prilici da stiču dodatna znanja i veštine koji su deo profesionalizacije njihove hraniteljske uloge. U našoj zemlji terapeutsko hraniteljstvo nije uspostavljeno, pa se deca koja imaju poteškoće mentalnog zdravlja zbrinjavaju u okviru standardnih hraniteljskih porodica ili se u odsustvu motivisanih i kompetentnih porodica realizuje njihov smeštaj u ustanove socijalne zaštite. To potencijalno može voditi problemima, jer ni jedno okruženje ne mora biti u potpunosti osposobljeno da osigura brigu koja je u toj meri senzitivna da ostvari terapeutski efekat. Specifični programi koji su namenjeni podršci hraniteljima nakon zasnovanog hraniteljstva (tzv. post-services) su, sa druge strane, malobrojni i ne primenjuju se sistematski poput onih za pripremu kandidata za bavljenje hraniteljstvom (tzv. pre-services). To čini da u našoj zemlji deca sa teškoćama afektivne vezanosti i drugim problemima mentalnog zdravlja i njihovi hranitelji, u dobroj meri budu prepušteni “spontanim” procesima uspostavljanja emocionalnog odnosa, tome kako će konkretna dijada da “klikne”, bez da je ovaj proces vezivanja planski podržan intervencijama temeljenim na saznanjima koje nudi teorija afektivne vezanosti. Upravo stoga, nadamo se da će i rezultati istraživanja predstavljeni ovim radom dati podsticaj i služiti kao koristan vodič za dalje unapređenje usluge porodičnog smeštaja i poboljšanje kvaliteta brige o deci bez adekvatnog roditeljskog staranja.

ZAVRŠNA RAZMATRANJA

Istraživanje predstavljeno ovim radom imalo je za cilj da opiše mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu ranog školskog uzrasta i da sagleda kakvu ulogu u aktuelnom stepenu njihovog psihosocijalnog funkcionisanja ima kvalitet brige koji im je pružen u hraniteljskoj porodici. Formulirana istraživačka pitanja su se ticala:

- ključnih aspekata kvaliteta brige koji promoviraju mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu;
- značaja kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja, kao činioca funkcionalnosti, u odnosu na činioce koji prethode smeštaju i spadaju u domen detetovih rizičnih iskustava, kao i u odnosu na druge karakteristike aktuelnog hraniteljskog smeštaja, a zatim i
- mogućnosti da kvalitet staranja u hraniteljskoj porodici menja efekte ranih nepovoljnih okolnosti u biološkoj porodici na detetovu funkcionalnost i pruži detetu kompenzatorno iskustvo.

Kvalitet staranja o detetu je konceptualizovan iz okvira teorije afektivne vezanosti kao nivo emocionalne investiranosti i motivisanosti hranitelja da sa detetom uspostavi emotivno blizak, stabilan i trajan odnos, a procenjivan je kroz dimenzije *prihvatanja* deteta na smeštaju kao *svog*, *posvećenosti* u podsticanju njegovog rasta i razvoja bez emotivne “zadržke” i *svesnosti o uticaju* uspostavljenog odnosa sa detetom na detetov emocionalni i socijalni razvoj, aktuelno i u budućnosti.

Dobijeni rezultati su potvrdili direktne efekte dimenzija prihvatanja i posvećenosti od strane hranitelja na mentalno zdravlje dece, ali i pokazali na koji način kvalitet staranja moderira efekte koji riziko faktori pre smeštaju ostvaruju na dečiju funkcionalnost. Dobijeni podaci imaju veliki praktični značaj i istovremeno otvaraju nova istraživačka pitanja.

Najznačajniji rezultati istraživanja su sledeći:

- Deca na hraniteljstvu u našoj zemlji u poređenju sa vršnjacima koji odrastaju u biološkim porodicama, ispoljavaju značajno više problema mentalnog zdravlja;
- Mada je reč o heterogenoj grupaciji kada je u pitanju njihov mentalno zdravstveni status (od dece koju karakteriše odsustva bilo kakve smetnje do dece sa veoma izraženim problema), deskriptivni podaci pružaju uvid da “tipičan profil” emocionalnih, bihevioralnih i socijalnih teškoća opisuju problemi sa pažnjom, smetnje afektivne vezanosti u vidu nediskriminativnog, pseudozrelog i nesigurnog ponašanja u interpersonalnim relacijama, eksternalizujući problemi

- (agresivno ponašanje, kršenje pravila), abnormalni obrasci ishrane (čuvanje, skladištenje i krađa hrane) i samopovređivanje;
- Problemi mentalnog zdravlja su izraženiji kod dece koja su na starijem uzrastu smeštena u hraniteljske porodice, u njoj borave kraći vremenski period i čiji biološki roditelji prilikom kontakta sa njima ostvaruju negativnije interakcije (odbacivanje, ignorisanje, hostilnost);
 - Mentalno zdravlje dece je determinisano nepovoljnim razvojnim okolnostima koje prethode smeštaju (riziko faktor) ali i kvalitetom brige koja im je pružena u hraniteljskoj porodici (protektivni faktor);
 - Dimenzije *prihvatanja* i *posvećenosti* detetu na smeštaju su se izdvojile kao relevantniji aspekt hraniteljske brige, u odnosu na dimenziju *svesnosti o uticaju*. Prepoznati su njihovi direktni i samostalni efekti u predikciji izraženosti problema mentalnog zdravlja, dosledno potvrđujući pravilnost da deca o kojoj brinu hraniteljice kod kojih je procenjen viši nivo prihvatanja i posvećenosti, ispoljavaju manje teškoća na planu emocija, ponašanja i odnosa sa drugim ljudima;
 - Dimenzije prihvatanja i posvećenosti su značajniji činilac mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu, u odnosu na druge karakteristike hraniteljskog smeštaja (tip smeštaja, stalnost smeštaja, dužina smeštaja, broj dece na smeštaju);
 - Visok nivo prihvatanja i posvećenosti detetu od strane hranitelja ima potencijal da menja (ublaži) efekte rizičnog iskustva u biološkoj porodici, na način da dete ispoljava manje stresa, nesigurnosti i nepoverenja u bliskim relacijama, kao i da razvija pozitivniju sliku o sebi i svojim sposobnostima;
 - Prihvatanje i posvećenost od strane hranitelja su posebno značajne za decu na hraniteljstvu čije je iskustvo pre smeštaja u hraniteljsku porodicu bilo visoko rizično i koja zbog toga manifestuju najviše problema na planu socio-emocionalnog razvoja, čineći ih znatno vulnerabilnijim u okolnostima niskog kvaliteta brige, kao što i okolnosti visokog kvaliteta staranja u ovoj grupi dece ostvaruju najintezivniji protektivni i kompenzatorni efekat (u odnosu na decu niskog i umerenog rizika pre smeštaja).
 - Visok nivo kvaliteta brige nije podrazumevano svojstvo hraniteljica koje poseduju podobnost za bavljenje hraniteljstvom. Hraniteljice iz uzorka se među sobom razlikuju po procenjenom nivou prihvatanja, posvećenosti detetu i svesnosti uticaja svog odnosa sa detetom na detetov razvoj.

- Prepoznati su izazovi koji potencijalno mogu voditi ka nižem nivou emocionalne investiranosti hranitelja u odnos sa detetom. U pitanju su stariji uzrast deteta prilikom smeštaja, iskustvo brige o većem broju dece koja su napustila porodicu ili percepcija da će do separacije neminovno doći.

Rezultati istraživanja potkrepljuju ideje teorije afektivne vezanosti u oblasti hraniteljstva, jer ukazuju da je kvalitet relacije koji dete uspostavlja sa novim, zamenskim odgajateljima ključan za njegovu sposobnost da savlada sve izazove sa kojima se suočava, uspešno se prilagođava i učestvuje u uzrasno i socijalno očekivanim zadacima i ulogama.

Ograničenja istraživanja. Prvo ograničenje istraživanja je metodološke prirode i tiče se transferalnog nacrtu prikupljanja podataka o dijadama hraniteljica-dete, koje se nalaze u različitim fazama porodičnog smeštaja, neke u periodu uzajamnog prilagođavanja i uspostavljanja emocionalnih odnosa, dok su druge u relativno dugotrajnim i stabilnim odnosima. Zbog toga, istraživanje ne nudi uvid u proces, kako se gradi relacija hraniteljice i deteta i koji činioce tome doprinose, niti daje mogućnost da se isprate promene u izraženosti emocionalnih i bihejvioralnih problema tokom vremena u zavisnosti od kvaliteta uspostavljene relacije. Korišćenjem longitudinalnih istraživačkih nacrtu, koji bi u idealnim okolnostima obuhvatili procene mentalnog zdravlja od ulaska u hraniteljsku porodicu i tokom različitih vremenskih intervala, sa većom preciznošću bi se dobio uvid o uticaju kvaliteta hraniteljske brige na dobrobit dece na smeštaju, njihov napredak (ili pogoršanje mentalnog zdravlja) i odgovor na pitanje da li hraniteljstvo kao usluga socijalne zaštite, u kojim uslovima i na koju decu ostvaruje “terapijske” efekte. Drugi metodološki problem se tiče prigodnog karaktera uzorka dece na hraniteljstvu, što je uslovljeno načinom prikupljanja podataka putem intervjuu i obuhvatom dece iz centara za socijalni rad koji su bili spremni da ostvare potreban vid saradnje. Time je ograničena mogućnost da se dobijeni rezultati bezuslovno generalizuju i na decu iz drugih regiona u Srbiji ili na celokupnu populaciju dece na hraniteljstvu. Kontrolni uzorak dece koja odrastaju u biološkim porodicama je, takođe, prigodan, pa je u pitanju koliko je reprezentativan za opštu populaciju dece uzrasta od 5 do 11 godina. U tom smislu, većoj objektivnosti dobijenih podataka bi doprinela standardizacija instrumenata za procenu mentalnog zdravlja i njihovo korišćenje u budućim istraživanjima. Isto tako, objektivniji uvid u mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu bi mogao biti postignut prikupljanjem podataka iz više izvora (od

hraniteljskog para ili učitelja), kao i uključivanjem mera koji pored teškoća procenjuju detetove kompetencije, sposobnosti i snage.

Podaci o kvalitetu staranja su prikupljeni samo od hraniteljica, mada kvalitet odnosa koji deca uspostavljaju sa drugim odraslim članovima hraniteljske ili biološke porodice (hranitelji, roditelji, bliski srodnici) takođe mogu biti relevantni za njihovo psihosocijalno funkcionisanje. Prema tome, preporuka za buduća istraživanja se odnosi na uvođenje systemske perspektive koja bi efekte emocionalne investiranosti odgajatelja na dobrobit deteta na hraniteljstvu sagledala uzimajući u obzir sve značajne bliske relacije koje dete gradi unutar svog porodičnog sistema.

Praktična primenljivost podataka. Rezultati istraživanja predstavljenog ovim radom daju važne implikacije kada je u pitanju zaštita dece bez adekvatno roditeljskog staranja. Oni ukazuju sledeće:

- Društveni sistem zaštite i brige o deci treba da podstiče posvećenost odgajatelja (bioloških ili zamenskih) i tako izađe u susret bazičnim dečijim potrebama za stalnošću i stabilnošću, kao osnovnim pretpostavkama optimalnog razvoja;
- Planiranje stalnosti podrazumeva u prvom redu preventivno delovanje institucija sistema, fokus na rano prepoznavanje i intervenisanje kako bi se sprečilo izdvajanja dece iz biološke porodice. Cilj je da se na samom početku uspostavljanja i oblikovanja roditeljske uloge prepoznaju poteškoće, pruži potrebna podrška biološkim roditeljima, osnaže njihovi kapaciteti i jačaju afektivne veze sa potomstvom;
- Ukoliko ostanak, pa ni povratak deteta u biološku porodicu nije moguć, planiranje stalnosti se odnosi na primenu onih oblika zaštite daji daju priliku detetu da uspostavi trajne relacije sa odgajateljima, kao što je usvojenje;
- Sistem hraniteljstva, takođe, treba da bude uređen na način da podstiče posvećenost hranitelja detetu na smeštaju. U svetlu prepoznatih izazova da se takav kvalitet staranja obezbedi u privremenim dijadama odgajatelj-dete, hraniteljima je potrebno ponuditi dodatnu podršku u vidu treninga koji je usmeren na jačanje njihove senzitivnosti za brigu o deci koja imaju nepovoljna relaciona iskustva. Isto tako, potrebno je voditi računa o emocionalnim procesima samih hranitelja, gubicima, procesu tugovanja, sagorevanju usled zahtevne brige i omogućiti im psihološku podršku ili predah od hraniteljstva;

- Hraniteljima su potrebna specijalizovana znanja i veštine koje doprinose profesionalizaciji njihove uloge, a teorija afektivne vezanosti, koja je nedovoljno implementirana u programe pripreme i obuke u našoj zemlji, nudi koristan referentni okvir za razumevanju razvoja dece sa traumatskim iskustvom;
- Stručnjake iz sistema socijalne zaštite i drugih partnerskih sistema (zdravstvenog, obrazovnog) je potrebno osnažiti za prepoznavanje specifičnih problema dece u socijalnoj zaštiti (probleme afektivne vezanosti, disocijativne reakcije na traumu, atipične obrasce ishrane i dr.), kako bi se takvoj deci pružila usluga koja je u skladu sa njihovim zdravstvenim i socio-emocionalnim potrebama.

LITERATURA

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2007). *Multicultural supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ackerman, J.P., & Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Journal of Applied Developmental Psychology, 26*(5), 507-520.
- Ainsworth, M.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist, 44*(4), 709-716.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C, Waters, E. & Wall S.N. (2015). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. New York and London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Allen, E.C., Combs-Orme, T., McCarter R. Jr. & Grossman, L.S. (2000). Self-reported depressive symptoms in school-age children at the time of entry into foster care. *Ambulatory Child Health, 6*(1), 45-57.
- Altenhofen, S., Clyman, R., Little, C., Baker, M., & Biringen, Z. (2013). Attachment security in three-year-olds who entered substitute care in infancy. *Infant Mental Health Journal, 34* (5), 435-445.
- Altshuler, S.J. (1998). Child well-being in kinship foster care: Similar to, or different from non-related foster care? *Children and Youth Services Review, 20*(5), 369-388.
- Angold, A., & Costello, J. (2009). Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(1-2), 9-15.
- Aničić, V., Blagojević, V., Grujić, D., Milovanović, D., Pilipović-Kojić, M., Popović, Lj., Randelović, J., Simendić, O. Sorak, S. i Tekić, V. (2016). *Smernice za povremeni porodični smeštaj*. Novi Sad: Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu.
- Armsden, G., Pecora, P.J., Payne, V.H., & Szatkiewicz, J.P. (2000). Children placed in long-term foster care: An intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8*(1), 49- 64.

- Atwell, N. (2006). Attachment and resilience: Implications for children in care. *Child Care in Practice, 14*(4), 315-330.
- Atzaba-Poria, N., Pike, A. & Deater-Deckard, K. (2004). Do risk factors for problem behaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(4), 707-718.
- Azuma, S.D., & Chasnoff, I.J. (1993). Outcome of children prenatally exposed to cocaine and other drugs: a path analysis of three-year data. *Pediatrics, 92*(3), 396-402.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129*,195–215.
- Bakermans-Kranenburg, M.J. & van IJzendoorn, M.H. (2009) The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development, 11*(3), 223-263
- Barber, J.G., Delfabbro, P.H., & Cooper, L.L. (2001). The predictors of unsuccessful transitions to foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42*(6),785-790.
- Barth, R.P., Crea, M.T., John, K., Thoburn, J., & Quinton, D. (2005). Beyond attachment theory and therapy: Towards sensitive and evidence-based interventions with foster and adoptive families in distress. *Child and Family Social Work, 10*(4), 257-268.
- Bates, B., & Dozier, M. (2002). The importance of maternal state of mind regarding attachment and infant age at placement to foster mothers` representations of their foster infants. *Infant Mental Health Journal, 23*(4), 417-431.
- Bates, B., & Dozier, M. (1998). „*This is my baby interview*” and coding manual. Unpublished manuscript. University of Delaware, Newark, Delaware USA.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*(3), 413-434.

