

USPOREDBA SOCIOEMOCIONALNOG FUNKCIONIRANJA MALODOBNE DJECE MAJKI S PROBLEMOM OVISNOSTI U INTEGRIRANOM MODELU SKRBI I KLASIČNOM MODELU SKRBI

SAŽETAK

Procjenjuje se da je 50 – 80 % slučajeva oduzimanja prava na roditeljsku skrb nad djecom diljem svijeta uključivalo osobe s problemom ovisnosti koje su majke malodobne djece (Harp i Oser, 2016.; Public health England, 2018.; Taplin i Mattick, 2013.). Odnos između poremećaja ovisnosti majke i odvajanja od djeteta je visoko kompleksan (Wall-Wieler i sur., 2018.). Posljednjih godina ustanove rezidencijalnog oporavka nude programe i usluge koji omogućuju djeci da ostanu sa svojom majkom dok se ona nalazi na intenzivnom liječenju od ovisnosti (van de Mark i sur.2005.; Worley i sur. 2005.). Tradicionalni klasični modeli u slučaju majke s potrebom rezidencijalnog liječenja usmjereni su na individualni

Prethodno priopćenje
Primljeno: studeni, 2023.
Prihvaćeno: listopad, 2024.
UDK: 364.4-055.5/7-056.83
DOI 10.3935/ljsr.v31i3.572

Lidija Bandić¹
orcid.org/0009-0004-7706-494X

Centar za žene, majke i djecu
– Reto

Tina Krznarić Jaković²
orcid.org/0000-0002-3690-5202

Cognitiva, obrt za poslovne i
računalne usluge

Ključne riječi:

ovisnost majke; podrška
roditeljstvu; dobrobit djeteta;
integrirani oblik skrbi;
socioemocionalni razvoj
djeteta.

¹ Lidija Bandić, psihologinja, e-mail: lidija@retocentarzagreb.hr

² Tina Krznarić Jaković, psihologinja, dr.sc., e-mail: krznaric.tina@gmail.com

oporavak od ovisnosti te ne uključuje roditeljstvo, odnosno djeca su tijekom liječenja majke smještena u institucionalnu skrb (dječji dom) ili udomiteljstvo. Integrirani modeli liječenja majke s problemom ovisnosti uključuju i djecu uzimajući u obzir dobrobit djeteta (Werner i sur., 2007.). Cilj istraživanja je utvrditi razlike u socioemocionalnom funkcioniranju djece majki na liječenju od ovisnosti u integriranom modelu koji omogućuje djeci da ostanu sa svojom majkom u rezidencijalnom tretmanu dok ona ne dođe do stabilnog oporavka, u odnosu na klasični model pri kojem su djeca odvojena od majke kojoj je potrebna intenzivna razina potpore u rezidencijalnom tretmanu. Za potrebe ovog istraživanja primijenjen je Achenbachov upitnik za procjenu ponašajnih i emocionalnih problema (Achenbach i Rescorla, 2023.) te Hudsonov indeks odnosa u domu (Hudson, 1981.). Rezultati pokazuju statistički značajne razlike u mjeranim varijablama, na način da djeca iz integriranog modela skrbi u odnosu na djecu iz klasičnog oblika skrbi postižu bolje rezultate na kompetencijama aktivnosti, društvenosti, kompetencijama vezanim uz školu, kao i ukupnim kompetencijama. Nadalje, djeca iz integriranog oblika skrbi u odnosu na djecu iz klasičnog oblika skrbi izvještavaju o boljim odnosima u domu, odnosno primarnom okruženju u kojem žive. Riječ je o velikim veličinama efekta što ukazuje na znatno razlikovanje djece iz dva oblika skrbi na ovim varijablama. Rezultati sugeriraju da bi integrirani rezidencijalni tretman usmjeren na obitelj mogao nuditi povoljniji kontekst u kojem se mogu koordinirati usluge usmjerene na promicanje zdravlja majke i djeteta, razvoj zdravih odnosa, unaprjeđenje djetetove dobrobiti te optimizaciju djetetovog razvojnog potencijala na planu tjelesnog i mentalnog zdravlja.

UVOD

Povećanje prevalencije uporabe sredstava ovisnosti kod roditelja povezano je s dalekosežnim negativnim ishodima za djecu, uključujući zdravstvene probleme, povećanu vjerojatnost poremećaja mentalnog zdravlja, smanjenu emocionalnu regulaciju, poremećaje ponašanja, niske akademske uspjehe i delikvenciju (Hanson, Hariri i Williamson i sur., 2015.; Neger i Prinz, 2015.). Procjene sugeriraju da je ovisnost roditelja povezana s oslabljenim roditeljskim sposobnostima i povećanom vjerojatnosti smještaja djeteta u institucionalnu skrb ili udomiteljstvo (Wulczyn, 2009.).

Odnos između bolesti ovisnosti majke i odvajanja od djeteta je visoko kompleksan (Wall-Wieler i sur., 2018.). Za majku koja se bori s problemom ovisnosti, majčinstvo postaje izvor duboke napetosti, snažnih osjećaja srama i krivnje, te borbe s osjećajima da ima djecu i da žele zadržati svoju djecu (Suchman i sur., 2005.). Osjeća se rastrgano između potrebe za dugotrajnim liječenjem i straha da će izgubiti djecu (Powis i sur., 2000.). Odvajanje od djece za mnoge majke je posljednja mogućnost (Coyer, 2001.). U svojim pokušajima da budu »dobre majke« svojoj djeci izbjegavaju

koristiti tradicionalne sustave liječenja od ovisnosti zbog straha od gubitka skrbništva nad djecom, krivnje i stigme (Coyer, 2001.).

Žene s potrebom dugotrajnog liječenja od ovisnosti žive nerijetko u nasilnim vezama s partnerima koji također imaju problem ovisnosti, nemaju podršku obitelji, lošijeg su socioekonomskog statusa (Dunlap i sur., 2006.). Često na njih dodatno utječu međugeneracijski obrasci zloporabe psihoaktivnih tvari, mentalnih bolesti i fizičko ili seksualno zlostavljanje (Chash i Wilke, 2003.).

Posljednjih dvadesetak godina Nacionalne politike u borbi protiv siromaštva i nejednakosti, socijalne isključenosti te promicanja dobrobiti djece usmjerene su na podršku roditeljstvu (Europska komisija, 2014.; Daly i dr., 2015.). Novi dokazi otkrivaju da pristupi usmjereni na obitelj u liječenju ovisnosti učinkovitije pružaju dvostruki tretman za oporavak roditelja od ovisnosti, zdravu privrženost i dobrobit roditelja i djeteta te mogu imati trajne koristi za djecu i roditelje, ali i smanjiti troškove zdravstvene zaštite (Hedegard i sur., 2017.).

U opisu prioriteta javne politike Republike Hrvatske u srednjoročnom razdoblju Nacionalne strategije djelovanja na području ovisnosti za razdoblje do 2030. godine u kontekstu specifičnih potreba vezanih uz liječenje pojedinih skupina osoba s problemom ovisnosti navodi se da posebnu pažnju valja pridati trudnicama i majkama u kreiranju i provedbi programa (Nacionalna strategija djelovanja na području ovisnosti za razdoblje do 2030. godine, 2023.).

Roditelji s problemom ovisnosti imaju više roditeljskih poteškoća koje mogu dovesti do zlostavljanja i zanemarivanja djece od ostalih koji nisu u problemu ovisnosti. Stoga, obiteljska perspektiva liječenja ovisnosti proširuje fokus izvan fragmentiranog klasičnog modela individualnog oporavka majke od ovisnosti na integrirani model koji omogućuje majkama i trudnicama da bez odvajanja od djece borave u sigurnoj, nadziranoj životnoj situaciji i primaju sveobuhvatne usluge.

