

TEŽAK NAHRBTNIK IZ
OTROŠTVA:
ŠTUDIJA OBREMENJUJOČIH
IZKUŠENJ V OTROŠTVU
IN SMERNICE ZA
NASLAVLJANJE TE
PROBLEMATIKE

Metka Kuhar

Uvod

V tem poglavju odpiramo tematiko travmatičnih izkušenj – s poudarkom na otroški/zgodnji travmi. Z njo, še bolj pa z njenimi posledicami, se pogosto srečujemo, toda redkeje se tega zavedamo, tako na individualni kakor tudi na sistemski ravni. Ta tematika je bila doslej pri nas šibko in nesistematično pokrita – zunaj področja psihiatrije in psihoterapije se praktično skorajda ni obravnavala, vsaj ne kot eksplicitno naslovljena družbena problematika. V danem prispevku najprej opredelimo koncept t. i. obremenjujočih izkušenj v otroštvu (kot podkategorijo širše kategorije potencialno travmatičnih izkušenj), pa tudi rezilientnosti, predstavimo osnovne podatke iz prve obsežne slovenske raziskave o pojavnosti obremenjujočih izkušenj v otroštvu ter socialno-demografskih dejavnikih vpliva nanje, pa tudi ključne oblike sistemske podpore ob teh izkušnjah in preventive. Predlagani ukrepi se dotikajo več ravni, ki so med sabo povezane: 1. makroraven (mednarodni in državni, sistemski in medsektorski ukrepi), 2. mezoraven (ukrepi v skupnostih, v katerih ljudje živijo oz. delujejo) in 3. mikro- oz. individualna raven. Posebej izpostavimo skupnostne pristope, temelječe na partnerstvih različnih deležnikov na lokalnem nivoju, k zmanjševanju škodljivih učinkov travme in krejitvi odpornosti, ki se lahko izvajajo v vseh, še posebno pa v deprivilegiranih in ranljivih skupnostih.

V Sloveniji in tudi drugih zahodnih družbah se (še vedno) pogosto oz. celo »kronično« srečujemo z obremenjujočimi okoliščinami, ki neugodno vplivajo na naše zdravje in blagostanje v najširšem smislu. V kronično stresnih pogojih lahko živimo zaradi strukturnih neenakosti, diskriminiranosti, kulturnih stereotipov ipd. in s tem manka življenjsko pomembnih virov ali zaradi različnih stresorjev, kot so lastna kronična bolezen ali bolezen v družini, izguba bližnje osebe itd. Za potencialno posebno škodljive, tudi dolgoročno, veljajo obremenjujoče izkušnje v otroštvu (angl. *adverse childhood experiences*), opredeljene kot potencialno travmatične izkušnje v prvih 18 letih življenja, večinoma znotraj izvorne družine. Travmatične posledice pa nam lahko pustijo tudi drugi enkratni, kratkotrajni ali dolgotrajni dogodki oz. dogajanja, povzročeni od narave (potresi, cunamiji ipd.) ali ljudi izven družine (vojna, teroristični napadi ipd.).

Na travmatične dogodke ali dogajanje se posamezniki odzovejo zelo različno, odvisno od številnih dejavnikov, kot so starost, kultura, predhodne travmatične izkušnje, stopnja rezilientnosti, razpoložljiva socialna opora, pa tudi značilnosti same izkušnje, npr. njeno trajanje itn. Definicija ameriške agencije The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2014a: 7) izpostavlja pomen subjektivnega doživljanja, pa tudi dolgoročnost in raznolikost posledic: »Individualna travma izvira iz dogodkov ali vrste dogodkov ali okoliščin, ki jih je posameznik doživljal kot telesno ali čustveno škodljive ali življenjsko ogrožajoče in ki imajo trajne

obremenjujoče učinke na njegovo delovanje ter duševno, fizično, socialno, čustveno ali duhovno blagostanje.«