- Belsky, J., & Fearon, R.M.P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend on continuity of caregiving? *Attachment and Human Development*, 4, 361-387.
- Berrick, J.D. & Skivenes, M. (2012). Dimensions of high quality foster care: Parenting plus. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1956-1965.
- Bernard, K., & Dozier, M. (2011). This is my baby: Foster parent's feelings of commitment and displays of delight. *Infant Mental Health Journal*, 32(2), 251-262.
- Biehal, N. (2007). The uses of foster care in England: policy, organisation and discourse. 1st International Network Conference, International Network Foster Care Research, 21-23, June 2007, University of Siegen.
- Biehal, N. (2014). A Sense of belonging: Meanings of family and home in long-term foster care *The British Journal of Social Work*, 44(4), 955-971.
- Bifulco, A., & Jacobs, K. (2008). The Attachment Style Interview (ASI): A support-based adult assessment tool for adoption and foster practice. *Adoption & Fostering*, 32(3), 33-45.
- Bird, H.R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 35-49.
- Bjelland, I., Stein, A.L., Dahl, A.A, Mykletun, A., Stordal, E., & Kramer, H. (2009). A dimensional versus a categorical approach to diagnosis: Anxiety and depression in the HUNT 2 study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(2), 128-137.
- Blaustein, M.E., & Kinniburgh, K.M. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. New York: The Guilford Press.
- Blumberg, E., Landsverk, J., Ellis-MacLeod, E., Ganger, W., & Culver, S. (1996). Use of the public mental health system by children in foster care: Client characteristics and service use patterns. *Journal of Mental Health Administration*, 23, 389-405.
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira M. C. T. V., Achenbach. T. M., Rescorla. L. A., & Silvaes E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): An overview of the

- development of the original and Brazilian versions. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 29(1), 13-28.
- Boris, N.W. & Zeanah, C.H. (1999). Disturbances and disorders of attachment in infancy: An overview. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 1-9.
- Borisavljević, T., Ispanović-Radojković, V., Dacković, P. i Anđelić, S. (2010). *Hraniteljstvo za decu sa intelektualnim smetnjama*. Beograd: Centar za porodični smeštaj i usvojenje Beograd.
- Bovenschen, I., Lang, K., Zimmermann, J., Förthner, J., Nowacki, K., Roland, I. & Spangler, G. (2016). Foster children's attachment behavior and representation: Influence of children's pre-placement experiences and foster caregiver's sensitivity. *Child Abuse & Neglect*, 51, 323-335.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life. *The International Journal for Psycho-Analysis*, 25(19-53), 107-128.
- Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health: A report prepared behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children*. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books INC.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (993-1028). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Brown, T.A. & Barlow, D.H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 551-556.

- Buehler, C., Cox, M. E., & Cuddeback, G. (2003). Foster parent's perceptions of factors that promote or inhibit successful fostering. *Qualitative Social Work*, 2(1), 61-83.
- Buehler, C., Rhodes, K., Orme, J., & Cuddeback, G. (2006). The potential for successful foster family care: Conceptualizing competency domains for foster parents. *Child Welfare*, 85 (3), 523-558.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment, *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Caw, J., & Sebba, J. (2014). *Team parenting for children in foster care: A model for integrated therapeutic care*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Chamberlain, P., Price, J.M., Reid, J.B., Landsverk, J., Fisher, P.A., & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care? *Child Abuse & Neglect*, 30(4), 409-424.
- Chasnoff, I.J., Burns, K.A., & Schnoll, S.H. (1986). Prenatal drug exposure: effects on neonatal and infant growth and development. *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 8(4), 357-362.
- Cicchetti, D. & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds). *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (129-201). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Clausen, J.M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D. & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 7(3), 283-296.
- Crittenden, P.M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96.
- Cole, S.A. (2005a). Infants in foster care: relational and environmental factors affecting attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 43-61.
- Cole, S.A. (2005b). Foster caregiver motivation and infant attachment: How do reasons for fostering affect relationships? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(5-6), 441-457.

- Cook, A., Spinazzola, Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 390-398.
- Damjanović, D., Mihić, I. i Šilić, V. (2012). Sources of stress in foster care: The stressful situations in foster care scale. Izlaganje na skupu 6th International Foster Care Network Conference. International Foster Care Network, 25.09.2012., Zagreb, University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Science, Paper summaries, 5-6.
- Damjanović D., Mihić I., Šilić V. (2011). Stres u ulozi hranitelja: stresna starateljska iskustva, učestalost i stresogenost. u: Zotović M., Mihić I., Jerković I. (2011). *Porodice u Vojvodini: karakteristike porodica u posebnim uslovima*. Filozofski fakultet, Novi Sad, str. 46-60.
- Damjanović, M (2012). Karakteristike kvaliteta života i mentalnog zdravlja dece i adolescenata koji su u sistemu socijalne zaštite (nepublikovana doktorska disertacija). Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd.
- Damjanović, M., Nenadović, M., Kuzmanović, A., Živković, Ž., Nenadović, N. i Grbić, I. (2013). Anxiety disorders in children and adolescents in group homes in the social welfare system. *Praxis Medica*, 42(3), 93-96.
- David M. Rubin, Amanda L.R. O'Reilly, Xianqun Luan, A. Russell Localio (2007). The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics*, 119 (2),
- DeJong, M. (2010). Some reflections on the use of psychiatric diagnosis in the looked after or "in care" child population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 589-599.
- dosReis, S., Zito, J., Safer, D. J., & Soeken, K. L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1094-1099.
- Dozier, M., Grasso, D., Lindhiem, O., Lewis, E. (2007). The role of caregiver commitment in foster care. In: D. Oppenheim & D.F. Goldsmith (Eds). *Attachment theory in clinical work with children: Bridging the gap between research and practice*. New York: The Guilford Press.

- Dozier, M., Higley, E., Albus, K.E. & Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 541-554.
- Dozier, M., & Lindhiem, O. (2006). This is my child: Differences among foster parents in commitment to their young children. *Child Maltreatment*, 11(4), 338-345.
- Dozier, M., & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 698-717), 2nd Edition, New York: The Guilford Press.
- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72 (5), 1467-1477.
- Dubowitz, H., Zuravin, S., Starr, R., Jr., Feigelman, S., & Harrington, D. (1993). Behavior problems of children in kinship care. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14(6), 386-393.
- Egeland, B., & Farber, E.A. (1984). Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 55(3), 753-771.
- Ehrle, J., & Geen, R. (2002). Kin and non-kin foster care-findings from a National Survey. *Children and Youth Services Review*, 24(1-2), 15-35.
- Eisen, M.E., Donald, C.A., Ware, J.E., & Brook, R. (1980). *Conceptualization and measurement of health for children in the health insurance study*. Prepared under a grant from U.S. Department of Health, Education & Welfare. Santa Monica, CA: Rand Corp.
- Erickson, M.F., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 147-166.
- Fahlberg, V.I. (1991). *A child's journey through placement*. London: British Association for Adoption & Fostering.
- Family for Every Child (2015). The place of foster care in the continuum of care choices: a review of the evidence for policymakers. <http://www.viva.org/wp->

[content/uploads/2017/10/The-place-of-foster-care-in-the-continuum-of-care-choices.pdf](#) preuzeto 13.05.2017.

- FICE Srbija (2008). PRAJD program za hranitelje i usvojitelje: Resursi za roditeljstvo-informacije, razvoj, obrazovanje. *Nepublikovan radni materijal*.
- Fisher, P.A., Gunnar, M.R., Dozier, M., Bruce, J., & Pears, K. (2006). Effects of therapeutic interventions for foster children on behavioral problems, caregiver attachment, and stress regulatory neural systems. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 215-225.
- Folman, R.D. (1998). "I was taken": How children experience removal from their parents preliminary to placement into foster care. *Adoption Quarterly*, 2(2), 7-35.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry* 190(3), 319-325.
- Franck, E.J. (1996). Prenatally drug-exposed children in out-of-home care: Are we looking at the whole picture. *Child Welfare*, 75 (1), 19-34.
- Frank, G. (1980). Treatment needs of children in foster care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50 (2), 256-263.
- Friedrich, W.N., Davies, W., Feher, E. & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children: Developmental, ecological and behavioral correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 95-104.
- Gardner, H. (2004). Perceptions of family: Complexities introduced by foster care. *Journal of Family Studies*, 10(2), 170-187.
- Garland, A. F., Landsverk, J. L., Hough, R. L., & Ellis-MacLeod, E. (1996). Type of maltreatment as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 675-688.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Garwood, M.M, & Close, W. (2001). Identifying the Psychological Needs of Foster Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 32(2), 125-135.

- Gaudin, J.M. & Sutphen, R. (1993). Foster care vs. extended family care for children of incarcerated mothers. *Journal of Offender Rehabilitation*, 19(3-4), 129-147.
- Gauthier, Y., Fortin, G., & Jeliu, G.(2004). Clinical application of attachment theory in permanency planning for children in foster care: The importance of continuity of care. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 379-39.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M (1996). *The adult attachment interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkley, Berkley
- George C. & Solomon, J. (2008).The caregiving system: a behavioral system approach to parenting. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 833-856), 2nd Edition, New York: The Guilford Press.
- Golding, K.S. (2010). *Nurturing attachments: Supporting children who are fostered or adopted*. London and Philadelphia: Jassica Kingsley Publishers.
- Golding, K.S. (2003). Helping foster carers, helping children: Using attachment theory to guide practice. *Adoption & Fostering*, 27(2), 64-73.
- Golding, K.S. (2010). Multi-agency and specialist working to meet the mental health needs of children in care and adopted. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 573-587.
- Golding, K.S. & Hughes, D.A. (2012). *Creating loving attachments: Parenting with PACE to nurture confidence and security in the troubled child*. London and Philadelphia: Jassica Kingsley Publishers.
- Goldsmith, D.F., Oppenhiem, D., Wanlass, J. (2004). Separation and reunification: Using attachment theory and research to inform decisions affecting the placements of children in foster care. *Juvenile and Family Court Journal*,55(2), 1-13.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Grujić, D. (2014). Prvih pet godina Centra za porodični smeštaj i usvojenje Beograd. Izazovi hraniteljstva na početku 21. veka, Internacionalna konferencija, 16. i 17. decembar 2013, Beograd.

- Grujić, D., Milenković, S., Sorak, S., Blagojević, V., Aničić, V., Petrović, Ž., Rakić, I. i Šilić, V. (2013). *Smernice za razvoj urgentnog hraniteljstva*. Novi Sad: Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu.
- Gurney-Smith, B, Granger, C., Randle, A., & Fletcher, J. (2010). "In time and in tune" - the fostering attachments group: Capturing sustained change in both caregiver and child. *Adoption & Fostering*, 34(5), 50-60.
- Hadžović, Lj., Tekić, V., Grujić, D., i Ivanišević, Lj. (2008). *Program pripreme budućih hranitelja "Sigurnim korakom do hraniteljstva": Priručnik za trenere*. Beograd: Ministarstvo rada i socijalne politike.
- Haight, W.L., Kagle, J.D., & Black, J.E. (2003). Understanding and supporting parent-child relationships during foster care visits: Attachment theory and research. *Social Work*, 48(2), 195-207.
- Hanson, R.F., & Spratt, E. (2000). Reactive attachment disorder: What we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreatment*, 5(2), 137-145.
- Harden, B.J. (2004). Safety and stability for foster children: A developmental perspective. *The Future of Children*, 14(1), 30-47.
- Harden, B.J., Meisch, A.D., Vick, J.E., & Pandohie-Johnson, L. (2008). Measuring parenting among foster families: The development of the Foster Parent Attitudes Questionnaire (FPAQ). *Children and Youth Services Review*, 30, 879-892.
- Haugaard, J., & Hazan, C. (2002). Foster parenting. In M.H. Bornstein (Ed.). *Handbook of Parenting: Children and Parenting* (pp. 313-327), 2nd Edition, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- Healey, C.V., & Fisher, P. A (2011). Young children in foster care and the development of favorable outcomes. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1822-1830.
- Heflinger, C.A., Simpkins, C.G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children entering foster care. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73.
- Hellinckx, W., & Grietens, H. (1994). Prevalence of problem behaviour in foster children in Flanders. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 6(2), 27-46.

- Hobbs, G.F., Hobbs, C.J., & Wynne, J.M. (1999). Abuse of children in foster and residential care. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1239-1252.
- Hochstandt, N.J., Jaudes, P.K., Zimo, D.A., & Schachter, J. (1987). The medical and psychosocial needs of children entering foster care. *Child Abuse & Neglect*, 11, 53-62.
- Hoffart, I., & Grinnell, R. M. (1994). Behavioral differences of children in institutional and group home care. *International Journal of Family Care*, 6(1), 33-47.
- Holtan, A., Ronning, J.A., Handegård, B. H., & Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 200-207.
- Hornick, J., Phillips, D., & Kerr, N. (1989). Gender differences in behavioral problems of foster children: Implications for special foster care. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 1 (1), 35-52.
- Howe, D. (2003). Attachment disorders: Disinhibited attachment behaviours and secure base distortions with special reference to adopted children. *Attachment & Human Development*, 5(3), 265-270.
- Howe, D. (2006). Developmental attachment psychotherapy with fostered and adopted children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 128-134.
- Hughes, D. (1999). Adopting children with attachment problems. *Child Welfare*, 78(5), 541-560.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision* (2011). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64(2), 605-621.
- Isaković O., i Mihić I. (2013). Efekti izloženosti zlostavljanju i zanemarivanju u primarnoj porodici: značaj otpornosti na stres. U: I. Jerković, Ž. Kamenov (ur). *Vrednosti, stavovi i uloge: transgeneracijska perspektiva*. Filozofski fakultet, Novi Sad, str. 9-34.
- Ivanišević-Neljdihin, Lj., Radovanović, J. i Vuković-Jovanović, M. (2010). *Urgentno hraniteljstvo*. Beograd: Centar za porodični smeštaj i usvojenje Beograd.