Osmišljavanje integriranih modela skrbi za trudnice i žene nakon poroda pokazalo se učinkovitim jer ti programi mogu riješiti prepreke i brige jedinstvene za trudnoću i majčinstvo (Elms i sur., 2018.; Kuo i sur., 2013.). Integrirani modeli skrbi koji povezuju liječenje majke od ovisnosti i socijalnu skrb za djecu pokazali su velik potencijal u poboljšanju ishoda za majke i njihovu djecu (Lefebvre i sur., 2010.; Niccols i sur., 2012.; Ordean i Kahan, 2011.). Posljednjih godina programi rezidencijalnog oporavka nude programe i usluge koji omogućuju djeci da ostanu sa svojom majkom dok se ona nalazi na intenzivnom liječenju od ovisnosti (van de Mark i sur., 2005.; Worley i sur., 2005.). Modeli liječenja koji uključuju ne samo majke, već i djecu, postali su sve češći (Werner i sur., 2007.). Tako u prvi plan sve više dolazi pristup usmjeren na obitelj, poštovanje načela razmjerne i najblaže intervencije na obiteljski život te optimalizacija djetetova razvojnog potencijala na planu tjelesnog i mentalnog zdravlja. Stoga se fokus integriranog rezidencijalnog liječenja širi izvan individualnog

oporavka, uključujući prevenciju zlostavljanja djece, očuvanje i ponovno okupljanje obitelji te blagostanje obitelji.

Integrirani model omogućuje Hrvatskim zavodima za socijalni rad da izbjegnu izdvajanje djeteta iz obitelji jer su integrirane usluge u stanju zadovoljiti potrebe obitelji (postizanje medicinskog, psihosocijalnog i duhovnog blagostanja majke, cjelovit razvoj djeteta, osiguranje socijalne i ekonomske dobrobiti obitelji). U integriranom modelu skrbi za majku ovisnicu i dijete u fokusu je razvoj roditeljskih vještina s naglaskom na privrženost.

Teorija privrženosti (Bowlby, 1969.) proizašla je iz nastojanja autora teorije da objasni čvrstu vezu koju dijete razvija s majkom ili drugim primarnim skrbnikom. Bowlby (1969.) privrženost vidi kao trajnu emocionalnu vezu koja se očituje u tendenciji traženja i održavanja blizine sa skrbnikom, najčešće majkom, posebno u situacijama kada dijete osjeća prijetnju, strah ili neugodu. Kroz svoj rad s djecom i majkama, uočio je da djeca doživljavaju povećani stres prilikom odvajanja od majke te svojim ponašanjem pokušavaju spriječiti odvajanje. Osobu s kojom dijete u najranijim danima života stvara tu blisku vezu, Bowlby je nazvao figurom privrženosti, a kod većine djece figura privrženosti je majka. Stvaranje opisanog odnosa bliskosti s figurom privrženosti djetetu osigurava preživljavanje pa dijete koje osjeća strah zbog izvanjske prijetnje, glad ili drugu neugodu, plačem i drugim ponašanjima privlači pažnju majke. To mu osigurava njezinu blizinu i zadovoljenje osjećaja gladi ili zaštite. Mary Ainsworth, nastavljajući Bowlbyjev rad, uočila je da postoje različiti obrasci ponašanja djeteta prema figuri privrženosti prilikom odvajanja, odsustva i povratka majke, a koje je nazvala stilovi privrženosti (Fraley, 2019.). Ovisno o kvaliteti odnosa između primarnog skrbnika i djeteta, dijete razvija sigurni stil privrženosti ili jedan od tri nesigurna stila privrženosti (anksiozno-izbjegavajući, anksiozno-ambivalentni te dezorganizirani stil). Na temelju tih ranih iskustava s primarnim skrbnikom dijete formira unutarnji radni model, odnosno svoju percepciju i očekivanja o tome kako bi odnosi između dvoje ljudi trebali izgledati. Ukoliko skrbnik adekvatno i brižno odgovara na djetetove potrebe, dijete će razviti siguran stil privrženosti koji je povezan s nizom pozitivnih životnih ishoda. Za djecu sa sigurnim stilom privrženosti izglednije je da će razviti bolju emocionalnu i opću inteligenciju, dobre socijalne vještine te imati bolje mentalno zdravlje (Howe, 2011.). Neadekvatni obrasci ponašanja skrbnika prema djetetu, neodgovaranje na djetetove potrebe, nepružanje utjehe i sigurnosti djetetu šteti djetetovom neurološkom, psihološkom, emocionalnom i fizičkom razvoju i funkcioniranju (Newman, 2015.) te rezultira nesigurnim stilovima privrženosti. Nesigurni stilovi privrženosti za posljedicu imaju probleme u formiranju zdravih partnerskih odnosa u odrasloj dobi, razvoj neadekvatnih obrazaca roditeljstva jednog dana kada nesigurno privržena djeca imaju vlastitu djecu te veću vjerojatnost za razvoj bihevioralnih i mentalnih problema (Fearon i sur., 2010.). Roditelji ovisnici najčešće

nemaju adekvatne odgovore na potrebe vlastitog djeteta, zbog čega djeca ovisnika imaju povećanu vjerojatnost razvoja nesigurnih stilova privrženosti, što dovodi do ranije opisanih nepovoljnih životnih ishoda.

Općenito, tretmani oporavka od ovisnosti utemeljeni na načelima teorije privrženosti usredotočeni su na terapijski odnos s njegovim karakteristikama empatije i transformativnog potencijala (Flores, 2004.). Prva i temeljna terapijska zadaća ovih tretmana je mogućnost izgradnje novih interaktivno-relacijskih iskustava s osjetljivom i odgovornom odraslom osobom (Juffer i sur., 2005.; Belt i sur., 2012.; Luthar, Suchman, Altomare, 2007.; Suchman i sur., 2006.). Terapeut funkcionira kao nova figura privrženosti koja može poboljšati stvaranje zamjenskih unutarnjih radnih modela i osigurati sigurnu bazu (Waters, Holttun i Perrin, 2013.). Glavni element terapijskog odnosa prepoznaje se ne samo u uspostavljanju odnosa s terapeutom (Nelson-Zlupko, Kauffman i Dore, 1995.) već se prije može predstaviti u smislu osjećaja sigurnosti i poštovanja koje prenosi terapijski kontekst (Belt i sur., 2012.). Druga terapijska značajka je pažnja posvećena poticanju sposobnosti afektivne regulacije i vještina mentalizacije prema vlastitom i tuđem ponašanju i unutarnjim stanjima. Terapeuti pomažu osobama na liječenju razviti sposobnosti emocionalnog obuzdavanja i regulacije, navodeći majke da prepoznaju i adekvatno odgovaraju na ponašanja drugih, prije svega ponašanja svoje djece (Pajulo i sur., 2006.; Suchman i sur., 2010.; Molitor i Mayes, 2010.). Štoviše, majke se potiče da pristupe i zadovolje fizičke i psihičke potrebe svoje djece, da brinu o njima i da podržavaju očekivanja u vezi s njihovom roditeljskom ulogom. Kao rezultat terapije, majke bi trebale biti u stanju razumjeti kako njihovo vlastito ponašanje može utjecati na njihovo dijete (Belt i sur., 2012.). Modeli koji uključuju roditeljsku komponentu zasnovani na načelima teorije i praksama privrženosti pokazali su se korisnim u jačanju majčine svijesti o riziku prenošenja negativnih interaktivnih obrazaca na vlastito dijete, u ublažavanju rizika od zlostavljanja djeteta, jačanju osjetljivosti tijekom dijadičkih interakcija (pažnja, afektivna kvaliteta, izmjenjivanje i jasnoća djetetovih komunikacijskih signala) te u povećanju refleksivne funkcije majke (Luthar, Suchman i Altomare, 2007.; Pajulo i sur., 2012.; Pajulo i sur., 2008.). Postoji velika vrijednost u daljnjem istraživanju odnosa prema integriranim modelima usmjerenim na roditelje i djecu, osobito intervencijama koje istovremeno djeluju na prevenciju zlostavljanja i razvoj sigurne privrženosti te koje su ključne u dugoročnom psihosocijalnom razvoju djece.

CILJ I SVRHA ISTRAŽIVANJA

Svrha istraživanja je proširiti fokus izvan individualnog oporavka ovisnosti roditelja na integrirani model skrbi koji je u stanju zadovoljiti potrebe obitelji isto-

vremeno utjecati na oporavak od ovisnosti roditelja, kao i na poboljšanje ishoda dobrobiti djeteta.