Mednarodna statistična klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov 11 (MKB11, 2018) Svetovne zdravstvene organizacije razlikuje med *posttravmatsko stresno motnjo (PTMS)* in *kompleksno posttravmatsko stresno motnjo*.¹ Posttravmatska stresna motnja se po MKB11 razvije po izpostavljenosti »izjemno nevarnemu ali grozljivemu dogodku ali seriji dogodkov« ali celo v situaciji, ko so posamezniki priča travmatičnemu dogodku, ki je doletel drugo osebo/-e. Simptomi trajajo vsaj nekaj tednov, motijo delovanje osebe in so naslednji: 1. podoživljanje travme tukaj in zdaj, 2. izogibanje mislim, spominom na dogodek ter situacijam, aktivnostim, ljudem, ki spominjajo na dogodek, in 3. vztrajen občutek ogroženosti, ki se kaže npr. v pretirani preplašenosti ob dražljajih (angl. startle reaction) in povečani opreznosti (angl. hypervigilance). Kompleksna PTSM pa se pojavi po »izpostavljenosti stresorjem, ki so običajno ekstremne ali dolgotrajne narave in iz/od katerih je pobeg težaven ali nemogoč«. Te motnje so običajno povezane s trajnimi, ponavljajočimi se ali večkratnimi oblikami travmatične izpostavljenosti (npr. genocid, spolne zlorabe v otroštvu, otroci v vlogi vojakov, hudo nasilje v družini, mučenje ali suženjstvo), kar pomeni izgubo čustvenih, psiholoških in socialnih virov. Posledice so tako kompleksnejše kot pri PTSM. Poleg treh skupin posledic, ki so značilne za PTSM, kompleksno PTSM opredeljujejo še: 1. afektivna disregulacija, 2. negativna samopodoba, občutki sramu, krivde, neuspeha, vezani na travmatični dogodek in 3. težave pri ohranjanju odnosov oz. občutenju bližine z drugimi.

Dolgoročne posledice obremenjujočih izkušenj v otroštvu

V tem prispevku se sredotočamo na obremenjujoče izkušnje v otroštvu (angl. Adverse Childhood Experience oz. okrajšano ACE; okrajšava v slovenskem jeziku OIO). OIO so potencialno travmatični dogodki ali izkušnje v otroštvu, ki so pomembno povezani z življenjem posameznikov, različnimi vidiki njihovega funkcioniranja, zdravstvenimi kazalniki in kakovostjo življenja ne samo v otroštvu, ampak tudi

¹ Definicija posttravmatske stresne motnje v Mednarodni statistični klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov 11 (MKB11, 2018) je podobna opredelitvi, ki jo najdemo v priročniku Ameriškega psihiatričnega združenja Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (American Psychiatric Association, 2013), ki pa kljub številnim prizadevanjem uveljavljenih psihiatrov še ni vključila kompleksne travme.

v odraslosti. V OIO študijah se največkrat meri deset vrst/kategorij obremenjujočih izkušenj v otroštvu. Od tega je pet vrst osebnih izkušenj: psihično, telesno, spolno nasilje (oz. zloraba), psihično in fizično zanemarjanje, drugih pet pa je povezanih z ostalimi družinskimi člani oz. člani gospodinjstva; te izkušnje so bile izvorno poimenovalne disfunkcije v gospodinjstvu (angl. household dysfunctions). Vanje se uvrščajo nasilje med odraslimi člani gospodinjstva, zasvojenost odraslega člana gospodinjstva, duševna bolezen, kriminalno dejanje člana/-ov gospodinjstva ter razveza² staršev oziroma prekinitev stika med otrokom in starši zaradi smrti starša, zapustitve ipd. (Felitti, Anda, Nordenberg in dr., 1998).