- Izveštaj o radu centra za socijalni rad za 2016 godinu* (2017a). Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu
http://www.zavodsz.gov.rs/PDF/izvestaj2017/CSR%202016_final.pdf, posećeno 17.10.2017. godine
- Jacobsen, H., Ivarsson, T., Wentzel-Larsen, T., Smith, L., & Moe, V. (2014). Attachment security in young foster children: Continuity from 2 to 3 years of age. *Attachment & Human Development*, 16(1), 42-57.
- Jauković, T., Borisavljević, T. i Petrović, M. (2014). Hraniteljstvo uz dodatnu i intenzivnu podršku. Izazovi hraniteljstva na početku 21. veka, Internacionalna konferencija, 16. i 17. decembar 2013, Beograd.
- Jelić, M., Stojković, I. (2016). Porodica i intelektualne sposobnosti adolescenata kao činioci njihovog prosocijalnog ponašanja. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja*, 1, 48-69.
- Jeremić, V., Todorović, J. i Vidanović, S. (2006). Depresivnost i predstava o sebi adolescenata bez roditeljskog staranja. *Godišnjak za psihologiju*, 4 (4-5), 173-188.
- Johnson, S.B., Riley, A.W., Granger, D., & Riis, J. (2013). The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. *Pediatrics*, 131 (2), 319-327.
- Jonkman, C.S, Oosterman, M., Schuengel, C., Bolle, A.V., Boer, F. & Lindauer, R.JL. (2014). Disturbances in attachment: Inhibited and disinhibited symptoms in foster children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(21), 1-7.
- Jugović, A., Pejaković, Lj., i Stevanović, I. (2013). *Mesto za mene: Deca na hraniteljstvu u Srbiji*. Beograd: Centar za prava deteta.
- Kagan, R. (2004). *Rebuilding attachments with traumatized children: Healing from losses, violence, abuse, and neglect*. New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press, An Imprint of The Haworth Press, Inc.
- Kay, C., & Green, J. (2012). Reactive attachment disorder following early maltreatment: Systematic evidence beyond the institution. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 571-581.
- Keller, T.E., Wetherbee, K., Le Prohn, N.S., Payne, V., Sim, K., & Lamont, E.R. (2001). Competencies and problem behaviors of children in family foster care:

- variations by kinship placement status and race. *Children and Youth Services Review*, 23(12), 915-940.
- Kerker, B.D. & Dore, M.M. (2006). Mental health needs and treatment of foster youth: Barriers and Opportunities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (1), 138-147.
- Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2002). Perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross-cultural and intracultural studies. *Journal of Marriage and Family*, 64 (1), 54-64.
- Klee, L., & Halfon, N. (1987). Mental health care for foster children in California. *Child Abuse & Neglect*, 11 (1), 63-74.
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Ziv, Y. (2006). Attachment, stress, and psychopathology: a developmental pathways model. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds). *Developmental psychopathology: Theory and Method* (333-369). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Konvencija o pravima deteta sa fakultativnim protokolom uz Konvenciju o pravima deteta o učešću u oružanim sukobima i fakultativnim protokolom uz Konvenciju o pravima deteta o prodaji dece, dečijoj prostituciji i dečijoj pornografiji. Beograd: UNICEF
- Kumsta, R., Kreppner, J., Kennedy, M., Knights, N., Rutter, M., & Sonuga-Barke, E. (2015). Psychological consequences of early global deprivation: An overview of findings from the English & Romanian adoptees study. *European Psychologist*, 20(2), 138-151.
- Landsverk, J. & Garland, A.F. (1999). Foster care and pathways to mental health services. In P.A. Curtis, G. Dale & J.C. Kendal (Eds). *The foster care crisis: Translating research into policy and practice* (193-210). Lincoln, NE: University of Nebraska Press
- Lawrence, C.R., Carlson, E.A. & Egeland B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18, 57-76.
- Lehmann, S., Havik, O.E., Havik, T. & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(39), 1-12.

- Leslie, L. K., Hurlburt, M. S., Landsverk, J., Barth, R., & Slymen, D.J. (2004). Outpatient mental health services for children in foster care: A national perspective. *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 697-712.
- Leslie, L.K., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., Tschann, J.M., Slamen, D., & Garland, A.F. (2000). Children in foster care: factors influencing outpatient mental health service use. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 465-476.
- Leve, D. L., Harold, G. T., Chamberlain, P., Landsverk, J. A., Fisher, P. A., & Vostanis, P. (2012). Practitioner Review: Children in foster care – vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1197-1211.
- Levy, R.J. (1947). Effects of institutional care vs. boarding home care on a group of infants. *Journal of Personality*, 15(3), 233–241.
- Lewis, E.E., Dozier, M., Ackerman, J., & Sepulveda-Kozakowski, S. (2007). The effect of placement instability on adopted children’s inhibitory control abilities and oppositional behavior. *Developmental Psychology*, 4 (6), 1415-1427.
- Lieberman, A.F.(1977). Preschoolers` competence with a peer: Influence of attachment and social experience. *Child Development*,48(4), 1277-1287.
- Lindhiem,O. & Dozier, M. (2007). Caregiver commitment to foster children: The role of child behavior. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 361-374.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationship among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Bronfman, E., Sherry, S., & Llanas, L. (2004). Hostile-helpless relational models and disorganized attachment patterns between parents and their young children: Review of research and implications for clinical work. In: L.Atkinson & S. Goldberg (Eds). *Attachment issues in psychopathology and intervention* (65-369). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M.T. Greenber, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds). *Attachment in the preschool years: Theory, Research and Intervention*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

- Mannin, C., & Gregoire, A. (2006). Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*, 5(1), 10-12.
- Masten, A.S., Best, K.M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
- Marcus, R.F. (1991). The attachment of children in foster care. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 117(4), 367-394.
- Marković, J. (2011). Povezanost sociodemografskih faktora i stepena porodične funkcionalnosti sa emocionalnim problemima i problemima ponašanja dece uzrasta od 4 do 11 godina (nepublikovana doktorska disertacija). Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad.
- McIntyre, A., & Keesler, T.Y. (1986). Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15(4), 297-303.
- McMillen, J.C. (1992). Attachment theory and clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 20(2), 205-218.
- McMillen, J.C., Zima, B.T., Scott, L.D. Jr., Auslander, W.F., Munson, M.R., Ollie, M.T. & Spitznagel, E.L. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 88-95.
- McWey, L.M., Cui, M., & Pazdera A.L. (2010). Changes in externalizing and internalizing problems of adolescents in foster care. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1128-1140.
- Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*, Deseta revizija Svetske zdravstvene organizacije (2013). Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut".
- Menard, S. (1995). *Applied Logistic Regression Analysis: Sage University Series on Quantitative Applications in the Social Sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mericangas, K.R., Nakamura, E.F., & Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20.

- Milan, S.E. & Pinderhughes, E.E. (2000). Factors influencing maltreated children's early adjustment in foster care. *Development and Psychopathology*, 12, 63-81.
- Milanović, M., Žegarac, N. (2014). Rezultati analize podataka iz baze Ministarstva rada i socijalne politike. U: N. Žegarac (ur.) *U lavirintu socijalne zaštite: Pouke istraživanja o deci na porodičnom i rezidencijalnom smeštaju*. Beograd: Centar za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu Fakulteta političkih nauka, 137-148.
- Mihić, I., Zotović, M., Petrović, J. (2006). Socio-demografske karakteristike porodice, podela posla u kući i vaspitni stilovi roditelja u porodicama na teritoriji Vojvodine. *Pedagoška stvarnost*, 52, 118-134.
- Mihić I. (2007). *Roditeljstvo u porodicama sa adolescentom: činioci kvaliteta*. Beograd, Zadužbina Andrejević
- Mihić I. (2007). Značaj afektivne vezanosti roditelja za funkcionalnost roditeljskog saveza. u: Hanak Nataša, Dimitrijević Aleksandar (ur.) *Afektivno vezivanje. Teorija, istraživanja, psihoterapija*. Beograd: Centar za izdavačku delatnost Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, 167-182.
- Mihić I., Zotović M., Petrović J. (2007). Stresna iskustva u odrastanju i afektivna vezanost adolescenata. *Psihologija*, 4, 527-542.
- Mihić, I., Zotović, M., Petrović, J., i Avić, B. (2009). Vaspitni procesi u porodici: povezanost kvaliteta dijadnih i trijadnih odnosa. *Zbornik instituta za pedagoška istraživanja*, 41 (1), 100-115.
- Mihić, I. (2009). Socioemocionalna posvećenost roditelja detetu. U: M. Zotović, J. Petrović, I. Mihić (ur.), *Psihološka procena porodice: mogućnosti i ograničenja*. Novi Sad: Filozofski fakultet, 22-33.
- Mihić I. (2010). Procena kvaliteta sigurne baze u odnosu sa majkom na jaslenom uzrastu: primer skale, *Primenjena psihologija*, 3 (4), 337-335.
- Mihić I. (2012). Teorijski temelji programa baziranih na teoriji afektivne vezanosti. U: *Mogućnosti primene teorije afektivne vezanosti u savetodavnom radu sa porodicama*. Tematski zbornik radova sa Savetovanja za stručne saradnike. Novi Sad, Filozofski fakultet, 3. 11. 2012. , str. 23-39.

- Milenković, S. i Grujić, D. (2010). *Hraniteljstvo za bebe*. Beograd: Centar za porodični smeštaj i usvojenje Beograd.
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A.J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, services use and costs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63-70.
- Minty, B. (1999). Annotation: Outcomes in long-term foster family care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(7), 991-999.
- Minuchin, P. (1995). Foster and natural families: Forming a cooperative network. In: L. Combrinck-Graham (ed.). *Children in families at risk: Maintaining the connections*. New York: The Guilford Press.
- Newton, R.R., Litrownik, A. & Landsverk, J.A. (2000). Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363-1374.
- Novakov-Šujak, J. (2010). *Hraniteljstvo za decu sa Daun sindromom*. Beograd: centar za porodični smeštaj i usvojenje Beograd.
- O'Connor, T.G., Brendenkamp, D., & Rutter M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 10-29.
- O'Connor, T.G., & Zeanah, C.H. (2003). Current perspectives on attachment disorders: Rejoinder and synthesis. *Attachment & Human Development*, 5(3), 321-326.
- Orme, J.G. & Buehler, C. (2001). Foster family characteristics and behavioral and emotional problems of foster children: A narrative review. *Family Relations*, 50 (1), 3-15.
- Orme, J.G., Buehler, C., McSurdy, M., Rhodes, K., & Cox, M. (2003). The foster parent potential scale. *Research on Social Work Practice*, 13 (2), 181-207.
- Oswald, S.H., Heil, K. & Goldbeck, L. (2009). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5),1-11.

- Pearce, J.W., & Pezzot-Pearce, T.D. (2001). Psychotherapeutic approaches to children in foster care: Guidance from attachment theory. *Child Psychiatry and Human Development*, 32(1), 19-44.
- Pears, K. & Fisher, P.A. (2005a). Developmental, Cognitive, and Neuropsychological Functioning in Preschool-aged Foster Children: Associations with Prior Maltreatment and Placement History. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(2), 112-122.
- Pears, K. & Fisher, P.A. (2005b). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*, 17(1), 47-65.
- Pecora, P.J., White, C.R., Jackson, L.J., Wiggins, T. (2009). Mental health of current and former recipients of foster care: a review of recent studies in the USA. *Child and Family Social Work*, 14(2), 132-146.
- Pederson, D.R., Moran, G., Sitko, C., Campbell, K., Ghesquire, K. & Acton, H. (1990). Maternal Sensitivity and the Security of Infant-Mother Attachment: A Q-Sort Study. *Child Development*, 61(6), 1974-1983.
- Pejaković, Lj. i Zajić, G. (2014). *Deinstitucionalizacija rezidencijalnih ustanova socijalne zaštite u Srbiji: trenutni status i preporuke za dalje unapređenje procesa deinstitucionalizacije*, Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.
- Pilowsky, D. (1995). Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatric Services*, 46(9), 906-910.
- Ponciano, L. (2010). Attachment in foster care: The role of maternal sensitivity, adoption, and foster mother experience. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 27, 97-114.
- Popović-Deušić, S., Pejović-Milovančević, M., Aleksić-Hil, O. i Garibović, E. (2011). Komorbiditet u psihijatriji razvojnog doba – slučajnost ili realnost. *Psihijatrija danas*, 34(1), 95-110.
- Porodični zakon (2005) *Službeni glasnik Republike Srbije, br. 18/05*.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2014). *The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent-child relationships*. New York: The Guilford Press.

Pravilnik o hraniteljstvu (2008) *Službeni glasnik RS, br. 36/2008*

Price, E. (2003). The coherent narrative: Realism, Resources and Responsibility in family permanence. In: C. Archer., & A. Burnell (Eds). *Trauma, attachment and family Permanence: Fear can stop you loving*. London: Jessica Kingsley Publisher, 46-61.

Priručnik za lokalnu zajednicu: umrežavanje prema modelu usmerenom ka detetu (2015). Beograd: Agroinvest Fondacija Srbija.

Prohn, N. (1994). The role of the kinship foster parent: A comparison of the role conceptions of relative and non-relative foster parents. *Children and Youth Services Review, 16*(1-2), 65-84.

Quinton, D. (2004). *Supporting parents: Messages from Research*. London: Jassica Kingsley Publishers.

Rendall, C.L. (2001). Alcohol and pregnancy: Highlights from three decades of research. *Journal of Studies on Alcohol, 65*(5), 554-561.

Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Mangelsdorf, S., & Sroufe, L.A. (1989). Early childhood antecedents of aggression and passive-withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality, 57*, 257-281.

Ristić-Dimitrijević, R (2015). Faktori rizika za razvoj psihoze u adolescenciji, sa posebnim osvrtom na ulogu porodice. *Sociologija, 57*(2), 300-313.

Rosenthal, J.A., & Curiel, H.F. (2006). Modeling behavioral problems of children in the child welfare system: Caregiver, youth and teacher perceptions. *Children and Youth Services Review, 28*(11), 1391-1408.

Rutter, M. (2000). Children in substitute care. *Children and Youth Services Review, 22*(9-10), 685-703.

Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine, 14* (4), 853-880.

Rutter, M., Anderson-Wood, L., Beckett, C., & Bredenkamp, D. (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *The Journal on Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40*(4), 537-549.

- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M. Stevens, S, & Sonuga-Barke, E. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology, 4*(3), 332-350.
- Ryan, J.P., & Testa, M. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review, 27*(3), 227-249.
- Sawyer, M.G., Carbone, J.A., Searle, A.K, & Robinson, P. (2007). The mental health and wellbeing of children and adolescents in home-based foster care. *Medical Journal of Adolescents, 186*(4), 181-184.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005a). Risk and Resilience in long-term foster care: *British Journal of Social Work, 35*(8), 1283-1301.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005b). Providing a secure base: Parenting children in long-term foster family care. *Attachment & Human Development, 7* (1), 3-25.
- Schofield, G. & Beek, M.(2006). *Attachment handbook for foster care and adoption*. London: British Association for Adoption & Fostering.
- Schore, A.N. (2001a). Effects of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22* (1-2), 7-66.
- Schore, A.N. (2001b). Effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1-2), 201-269.
- Shah, C.P. (1974). Psychiatric consultations in a child welfare agency: Some facts and figures. *Canadian Psychiatric Association Journal, 19*(4), 393-397.
- Shemmings, D., & Shemmings (2011). *Understanding disorganized attachment: Theory and practice for working with children and adults*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Shonkoff, J.P & Garner, A. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129* (1), 252-246.