Cilj istraživanja je utvrditi razlike u socioemocionalnom funkcioniranju djece majki na liječenju od ovisnosti u integriranom modelu koji omogućuje djeci da ostanu sa svojom majkom u rezidencijalnom tretmanu dok ona ne dođe do stabilnog oporavka, u odnosu na klasični model pri kojem su djeca odvojena od majke kojoj je potrebna intenzivna razina potpore u rezidencijalnom tretmanu. Iz cilja proizlaze sljedeći problemi istraživanja i uz njih vezane hipoteze:

1. Razlikuju li se djeca iz integriranog oblika skrbi u odnosu na djecu u klasičnom obliku skrbi u kompetencijama (aktivnosti, društvena kompetencija, kompetencije vezane uz školu, te ukupne kompetencije)?
H1. Djeca iz integriranog modela skrbi u odnosu na djecu klasičnom modelu skrbi statistički značajno se razlikuju u kompetencijama na način da su djeca iz integriranog modela skrbi kompetentnija u području aktivnosti, društvenosti, škole te ukupnih kompetencija.
2. Razlikuju li se djeca iz integriranog modela skrbi u odnosu na djecu u klasičnom modelu skrbi u teškoćama funkcioniranja i psihosomatskim simptomima?
H2. Djeca iz integriranog modela skrbi u odnosu na djecu klasičnog modela skrbi iskazivat će statistički značajno manje teškoća funkcioniranja i psihosomatskih simptoma.
3. Razlikuju li se djeca iz integriranog modela skrbi u odnosu na djecu u klasičnom modelu skrbi u djetetovom doživljavanju odnosa u domu?
H4. Djeca iz integriranog modela skrbi izvještavat će o manjem stupnju i manjoj veličini problema u domu nego djeca iz klasičnog modela skrbi.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Sudionici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku ($N = 60$) djece osnovnoškolskog i srednjoškolskog uzrasta djece u integriranom modelu skrbi ($N = 30$, djevojčice 56,7 %, dječaci 43,4 %) i djece u klasičnom modelu skrbi ($N = 30$, djevojčice 53,3 %, dječaci 46,7 %). Spomenuti poduzorci razlikovali su se statistički značajno po dobi, pri čemu su djeca klasičnog modela skrbi u prosjeku bila starija ($M = 13,6$; $SD = 2,51$) od djece smještene u integrirani model skrbi bez odvajanja od majke ($M = 10,13$; $SD = 3,04$).

Instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja korištena su dva mjerna instrumenta: standardni psihijatrijski instrument CBCL (eng. *Child Behavior Checklist*) za dijagnostičku procjenu zajedno s mjernim instrumentima za funkcioniranje u domu Hudsonov indeks odnosa u domu.

Lista djetetovih ponašanja (eng. *Child Behavior Checklist* – CBCL) je dio Achenbachovog sustava empirijski utemeljene procjene (ASEBA; Achenbach i Rescorla, 2001.). Instrument je korišten diljem svijeta na kliničkim i nekliničkim uzorcima, a mjeri emocionalne, bihevioralne i socijalne probleme djece i adolescenata te ispituje i socijalne kompetencije koje su bile u fokusu ovog istraživanja. Socijalne kompetencije definiramo kao vještine u socijalnim odnosima i društvenim situacijama, a koje se sve više prepoznaju kao važna komponenta mentalnog zdravlja. CBCL-om ispituju se tri domene socijalnih kompetencija: (1) uključenost djeteta u aktivnosti (uključenost u hobije, klubove, sportove ili igre te koliko dobro izvršava poslove i zadatke), (2) socijalne interakcije (prijateljstva, kako se slaže s vršnjacima i članovima obitelji, koliko je samostalno u igri ili individualnom radu), te (3) školsko postignuće (školski uspjeh, akademski ili drugi problemi u školi). Ovaj dio propituje i bolesti ili invalidnost, zabrinutosti i najbolje stvari u vezi djeteta (Bordin i sur., 2013.).

CBCL ispunjava roditelj, odnosno u slučaju djeteta smještenog u dječji dom, zaposlenik doma. Upitnik treba ispuniti osoba koja dijete promatra u obiteljskom okruženju ili onom najbližijem obiteljskom okruženju. Osim rezultata na sindromskim skalama, a koje nisu predmet ovog istraživanja, CBCL daje rezultate za kompetencije djeteta što uključuje: aktivnosti, socijalne odnose (društvenost), kompetencije vezane uz školu te ukupne kompetencije. Ovaj instrument primjeren je za korištenje na populaciji od 6 do 18 godina. Sadrži 118 čestica različitih formata odgovora. Prema normativnim podacima CBCL-a, rezultati se izražavaju t-vrijednostima. Pritom, vrijednosti ispod 59 ukazuju na nekliničke simptome, od 60 do 64 govore da je dijete u riziku za problematična ponašanja, a vrijednosti iznad 65 ukazuju na kliničke simptome.

Hudsonov index obiteljskih odnosa (IOO; Hudson, 1981.) upotrijebljen je u svrhu prikupljanja podataka o obiteljskim odnosima, to jest odnosa u domu u kojem žive kao zamjenskoj obitelji. Instrument sadrži 25 tvrdnji koje se odnose na djetetovo doživljavanje okruženja u kojem živi i odnosa koji u njemu vladaju. Uz svaku tvrdnju ponuđeno je pet mogućih odgovora, a ispitanik se odlučuje za samo jedan od njih (nikada, rijetko, povremeno, često, uvijek). Ponuđeni odgovori mjere učestalost manifestiranja određenog oblika ponašanja koji obuhvaća komponente djelatnosti, mišljenja i osjećanja. Pojedini se odgovor boduje s 1, 2, 3, 4 ili 5 ovisno o smjeru postavljene tvrdnje, a zbrajanjem i oduzimanjem broja 25 od ukupnog zbroja bodova dobije se raspon od 25 do 100 bodova. Ako je ukupni zbroj 30 i veći, smatra se da

vjerojatno postoji problem u području koje se istražuje, a koje zahtijeva intervenciju. Ljestvica je namijenjena mjerenju ozbiljnosti, jačine, stupnja i veličine problema, a ne određivanju izvora žarišta ili podrijetla ispitanikova problema. Čestice 1, 2, 4, 5, 8, 14, 15, 17, 18, 20, 21 i 23 se obrnuto boduju. Djeca su izvještavala o odnosima tamo gdje žive, bilo to u integriranom modelu skrbi u rezidencijalnom tretmanu u kojem boravi s majkom ili odvojeno od roditelja u dječjem domu. Viši rezultat ukazuje na lošije odnose u obitelji ili domu. Cronbachov alfa koeficijent pouzdanosti iznosio je $\alpha = 0,862$.

Postupak

Istraživanje je provedeno na poduzorku djece iz integriranog oblika skrbi iz terapijske zajednice za rehabilitaciju ovisnika s područja središnje Hrvatske te na poduzorku djece iz dječjeg doma s područja Dalmacije. U oba slučaja riječ je o ustanovama u velikim gradovima, kojima gravitiraju i okolna područja.

Kako upute za oba korištena instrumenta nalažu da instrument ispunjava odrasla osoba, bilježeći odgovore djeteta (a što se i pokazalo primjerenim s obzirom na dob djece u istraživanju), u slučaju oba poduzorka odabrani su primarni skrbnici djeteta kao osobe koje će s djetetom ispunjavati upitnik. U slučaju integriranog oblika skrbi, to su bile majke djece, a u slučaju klasičnog oblika skrbi, odgojitelj kojem je određeno dijete povjereno na skrb. Osigurana je suglasnost za provedbu istraživanja zakonskih skrbnika djece, koji su bili upoznati s načinom i svrhom prikupljanja podataka, načinom osiguravanja anonimnosti u istraživanju te mogućnošću odustajanja od istraživanja. Osigurana je i suglasnost odgovornih institucija koje skrbe o djeci u uzorku. Prilikom ispunjavanja upitnika zajamčena je privatnost i okolina bez ometanja. Anonimnost podataka objašnjena je djeci na njima primjeren način, kao i činjenica da dane podatke istraživači neće moći povezati s njima osobno. Iako su bilježeni podaci o dobi i spolu djeteta, koji bi mogli biti identificirajući s obzirom na ograničenu veličinu ustanova u kojima su podaci prikupljeni, statistička obrada podataka i pristup podacima povjeren je vanjskom stručnjaku koji nikada nije ostvario kontakt s djecom u uzorku ili ustanovama u kojima su prikupljeni podaci, čime je zajamčena anonimnost. Prilikom istraživanja poštivana su načela Etičkog kodeksa istraživanja s djecom (Ajduković i Keresteš, 2020.). Na kraju prikupljanja podataka, djeca su upućena kome se mogu obratiti ukoliko žele razgovarati o nekim ponašanjima ili osjećajima o kojima je bilo riječi u istraživanju.