V ZDA govorijo o ‚znanosti OIO‘ ter nacionalnem, medsektorskem ‚gibanju OIO‘, ki si prizadeva prevesti raziskovalne izsledke v prakso. Prva študija, izvedena v obdobju 1995–1997 na vzorcu več kot 17.000 udeležencev iz Južne Kalifornije, imetnikov zdravstvenega zavarovanja Kaiser Permanente, je osupnila splošno javnost in tudi strokovne javnosti s podatki o razširjenosti teh izkušenj celo na privilegiranem vzorcu (srednji in višji družbeno-ekonomski razred) ter z izpostavitvijo dolgoročnih učinkov teh izkušenj – vključno s slabšim fizičnim in duševnim zdravjem, tveganimi vedenji v otroštvu in odraslosti ter drugimi neugodnimi izidi (npr. nižjo stopnjo izobrazbe in nižjim materialni statusom v odraslosti) (Felitti idr., 1998). Po zgledu izvorne študije ameriški Centri za nadzor nad boleznimi (Centers for Disease Control, CDC) sistematično zbirajo podatke na reprezentativnih vzorcih odraslih. Študije o OIO so prav tako že izvedli v večini evropskih držav ter tudi drugje po svetu. V 2019 smo OIO ter različne indikatorje zdravja in drugih vidikov kakovosti življenja merili tudi v Sloveniji na velikem in raznovrstnem panelnem vzorcu 18- do 75-letnih prebivalcev. Nekaj podatkov iz slovenske študije predstavimo v nadaljevanju.

V zadnjih letih je vse več poskusov koncipiranja t. i. razširjenega indeksa OIO, ki obsega izkušnje socialnostrukturne oz. skupnostne narave, npr. življenje v revščini, nasilje ali kriminal v skupnosti, rasna, identitetna ali katera druga oblika diskriminiranosti itd., pa tudi negativne izkušnje z vrstniki, npr. trpinčenje (Cronholm, Forke, Wade in dr., 2015; Finkelhor, Shattuck, Turner in Hamby, 2015). Številne raziskave izven konteksta študij OIO namreč kažejo na travmatizirajoče posledice teh (npr. revščine glej Hackman, Farah in Meaney, 2010; Hughes, 2018; različnih vrst marginalizacije glej Alessi, Martin, Gyamerah in dr., 2013; Berg, 2006; Pieterse, Carter, Evans in dr., 2010).

Podatki iz študij OIO vselej znova pokažejo visok odstotek odraslih, ki so do 18. leta doživeli/doživljali vsaj eno obremenjujočo izkušnjo (običajno več kot 60 % vprašanih), pa tudi na dobršen delež posameznikov z več takimi izkušnjami. V študijah OIO izračunamo t. i. skupni rezultat oz. seštevek OIO (angl. ACE score), ki nam

² Pod terminom razveza so zajete tako razveze zakonskih kot partnerskih zvez.

pove, koliko OIO je določena oseba doživela oz. doživljala do svojega 18. leta starosti (Felitti in dr., 2008). Na primer, oseba, ki je živela skupaj z očetom, zasvojenim z alkoholom, ki je izvajal telesno nasilje nad njo ter njeno mamo, ima npr. 3 OIO, kar kaže, da se je v obdobju do svojega 18. leta soočala s tremi OIO. Posamezne izkušnje so med seboj povezane – v izvorni študiji (Felitti in dr., 1998) je bila ob poročani eni OIO 65- do 93-odstotna verjetnost za dodatno izkušnjo OIO ter 40- do 74-odstotna za dve ali več nadaljnjih izkušenj OIO (Dong in dr., 2004).

Posamezne študije konsistentno opozarjajo na pomembne povezave med številom OIO ter fizičnim in duševnim zdravjem (vključno z vodilnimi bolezenskimi vzroki smrtnosti), različnimi socialno-ekonomskimi izidi in kakovostjo življenja. Opravljenih je bilo tudi nekaj metaanaliz obstoječih študij (npr. Hughes, Bellis, Hardcastle in dr., 2017; Kalmakis in Chandler, 2015; Petruccellia, Davis in Berman, 2019). Hughes in dr. (2017) so na podlagi pregleda 37 študij s skupno 253.719 udeleženci pokazali, da imajo osebe, ki so doživele štiri ali več kategorij izpostavljenosti OIO, v primerjavi s tistimi, ki niso doživele nobene, višje obete za naslednje izide (kontrolirano po starosti, spolu, rasi in izobrazbi):

- do 2-krat višje obete za fizično neaktivnost, debelost, diabetes;
- 2–4-krat višje obete za kajenje, prekomerno rabo alkohola, slabo ocenjeno lastno zdravje, diagnozo raka, bolezni srca, respiratorne bolezni, kronično depresijo;
- 3–6-krat višje obete za tvegano spolno obnašanje, duševne motnje, alkoholizem;
- 7-krat in še višje obete za rabo prepovedanih drog, da oseba postane žrtev ali storilec/-ka nasilja in za samomorilni/-e poskus/-e. Najvišji obeti za slabše fizično ali duševno zdravje ali/ter druge neugodne izide so pri posameznikih s štirimi ali več OIO (Felitti in dr., 1998; Gilbert, Breiding, Merrick in dr., 2015).