- Shore, N., Sim, K.E., Le Prohn, N.S., & Keller, T.E. (2000). Foster parent and teacher assessments of youth in kinship and non-kinship foster care placements: are behaviors perceived differently across settings? *Children and Youth Services Review, 24*(1-2), 109-134.
- Simms, M.D., Dubowitz, H. & Szilagyi, M. A. (2000) Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics, 106*(4), 909-918.
- Sinclair, I., & Wilson, K. (2003). Matches and mismatches: The contribution of carers and children to the success of foster placements. *British Journal of Social Work, 33*, 871-884.
- Sinclair, I., Gibbs, I, & Wilson, K. (2004). *Foster carers: Why they stay and why they leave*. London: Jessica Kinsley Publishers.
- Sintetizovani izveštaj o radu centra za porodični smeštaj i usvojenje za 2016 godinu* (2017b). Beograd: Republički zavod socijalnu zaštitu, <http://www.zavodsz.gov.rs/PDF/izvestaj2017/2016%20CPSU.pdf>, posećeno 17.10.2017. godine
- Smith, M.C. (1994). Child-rearing practices associated with better developmental outcomes in preschool-age foster children. *Child Study Journal, 24* (4), 299-327.
- Sood, B., Delaney-Black,V., Covington,C., Nordstrom-Klee,B., Ager,J., Templin,T., Janisse,J., Martier,S., & Sokol, R.J. (2001). Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. dose-response effect. *Pediatrics, 108*(2), e34, 1-9.
- Spitz, R.A., & Wolf, K.M (1946). Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood; II. *The Psychoanalytic Study of the Child, 2*(1), 313-342.
- Sruofe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 11*, 1-13.
- Steele, J.S. & Buchi, K.F. (2007). Medical and Mental Health of children entering the Utah foster care system. *Pediatrics, 122*(3), 703-709.
- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., Hillman, S., & Henderson, K. (2003). Attachment representations and adoption: Associations between maternal states of mind and

- emotion narratives in previously maltreated children. *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 187 – 205.
- Stein, D.J. (2012). Dimensional or categorical: different classifications and measures of anxiety and depression. *Medicographia*, 34(3), 270-275.
- Steward, D.S. & O`Day, K.R. (2000). Permanency planning and attachment: A guide for agency practice. In: T.M. Levy (Ed.), *Handbook of attachment interventions*. San Diego and London: Academic Press, 150-166.
- Stone, N., & Stone, S. (1983). The prediction of successful foster placement. *Social Casework*, 64 (1), 11-17.
- Stovall, K.C., & Dozier, M. (1998). Infants in foster care: An attachment theory perspective. *Adoption Quarterly*, 2 (1), 55-88.
- Stovall, K.C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and Psychopathology*, 12(2), 133-156.
- Stovall-McClough, K.C., & Dozier, M. (2004). Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Development and Psychopathology*, 16, 253-271.
- Stefanović-Stanojević T., Mihić I., Hanak N. (2012). *Afektivna vezanost i porodični odnosi: razvoj i značaj*. Beograd, Društvo psihologa Srbije.
- Swire, M & Kavalier, F. (1979). The health status of foster children. *Child Welfare*, 56, 635-653.
- Šilić, V. (2010). *Uloga porodične otpornosti na stres u adaptaciji hraniteljskih porodica* (nepublikovan magistarski rad). Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad.
- Šilić, V., Mihić, I. (2011). Činioci adaptacije hraniteljskih porodica. U: M Zotović, I. Mihić, I. Jerković (ur.), *Porodice u Vojvodini: karakteristike porodica u posebnim uslovima*, str.61-79.
- Šilić, V., i Mihić, I. (2013). Mogućnost procene poremećaja afektivne vezanosti kod dece na hraniteljskom smeštaju: validacija srpskog prevoda ACC, saopštenje na III kongresu sa međunarodnim učešćem Mentalno zdravlje dece i mladih, susret teorije i prakse, Društvo za dečiju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke, Zlatibor 23.-

26. maj 2013., (urednici Veronika Išpanović, Vojislav Ćurčić). Knjiga apstrakata, 63.
- Šilić, V., Isaković, O., i Mihić, I. (2015). Posvećenost hranitelja detetu na smeštaju: procena i značaj za planiranje podrške. U: Z. Kuburović, M. Zotović, M. Škorić i A. Kišjuhas (ur.) *Istraživanja u oblasti socijalnog rada, socijalne zaštite i socijalne politike*. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu i Filozofski fakultet, 219-237.
- Tarren-Sweeney, M. (2006). Patterns of aberrant eating pre-adolescent children in foster care. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(5), 621-632.
- Tarren-Sweeney, M. (2007). The Assessment Checklist for Children-ACC: A behavioral rating scale for children in foster, residential and kinship care. *Children and Youth Services Review*, 29(5), 672-691.
- Tarren-Sweeney, M. (2008a). Retrospective and concurrent predictors of mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30 (1), 1-25.
- Tarren-Sweeney, M. (2008b). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment*, 13(2), 182-198.
- Tarren-Sweeney, M. (2010a). An exploratory investigation of abnormal pain response among pre-adolescent children in foster care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 65-79.
- Tarren-Sweeney, M. (2010b). It's time to re-think mental health services for children in care, and those adopted from care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 613-626.
- Tarren-Sweeney, M. (2014). *Clinician's guide to the assessment checklist series: Specialized mental health measures for children in care*. London and New York: Routledge.
- Tarren-Sweeney, M. (2017). Rates of meaningful change in the mental health of children in long-term out-of-home care: A seven- to nine-year prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 72, 1-9.
- Tarren-Sweeney, M., & Hazzel, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 42(3), 89-97.

- Tarren-Sweeney, M., & Hazzel, P., & Carr, V. (2004). Are foster parents reliable informants of children's behaviour problems? *Child: Care, Health and Development*, 30(2), 167-175.
- Taussig, H.N. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: a longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse & Neglect*, 26(11), 1179-1199.
- Thompson, R.A. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 265-286). New York: Guilford Press.
- van der Horst, F.C.P., & van der Veer, R. (2008). Loneliness in infancy: Harry Harlow, John Bowlby and issues of separation. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42(4), 325-335.
- van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- van Ijzendoorn, M.H., Kranenburg, M.J., Zwart-Woudstra, H.A, van Busschbach, A.M. & Lambermon, M.W.E. (1991). Parental attachment and children's socio-emotional development: some findings on the validity of the Adult Attachment Interview in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development*, 14(4), 375-394.
- Vis, S. A., Handegård, B. H., Holtan, A., Fossum, S. & Thørnblad, R. (2014). Social functioning and mental health among children who have been living in kinship and non-kinship foster care: Results from an 8-year follow-up with a Norwegian sample. *Child and Family Social Work*, 2 (4), 557-567.
- Walker, J. (2008). The use of attachment theory in adoption and fostering. *Adoption & Fostering*, 32(1), 49-57.
- Walker, S.P., Wachs, T.D., Garner, J.M., Lozoff, B., Wasserman, G.A., Pollitt, E. & Carter, J.A. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369(9556), 145-157.
- Webster, D., Barth, R.P., & Needell, B. (2000). Placement stability for children in out-of-home care: A longitudinal analysis. *Child Welfare*, 79(5), 614-632.
- World Health Organization (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans.

http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf preuzeto
13.09.2017.

Wouldes, T., LaGasse, L., Sheridan, J., & Lester, B. (2004). Maternal methamphetamine use during pregnancy and child outcome: What do we know? *The New Zealand Medical Journal*, 117(1206), 1-10.

Zakon o ratifikaciji Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima deteta (Službeni list SFRJ – dodatak: Međunarodni ugovori, broj 15/90 i Službeni list SRJ – dodatak: Međunarodni ugovori, broj 4/96 i 2/97.

Zakon o socijalnoj zaštiti (2011), *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 24/11.

Zeanah, C.H. (1996). Beyond insecurity: a reconceptualization of attachment disorders of infancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 42-52.

Zeanah, C., Boris, N.W., & Larrieu, J.A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 165-178.

Zeanah, C.H., & Gleason, M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207-222.

Zeanah, C.H., Scheeringa, M., Boris, N.W., Heller, S., Smyke, A.T. & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 877-888.

Zima, B.T., Bussung, R., Freeman, S., Yang, X., Belin, T.R., & Fornes, S. (2000). Behavior problems, academic skill delays and school failure among school-aged children in foster care: their relationship to placement characteristics. *Journal of Child and Family Studies*, 9(1), 87-103.

Žegarac, N. (2014). Sistem zaštite dece u Srbiji. U: N. Žegarac (ur.), *U lavirintu socijalne zaštite: pouke istraživanja o deci na porodičnom i rezidencijalnom smeštaju*. Beograd: Centar za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu Fakulteta političkih nauka, 77-114.

Žegarac, N., Burgund, A. i Milanović, M. (2014). Uzorak dece na smeštaju – rezultati istraživanja U: N. Žegarac (ur.), *U lavirintu socijalne zaštite: pouke istraživanja o*

deci na porodičnom i rezidencijalnom smeštaju. Beograd: Centar za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu Fakulteta političkih nauka, 151-215.

PRILOZI

Prilog 1

Interkorelacije dimenzija kvaliteta staranja na Interjuu «To je moje čedo»

	Prihvatanje	Posvećenost	Svesnost o uticaju
Prihvatanje	1	.824**	.391**
Posvećenost		1	.442**
Svesnost o uticaju			1

* **p<.01

Prilog 2

Tabela 2.1.

Opis uzorka dece s obzirom na ukupan broj članova domaćinstva

Broj članova porodice	Frekvencija	Validni procenat
2	4	4.9
3	11	13.4
4	16	19.5
5	23	28.0
6	19	23.2
7	6	7.3
8	3	3.7

N = 82

Tabela 2.2.

Opis uzorka dece s obzirom na broj odraslih članova domaćinstva

Broj odraslih	Frekvencija	Validni procenat
1	10	12.2
2	29	35.4
3	24	29.3
4	15	18.3
5	1	1.2
6	3	3.7

N = 82

Tabela 2.3.

Opis uzorka dece s obzirom na broj maloletne biološke dece hranitelja

Broj dece	Frekvencija	Validni procenat
0	68	82.9
1	7	8.5
2	7	8.5

N = 82

Prilog 3.

Tabela 3.1.

Deskriptivne mere i značajnost razlika u dimenzijama kvaliteta staranja u odnosu na pol deteta

	Pol deteta	N	AS	SD	t	p
Prihvatanje	dečaci	40	3.85	1.09	-.032	.975
	devojčice	42	3.86	.95		
Posvećenost	dečaci	40	3.75	1.23	-.642	.522
	devojčice	42	3.90	.93		
Svesnost o uticaju	dečaci	40	2.57	1.27	-.498	.620
	devojčice	42	2.71	1.25		
Ukupan kvalitet staranja	dečaci	40	3.39	.99	-.484	.630
	devojčice	42	3.49	.89		

N=82

Tabela 3.2.

Korelacije dimenzija kvaliteta staranja i uzrasta dece

		Prihvatanje	Posvećenost	Svesnost o uticaju
Uzrast deteta	r	-.182	-.110	-.202
	p	.120	.325	.069

Tabela 3.3.

Deskriptivne mere i značajnost razlika u dimenzijama kvaliteta staranja u odnosu na tip hraniteljskog smeštaja

	Tip smeštaja	N	AS	SD	t	p
prihvatanje	standardno	74	3.76	1.02	-2.718	.008
	srodničko	8	4.75	.46		
posvećenost	standardno	74	3.72	1.08	-3.004	.004
	srodničko	8	4.86	.35		
svesnost o uticaju	standardno	74	2.72	1.30	1.593	.128
	srodničko	8	2.0	.53		
ukupan kvalitet staranja	standardno	74	3.40	.97	1.384	.170
	srodničko	8	3.88	.25		

N=82

Tabela 3.4.

Korelacije dimenzija kvaliteta staranja i dužine bavljenja hraniteljstvom

		Prihvatanje	Posvećenost	Svesnost o uticaju
Uzrast deteta	r	-.023	-.046	-.165
	p	.836	.679	.137

Tabela 3.5.

Korelacije dimenzija kvaliteta staranja i godina života hraniteljica

		Prihvatanje	Posvećenost	Svesnost o uticaju	Ukupan kvalitet staranja
Uzrast deteta	r	-.065	.087	.016	.017
	p	.562	.435	.890	.879

Tabela 3.6.

Deskriptivne mere i značajnost razlika u dimenzijama kvaliteta staranja u odnosu na radni status hraniteljica

	Radni status	N	AS	SD	F	p
Prihvatanje	Nezaposlena	51	3.78	1.08	.768	.515
	Zaposlena	17	4.00	.87		
	Zemljoradnica	5	4.40	.89		
	Penzionerka	9	3.67	1		
Posvećenost	Nezaposlena	51	3.84	1.12	.269	.847
	Zaposlena	17	3.71	1.10		
	Zemljoradnica	5	4.20	.84		
	Penzionerka	9	3.78	1.09		
Svesnost o uticaju	Nezaposlena	51	2.88	1.24	2.022	.118
	Zaposlena	17	2.18	1.24		
	Zemljoradnica	5	2.80	1.64		
	Penzionerka	9	2.11	.93		
Ukupan kvalitet	Nezaposlena	51	3.50	.98	.786	.568
	Zaposlena	17	3.29	.89		
	Zemljoradnica	5	3.80	.87		
	Penzionerka	9	3.19	.78		

Tabela 3.6.1

Post hoc analiza – radni status hraniteljica

	(I) radni status	(J) radni status	Razlika AS (I-J)	St. greška	p
Prihvatanje	nezaposlena	zaposlena	-.21569	.28684	.904
		zemljoradnica	-.61569	.47998	.651
		penzionerka	.11765	.37032	.992
	zaposlena	nezaposlena	.21569	.28684	.904
		zemljoradnica	-.40000	.52108	.899
		penzionerka	.33333	.42222	.891
	zemljoradnica	nezaposlena	.61569	.47998	.651
		zaposlena	.40000	.52108	.899
		penzionerka	.73333	.57129	.650
	penzionerka	nezaposlena	-.11765	.37032	.992
		zaposlena	-.33333	.42222	.891
		zemljoradnica	-.73333	.57129	.650
Posvećenost	nezaposlena	zaposlena	.13725	.30847	.978
		zemljoradnica	-.35686	.51617	.923
		penzionerka	.06536	.39823	.999
	zaposlena	nezaposlena	-.13725	.30847	.978
		zemljoradnica	-.49412	.56036	.855
		penzionerka	-.07190	.45405	.999
	zemljoradnica	nezaposlena	.35686	.51617	.923
		zaposlena	.49412	.56036	.855
		penzionerka	.42222	.61436	.925
	penzionerka	nezaposlena	-.06536	.39823	.999
		zaposlena	.07190	.45405	.999
		zemljoradnica	-.42222	.61436	.925
Svesnost o uticaju	nezaposlena	zaposlena	.70588	.34657	.254
		zemljoradnica	.08235	.57993	.999
		penzionerka	.77124	.44743	.402
	zaposlena	nezaposlena	-.70588	.34657	.254
		zemljoradnica	-.62353	.62958	.806
		penzionerka	.06536	.51014	.999
	zemljoradnica	nezaposlena	-.08235	.57993	.999
		zaposlena	.62353	.62958	.806
		penzionerka	.68889	.69026	.802
	penzionerka	nezaposlena	-.77124	.44743	.402
		zaposlena	-.06536	.51014	.999
		zemljoradnica	-.68889	.69026	.802

TIMB kvalitet staranja	nezaposlena	zaposlena	.20915	.26318	.889
		zemljoradnica	-.29673	.44038	.929
		penzionerka	.31808	.33976	.831
	zaposlena	nezaposlena	-.20915	.26318	.889
		zemljoradnica	-.50588	.47809	.773
		penzionerka	.10893	.38739	.994
	zemljoradnica	nezaposlena	.29673	.44038	.929
		zaposlena	.50588	.47809	.773
		penzionerka	.61481	.52416	.712
	penzionerka	nezaposlena	-.31808	.33976	.831
		zaposlena	-.10893	.38739	.994
		zemljoradnica	-.61481	.52416	.712

Tabela 3.7.

Deskriptivne mere i značajnost razlika u odnosu na mesto stanovanja hraniteljica

	Mesto stanovanja	N	AS	SD	F	p
Prihvatanje	Selo	35	3.74	1.09	.765	.469
	Grad	34	3.85	.99		
	Prigradsko naselje	13	3.74	.90		
Posvećenost	Selo	35	3.69	1.16	2.121	.127
	Grad	34	3.76	1.02		
	Prigradsko naselje	13	4.38	.96		
Svesnost o uticaju	Selo	35	2.69	1.32	.321	.726
	Grad	34	2.53	1.05		
	Prigradsko naselje	13	2.85	1.63		
Ukupan kv.st	Selo	35	3.37	.99	1.099	.388
	Grad	34	3.38	.85		
	Prigradsko	13	2.85	1.63		

Tabela 3.7.1.

Post hoc analiza – mesto stanovanja hraniteljica

	(I) mesto stanovanja	(J) mesto stanovanja	Razlika AS (I-J)	St. greška	p
Prihvatanje	grad	prigradsko	-.30090	.33352	.667
		selo	-.40000	.52108	.899
	prigradsko	grad	.30090	.33352	.667
		selo	.41099	.33220	.469
	selo	grad	-.11008	.24629	.905
		prigradsko	-.41099	.33220	.469
Posvećenost	grad	prigradsko	-.61991	.34948	.214
		selo	.07899	.25807	.954
	prigradsko	grad	.61991	.34948	.214
		selo	.69890	.34809	.140
	selo	grad	-.07899	.25807	.954
		prigradsko	-.69890	.34809	.140
Svesnost o uticaju	grad	prigradsko	-.31674	.41460	.748
		selo	-.15630	.30616	.878
	prigradsko	grad	.31674	.41460	.748
		selo	.16044	.41269	.927
	selo	grad	.15630	.30616	.878
		prigradsko	-.16044	.41269	.927
Ukupan kvalitet staranja	grad	prigradsko	-.41252	.30423	.403
		selo	.01092	.22466	.999
	prigradsko	grad	.41252	.30423	.403
		selo	.42344	.30303	.381
	selo	grad	-.01092	.22466	.999
		prigradsko	-.42344	.30303	.381

Tabela 3.8.