REZULTATI I RASPRAVA

Hipotezama je pretpostavljeno bolje funkcioniranje djece u integriranom obliku skrbi u odnosu na djecu u klasičnom obliku skrbi. Kako bismo odgovorili na postavljene probleme, provedeni su *t*-testovi za nezavisne uzorke čiji su rezultati navedeni u Tablici 1.

Rezultati na Hudsonovom indeksu odnosa u domu pokazuju da su odnosi u domu procjenjivani pozitivnima (viši rezultat sugerira lošije odnose u domu pa je poželjno da je rezultat što niži). Ako pogledamo rezultate odnosa u domu, a pri čemu rezultat iznad 30 upućuje na problematične odnose u domu, uočavamo da je u subuzorku djece u integriranom obliku skrbi vrijednost znatno ispod granične dok je kod djece u klasičnom obliku skrbi vrijednost vrlo bliska graničnoj. Sve utvrđene razlike su značajne na razini rizika od 1 %, a riječ je o umjerenim do velikim veličinama efekta što ukazuje na znatno razlikovanje na ovim varijablama u stvarnom svijetu. Granica za identifikaciju problematičnog stava ispitanika prema odnosima u domu je zbroj bodova manji ili veći od 30. U poduzorku djece iz integrativnog modela skrbi jedan sudionik doseže rezultat 30, no nitko ga ne premašuje. U uzorku djece iz klasičnog modela skrbi, 13 sudionika premašuje granicu od 30 bodova, upućujući na znatno negativniji stav djece iz klasičnog modela skrbi prema odnosima u domu, odnosno da je riječ o obiteljima kojima je potrebna intenzivna rezidencijalna pomoć. Činjenica da u poduzorku djece iz integrativnog modela skrbi sastavljenim od djece čiji su roditelji na liječenju od ovisnosti u rezidencijalnom tretmanu nema djece koja odnose u obitelji procjenjuju klinički problematičnima ukazuje na uspješnost programa u minimiziranju negativnih učinaka roditeljske ovisnosti na dijete.

S obzirom da je za klasičan oblik skrbi koji uključuju smještaj u dječji dom karakteristično okruženje u kojem dijete primarnog skrbnika dijeli s većim brojem druge djece, te je skrbniku briga o djetetu ipak posao s ograničenim radnim vremenom, a što takav oblik znatno razlikuje od tipične obitelji, rezultati koji upućuju samo na granično problematične odnose u domu mogu se na neki način smatrati povoljnim rezultatima. Ipak, ukazuju na znatan prostor za poboljšanje koje se može ostvariti smanjenjem skupina djece, te kontinuiranim radom na poboljšanju odnosa u domu. U integriranom obliku skrbi dijete ostaje uz roditelja pa, iako je riječ o nadziranom roditeljstvu, životna situacija djeteta ipak više nalikuje obiteljskoj u kojoj je fokus primarne figure privrženosti na tom jednom djetetu i eventualnoj braći i sestrama. Na taj način dijete lakše ostvaruje privrženost i postiže osjećaj sigurnosti. S obzirom da integrirani model skrbi uključuje i snažnu komponentu rada na odnosima roditelj – dijete, ali i naglašava važnost sklada ostalih odnosa u terapijskoj zajednici, iz rezultata proizlazi da djeca izražavaju zadovoljstvo odnosima u domu, što pruža snažan temelj za povoljnije uvjete djetetova razvoja.

Tablica 1. Deskriptivna statistika kompozitnih varijabli na poduzorku djece u integriranom obliku skrbi ($N = 30$) i klasičnom obliku skrbi ($N= 30$).

	Integrirani oblik skrbi				Klasični oblik skrbi				t/U	Veličina efekta
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD		
Aktivnost	29	64	40,57	8,165	20	57	30,50	8,741	4,610**	1,190
Društvenost	29	64	50,50	8,896	23	56	38,00	10,525	125,000**	0,52
Škola	32	55	50,15	7,132	30	55	42,61	8,234	112,500**	0,38
Ukupne kompetencije	29	64	40,57	8,165	15	55	30,35	12,082	4,639**	1,510
Odnosi u domu	3	30	13,30	7,88	4	43	25,45	12,60	-4,421**	1,543

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

^a Cohenov D korišten je u slučaju skupina s podjednakom veličinom i varijancom. U slučaju nejednakih varijanci korišten je Glassov delta, a u slučaju nejednakih veličina uzorka Hedgeov g. Kod distribucija koje nisu normalne, pa je korišten Mann-Whitneyjev U-test, veličina efekta izražena je putem staistika r .
• Nenormalno distribuirani podaci, zbog čega je korišten Mann-Whiteneyev U-test.

Tablica 2. Usporedba rezultata izraženih u normativnim vrijednostima djece iz integrativnog modela skrbi ($N = 30$) i djece iz klasičnog modela skrbi ($N = 30$) na mjerama teškoća na instrumentu Lista djetetovih ponašanja (CBCL), korištenjem Mann-Whitneyjeva U-testa.

		M	SD	U	Veličina efekta ^a
Anksioznost/ depresivnost	Integrativni model	57,57	7,34	443,500	-
	Klasični model	57,27	7,08		
Povučenost/ depresivnost	Integrativni model	53,83	6,55	369,500	-
	Klasični model	56,77	8,23		
Somatske pritužbe	Integrativni model	53,40	6,43	448,000	-
	Klasični model	52,07	3,22		
Socijalni problemi	Integrativni model	55,37	6,78	265,500**	0,36
	Klasični model	61,17	8,84		
Problemi mišljenja	Integrativni model	54,63	5,88	446,500	-
	Klasični model	54,90	6,74		
Problemi pažnje	Integrativni model	53,47	6,04	305,500**	0,29
	Klasični model	56,33	5,90		

		M	SD	U	Veličina efekta ^a
Kršenje pravila	Integrirani model	54,77	6,62	326,000	-
	Klasični model	59,47	8,76		
Agresivno ponašanje	Integrirani model	53,87	7,07	361,000	-
	Klasični model	56,47	9,26		
Afektivni problemi	Integrirani model	55,93	5,80	442,000	-
	Klasični model	56,53	7,42		
Anksiozni problemi	Integrirani model	56,70	7,33	363,500	-
	Klasični model	54,17	5,77		
Somatski problemi	Integrirani model	53,17	6,26	446,500	-
	Klasični model	52,23	3,94		
Problemi s deficitom pažnje/hiperaktivnosti	Integrirani model	52,60	4,79	331,000	-
	Klasični model	55,03	5,71		
Problemi s prkošenjem i suprotstavljanjem	Integrirani model	53,43	6,29	347,500	-
	Klasični model	56,90	9,98		
Problemi ophođenja	Integrirani model	55,43	7,64	352,500	-
	Klasični model	59,17	9,34		
Usporeni kognitivni tempo	Integrirani model	54,83	7,05	410,500	-
	Klasični model	55,87	7,18		
Opsesivno-kompulzivni problemi	Integrirani model	57,20	6,22	371,500	-
	Klasični model	55,40	5,72		
Problemi sa stresom	Integrirani model	55,43	6,80	364,000	-
	Klasični model	58,47	7,84		
Internalizacija•	Integrirani model	54,53	13,09	-0,360	-
	Klasični model	55,70	11,95		
Eksternalizacija	Integrirani model	52,57	14,15	343,000	-
	Klasični model	58,93	17,76		
Ukupni problemi	Integrirani model	52,80	12,00	349,500	-
	Klasični model	58,50	15,32		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

^a Cohenov D korišten je u slučaju skupina s podjednakom veličinom i varijancom. U slučaju nejednakih varijanci korišten je Glassov delta, a u slučaju nejednakih veličina uzorka Hedgeov g. Kod distribucija koje nisu normalne, pa je korišten Mann-Whitneyjev U-test, veličina efekta izražena je putem statistika r.