Pri tem so dosedanje raziskave pokazale več dejavnikov, ki povečujejo ali zmanjšujejo verjetnost negativnih izidov. Bolj zgodaj v življenju, kot se pojavljajo OIO, resnejše in dolgoročneje so, posebno zlorabe in zanemarjanje, večja je verjetnost negativnih izidov, še posebno je to izrazito za razvoj duševnih motenj (npr. Hambrick, Brawner in Perry, 2019; Kaplow in Widom, 2007; Pietrek, Elbert, Weierstall in dr., 2013; Teicher, Samson, Polcari in McGreenery, 2006; Schalinski, Teicher, Nischk in dr., 2016; Teicher in Parigger, 2015; Weber, Rockstroh, Borgelt in dr., 2008).

Kako na ljudi učinkuje toksični stres?

Od prve študije OIO naprej tako raziskovalce kakor tudi praktike in politične odločevalce zelo zanimajo mehanizmi, kako OIO vodijo v negativne izide za zdravje in kakovost življenja. Seveda pa se to vprašanje oz. iskanje odgovorov nanj ni porodilo šele s študijo OIO.

V zadnjih dveh desetletjih so vse bolj v ospredju nevrobiološke razlage travme, pa tudi otroškega razvoja (Beers in De Bellis, 2002; Bellis in Zisk, 2015; McLaughlin, Sheridan in Lambert, 2014). Tak način pojasnjevanja lahko zmanjša tendenco, da se simptome vidi kot karakterne pomanjkljivosti oz. osebnostne šibkosti.

Za razumevanje travmatičnega odziva moramo razumeti t. i. stresni odziv. Stres v vsakdanjiku vsi bolj ali manj rutinsko doživljamo (pri čemer gre za bolj ali manj obvladljive stresorje, pri tem je pomembno tudi subjektivno doživljanje situacij – npr. zamujanje na sestanek, prepir s partnerjem, izguba telefona itd.). Blažje stresne situacije so običajno kratkotrajne, vrnitev v bolj regulirano stanje je načeloma hitra. Za otroke so take situacije lahko dober trening urjenja veščin reševanja težav – zlasti v okoliščinah, ko so takšnim situacijam kos in so deležni spodbude in podpore odraslih.

Drugače pa je, ko smo izpostavljeni obsežnemu, ponavljajočemu se oz. dolgotrajnemu stresu – raziskovalci govorijo o t. i. toksičnem stresu (Shonkoff in dr., 2009). Pri toksičnem stresu gre za kronično prekomerno aktiviranje stresnega odziva, kar ima neposredne ter dolgoročne fiziološke in psihične učinke; posebno če tak stres doživljamo kot otroci. Otroci imajo manj virov, še ne povsem razvite možgane in druge dele živčnega sistema ter pomankljive strategije sproprijemanja s težavami. Ob toksičnem stresu otrok velikokrat nima podpore odrasle osebe, temveč je starš oz. skrbnik celo tisti, ki tak stres povzroča – npr. v primeru zlorab ali zanemarjanja. Lahko pa gre za kronično stresne situacije, kot so huda revščina, rasizem oz. diskriminacija na sistemski ravni itd.

Izpostavljenost stresorjem samodejno sproži kaskado bioloških reakcij, ki so predvidene za zagotavljanje preživetja za primere urgentnih groženj, tako fizičnih kot psihosocialnih – nikakor pa niso prilagojene za dolgotrajna stanja (Levine in Frederick, 2015; Payne, Levine in Crane-Godreau, 2015; Van der Kolk, 1987). Aktivira se odziv za boj ali pobeg (in s tem se mobilizira energija za soočenje s stresno okoliščino), če nobeden od teh dveh ni (zaznan kot) možen, pa zamrznitev. Ob ponavljajočih, nepredvidljivih ali trajnih stanjih ogroženosti se razvijejo prilagoditve, kot so hitro menjavanje pozornosti, povečana opreznost, disociacija (»odklop« od čutenja v aktualnem trenutku) itd. – te so sicer funkcionalne ob prisotnosti stresorja, v drugih kontekstih pa so lahko kontraproduktivne.