Deskriptivne mere i značajnost razlika u odnosu na obrazovanje hraniteljica

	Obrazovanje	N	AS	SD	F	p
prihvatanje	osnovno	22	4.00	1.07	.507	.604
	srednje	51	3.76	.99		
	više/visoko	9	4.00	1.12		
posvećenost	osnovno	22	3.86	1.17	.038	.963
	srednje	51	3.80	1.08		
	više/visoko	4	3.9	1.05		
svesnost o uticaju	osnovno	22	2.18	1.30	3.081	.051
	srednje	51	2.73	1.20		
	više/visoko	9	3.33	1.22		
ukupan kvalitet staranja	osnovno	22	3.35	.99	.568	.569
	srednje	51	3.43	.91		
	više/visoko	9	3.74	.98		

Tabela 3.8.1.

Post hoc analiza – obrazovni status hraniteljica

	(I) Obrazovni status	(J) Obrazovni status	Razlika AS (I-J)	St.greška	p
Prihvatanje	osnovna škola	srednja škola	.23529	.26173	.669
		viša škola ili fakultet	.00000	.40601	1.000
	srednja škola	osnovna škola	-.23529	.26173	.669
		viša škola ili fakultet	-.23529	.37098	.818
	viša škola ili fakultet	osnovna škola	.00000	.40601	1.000
		srednja škola	.23529	.37098	.818
Posvećenost	osnovna škola	srednja škola	.05971	.28048	.978
		viša škola ili fakultet	-.02525	.43509	.998
	srednja škola	osnovna škola	-.05971	.28048	.978
		viša škola ili fakultet	-.08497	.39756	.977
	viša škola ili fakultet	osnovna škola	.02525	.43509	.998
		srednja škola	.08497	.39756	.977
Svesnost o uticaju	osnovna škola	srednja škola	-.54367	.31362	.229
		viša škola ili fakultet	-1.15152	.48651	.067
	srednja škola	osnovna škola	.54367	.31362	.229
		viša škola ili fakultet	-.60784	.44454	.397
	viša škola ili fakultet	osnovna škola	1.15152	.48651	.067
		srednja škola	.60784	.44454	.397
Ukupan kvalitet staranja	osnovna škola	srednja škola	-.08289	.23955	.942
		viša škola ili fakultet	-.39226	.37160	.575
	srednja škola	osnovna škola	.08289	.23955	.942
		viša škola ili fakultet	-.30937	.33955	.662
	viša škola ili fakultet	osnovna škola	.39226	.37160	.575
		srednja škola	.30937	.33955	.662

Tabela 3.9.

Post hoc analiza – bračni status hraniteljica

	(I) Bračni status	(J) Bračni status	Razlika AS (I-J)	St.greška	p
Prihvatanje	neudata	udata	1.00521	.42192	.138
		razvedena	1.11905	.54979	.255
		udovica	1.63333	.59839	.067
	udata	neudata	-1.00521	.42192	.138
		razvedena	.11384	.39340	.994
		udovica	.62812	.45888	.601
	razvedena	neudata	-1.11905	.54979	.255
		udata	-.11384	.39340	.994
		udovica	.51429	.57864	.852
	udovica	neudata	-1.63333	.59839	.067
		udata	-.62812	.45888	.601
		razvedena	-.51429	.57864	.852
Posvećenost	neudata	udata	.73438	.46416	.479
		razvedena	.50000	.60482	.877
		udovica	.90000	.65829	.602
	udata	neudata	-.73438	.46416	.479
		razvedena	-.23438	.43278	.961
		udovica	.16562	.50481	.991
	razvedena	neudata	-.50000	.60482	.877
		udata	.23438	.43278	.961
		udovica	.40000	.63656	.941
	udovica	neudata	-.90000	.65829	.602
		udata	-.16562	.50481	.991
		razvedena	-.40000	.63656	.941
Svesnost o uticaju	neudata	udata	1.27083	.52695	.130
		razvedena	1.11905	.68664	.453
		udovica	1.63333	.74734	.198
	udata	neudata	-1.27083	.52695	.130
		razvedena	-.15179	.49133	.992
		udovica	.36250	.57310	.940
	razvedena	neudata	-1.11905	.68664	.453
		udata	.15179	.49133	.992
		udovica	.51429	.72267	.917
	udovica	neudata	-1.63333	.74734	.198
		udata	-.36250	.57310	.940
		razvedena	-.51429	.72267	.917

Ukupan kvalitet staranja	neudata	udata	1.00347	.38708	.090
		razvedena	.91270	.50438	.358
	udovica	udovica	1.38889	.54897	.103
		neudata	-1.00347	.38708	.090
	udata	razvedena	-.09077	.36091	.996
		udovica	.38542	.42098	.840
	razvedena	neudata	-.91270	.50438	.358
		udata	.09077	.36091	.996
	udovica	udovica	.47619	.53085	.848
		neudata	-1.38889	.54897	.103
	udovica	udata	-.38542	.42098	.840
		razvedena	-.47619	.53085	.848

Prilog 4

Tabela 4.1.

Deskriptivne mere i značajnost razlika u funkcionalnosti (CBCL i ACC) u odnosu na pol deteta

	Pol*	AS	SD	t	p
CBCL ukupan skor	Dečaci	28.55	23.60	-.161	.872
	Devojčice	29.36	21.65		
Eksternalizacija	Dečaci	11.17	10.74	.800	.426
	Devojčice	9.48	8.40		
Internalizacija	Dečaci	2.93	3.39	-1.610	.111
	Devojčice	4.43	4.89		
Anksioznost/depresivnost	Dečaci	1.63	1.76	-1.096	.277
	Devojčice	2.07	1.92		
Povlačenje/depresivnost	Dečaci	.93	1.65	-1.706	.092
	Devojčice	1.83	2.95		
Socijalni problemi	Dečaci	3.88	3.07	.211	.833
	Devojčice	3.74	2.79		

Problemi mišljenja	Dečaci	1.55	2.12	.055	.956
	Devojčice	1.52	2.16		
Problemi pažnje	Dečaci	5.05	4.87	-1.060	.293
	Devojčice	6.14	4.46		
Kršenje pravila	Dečaci	3.78	4.48	.856	.394
	Devojčice	3.05	3.12		
Agresivnost	Dečaci	7.40	6.50	.719	.474
	Devojčice	6.43	5.72		
<hr/>					
ACC ukupan skor	Dečaci	27.55	19.21	-.649	.518
	Devojčice	30.38	20.22		
Seksualno ponašanje	Dečaci	.48	1.24	.908	.367
	Devojčice	.24	1.12		
Pseudozrelost	Dečaci	3.23	3.15	-.812	.419
	Devojčice	3.83	3.60		
Neuzajamnost	Dečaci	3.10	3.92	-1.055	.294
	Devojčice	4.05	4.20		
Nediskriminativnost	Dečaci	6.75	3.69	.134	.894
	Devojčice	6.64	3.55		
Nesigurnost	Dečaci	5.80	3.95	-.443	.659
	Devojčice	6.24	4.93		
Anksioznost/nepoverenje	Dečaci	2.00	2.45	-.738	.462
	devojčice	2.43	2.77		
Čuvanje/skladištenje hrane	Dečaci	1.23	1.86	-.198	.843
	Devojčice	1.31	1.99		
Samopovređivanje	Dečaci	.58	2.14	.010	.922
	Devojčice	.57	1.10		

Ukupno samopoštovanje	Dečaci	5.48	5.67	-.1064	.291
	Devojčice	7.00	7.18		
Negativna slika o sebi	Dečaci	1.50	1.97	-1.068	.289
	Devojčice	2.12	3.12		
Nisko samopouzdanje	Dečaci	3.72	3.79	-.999	.321
	Devojčice	4.62	4.28		

* N_{dečaci}=40

N_{devojčice}=42

Tabela 4.2.

Korelacije funkcionalnosti deteta sa uzrastom i uzrastom pri smeštaju u hraniteljsku porodicu

	Uzrast deteta r (p)	Uzrast pri smeštaju u HP r (p)
CBCL ukupan skor	-.009(.937)	.313(.004)
Eksternalizacija	-.007(.949)	.276(.012)
Internalizacija	.059(.601)	.182(.102)
Anksioznost/depresivnost	.004 (.973)	.103(.358)
Povlačenje/depresivnost	.070(.532)	.229(.039)
Socijalni problemi	-.051(.652)	.206(.063)*
Problemi mišljenja	.009(.933)	.184(.099)
Problemi pažnje	.031(.785)	.410(.000)
Kršenje pravila	.074(.511)	.338(.002)
Agresivnost	-.058(.607)	.222(.045)
ACC ukupan skor	.040(.724)	
Seksualno ponašanje	-.232(.036)	.060(.594)
Pseudozrelost	-.042(.710)	.203(.067)*
Neuzajamnost	.033(.770)	.376(.000)

Nediskriminativnost	-010(.931)	.315(.004)
Nesigurnost	.120(.285)	.227(.041)
Anksioznost/nepoverenje	.010(.929)	.231(.037)
Čuvanje/skladištenje hrane	.039(.728)	.441(.000)
Samopovređivanje	-.022(.845)	.208(.061)*
<hr/>		
Ukupno samopouzdanje	.112(.315)	.242(.028)
Negativna slika o sebi	.120(.283)	.226(.041)
Nisko samopouzdanje	.087(.435)	.241(.053)*

**na granici značajnosti*

Prilog 5

Tabela 5.1.

Podaci o broju dece s obzirom na broj porodica/odgajatelja koje je dete promenilo

Broj porodica/odgajatelja	Frekvencija	Procenat
1	5	6.1
2	27	32.9
3	39	47.6
4	6	7.3
5	3	3.7
8	2	2.4

N=82

Tabela 5.2.

Korelacije faktora rizika i funkcionalnosti deteta

	Dužina izloženosti nepovoljnom isk.	Rizik pre smeštaja u hraniteljsku por.	Nestabilnost smeštaja
CBCL ukupan skor	.367**	.289**	.206
Eksternalizacija	.314**	.227*	.196
Internalizacija	.227*	.228*	.021
Anksioznost/depresivnost	.127	.143	.044
Povlačenje/depresivnost	.271*	.289**	.047
Socijalni problemi	.270*	.262*	.209
Problemi mišljenja	.255*	.263*	.158
Problemi pažnje	.449**	.265*	.250*
Kršenje pravila	.343**	.197	.265*
Agresivnost	.278*	.234*	.142
ACC ukupan skor	.419**	.338**	.305**
Seksualno ponašanje	.096	.149	.163
Pseudozrelost	.186	.217	.124
Neuzajamnost	.382**	.262*	.244*
Nediskriminativnost	.320**	.210	.211.
Nesigurnost	.196	.301**	.116
Anksioznost/nepoverenje	.296**	.320**	.245*
Atipičan odgovor na bol	.303**	.187	.236*
Čuvanje/skladištenje hrane	.500**	.115	.170
Samopovređivanje	.240*	.214	.424**
Ukupno samopoštovanje	.256*	.181	.223*
Negativna slika o sebi	.246*	.277*	.245*
Nisko samopouzdanje	.234*	.102	.162

**p<01, * p<05

Prilog 6

Tabela 6.1

Korelacije dimenzija kvaliteta staranja i funkcionalnosti deteta

	Prihvatanje	Posvećenost	Svesnost o uticaju	Ukupni kvalitet
CBCL ukupan skor	-.518**	-.420**	-.042	-.379**
Eksternalizacija	-.498**	-.439**	-.045	-.372**
Internalizacija	-.325**	-.262**	-.082	-.257*
Anksioznost/depresivnost	-.169	-.086	.057	-.069
Povlačenje/depresivnost	-.364**	-.357**	-.200	-.361**
Socijalni problemi	-.433**	-.268*	-.063	-.290**
Problemi mišljenja	-.396**	-.286**	.076	-.221*
Problemi pažnje	-.476**	-.451**	-.150	-.415**
Kršenje pravila	-.521**	-.489**	-.047	-.400**
Agresivnost	-.455**	-.383**	-.042	-.333**
ACC ukupan skor	-.606**	-.356**	-.120	-.465**
Seksualno ponašanje	-.121	-.126	.035	-.077
Pseudozrelost	-.356**	-.197	-.010	-.210
Neuzajamnost	-.580**	-.494**	-.140	-.466**
Nediskriminativnost	-.443**	-.431**	-.133	-.388**
Nesigurnost	-.379**	-.262*	-.110	-.289**
Anksioznost/nepoverenje	-.454**	-.390**	-.055	-.341**
Atipičan odgovor na bol	-.220*	-.229*	-.046	-.189
Čuvanje/skladištenje hrane	-.510**	-.422**	-.047	-.370**
Samopovređivanje	-.456**	-.374**	-.077	-.346**

Ukupno samopouzdanje	-.460**	-.356**	-.173	-.383**
Negativna slika o sebi	-.393**	-.266*	-.106	-.294**
Nisko samopouzdanje	-.427**	-.341**	-.185	-.371**

**p<01, * p<05

Tabela 6.2.

Rezultati provere multikolinearnosti za varijable uključene u prediktorski model koga čine karakteristike deteta, hraniteljsko smeštaja i kvalitet staranja

Prediktori	Nestand. koeficijenti		Stand. koeficijenti	t	p.	Pokazatelji kolinearnosti	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
Uzrast pri smeštaju	.014	.089	.023	.155	.877	.401	2.491
Dužina boravka	-.058	.096	-.091	-.600	.550	.394	2.536
Tip smeštaja	-2.355	7.476	-.036	-.315	.754	.680	1.471
Stalnost smeštaja	.079	3.202	.002	.025	.980	.901	1.110
Broj dece na smeštaju	.581	2.656	.024	.219	.827	.758	1.319
Svesnost o uticaju	1.820	1.864	.119	.977	.332	.615	1.627
Prihvatanje/Posvećenost	-10.471	2.805	-.527	-3.733	.000	.456	2.195

Tabela 6.3.

Rezultati provere multikolinearnosti za varijable uključene u prediktorski model koga čine nepovoljna iskustva koja predhode smeštaju i kvalitet staranja o detetu od strane hraniteljica

Prediktori	Nestand. koeficijenti		Stand. koeficijenti	t	p.	Pokazatelji kolinearnosti	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
Dužina izloženosti nepovoljnom iskustvu	.086	.063	.140	1.376	.173	.722	1.386
Nestabilnost smeštaja	.794	1.604	.048	.495	.622	.815	1.227
Rizik (kumulativni) pre smeštaja	5.471	2.102	.235	2.603	.011	.920	1.086
Svesnost o uticaju	2.135	1.538	.137	1.388	.169	.773	1.293
Prihvatanje/Posvećenost	-9.969	2.253	-.510	-4.424	.000	.566	1.767

Prilog 7 – Baterija instrumenata

Poštovane hraniteljice,

Molimo Vas da pažljivo pročitate informacije o ovom istraživanju i odlučite da li želite da učestvujete u njemu.

Istraživanje se sprovodi u okviru projekta „Efekti egzistencijalne nesigurnosti na pojedinca i porodicu u Srbiji“, koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, a u njegovoj realizaciji učestvuju istraživači sa Odseka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Novom Sadu.

Istraživanje se bavi mentalnim zdravljem dece koja se nalaze na smeštaju u hraniteljskim porodicama. Osnovni cilj istraživanja je da utvrdi i opiše probleme i poteškoće sa kojima se deca na hraniteljstvu suočavaju, a zatim i da opiše kakav kvalitet staranja je deci potrebno pružiti od strane hranitelja kako bi se podstakao njihov oporavak i zaštitilo i unapredilo njihovo mentalno zdravlje.

U ovom istraživanju podaci o detetu na smeštaju će biti prikupljeni putem intervjuva i upitnika. Biće potrebno da date usmene odgovore na nekoliko pitanja i da popunite upitnik. Za sve to će Vam trebati najviše sat vremena.