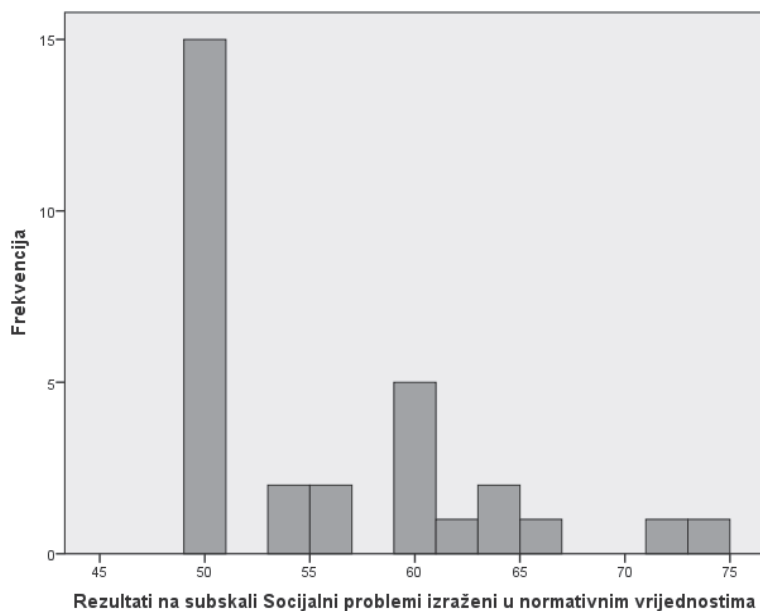
•Normalna distribucija, zbog čega je proveden t-test.

Rezultati na subskalama CBCL-a (aktivnost, društvenost, škola, te ukupne kompetencije) izraženi su u T-vrijednostima. Uočava se izražen problem manjka aktivnosti (uključenost u hobije, klubove, sportove ili igre, te koliko dobro izvršava poslove i zadatke) kod oba poduzorka. Rezultat na ovoj kompetenciji kod djece iz integriranog modela skrbi je na samoj granici graničnog kliničkog raspona, no za djecu u klasičnom modelu skrbi je u kliničkom rasponu ($M = 30,50$; $SD = 8,741$, a u kliničkom rasponu je sve ispod rezultata 37). Isto je zabilježeno i u slučaju ukupnih kompetencija. Društvenost, odnosno socijalne interakcije (prijateljstva, kako se slaže s vršnjacima i članovima obitelji, koliko je dijete samostalno u igri ili individualnom radu) su na poduzorku djece iz klasičnog oblika skrbi u graničnom kliničkom rasponu. Ostali rezultati (Tablica 1.) su u normalnom rasponu, što sugerira da djeca u našem istraživanju u kompetencijama škole ne odstupaju od opće populacije djece, a djeca iz integriranog oblika skrbi ne odstupaju niti u kompetencijama društvenosti. Na svim mjerama kompetencija utvrđeno je postojanje statistički značajnih razlika između skupina djece iz integriranog modela skrbi i djece iz klasičnog modela skrbi. Djeca iz integriranog modela skrbi u odnosu na djecu iz klasičnog modela skrbi iskazuju više kompetencije aktivnosti, društvenosti i škole, te više ukupne kompetencije. Kompetencije aktivnosti, društvenosti i škole te ukupne kompetencije izražene su na način da viši rezultat sugerira višu kompetenciju, odnosno bolju prilagodbu. U svim mjerenim kompetencijama djeca iz integriranog modela skrbi ostvaruju znatno bolje rezultate, sugerirajući mnogo bolje kompetencije aktivnosti, društvenosti i škole, a posljedično i ukupne kompetencije, od djece iz klasičnog modela skrbi. Riječ je o velikim učincima.

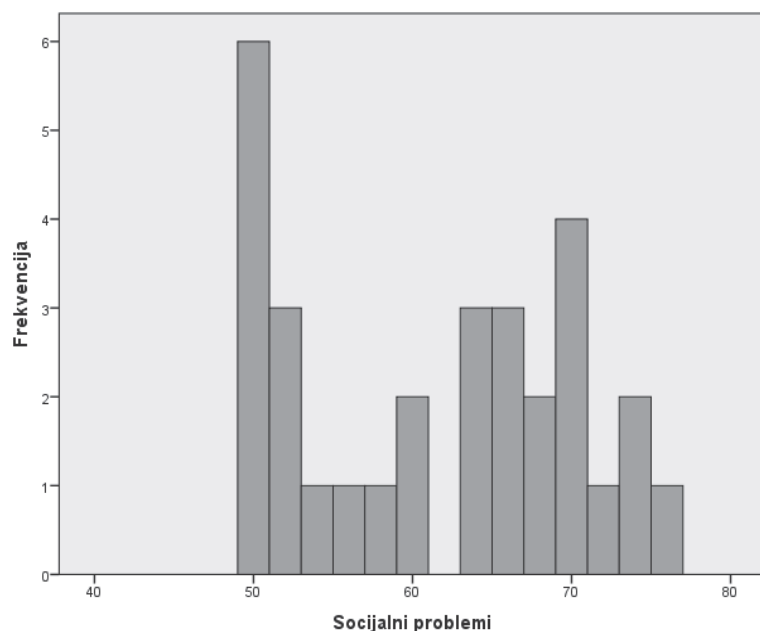
Uvidom u rezultate na mjeri CBCL (Tablica 2.) uočavamo da, iako se na većini mjera teškoća djece iz integrativnog modela skrbi i ona iz klasičnog modela skrbi ne razlikuju, postoje statistički značajne razlike u socijalnim problemima i problemima pažnje u smjeru da djeca iz klasičnog modela skrbi imaju više socijalnih problema i češće imaju probleme pažnje. U slučaju socijalnih problema, riječ je o velikoj veličini efekta, a u slučaju problema pažnje o umjerenoj. Uzevši u obzir da se T-vrijednosti od 60 do 64 smatraju indikacijom mogućih problema, a rezultati iznad 65 ukazuju na kliničke simptome, analizirali smo frekvencije pojedinih rezultata na oba subuzorka u područjima u kojima se subuzorci razlikuju, a to su socijalni problemi i problemi pažnje. Uvidom u distribuciju frekvencija rezultata na ovim subskalama (Slika 1., 2., 3. i 4.), uočavamo da je na poduzorku djece iz integrativnog modela skrbi u domeni socijalnih problema troje djece u području povišenog rizika, a troje djece u rasponu rezultata koji ukazuje na kliničke simptome. Istovremeno, na poduzorku djece iz klasičnog modela skrbi, troje djece je u sferi povišenog rizika, a čak 13 izražava kliničke simptome. Slična je situacija i s problemima pažnje, gdje jedno dijete iz integrativnog modela skrbi ima povišen rizik, a četvero kliničke simptome, dok je u klasičnom modelu skrbi prisutno šestoro djece s povišenim rizikom, te četvero s kliničkim simptomima u

domeni problema pažnje. Stoga je već na prvi pogled vidljivo da govorimo o znatnim razlikama, što provedeni U-testovi i potvrđuju. Govoreći o izraženijim ponašajnim problemima djece iz klasičnog oblika skrbi, valja istaknuti jedan metodološki nedostatak ovog istraživanja, a to je razlika u prosječnoj dobi poduzoraka iz integrativnog i klasičnog modela skrbi. Naime, djeca iz klasičnog modela skrbi u našem istraživanju su u prosjeku nešto starija od djece iz integrativnog oblika skrbi ($M = 13,6$; $SD = 2,51$ naprama $M = 10,13$; $SD = 3,04$). Iz prosječne dobi sudionika uočljivo je da poduzorak klasičnog oblika skrbi zahvaća viši udio djece adolescentske dobi. Imajući na umu ponašajne i socioemocionalne promjene koje adolescencija donosi, moguće je da su zabilježene razlike u ponašajnim problemima dijelom odraz i razvojnih promjena kroz koje djeca u adolescenciji prolaze.