OIO lahko preko tega trajnejšega stresnega odziva škodijo različnim telesnim sistemom in funkcijam, npr. organom, imunskemu sistemu, možganskim funkcijam

in povezavam – vključno z vplivi na pozornost in druge »izvršne« funkcije, odločanje, impulzivnost itd. (Agorastos, Pervanidou, Chrousos in Baker, 2019; Berens, Jensen in Nelson, 2017; Herzog in Schmahl, 2018; Shonkoff, 2016).

OIO delujejo potencialno negativno tudi prek razvoja nezdravih praks, kot so zasvojenosti (Dube, Felitti, Dong in dr., 2003; Felitti in dr., 1998; Hughes in dr., 2017), pa tudi prek povezave s (slabšim) šolskim uspehom in nižjo doseženo stopnjo izobrazbe, slabšo zaposlitvijo in dohodkom, npr. tudi zaradi več odsotnosti z dela (Anda, Fleisher, Felitti in dr., 2004; Currie in Widom, 2014; Liu, Croft, Chapman in dr., 2013; Merrick, Ford, Ports in Guinn, 2018; Nurius, Fleming in Brindle, 2017).

Kombinirani učinki kroničnega stresa za zdravje tveganih vedenj in slabših socialno-ekonomskih okoliščin vplivajo na pojavnost bolezni, slabšo rezilientnost ter s tem omejujejo funkcioniranje in kakovost posameznikovega življenja, kar vse pomeni tudi povečano tveganje za prezgodnjo umrljivost (Brown, Anda, Tiemeier in dr., 2009).

Nedavne raziskave so odkrile, da toksični stres vpliva tudi na mehanizme staranja in izražanje genov. Longitudinalni podatki iz Health and Retirement Study so pokazali, da je višje povprečno število OIO značilno povezan s krajšimi telomeri³, ti pa s prezgodnjim staranjem (Puterman, Gemmill, Karasek in dr., 2016). Vse več raziskav kaže tudi, da se simptomi travme lahko prenašajo iz ene v naslednjo generacijo ali celo skozi več generacij. Raziskave kažejo na prenos simptomov travme (npr. disociacije, povišane opreznosti, celo nočne more itd.) znotraj družin, izpostavljenih vojni, genocidu, suženjstvu, terorizmu itd., identificirani pa so ne samo psihološki mehanizmi transgeneracijskega prenosa skozi starševske prakse (Danieli in dr., 2016), temveč tudi nevrobiološki mehanizmi, ki potekajo prek epigenetskih modifikacij funkcije genov, ki sodelujejo pri stresnem odzivu (Kellerman, 2013; Meaney, 2010). Prenos travme skozi generacije nakazujejo tudi raziskave na živalih (Lappe, 2016). To pomeni, da so potomci travmatiziranih posameznikov oz. celotnih populacij posebno občutljivi na stres. Raziskave pa kažejo tudi, da varni, stabilni, skrbni/negovalni odnosi – tako med starši oz. skrbniki in otroki, kot tudi pozneje v življenju (partner/-ka, različni viri socialne opore) lahko zmanjšajo prenašanje teh izkušenj in njihov posledic skozi generacije (Merrick in Leeb, 2013; Schofield, Lee in Merrick, 2013).

³ Telomeri so deli DNK, strukture na »repih« kromosomov, ki se z naraščajočo starostjo v večini človeških tkiv krajšajo. Ko telomeri postanejo kritično kratki, se zmanjšuje zmožnost obnavljanja tkiv.

Rezilientnost

Ob negativnih učinkih OIO se vse bolj poudarjajo tudi pozitivni učinki rezilientnosti tako na ravni posameznikov, odnosov kot tudi skupnosti (Masten in Coatsworth, 1998; Masten, 1999), tudi specifično v kontekstu OIO (Bellis, Hughes, Ford in dr., 2018; Ellis in Dietz, 2017; Hargreaves, Verbitsky-Savitz, Coffee-Borden in dr., 2017; Pinderhughes, Davis in Williams, 2015).