Popunjavanje upitnika nije anonimno već se u njemu navodi ime i prezime deteta. Takvo označavanje je neophodno da bi se mogli objediniti podaci o detetu prikupljeni od hranitelja sa podacima koji će se prikupljati od stručnog radnika centra za socijalni rad. Međutim, dobijeni podaci će biti korišćeni isključivo u istraživačke svrhe i obrađivaće se grupno, sa rezultatima svih ostalih učesnika.

Učešće u istraživanju je dobrovoljno, tako da niste u obavezi da pristanete na intervju i popunite upitnik. Ukoliko odlučite da u njemu ne učestvujete molimo Vas da nepopunjen upitnik vratite osobi koja je zadužena za sprovođenje istraživanja. Ukoliko se odlučite da učestvujete, popunjen upitnik dajte toj istoj osobi. Molimo Vas za iskrene odgovore, jer samo tačni podaci pomažu da bolje sagledamo potrebe dece na porodičnom smeštaju. Takođe Vas molimo da pre nego što predate popunjen upitnik još jednom proverite da li ste odgovorili na sva pitanja. Na taj način doprinosite realizaciji projekta, rešavanju značajnih pitanja u vezi sa poteškoćama u funkcionisanju dece na hraniteljstvu i potpunijem sagledavanju optimalnih uslova za njihov razvoj u hraniteljskim porodicama.

IZJAVA SAGLASNOSTI:

Pročitala sam i razumela date informacije i pristajem na učešće u ovom istraživanju.

a. Da, pristajem da učestvujem

b. Ne pristajem da učestvujem

(molimo zaokružite)

Datum: _____

Hvala vam na pomoći i saradnji!

«TO JE MOJE ČEDO» INTERVJU

Pitanja:

1. Želela bih da počnemo tako što ću vas zamoliti da opišete (detetovo ime). Kakav mu/joj je karakter?
2. Da li ikada poželite da (detetovo ime) odraste kod vas?
3. Koliko bi vam nedostajao/la (detetovo ime), ukoliko bi otišao/la?
4. Šta mislite kako vaš odnos sa (detetovo ime) utiče na njega/nju u ovom trenutku?
5. Šta mislite kako će vaš odnos sa (detetovo ime) uticati na njega/nju dugoročno?
6. Šta želite za (detetovo ime) sada?
7. Šta želite za (detetovo ime) u budućnosti?
8. Da li postoji nešto u vezi (detetovo ime) ili vašeg odnosa što nismo pomenuli, a želeli bi ste da mi kažete?
9. Želela bih da završimo tako što ćete mi odgovoriti na nekoliko osnovnih pitanja u vezi sa vašim hraniteljskim iskstvom:
 - a. Koliko dugo ste hranitelj?
 - b. O koliko dece ste ukupno kao hranitelj brinuli?
 - c. Koliko dece na hraniteljstvu sada imate?
 - d. Koliko biološke i/ili usvojene dece sada živi u vašem domu?

Upitnik za hranitelje

OPŠTI PODACI O DETETU

Ime i prezime deteta: _____

Pol deteta: 1.muški 2.ženski

Uzrast deteta: ____godina ____meseci

PODACI O ŠKOLOVANJU DETETA

Dete pohađa (zaokružite):

1. Predškolsku ustanovu

2. Ne pohađa predškolsku ustanovu, a tog je uzrasta. Iz kog razloga?

3. Redovnu osnovnu školu

4. Redovnu osnovnu školu po individualnom obrazovnom planu (inkluzija). Iz kojih predmeta? _____

5. Specijalnu osnovnu školu ili specijalno odeljenje u okviru redovne osnovne škole

6. Ne pohađa školu, a tog je uzrasta. Iz kog razloga?

Koji je razred u školi?: _____

Da li je ponavljao/la razred? 1. ne 2. da.

Koji razred? _____ Iz kog razloga? _____

Kakav uspeh ostvaruje u školi?:

1(nedovoljan) 2 (dovoljan) 3 (dobar)

4 (vrlodobar) 5 (odličan)

PODACI O ZDRAVLJU DETETA

Da li dete ima neku fizičku bolest ili poteškoću?

1. ne 2. da

Opišite kakvu _____

Da li dete ima neku psihičku bolest ili poteškoću? 1. ne 2. da

Opišite kakvu _____

Da li je dete ikada zbog svojih poteškoća koristilo usluge stručnjaka za mentalno zdravlje? (psihijatra, neurologa, kliničkog psihologa)

1. ne 2. da

Koristilo je sledeće usluge (označite šta sve): dijagnostika savetovanje
 psihoterapija terapija lekovima nešto drugo _____

U kojim zdravstvenim ustanovama? _____

Da li je detetu od strane psihijatra ili neurologa postavljena zvanična dijagnoza?

1. ne 2. da

Koja dijagnoza? _____

Da li pije lekove zbog navedenih problema?

1. ne 2. da

Navedite koje lekove uzima: _____

PODACI O SMEŠTAJU:

Uzrast na kome je dete smešteno u vašu porodicu: _____ godina _____ meseci

Dužina boravka deteta u vašoj porodici: _____ godina _____ meseci

Da li je pre vaše porodice dete boravio u drugim hraniteljskim porodicama?

1. ne 2. da 3. ne znam.

U koliko porodica pre vaše? _____

Da li je dete u vašu porodicu smešteno sa braćom i/ili sestrama: 1. ne 2. da

Označite pol i navedite uzrast braće/sestara koji su na smeštaju u vašoj porodici:

brat sestra ima _____ godina _____ meseci

brat sestra ima _____ godina _____ meseci

brat sestra ima _____ godina _____ meseci

brat sestra ima _____ godina _____ meseci

Ukoliko braća ili sestre deteta ne žive u vašoj porodici, navedite gde se oni nalaze:

1. u biološkoj porodici

2. u drugoj hraniteljskoj porodici

3. u porodici srodnika

4. u domu za decu

5. drugo, navedite gde _____

6. ne znam

Da li u vašoj porodici ima druge dece na smeštaju koja nisu u krvnom srodstvu sa detetom u odnosu na koje dajete podatke?

1. ne 2. da.

Koliko druge dece? _____

PODACI O KONTAKTIMA SA ČLANOVIMA BIOLOŠKE PORODICE

Označite šta od navedenog najviše odgovara načinu održavanja ličnih kontakata deteta sa članovima biološke porodice:

1. Nema kontakte sa roditeljima i drugim članovima biološke porodice
2. Retki kontakti sa roditeljima i srođnicima, bez predvidljive dinamike (ne zna se kada će biti)
3. Povremeno kontaktira sa roditeljima (ređe nego jednom mesečno, ali postoji kontinuitet kontakata)
4. Redovno ima kontakte sa roditeljima u samoj hraniteljskoj porodici, centru za socijalni rad, centru za porodični smeštaj ili nekom drugom javnom mestu (bar jednom mesečno)
5. Redovno kontaktira i provodi vikende ili praznike u biološkoj porodici

Na skali od 1 do 5 označite broj koji najbolje opisuje kvalitet odnosa roditelja i/ili srođnika sa detetom za vreme kontakata, pri čemu:

1 - označava kada je roditelj i/ili srođnik nezainteresovan za dete prilikom susreta, ne inicira razgovor i komunikaciju, ne bavi se detetom ili ga kritikuje i na drugi način je neprijatan/negativan prema detetu

3 - označava kada je roditelj i/ili srođnik u delu susreta usmeren na dete, zainteresovan za komunikaciju sa njim, bavi se detetom, ali isto tako dobar deo vremena koristi da priča sa hraniteljima o ličnim problemima i temama koje nemaju veze sa detetom

5 – označava kada je roditelj/srođnik prilikom susreta usmeren na dete, zainteresovan za njegov razvoj i život u hraniteljskoj porodici, trudi se da uspostavi i održi odnos sa detetom i pozitivan je i podržavajući u komunikaciji sa njim

1 2 3 4 5

Dete ne ostvaruje kontakte ni sa jednim članom biološke porodice

PODACI O HRANITELJIMA

Vaš odnos sa detetom:

1. Nesrodnički hranitelj
2. Srodnički hranitelj

Ukoliko ste srodnik navedite o kojoj srodničkoj vezi se radi (na pr. baba, tetka, ujna...)_____

Vaše godine života: _____

Obrazovanje:

1. nepotpuna osnovna škola
2. osnovna škola
3. srednja škola
4. viša škola i fakultet

Bračni status:

1. neudata
2. udata (bračna ili vanbračna zajednica)
3. razvedena
4. udovica

Da li imate biološku decu 1. da 2. ne

Navedite članove vašeg domaćinstva: broj odraslih _____

broj maloletne biološke dece _____ broj dece na smeštaju _____

Mesto stanovanja:

1. Grad
2. Prigradsko naselje
3. Selo

Radni status:

1. nezaposlena
2. u radnom odnosu
3. zemljoradnica
4. penzionerka

Molimo proverite da li ste odgovorili na sva pitanja!

Upitnik za stručne radnike:

Ime i prezime deteta: _____

Tip hraniteljskog smeštaja: 1. standardno hraniteljstvo 2. srodničko hraniteljstvo

Aktuelni smeštaj u hraniteljsku porodicu je planiran kao: 1. privremen 2. dugoročan
do osamostaljivanja 3. ne postoji plan

Uzrast na kome je dete izdvojeno iz biološke porodice:

_____ godina _____ meseci

Prvo zbrinjavanje deteta je bilo u : 1. hraniteljsku porodicu

2. instituciju socijalne zaštite

Navedite gde je dete od rođenja do smeštaja u aktuelnu hraniteljsku porodicu sve boravilo?

	Mesto boravka prema redosledu (biološka, hraniteljske porodice, porodice srodnika, prihvatilišta, domovi, duže hospitalizacije – od nekoliko meseci, i dr.)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Označite šta je sve od nepovoljnih uslova razvoja bilo prisutno kod deteta:

- Prenatalna izloženost psihoaktivnim supstancama (drogama, alkoholu)
- Prevremeno rođenje
- Psihička bolest roditelja ili bližih srodnika
- Zanemarivanje
- Zlostavljanje

Hvala na saradnji!

Poštovana,

Molimo Vas da pažljivo pročitate informacije o ovom istraživanju i odlučite da li želite da učestvujete u njemu.

Istraživanje se sprovodi u okviru projekta „Efekti egzistencijalne nesigurnosti na pojedinca i porodicu u Srbiji“, koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, a u njegovoj realizaciji učestvuju istraživači sa Odseka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Novom Sadu.

Istraživanje se bavi mentalnim zdravljem dece u sistemu socijalne zaštite, odnosno problemima i teškoćama dece koja se nalaze na smeštaju u hraniteljskim porodicama. Da bi smo mogli potpunije da istražimo navedenu temu, potrebno je da prikupimo podatke i o mentalnom zdravlju njihovih vršnjaka koji odrastaju uz svoje biološke roditelje.

Podaci o deci iz bioloških porodica se prikupljaju putem upitnika i za njihovo popunjavanje, koje je anonimno, potrebno je najviše 30 minuta. Dobijeni podaci će biti korišćeni isključivo u istraživačke svrhe i obrađivaće se grupno, sa rezultatima svih ostalih učesnika. Učešće u istraživanju je dobrovoljno, tako da niste u obavezi da pristanete da popunite upitnik. Ukoliko odlučite da u njemu ne učestvujete molimo Vas da nepopunjen upitnik vratite osobi koja je zadužena za sprovođenje istraživanja. Ukoliko se odlučite da učestvujete, popunjen upitnik dajte toj istoj osobi. Takođe Vas molimo da pre nego što predate popunjen upitnik još jednom proverite da li ste odgovorili na sva pitanja.

IZJAVA SAGLASNOSTI:

Pročitala sam i razumela date informacije i pristajem na učešće u ovom istraživanju.

a. Da, pristajem da učestvujem
učestvujem (molimo zaokružite)

b. Ne pristajem da

PODACI O VAŠEM DETETU:

Pol deteta (zaokružite) : 1. muški 2. ženski

Uzrast deteta: _____ godina _____ meseci

Da li dete živi u biološkoj porodici sa oba roditelja? 1. DA 2. NE

Datum: _____

Hvala vam na pomoći i saradnji!

I DEO Pred Vama su rečenice koje opisuju ponašanja i osećanja dece.

Molimo Vas, za svaku tvrdnju zaokružite broj koji najbolje opisuje Vaše dete u poslednjih 4 do 6 meseci

- zaokružite **0** ako tvrdnja **nije tačna** za Vaše dete u poslednjih 4 do 6 meseci.
 → zaokružite **1** ako je tvrdnja **delimično tačna** za Vaše dete u poslednjih 4 do 6 meseci.
 → zaokružite **2** ako je tvrdnja **uglavnom tačna** za Vaše dete u poslednjih 4 do 6 meseci.

Molimo Vas da odgovore ne proveravate sa detetom, jer bi ga mogli uznemiriti i/ili postideti.

- | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. Sporo se prilagođava na promene | 0 | 1 | 2 | 45. Ima nisko samopoštovanje |
| 0 | 1 | 2 | 2. Svojim ponašanjem traži pažnju | 0 | 1 | 2 | 46. Manipuliše ili iskorišćava prijatelje |
| 0 | 1 | 2 | 3. Izbegava kontakt očima, osim kada je „u nevolji” | 0 | 1 | 2 | 47. U igru uključuje nasilne ili zastrašujuće teme |
| 0 | 1 | 2 | 4. Veruje da ni u čemu nije dobra | 0 | 1 | 2 | 48. Posesivna je, ne ume da deli prijatelje |
| 0 | 1 | 2 | 5. Ne može da se koncentriše, pažnja joj je kratkotrajna | 0 | 1 | 2 | 49. “Starmala” je (govori ili se ponaša kao odrasla osoba) |
| 0 | 1 | 2 | 6. Lako menja prijatelje | 0 | 1 | 2 | 50. Više voli da je sa odraslima nego sa decom |
| 0 | 1 | 2 | 7. „Lepljiva” je | 0 | 1 | 2 | 51. Radije se druži sa starijom decom |
| 0 | 1 | 2 | 8. Žali se da nije omiljena | 0 | 1 | 2 | 52. Odbija da razgovara |
| 0 | 1 | 2 | 9. Žudi za ljubavlju i naklonošću | 0 | 1 | 2 | 53. Odnosi se prema nepoznatima kao da su joj porodica |
| 0 | 1 | 2 | 10. Ne voli sebe | 0 | 1 | 2 | 54. Odbija da je teše kada je povređena |
| 0 | 1 | 2 | 11. Ne veruje odraslim osobama | 0 | 1 | 2 | 55. Izlaže se riziku od fizičkih povreda, neustrašiva je |
| 0 | 1 | 2 | 12. Ne plače | 0 | 1 | 2 | 56. Govori da su prijatelji protiv nje |
| 0 | 1 | 2 | 13. Neće da podeli sa prijateljima | 0 | 1 | 2 | 57. Govori „loša sam” ili „nisam dobra” |
| 0 | 1 | 2 | 14. Ne pokazuje ljubav i naklonost | 0 | 1 | 2 | 58. Tajanstvena je |
| 0 | 1 | 2 | 15. Ne iznosi svoje mišljenje ili stavove | 0 | 1 | 2 | 59. Izgleda nesigurno |
| 0 | 1 | 2 | 16. Lako se obeshrabri kod kuće | 0 | 1 | 2 | 60. Strašljiva je, lako se trgne |
| 0 | 1 | 2 | 17. Lako se obeshrabri u školi | 0 | 1 | 2 | 61. Krade hranu |
| 0 | 1 | 2 | 18. Lako pada pod uticaj druge dece | 0 | 1 | 2 | 62. Sumnjičava je |
| 0 | 1 | 2 | 19. Jede iz đubreta | 0 | 1 | 2 | 63. Misli da je neko ili nešto drugo |
| 0 | 1 | 2 | 20. Jede i ono što nije za jelo | 0 | 1 | 2 | 64. Misli da su druga deca bolja od nje |
| 0 | 1 | 2 | 21. Previše jede | 0 | 1 | 2 | 65. Previše je poslušna |
| 0 | 1 | 2 | 22. Plaši se muških osoba | 0 | 1 | 2 | 66. Previše „drami” (ispoljava „lažna” osećanja) |
| 0 | 1 | 2 | 23. Uplašena je i nervozna pred spavanje | 0 | 1 | 2 | 67. Isuviše prijateljski nastrojena prema nepoznatima |
| 0 | 1 | 2 | 24. Strahuje da bi mogla biti zlostavljana | 0 | 1 | 2 | 68. Previše je nezavisna |
| 0 | 1 | 2 | 25. Plaši se da bi mogla da uradi nešto loše | 0 | 1 | 2 | 69. Suviše je ljubomorna |
| 0 | 1 | 2 | 26. Plaši se da ćete je odbaciti | 0 | 1 | 2 | 70. Odnosi se prema Vama kao da ste dete, a ona Vaš roditelj |
| 0 | 1 | 2 | 27. Oseća se postideno | 0 | 1 | 2 | 71. Jako se trudi da udovolji drugoj deci |
| 0 | 1 | 2 | 28. Oseća se bezvredno ili manje vredno | 0 | 1 | 2 | 72. Jako se trudi da Vam udovolji |
| 0 | 1 | 2 | 29. Teško joj je da donese odluke | 0 | 1 | 2 | 73. „Okreće” prijatelje jedne protiv drugih |
| 0 | 1 | 2 | 30. Često se povređuje, „sklona je nezgodama” | 0 | 1 | 2 | 74. Bezobzirna je (pokazuje malo brige za druge) |
| 0 | 1 | 2 | 31. Lako odustaje | 0 | 1 | 2 | 75. Veoma je zaboravna |
| 0 | 1 | 2 | 32. Pretrpava se hranom | 0 | 1 | 2 | 76. Želi da se prema njoj odnose kao prema bebi ili malom detetu |
| 0 | 1 | 2 | 33. O sebi ima nisko mišljenje | 0 | 1 | 2 | 77. Oprezna je i u pripravnosti |
| 0 | 1 | 2 | 34. Ima izmišljenog prijatelja | 0 | 1 | 2 | 78. Povučena je |
| 0 | 1 | 2 | 35. Ima noćne more | 0 | 1 | 2 | 79. Ne želi da se oproba u novim aktivnostima |
| 0 | 1 | 2 | 36. Krije osećanja | 0 | 1 | 2 | 80. Ne želi da komunicira sa drugom decom |
| 0 | 1 | 2 | 37. Sakriva ili skladišti hranu | 0 | 1 | 2 | 81. Brine da bi Vam se moglo dogoditi nešto loše |
| 0 | 1 | 2 | 38. Grlji mušarce koji joj nisu rođaci ili odgajatelji | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 39. Zabrinuta je da će je prijatelji odbaciti | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 40. Strahuje da bi mogla biti fizički povređena | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 41. Nedostaje joj samopouzdanje | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 42. Nedostaje joj osećanja krivice i empatije | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 43. Smeje se kada se povredi | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 44. Živi u svetu mašte | | | | |