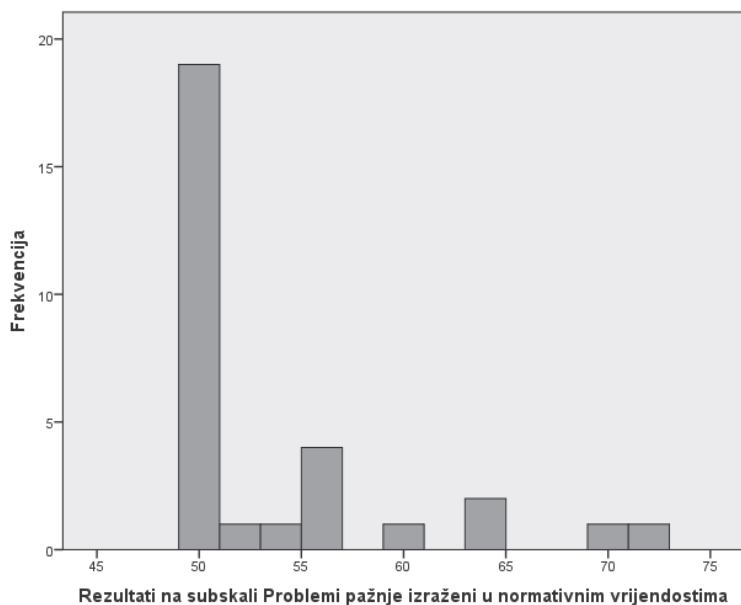
U odnosu na opću populaciju djece jednake dobi u Hrvatskoj, a koja je ispitana prilikom izrade normi za CBCL (Achenbach i Rescorla, 2023.), poduzorak djece iz integriranog modela i klasičnog modela bilježe znatnije snižene kompetencije aktivnosti i ukupne kompetencije, pri čemu djeca iz klasičnog modela skrbi značajnije odstupaju od rezultata normativnog uzorka. Ujedno, djeca iz klasičnog modela skrbi bilježe i snižene kompetencije društvenosti i škole. U odnosu na norme, oba naša poduzorka bilježe blago do umjereno povišene rezultate na subskalama anksioznosti/depresivnosti, problemima mišljenja, problemima pažnje, afektivnim (depresivnim) problemima, problemima ophođenja, opsesivno-kompulzivnim problemima, problemima sa stresom, internalizacijom, eksternalizacijom i ukupnim problemima, pri čemu su odstupanja od normi izraženija kod djece iz klasičnog modela skrbi, izuzev u slučaju opsesivno-kompulzivnih problema gdje prednjače djeca iz integrativnog modela skrbi. Nadalje, djeca iz klasičnog modela skrbi odstupaju od normi u smjeru više problema i na subskalama povučenosti/depresivnosti, socijalnih problema, kršenja pravila, agresivnog ponašanja, problema s deficitom pažnje/hiperaktivnosti, problema s prkošenjem i suprotstavljanjem, te usporenog kognitivnog tempa. Djeca iz integrativnog modela skrbi izvještavaju o više anksioznih problema i u tome odstupaju od normi.



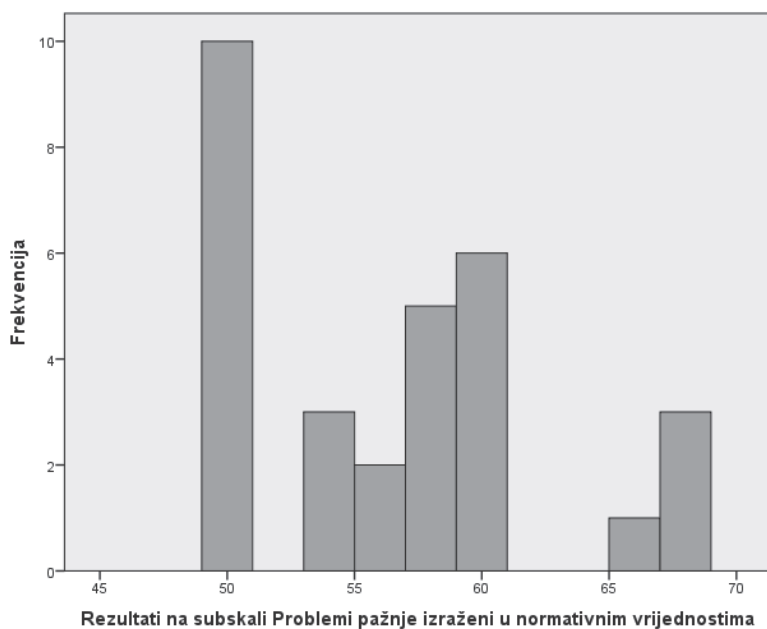
Slika 1. Grafički prikaz distribucije rezultata poduzorka djece iz integrativnog modela skrbi na subskali »Socijalni problemi« Liste djetetovih ponašanja ($N = 30$)



Slika 2. Grafički prikaz distribucije rezultata poduzorka djece iz klasičnog oblika skrbi na subskali »Socijalni problemi« Liste djetetovih ponašanja ($N = 30$)



Slika 3. Grafički prikaz distribucije rezultata poduzorka djece iz integrativnog modela skrbi na subskali »Problemi pažnje« Liste djetetovih ponašanja ($N = 30$)



Slika 4. Grafički prikaz distribucije rezultata poduzorka djece iz klasičnog modela skrbi na subskali »Problemi pažnje« Liste djetetovih ponašanja ($N = 30$).

Provedeno istraživanje predstavlja prvo istraživanje funkcioniranja djece iz integriranog oblika skrbi za majku s problemom ovisnosti i dijete te usporedbu s funkcioniranjem djece majki s problemom ovisnosti koje su smještene u klasičan oblik skrbi. Upravo zbog toga, nisu dostupni podaci za usporedbu rezultata na hrvatskim uzorcima, ali i u svjetskim razmjerima su dostupni podaci vrlo ograničeni. Naime, u dostupnim istraživanjima primarni fokus je na iskustvima majke u postupku liječenja, a koliko nam je poznato, ne postoje istraživanja koja u primarni fokus stavljaju djecu i njihovo svakodnevno funkcioniranje, već obično kao kriterij koriste binaran ishod je li dijete posljedično izdvojeno iz obitelji ili ne (Neo, Norton i Kvallari, 2021.). Stoga ovo istraživanje predstavlja važan korak naprijed u shvaćanju da je dijete ključan element koji treba uzimati u obzir prilikom razmatranja opcija liječenja majki ovisnica.

OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Osnovno ograničenje ovog istraživanja je nemogućnost donošenja uzročno-posljedičnih zaključaka, a čime bismo se u određenoj mjeri mogli približiti budućim longitudinalnim istraživanjima kojima bi se promjene u mjerenim varijablama pratile kroz vrijeme. Djeca nisu smještena u određeni oblik skrbi po slučaju, već odlukom Hrvatskog zavoda za socijalni rad ili suda. Moguće je da pri odluci o odabiru oblika smještaja za dijete ona djeca kod koje je procijenjen bolji potencijal za budući kvalitetan odnos s roditeljem i za čijeg roditelja je postavljena bolja »prognoza« liječenja od ovisnosti imaju povećanu vjerojatnost da će biti smještena u integrirani oblik skrbi. Stoga će se u budućim istraživanjima, čije je provođenje u planu, pokušati izmjeriti varijable proučavane ovim istraživanjem prilikom ulaska djeteta u integrirani ili klasični oblik skrbi, a nastaviti će se longitudinalno pratiti promjene u proučavanim varijablama. Za djecu u integriranom obliku skrbi postoji mogućnost bilježenja podatka o fazi i tijeku liječenja roditelja koji je ovisnik, no za djecu iz klasičnog oblika skrbi takvi podaci nisu dostupni. Naime, uslijed hrvatskog zakonodavnog okvira i Opće uredbe o zaštiti podataka, dječjem domu nije dopušteno bilježiti podatak liječi li se roditelj ovisnik, u kojoj je fazi liječenja, kao niti gdje se isti uopće nalazi jer je roditelj punoljetna osoba. Ti podaci ne integriraju se s podacima djeteta nigdje u okviru sustava socijalne skrbi. Stoga, iako bi bilo zanimljivo i korisno poučavati dolazi li do poboljšanja u varijablama kompetencija djeteta i procjena odnosa u domu kako napreduje liječenje roditelja ovisnika, za djecu u klasičnom obliku skrbi to ne bi bilo moguće jer ne postoje podaci o statusu roditelja, osim onih anegdotalne prirode u slučajevima kada djelatnici dječjeg doma neslužbeno znaju što je s roditeljem djeteta i liječi li se, no isti se ne mogu smatrati pouzdanima, a njihovo bilježenje bilo bi etički upitno.