II DEO

Molimo Vas, obratite pažnju da u uputstva na ovoj strani drugačija.

Samo na ovoj strani

- zaokružite **0** ako se ponašanje **nije pojavilo** u poslednjih 4 do 6 meseci.
 → zaokružite **1** ako se ponašanje **pojavilo jednom** u poslednjih 4 do 6 meseci.
 → zaokružite **2** ako se ponašanje **pojavilo više od jednom** u poslednjih 4 do 6 months.

0	1	2	82.	Traži da bude fizički kažnjena	0	1	2	101.	Ljubi se otvorenih usta
0	1	2	83.	Pokušava da se ubije	0	1	2	102.	Kod kuće masturbira pred drugima
0	1	2	84.	Ujeda samu sebe	0	1	2	103.	Masturbira u školi ili na javnim mestima
0	1	2	85.	Sama izaziva povraćanje.	0	1	2	104.	Kopa po krastama ili ranama
0	1	2	86.	Sama sebe povređuje (opišite): _____	0	1	2	105.	Zahteva da bude povređena
0	1	2	87.	Seče ili čupa svoju kosu (opišite): _____	0	1	2	106.	Ljula se napred-nazad (opišite): _____
0	1	2	88.	Seče ili cepa svoju odeću (opišite): _____	0	1	2	107.	Govori da njen život nije vredan življenja
0	1	2	89.	Opisuje kako će se ubiti	0	1	2	108.	Njeno seksualno ponašanje nije primereno njenim godinama (opišite): _____
0	1	2	90.	Opisuje ili oponaša seksualno ponašanje	0	1	2	109.	Ima seksualni odnos sa drugom mladom osobom
0	1	2	91.	Uznemirena je traumatskim sećanjima.	0	1	2	110.	Ima seksualne veze sa odraslima (opišite): _____
0	1	2	92.	Ne pokazuje da je boli kada se fizički povredi.	0	1	2	111.	Pokazuje intimne delove tela drugoj deci (a da to nisu braća i sestre)
0	1	2	93.	Burno reaguje kada izgubi prijatelja, ili kada je deca isključe (odbace) (opišite): _____	0	1	2	112.	Započinje nepristojne razgovore, priča šale o seksu
0	1	2	94.	Flertuje sa nepoznatima.	0	1	2	113.	Govori o samoubistvu
0	1	2	95.	Prisiljava decu na seksualne aktivnosti.	0	1	2	114.	Preti da će samu sebe povrediti
0	1	2	96.	Ima "crne rupe" u sećanju ili periode nesećanja.	0	1	2	115.	Preti da će se ubiti
0	1	2	97.	Ima napade panike (kada?) _____	0	1	2	116.	Baca se o zid, na pod i sl. (opišite): _____
0	1	2	98.	Udara se po glavi ili lupa glavom	0	1	2	117.	Dodiruje ili stavlja usta na genitalije drugih osoba
0	1	2	99.	Namerno se povređuje noževima ili alatom (opišite): _____	0	1	2	118.	Pokušava da uključi druge u seksualno ponašanje (opišite): _____
0	1	2	100.	Namerno guta opasne materije da bi se povredila (npr. lek, otrov) (opišite): _____	0	1	2	119.	Pije vodu koja nije za piće (npr. iz bačene flaše, iz wc šolje) (opišite): _____
					0	1	2	120.	Neće da kaže kada je fizički povređena

Molimo proverite da li ste odgovorili na sva pitanja na obe strane

IB:
 Ime i prezime deteta:
 Uzrast deteta:
 Vaše ime:
 Vaš odnos sa detetom: (npr. majka, otac, hranitelj, tetka, ujak, stric, baba, deda)

Pred Vama su rečenice koje opisuju ponašanja i osećanja dece.

Molimo Vas, za svaku tvrdnju zaokružite broj koji najbolje opisuje Vaše dete u poslednjih 4 do 6 meseci

- zaokružite **0** ako tvrdnja **nije tačna** za Vaše dete u poslednjih 4 do 6 meseci.
- zaokružite **1** ako je tvrdnja **delimično tačna** za Vaše dete u poslednjih 4 do 6 meseci.
- zaokružite **2** ako je tvrdnja **uglavnom tačna** za Vaše dete u poslednjih 4 do 6 meseci.

Molimo Vas da odgovore ne proveravate sa detetom, jer bi ga mogli uznemiriti i/ili postideti.

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 1. Sporo se prilagođava na promene | 0 | 1 | 2 | 45. Ima nisko samopoštovanje |
| 0 | 1 | 2 | 2. Svojim ponašanjem traži pažnju | 0 | 1 | 2 | 46. Manipuliše ili iskorišćava prijatelje |
| 0 | 1 | 2 | 3. Izbegava kontakt očima, osim kada je „u nevolji” | 0 | 1 | 2 | 47. U igru uključuje nasilne ili zastrašujuće teme |
| 0 | 1 | 2 | 4. Veruje da ni u čemu nije dobar | 0 | 1 | 2 | 48. Posesivan je, ne ume da deli prijatelje |
| 0 | 1 | 2 | 5. Ne može da se koncentriše, pažnja mu je kratkotrajna | 0 | 1 | 2 | 49. “Starmali” je (govori ili se ponaša kao odrasla osoba) |
| 0 | 1 | 2 | 6. Lako menja prijatelje | 0 | 1 | 2 | 50. Više voli da je sa odraslima nego sa decom |
| 0 | 1 | 2 | 7. „Lepljiv” je | 0 | 1 | 2 | 51. Radije se druži sa starijom decom |
| 0 | 1 | 2 | 8. Žali se da nije omiljen | 0 | 1 | 2 | 52. Odbija da razgovara |
| 0 | 1 | 2 | 9. Žudi za ljubavlju i naklonošću | 0 | 1 | 2 | 53. Odnosi se prema nepoznatima kao da su mu porodica |
| 0 | 1 | 2 | 10. Ne voli sebe | 0 | 1 | 2 | 54. Odbija da je teše kada je povređen |
| 0 | 1 | 2 | 11. Ne veruje odraslim osobama | 0 | 1 | 2 | 55. Izlaže se riziku od fizičkih povreda, neustrašiv je |
| 0 | 1 | 2 | 12. Ne plače | 0 | 1 | 2 | 56. Govori da su prijatelji protiv njega |
| 0 | 1 | 2 | 13. Neće da podeli sa prijateljima | 0 | 1 | 2 | 57. Govori „loš sam” ili „nisam dobar” |
| 0 | 1 | 2 | 14. Ne pokazuje ljubav i naklonost | 0 | 1 | 2 | 58. Tajanstven je |
| 0 | 1 | 2 | 15. Ne iznosi svoje mišljenje ili stavove | 0 | 1 | 2 | 59. Izgleda nesigurno |
| 0 | 1 | 2 | 16. Lako se obeshrabri kod kuće | 0 | 1 | 2 | 60. Strašljiv je, lako se trgne |
| 0 | 1 | 2 | 17. Lako se obeshrabri u školi | 0 | 1 | 2 | 61. Krade hranu |
| 0 | 1 | 2 | 18. Lako pada pod uticaj druge dece | 0 | 1 | 2 | 62. Sumnjičav je |
| 0 | 1 | 2 | 19. Jede iz đubreta | 0 | 1 | 2 | 63. Misli da je neko ili nešto drugo |
| 0 | 1 | 2 | 20. Jede i ono što nije za jelo | 0 | 1 | 2 | 64. Misli da su druga deca bolja od njega |
| 0 | 1 | 2 | 21. Previše jede | 0 | 1 | 2 | 65. Previše je poslušan |
| 0 | 1 | 2 | 22. Plaši se muških osoba | 0 | 1 | 2 | 66. Previše „drami” (ispoljava „lažna” osećanja) |
| 0 | 1 | 2 | 23. Uplašen je i nervozan pred spavanje | 0 | 1 | 2 | 67. Isuviše je prijateljski nastrojen prema nepoznatima |
| 0 | 1 | 2 | 24. Strahuje da bi mogao biti zlostavljan | 0 | 1 | 2 | 68. Previše je nezavisan |
| 0 | 1 | 2 | 25. Plaši se da bi mogao da uradi nešto loše | 0 | 1 | 2 | 69. Suviše je ljubomoran |
| 0 | 1 | 2 | 26. Plaši se da ćete ga odbaciti | 0 | 1 | 2 | 70. Odnosi se prema Vama kao da ste dete, a on Vaš roditelj |
| 0 | 1 | 2 | 27. Oseća se postideno | 0 | 1 | 2 | 71. Jako se trudi da udovolji drugoj deci |
| 0 | 1 | 2 | 28. Oseća se bezvredno ili manje vredno | 0 | 1 | 2 | 72. Jako se trudi da Vam udovolji |
| 0 | 1 | 2 | 29. Teško mu je da donese odluke | 0 | 1 | 2 | 73. „Okreće” prijatelje jedne protiv drugih |
| 0 | 1 | 2 | 30. Često se povređuje, „sklon je nezgodama” | 0 | 1 | 2 | 74. Bezobziran je (pokazuje malo brige za druge) |
| 0 | 1 | 2 | 31. Lako odustaje | 0 | 1 | 2 | 75. Veoma je zaboravan |
| 0 | 1 | 2 | 32. Pretrpava se hranom | 0 | 1 | 2 | 76. Želi da se prema njemu odnose kao prema bebi ili malom detetu |
| 0 | 1 | 2 | 33. O sebi ima nisko mišljenje | 0 | 1 | 2 | 77. Oprezan je i u pripravnosti |
| 0 | 1 | 2 | 34. Ima izmišljenog prijatelja | 0 | 1 | 2 | 78. Povučan je |
| 0 | 1 | 2 | 35. Ima noćne more | 0 | 1 | 2 | 79. Ne želi da se oproba u novim aktivnostima |
| 0 | 1 | 2 | 36. Krije osećanja | 0 | 1 | 2 | 80. Ne želi da komunicira sa drugom decom |
| 0 | 1 | 2 | 37. Sakriva ili skladišti hranu | 0 | 1 | 2 | 81. Brine da bi Vam se moglo dogoditi nešto loše |
| 0 | 1 | 2 | 38. Grlji mušarce koji mu nisu rođaci ili odgajatelji | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 39. Zabrinut je da će ga prijatelji odbaciti | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 40. Strahuje da bi mogao biti fizički povređen | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 41. Nedostaje mu samopouzdanje | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 42. Nedostaje mu osećanje krivice i empatije | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 43. Smeje se kada se povredi | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 44. Živi u svetu mašte | | | | |

II DEO

Molimo Vas, obratite pažnju da u uputstva na ovoj strani drugačija.

Samo na ovoj strani

- zaokružite **0** ako se ponašanje **nije pojavilo** u poslednjih 4 do 6 meseci.
 → zaokružite **1** ako se ponašanje **pojavilo jednom** u poslednjih 4 do 6 meseci.
 → zaokružite **2** ako se ponašanje **pojavilo više od jednom** u poslednjih 4 do 6 months.

0	1	2	82.	Traži da bude fizički kažnjen	0	1	2	101.	Ljubi se otvorenih usta
0	1	2	83.	Pokušava da se ubije	0	1	2	102.	Kod kuće masturbira pred drugima
0	1	2	84.	Ujeda samog sebe	0	1	2	103.	Masturbira u školi ili na javnim mestima
0	1	2	85.	Sam izaziva povraćanje.	0	1	2	104.	Kopa po krastama ili ranama
0	1	2	86.	Sam sebe povređuje (opišite): _____	0	1	2	105.	Zahteva da bude povređen
0	1	2	87.	Seče ili čupa svoju kosu (opišite): _____	0	1	2	106.	Ljulja se napred-nazad (opišite): _____
0	1	2	88.	Seče ili cepa svoju odeću (opišite): _____	0	1	2	107.	Govori da njegov život nije vredan življenja
0	1	2	89.	Opisuje kako će se ubiti	0	1	2	108.	Njegovo seksualno ponašanje nije primereno njegovim godinama (opišite): _____
0	1	2	90.	Opisuje ili oponaša seksualno ponašanje	0	1	2	109.	Ima seksualni odnos sa drugom mladom osobom
0	1	2	91.	Uznemiren je traumatskim sećanjima.	0	1	2	110.	Ima seksualne veze sa odraslima (opišite): _____
0	1	2	92.	Ne pokazuje da ga boli kada se fizički povredi	0	1	2	111.	Pokazuje intimne delove tela drugoj deci (a da to nisu braća i sestre)
0	1	2	93.	Burno reaguje kada izgubi prijatelja, ili kada ga deca isključe (odbace) (opišite): _____	0	1	2	112.	Započinje nepristojne razgovore, priča šale o seksu
0	1	2	94.	Flertuje sa nepoznatima	0	1	2	113.	Govori o samoubistvu
0	1	2	95.	Prisiljava decu na seksualne aktivnosti	0	1	2	114.	Preti da će samog sebe povrediti
0	1	2	96.	Ima "crne rupe" u sećanju ili periode nesećanja.	0	1	2	115.	Preti da će se ubiti
0	1	2	97.	Ima napade panike (kada?) _____	0	1	2	116.	Baca se o zid, na pod i sl. (opišite): _____
0	1	2	98.	Udara se po glavi ili lupa glavom	0	1	2	117.	Dodiruje ili stavlja usta na genitalije drugih osoba
0	1	2	99.	Namerno se povređuje noževima ili alatom (opišite): _____	0	1	2	118.	Pokušava da uključi druge u seksualno ponašanje (opišite): _____
0	1	2	100.	Namerno guta opasne materije da bi se povredio (npr. lek, otrov) (opišite): _____	0	1	2	119.	Pije vodu koja nije za piće (npr. iz bačene flaše, iz wc šolje) (opišite): _____
					0	1	2	120.	Neće da kaže kada je fizički povređen

Molimo proverite da li ste odgovorili na sva pitanja na obe strane

IB:
 Ime i prezime deteta:
 Uzrast deteta:
 Vaše ime:
 Vaš odnos sa detetom: (npr. majka, otac, hranitelj, tetka, ujak, stric, baba, deda)



Molimo da pišete
štampanim slovima

LISTA PROVERE DEČJEG PONAŠANJA ZA DECU OD 6 - 18 GOD.

Samo za službenu
upotrebu
ID br.:

PUNO IME DETETA	Ime	Srednje ime	Prezime	UOBIČAJENO ZANIMANJE RODITELJA, čak i ukoliko trenutno ne rade. (Molimo vas da budete specifični – npr. automehaničar, profesor u srednjoj školi, domaćica, radnik, strugar, prodavač cipela, vodnik u vojsci). ZANIMANJE OCA _____ ZANIMANJE MAJKE _____
POL DETETA <input type="checkbox"/> Dečak <input type="checkbox"/> Devojčica	DOB DETETA	DETETOVA PRIPADNOST ETNIČKOJ GRUPI ILI RASA		
DANAŠNJI DATUM Mesec ____ Dan ____ Godina ____		DATUM ROĐENJA DETETA Mesec ____ Dan ____ Godina ____		FORMULAR JE POPUNIO/LA: (napišite štampanim slovima svoje puno ime) Vaš pol: <input type="checkbox"/> Muško <input type="checkbox"/> Žensko Vaša veza sa detetom: <input type="checkbox"/> Biološki roditelj <input type="checkbox"/> Maćeha/oćuh <input type="checkbox"/> Deda/baka <input type="checkbox"/> Usvojitelj <input type="checkbox"/> Udomitelj <input type="checkbox"/> Drugo (navedite) _____
RAZRED U ŠKOLI _____ NE POHAĐA ŠKOLU <input type="checkbox"/>		Molimo da ispunite ovaj formular kako biste iskazali <i>svoje</i> mišljenje o dečjem ponašanju čak i ako se ostale osobe sa tim možda ne slažu. Slobodno upišite dodatne komentare pored svake stavke te u prostor namenjen za komentare na 2. stranici. Obavezno odgovorite na sva pitanja.		

I. Molimo da navedete sportove u kojima vaše dete najviše voli da učestvuje. Na primer: plivanje, bezbol, klizanje, skejtbording, vožnja biciklom, pecanje, itd.

Ni jedan

- a. _____
b. _____
c. _____

U poređenju sa drugima istog uzrasta, otprilike koliko vremena provodi u svakom pojedinom sportu:

	Manje od proseka	Prosečno	Više od proseka	Ne znam
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U poređenju sa drugima istog uzrasta, koliko je uspešno u svakom od tih sportova:

	Manje od proseka	Prosečno	Više od proseka	Ne znam
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Molimo da navedete omiljene hobije, aktivnosti i igre vašeg deteta, osim sporta (na primer: poštanske marke, lutke, knjige, sviranje klavira, ruktovrine, auti, kompjuteri, pevanje, itd.) (**Nemojte** uključiti slušanje radija ili gledanje televizije).

Ni jedno

- a. _____
b. _____
c. _____

U upoređenju sa drugima istog uzrasta otprilike koliko vremena provodi u svakom pojedinom sportu?

	Manje od proseka	Prosečno	Više od proseka	Ne znam
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U upoređenju sa drugima istog uzrasta koliko je uspešno u svakom od tih sportova?

	Manje od proseka	Prosečno	Više od proseka	Ne znam
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Molimo da navedete organizacije, klubove, timove ili grupe kojima vaše dete pripada:

Ni jedno

- a. _____
b. _____
c. _____

U poređenju sa drugima istog uzrasta otprilike koliko je aktivno u svakoj pojedinoj grupi?

	Manje aktivno	Prosečno	Više aktivno	Ne znam
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Molimo da navedete poslove ili zadatke koje vaše dete obavlja. Na primer: dostava novina, čuvanje dece, pospremanje kreveta, rad u prodavnici, itd. (Obuhvata i plaćene i neplaćene poslove i zadatke.)

Ni jedno

- a. _____
b. _____
c. _____

U upoređenju sa drugima istog uzrasta koliko dobro ih obavlja?

	Manje od proseka	Prosečno	Više od proseka	Ne znam
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proverite da li ste odgovorili na sva pitanja. Tada pogledajte sledeću stranicu.

Molimo da pišete štampanim slovima. Odgovorite na sva pitanja.

V. 1. Približno koliko bliskih prijatelja ima vaše dete? (Nemojte uključiti braću i sestre)

Ni jednog 1 2 ili 3 4 ili više

2. Približno koliko puta sedmično se vaše dete druži sa svojim prijateljima, van redovnih školskih sati?

(Nemojte uključiti braću i sestre) Manje od jednom 1 ili 2 3 ili više

VI. Ako svoje dete uporedite sa vršnjacima, kako:

	Lošije	Prosečno	Bolje	
a. se slaže sa svojom braćom/sestrama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nema braće ni sestara
b. se slaže sa drugom decom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. se ponaša prema svojim roditeljima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. se igra i radi kada je samo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Uspeh u školi iz pojedinih akademskih predmeta:

Ne ide školu jer je _____

Označite kvadratić za svaki predmet kojeg vaše dete ima

Drugi akademski predmeti, na primer: kompjuterski kursevi, strani jezik, biznis. **Nemojte uključiti** fizičko vaspitanje, radionicu, vozačku školu ili druge neakademske predmete.

	Neuspešno	Ispod proseka	Prosečno	Iznad proseka
a. Čitanje, engleski ili jezičke veštine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Istorija ili društvene nauke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmetika ili matematika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Prirodne nauke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Da li vaše dete dobiva specijalno obrazovanje ili dopunsku nastavu, ili pohađa specijalnu nastavu ili specijalnu školu?

Ne Da – koju vrstu usluga, nastavu ili školu:

3. Da li je vaše dete ponavljalo neki razred?

Ne Da – koji razred i iz kojeg razloga:

4. Da li je vaše dete imalo ili ima akademskih ili drugih problema u školi? Ne Da – molimo da opišete:

Kada su problemi započeli? _____

Da li su problemi prestali? Ne Da – kada?

Da li vaše dete ima neku bolest ili fizičku ili mentalnu poteškocu? Ne Da – molimo da opišete:

Šta vas najviše brine kod vašeg deteta?

Molimo da opišete najbolje strane vašeg deteta.

Proverite da li ste odgovorili na sva pitanja

Molimo da pišete štampanim slovima. Odgovorite na sva pitanja.

U sledećem delu se nalazi spisak koji opisuje ponašanje dece i omladine. Za svaku tvrdnju koja opisuje vaše dete **sada ili u zadnjih 6 meseci**, molimo da zaokružite broj **2** ako je **vrlo tačno ili često tačno**. Broj **1** zaokružite ukoliko je **tvrdnja ponekad tačna ili donekle tačna**. Ako tvrdnja nikako **nije tačna** za vaše dete, zaokružite **0**. Molimo vas da odgovorite na sve navedene tvrdnje najbolje što možete, čak i ako vam se čini da nisu ni u kakvoj vezi sa ponašanjem vašeg deteta.

0 = Nije tačno (koliko znate)			1 = Ponekad tačno ili donekle tačno			2 = Vrlo tačno ili često tačno			
0	1	2	1.	Ponaša se previše detinjasto za svoje godine.	0	1	2	32.	Misli da treba da bude savršen/a
0	1	2	2.	Konzumira alkohol bez dozvole roditelja (opišite): _____	0	1	2	33.	Misli ili se žali da ga/je niko ne voli
0	1	2	3.	Puno se svađa	0	1	2	34.	Misli da su drugi protiv njega/nje
0	1	2	4.	Šta započne ne završi	0	1	2	35.	Oseća se bezvredno ili manje vredno
0	1	2	5.	U malo čemu uživa	0	1	2	36.	Lako se povredi, sklon/a je nezgodama
0	1	2	6.	Veliku nuždu obavlja van nužnika	0	1	2	37.	Često se tuče
0	1	2	7.	Hvališe se, razmeće se	0	1	2	38.	Često ga/je zadirkuju
0	1	2	8.	Ne može da se koncentriše, pažnja kratkotrajno usmerena	0	1	2	39.	Druži se sa decom koja često upadaju u nepravilike
0	1	2	9.	Ne može da se oslobodi nekih misli; opsesije (opišite): _____	0	1	2	40.	Čuje zvukove ili glasove kojih nema (opišite): _____
0	1	2	10.	Ne može da sedi mirno, nemiran/na je i hiperaktivan/na	0	1	2	41.	Impulsivan/a i reaguje bez razmišljanja
0	1	2	11.	Drži se odraslih ili je previše zavistan/na	0	1	2	42.	Radije bi bio/bila sam/sama nego sa drugima
0	1	2	12.	Žali se na osamljenost	0	1	2	43.	Laže ili vara
0	1	2	13.	Zbunjen/a, izgleda kao da je smeten/a	0	1	2	44.	Grize nokte
0	1	2	14.	Puno plače	0	1	2	45.	Nervozan/nervozna, razdražljiv/a, napet/a
0	1	2	15.	Okrutan/na je prema životinjama	0	1	2	46.	Ima nervozne pokrete ili trzaje (opišite): _____
0	1	2	16.	Grub/a, zastrašuje ili je zločest/a prema drugima	0	1	2	47.	Ima noćne more
0	1	2	17.	Sanjari ili se izgubi u svojim mislima	0	1	2	48.	Druga deca ga/je ne vole
0	1	2	18.	Namerno sam/a sebe povređuje ili pokušava samoubistvo	0	1	2	49.	Pati od zatvora, nema stolicu
0	1	2	19.	Traži puno pažnje	0	1	2	50.	Previše je bojažljiv/a ili tjeskoban/na
0	1	2	20.	Uništava vlastite stvari	0	1	2	51.	Ima vrtoglavice ili se oseća ošamućeno
0	1	2	21.	Uništava stvari članova svoje porodice ili drugih	0	1	2	52.	Preterano se oseća krivim/krivom
0	1	2	22.	Neposlušan/na je kod kuće	0	1	2	53.	Previše jede
0	1	2	23.	Neposlušan/na je u školi	0	1	2	54.	Previše je umoran/a bez pravog razloga
0	1	2	24.	Slabo jede	0	1	2	55.	Ima previše kila
0	1	2	25.	Ne slaže se sa drugom decom	0	1	2	56.	Fizički problemi bez poznatih medicinskih razloga :
0	1	2	26.	Izgleda kao da se ne oseća krivim/om posle lošeg ponašanja	0	1	2	a.	Neprekidni bolovi ili bolovi (ne glavobolja ili bol u stomaku)
0	1	2	27.	Lako postaje ljubomoran/na	0	1	2	b.	Glavobolje
0	1	2	28.	Krši pravila u kući, školi ili drugde	0	1	2	c.	Mučnina, osećaj slabosti
0	1	2	29.	Boji se određenih životinja, situacija ili mesta, osim škole (opišite): _____	0	1	2	d.	Problemi sa očima (ne ako se ispravljaju nošenjem naočala) (opišite): _____
0	1	2	30.	Boji se odlaska u školu	0	1	2	e.	Osip ili drugi problemi sa kožom
0	1	2	31.	Boji se da da bi mogao/la pomisliti ili napraviti nešto loše	0	1	2	f.	Bolovi u stomaku
					0	1	2	g.	Povraćanje
					0	1	2	h.	Drugo (opišite): _____

Molimo da pišete štampanim slovima. Odgovorite na sva pitanja.

0 = Nije tačno (koliko znate)

1 = Ponekad tačno ili donekle tačno

2 = Vrlo tačno ili često tačno

0 1 2	57.	Fizički napada ljude	0 1 2	84.	Ponaša se čudno (opišite): _____
0 1 2	58.	Kopa nos, grebe kožu ili druge delove tela (opišite): _____	0 1 2	85.	Ima čudne ideje (opišite): _____
0 1 2	59.	Dira vlastite polne organe pred drugima	0 1 2	86.	Tvrdo glav/a je, mrzovoljan/na ili razdražljiv/a
0 1 2	60.	Preterano se igra sa vlastitim polnim organima	0 1 2	87.	Naglo menja raspoloženja ili osećaje
0 1 2	61.	Loše uči u školi	0 1 2	88.	Često se duri
0 1 2	62.	Slabo usklađuje svoje pokrete ili je nespretna/na	0 1 2	89.	Sumnjičav/a je
0 1 2	63.	Radije je u društvu starije dece	0 1 2	90.	Psuje i prostači
0 1 2	64.	Radije je u društvu mlađe dece	0 1 2	91.	Govori da će se ubiti
0 1 2	65.	Odbija da govori	0 1 2	92.	Govori ili hoda u snu (opišite): _____
0 1 2	66.	Neprestano ponavlja određene radnje; prisilne radnje (opišite): _____	0 1 2	93.	Previše priča
0 1 2	67.	Beži od kuće	0 1 2	94.	Puno zadirkuje
0 1 2	68.	Puno vrišti	0 1 2	95.	Nastupi besa ili nagla narav
0 1 2	69.	Tajanstven/a, drži u sebi	0 1 2	96.	Previše misli o seksu
0 1 2	70.	Vidi stvari kojih nema (opišite): _____	0 1 2	97.	Preti ljudima
0 1 2	71.	Samosvestan/na je ili se lako zbuni	0 1 2	98.	Sisa palac
0 1 2	72.	Podmeće požare	0 1 2	99.	Puši, žvače ili šmrče duvan
0 1 2	73.	Seksualni problemi (opišite): _____	0 1 2	100.	Smetnje spavanja (opišite): _____
0 1 2	74.	Pravi se važan/na ili se ludira	0 1 2	101.	Beži iz škole, markira
0 1 2	75.	Previše je stidan/na ili plašljiv/a	0 1 2	102.	Premalo aktivan/na, usporeni pokreti ili mu/joj nedostaje energije
0 1 2	76.	Spava manje od većine dece	0 1 2	103.	Nesretan/ne, tužan/na ili depresivan/na
0 1 2	77.	Spava više od većine dece tokom dana i/ili noći (opišite): _____	0 1 2	104.	Neuobičajeno glasan/na
0 1 2	78.	Teško se koncentriše i lako mu/joj je odvratiti pažnju	0 1 2	105.	Koristi drogu u nemedicinske svrhe (nemojte uključiti alkohol ili duvan) (opišite): _____
0 1 2	79.	Govorni problemi (opišite): _____	0 1 2	106.	Uništava stvari (vandalizam)
0 1 2	80.	Gleda u prazno	0 1 2	107.	Mokri se u gaće tokom dana
0 1 2	81.	Krade kod kuće	0 1 2	108.	Mokri u krevet
0 1 2	82.	Krade izvan kuće	0 1 2	109.	Cvili
0 1 2	83.	Gomila stvari koje mu/joj nisu potrebne (opišite): _____	0 1 2	110.	Radije bi da je drugog pola
			0 1 2	111.	Povučen/a je, ne druži se
			0 1 2	112.	Zabrinut/a
			0 1 2	113.	Molimo da napišete ako vaše dete ima nekih problema koji nisu ovde navedeni:
			0 1 2		_____
			0 1 2		_____
			0 1 2		_____