U ovom istraživanju u obzir treba uzeti i različitu poziciju ispunjavanja upitnika. U klasičnom obliku skrbi, odgovore je bilježio djelatnik dječjeg doma koji je skrbnik djeteta. U integriranom obliku skrbi, odgovore djeteta je bilježila majka djeteta. Upitno je koliko skrbnik u dječjem domu poznaje dijete i ima uvid u sva njegova ponašanja, a upitna je i motivacija majki u integriranom obliku skrbi, odnosno umanjuju li probleme svoje djece. Također, osobe koje rade u domu su po obrazovnom profilu stručnije za prepoznavanje nekih teškoća nego majke, pa je moguće da su zapažene razlike u određenoj mjeri odraz ovog metodološkog nedostatka. Međutim, s obzirom na okolnosti života djeteta u proučavana dva oblika skrbi, te upute vezane uz korištene instrumente da odgovore treba ispunjavati odrasla osoba najbližija djetetu koja ima uvid u njegova svakodnevna ponašanja, ovaj metodološki nedostatak nije moguće izbjeći.

ZAKLJUČAK

Cilj istraživanja bio je usporediti uspješnosti integriranog modela indicirane podrške roditeljstvu koja obuhvaća intervencije s roditeljima koji imaju problem ovisnosti bez odvajanja od djeteta u integriranom modelu skrbi i klasičnog oblika skrbi smještaja djece izdvojene iz obitelji u institucionalnu skrb, koristeći mjere funkcioniranja djeteta, odnosa u domu, te vidljive ishode psihosocijalnog razvoja djeteta.

Rezultati pokazuju da su djeca u integriranom modelu skrbi uspješnija u svakodnevnom funkcioniranju, iskazuju manje problematičnog ponašanja, te odnose u domu procjenjuju boljima u odnosu na djecu u klasičnom modelu skrbi. Iako ne možemo govoriti o uzročno-posljedičnoj vezi smještaja u određeni tip skrbi, rezultati su u skladu s ranijim istraživanjima koja potvrđuju prednosti integriranog modela skrbi u odnosu na klasični model skrbi za dobrobit djeteta. Integrirani modeli usmjereni na obitelj u sigurnom okruženju rezidencijalnog tretmana modificirane terapijske zajednice pružaju emocionalnu i socijalnu dobrobit djeci, a istovremeno pružaju podršku roditeljstvu što doprinosi promicanju prevencije institucionalizacije i ponovnog spajanja obitelji kada postoji rizik od gubitka skrbništva nad djecom. Dobiveni rezultati upućuju na zaključke da nakon istraživanja u kojem bi bio korišten longitudinalni nacrt integrativni model zbrinjavanja obitelji koji omogućuje roditeljima i njihovoj djeci da ostanu zajedno tijekom liječenja roditelja od ovisnosti u rezidencijalnom okruženju koje majci pruža podršku i stabilnost, što vodi do razvoja privrženog roditeljstva te pripreme za odgovorno i poticajno roditeljstvo u najboljem interesu djeteta.

LITERATURA

1. Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2023). *Priručnik za ASEBA za školsku dob*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Ajduković, M. & Keresteš, G. (2020). *Etički kodeks istraživanja s djecom, 2. revidirano izdanje*, Zagreb: Nacionalno etičko povjerenstvo za istraživanja s djecom.
3. American Psychological Association. *Dictionary of psychology*. Preuzeto s: <https://dictionary.apa.org/> (12.11.2023.)
4. Belt, R., Flykt, M., Punamäki, R.-L., Pajulo, M., Posa, T. & Tamminen, T. (2012). Psychotherapy groups and individual support to enhance mental health and early dyadic interaction among drug-abusing mothers. *Infant Mental Health Journal*, 33 (5), 520-534.
5. Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. & Silveiras, E. F. (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. *Cadernos de saude publica*, 29 (1), 13-28. <https://doi.org/10.1590/s0102311x2013000100004>
6. Bowlby, J. (1969). *Attachment, vol. 1 of Attachment and loss*. London: Hogarth Press.
7. Cash, S. J., & Wilke, D. J. (2003). An ecological model of maternal substance abuse and child neglect: Issues, analyses, and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 392-404.
8. Coyer, S. M. (2001). Mothers recovering from cocaine addiction: Factors affecting parenting skills. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 30, 71-79.
9. Daley, D. C. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of Food and Drug Analysis*, 21 (4), S73-S76. <https://doi:10.1016/j.jfda.2013.09.038>
10. Daly, M., Bray, R., Bruckauf, Z., Byrne, J., Margaria, A., Pecnik, N., et al. (2015). *Family and parenting support: Policy and provision in a global context*. Florence: UNICEF Office of Research - Innocenti.
11. Darban, F., Safarzai, E., Koohsari, E. & Kordi, M. (2020). Does attachment style predict quality of life in youth? A cross-sectional study in Iran. *Health psychology research*, 8 (2), 8796. <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8796>
12. Dunlap, G., Strain, P. S., Fox, L., Carta, J. J., Conroy, M., Smith, B. & Sowell, C. (2006). Prevention and intervention with young children's challenging behavior: A summary and perspective regarding current knowledge. *Behavioral Disorders*, 32, 29-45.

13. Elms, N., Link, K., Newman, A. *et al.* (2018). Need for women-centered treatment for substance use disorders: Results from focus group discussions. *Harm Reduction Journal*, 15, 40. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0247-5>
14. Europska komisija/European Commission (2014). *Proposal for key principles of a Quality Framework for early childhood education and care. Report of the Working group on early childhood education and care under the auspices of the European Commission. European Commission.* Preuzeto s: https://www.opgroeien.be/sites/default/files/documenten/eccec-quality-framework_en.pdf, (15.10.2023.).
15. Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 8 (2), 435-456.
16. Flores, P. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. New York: Jason Aronson Inc.
17. Flykt, M., Punamäki, R. L., Belt, R., Biringen, Z., Salo, S., Posa, T. & Pajulo M. (2012). Maternal representations and emotional availability among drug-abusing and nonusing mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 33 (2), 123-138. <https://doi:10.1002/imhj.21313>
18. Fraley, R. C. (2019). Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual review of psychology*, 70 (1), 401-422.
19. Hammond, G. C., McGlone, A., (2013). Residential family treatment for parents with substance use disorders who are involved with child welfare: Two perspectives on program design, collaboration, and sustainability. *Child Welfare*, 92 (6), 131-50.
20. Hanson, J. L., Hariri, A. R. & Williamson, D. E. (2015). Blunted ventral striatum development in adolescence reflects emotional neglect and predicts depressive symptoms. *Biological Psychiatry*, 78 (9), 598-605.
21. Harp, K. L. H. & Oser, C. B. (2018). A longitudinal analysis of the impact of child custody loss on drug use and crime among a sample of African American mothers. *Child Abuse & Neglect*, 77, 1-12.
22. Hedegaard H., Warner M., & Miniño A.M. (2017). *Drug overdose deaths in the United States, 1999 -2015. NCHS data brief, no 273*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Preuzeto sa: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db273.pdf> (15.10.2023.)
23. Howe, D. (2011). *Attachment across the lifecourse: A brief introduction*. Basingstoke Palgrave Macmillan.
24. Hudson, W. W. (1981). Index of family relations. In: Aero R. & Weiner, E. A. (eds.), *The mind test: Classic psychological tests*. New York: William Morrow, 103-106.

25. Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 46 (3), 263–274. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00353.x>
26. Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F. & van IJzendoorn, M. H. (2006.). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20 (2), 266-274. <https://doi:10.1037/0893-3200.20.2.266>
27. Kuo, C., Schonbrun, Y. C., Zlotnick, C., Bates, N., Todorova, R., Kao, J. C. & Johnson, J. (2013). A qualitative study of treatment needs among pregnant and postpartum women with substance use and depression. *Substance use & misuse*, 48 (14), 1498–1508. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.800116>
28. Lefebvre, L., Midmer, D., Boyd, J. A., Ordean, A., Graves, L., Kahan, M., & Pantea, L. (2010). Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39 (1), 46-52. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01083>
29. Luthar, S. S., Suchman, N. E. & Altomare, M. (2007). Relational psychotherapy mothers' group: A randomized clinical trial for substanceabusing mothers. *Development and Psychopathology*, 19, 243-261. <https://doi:10.1017/S095457940707013>
30. Molitor, A. & Mayes, L. C. (2010). Problematic dyadic interaction among toddlers and their polydrug-cocaine-using mothers. *Infant Mental Health Journal*, 31 (2), 121-140.
31. Neger, E. N. & Prinz, R. J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 39, 71-82.
32. Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. & Dore, M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social Work*, 40, 45-54.
33. Neo, S.H.F., Norton, S., Kavallari, D & Canifield, M., (2021). Integrated treatment programmes for mothers with substance use problems: A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent out-of-home child placements. *Journal of Child and Family Studies* 30, 2877-2889. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02099-8>
34. Newman, I. (2015). Attachment and early brain development: Neuroprotective interventions in infant–caregiver therapy. *Translational Developmental Psychiatry*, 3 (1).

35. Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L. Henderson, J., & Smith, A. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal*, 9 (1), 1-11.
36. Ordean, A., & Kahan, M. (2011). Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Canadian Family Physician*, 57 (11) 430-435
37. Pajulo, M., Pyykkonen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., Punamaki, R. L. & Suchman, N. (2012). Substance abusing mothers in residential treatment with their babies: Importance of pre- and postnatal maternal reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 33 (1), 70-81.
38. Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M. & Mayes, L. (2006). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother–child relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27, 448-465.
39. Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H. & Mayes, L. (2008.). Role of maternal reflective ability for substance abusing mothers. *The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23 (1), 13-31.
40. Philip, J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. New York: Jason Aronson.
41. Porowski, A. W., Burgdorf, K. & Herell, J. M. (2004). Effectiveness and sustainability of residential substance abuse treatment programs for pregnant and parenting women. *Evaluation and Program Planning*, 27 (2), 191-198. <https://doi:10.1016/j.evalprogplan.2004.01.008>
42. Powis B., Gossop M., Bury C., Payne K., & Griffiths P. (2000). Drug-using mothers: Social, psychological and substance users with children. *Drug and Alcohol Review*, 19, 171–180.
43. Public Health England and Department of Health and Social Care (2018). *Secure setting statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS)*. 1. April 2016. to 31. March 2017.
44. Suchman, N. E., McMahon, T. J., Slade, A. & Luthar, S. S. (2005). How early bonding, depression, illicit drug use, and perceived support work together to influence drug-dependent mothers' caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (3), 431-45.
45. Suchman, N. E., Pajulo, M., de Coste, C. & Mayes, L. C. (2006). Parenting interventions for drug dependent mothers and their young children: The case for an attachment-based approach. *Family Relations*, 55, 211-226.
46. Suchman, N., De Coste, C., Leigh, D. & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with druguse disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment and Human Development*, 12, 567-585.

47. Taplin, S. & Mattick, R. P. (2014). Supervised contact visits: Results from a study of women in drug treatment with children in care. *Children and Youth Services Review*, 39, 65-72.
48. Van De Mark, N. R., Russell, L. A., O'Keefe, M., Finkelstein, N., Noether, C. D. & Gampel, J. C. (2005). *Children of mothers with histories of substance abuse, mental illness, and trauma. Journal of Community Psychology*, 33 (4), 445-459.
49. Vlada Republike Hrvatske (2023). *Nacionalna strategija djelovanja na području ovisnosti za razdoblje do 2030. godine*. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ured za suzbijanje zlouporabe droga.
50. Wall-Wieler, E., Roos, L., Bolton, J., Brownell, M., Nickel, N. & Chateau, D. (2018). Maternal mental health after custody loss and death of child: A retrospective cohort study using linkable administrative data. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63 (5), 322-328.
51. Waters, K., Holttum, S. & Perrin, I. (2014). Narrative and attachment in the process of recovery from substance misuse. *Psychology and psychotherapy*, 87 (2), 222-236. <https://doi.org/10.1111/papt.12005>
52. Werner, D., Young, N. K., Dennis, K. & Amateri, S. (2007). Family-centered treatment for women with substance use disorders: History, key elements and challenges. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Preuzeto s: https://www.samhsa.gov/sites/default/files/family_treatment_paper508v.pdf (27.5.2020.)
53. Worley, L. L. M., Conners, N. A., Crone, C. C., Williams, V. L. & Bokony, P. A. (2005). Building a residential treatment program for dually diagnosed women with their children. *Archives of Women's Mental Health*, 8 (2), 105-111.
54. Wulczyn, F. (2009). Epidemiological perspectives on maltreatment prevention. *The Future of Children*, 19 (2), 39-66.

Lidija Bandić

Tina Krznarić Jaković

COMPARISON OF THE SOCIO-EMOTIONAL FUNCTIONING OF YOUNG CHILDREN OF MOTHERS WITH ADDICTION PROBLEMS IN THE INTEGRATED CARE MODEL AND THE CLASSIC CARE MODEL

ABSTRACT

It is estimated that 50-80% of child custody cases worldwide involve mothers with addiction problems who are mothers of minor children (Harp and Oser, 2016, Public Health England, 2018, Taplin and Mattick, 2013). The relationship between maternal addiction disorders and separation from the child is highly complex (Wall Wiener et al, 2018). In recent years, residential recovery programs have offered programs and services that allow children to stay with their mother while she is in intensive addiction treatment (VanDeMark, O'Keefe, Finklestein & Gampel, 2005; Worley, Connors, Williams & Bokony, 2005). The traditional classic model in the case of a mother in need of residential treatment is aimed at individual recovery from addiction, and does not include parenting, i.e. the children are not placed in the Children's Home. Integrated treatment models that include children have become more common, and issues of child well-being while simultaneously treating the mother's addiction remain (Werner, Young, Dennis & Amateri, 2007). The aim of the research is to determine the differences in the socio-emotional functioning of children of mothers undergoing addiction treatment in an integrated model that allows children to stay with their mother in residential treatment until she reaches a stable recovery, compared to the classic model in which children are separated from their mother requires an intensive level of support in residential treatment. For the purposes of this research, Achenbach's questionnaire for the assessment of behavioral and emotional problems (Achenbach, Rescorla, 2023), and Hudson's index of relationships in the home (Hudson, 1981) were applied. The results show statistically significant differences in the measured variables, in such a way that children from the integrated care model on children from the classic form of care achieve better results on activity, sociability, school-related competencies as well as overall competencies. Furthermore, children from the integrated form of care compared to the classic form report better relationships in the home, the primary environment in which they live. These are large effect sizes, which indicate significant differences between children from the two forms of care

on these variables. The results suggest that integrated family-centered residential treatment could offer a more favorable context in which to coordinate services aimed at promoting maternal and child health, developing healthy relationships, improving the child's well-being, and optimizing the child's developmental potential in terms of physical and mental health.

Key words: *mother's dependence; parenting support; child's well-being; integrated form of care; socioemotional child development*



Međunarodna licenca / International License:

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0.