Rezilientnost je kompleksen koncept s številnimi definicijami – večina jih vključuje pozitivni prilagoditveni odziv na signifikantno grožnjo, travmo, obremenilne okoliščine. Odziv na tako situacijo ali razmere je odvisen od kompleksnega prepleta dejavnikov: posameznikove biološke in psihološke organizacije, razvojne zgodovine posameznika, trenutnega izkustva in izbir, socialnega konteksta (Cicchetti, 2010; Luthar, Crossman in Small, 2015; Masten, 2007). Uspešno soočenje oz. spoprijemanje s travmatično situacijo ali razmerami ne pomeni le, da se prebijemo skozi, temveč lahko vodi do rasti (t. i. posttravmatske rasti – glej Tedeschi in Calhoun, 2004).

Raziskovanje rezilientnosti je bilo sprva osredotočeno na osebne značilnosti, kot so samopodoba, strategije spoprijemanja s težavami in samoučinkovitost; nadaljnje raziskave pa poudarjajo tri sklope dejavnikov razvoja rezilientnosti: poleg osebnih značilnosti še značilnosti (izvirne) družine ter širšega socialnega okolja. Fokus empiričnih študij je na mehanizmih odpornega funkcioniranja (prav tam). Če so avtorji v preteklosti izhajali iz prepričanja, da je odpornost nekaj, s čimer se rodimo ali ne, danes vemo, da je odpornost nekaj, kar lahko razvijemo in krepimo skozi celoten življenjski cikel (Cicchetti, 2010; Moore, 2014), in sicer s prepoznavanjem in rabo lastnih kapacitet in virov; krepitvijo kapacitete reguliranja lastnih čustev, živčnega sistema, vedenj; varnimi in podpornimi odnosi in okolji (Leitch, 2017).

Med osrednje dejavnike razvoja rezilientnega funkcioniranja uvrščamo: odnose med otrokom ter kompetentnimi in skrbnimi odraslimi v družini in skupnosti, samoregulativne zmožnosti; pozitivno samopodobo; samoučinkovitost in odnose z vrstniki, ki so prosocialni in dobro regulirani. Z rezilientnostjo se povezujejo tudi inteligentnost, družabnost, socialne veščine, veščine reševanja problemov, načrtovanje, strategije aktivnega soočanja, optimizem, duhovni pogled, hkrati pa tudi odsotnost ali minimalna raba strategij, kot so zanikanje, izogibanje, umik (Cicchetti, 2010). V odraslosti se na medosebni ravni poleg prijateljskih odnosov izpostavlja pomen starševske nege, ki jo je posameznik doživel v otroštvu, in kakovostni partnerski odnos (Collishaw, Pickles, Messer in dr., 2007).

Posebno relevantno vprašanje je, kako lahko vsaj del posameznikov izkazuje rezilientnost kljub doživljanju veliko obremenjujočih izkušenj. Raziskave sicer nakazujejo znižano rezilientnost pri otrocih s takimi izkušnjami (Cicchetti in Rogosch, 1997). Vse več študij na področju OIO pa kaže pozitivno vlogo varovalnih dejavnikov v

otročtvu na zdravje in različne vidike funkcioniranja v odraslosti. Govor je o t. i. pozitivnih izkušnjah iz otroštva (Bethell, Jones, Gombojav in dr., 2019; Kosterman, Mason, Haggerty in dr., 2011; Leitch, 2017; Narayan, Rivera, Bernstein in dr., 2018; Sege, Bethell, Linkenbach in dr., 2017) oz. 'kontra OIO' (Crandall, Miller, Cheung in dr., 2019), pri čemer gre predvsem za pozitivne odnose izkušnje: v izvorni družini (z različnimi družinskimi člani), v šolskem okolju, s prijatelji, sosedi, v skupnosti. Ugodne izkušnje iz otroštva neposredno pozitivno učinkujejo na zdravje in dobrobit v odraslosti v splošni populaciji ne glede na število OIO; odsotnost teh izkušenj je celo bolj škodljiva kot prisotnost OIO (Crandall in dr., 2019). Ugodne izkušnje v otroštvu lahko v veliki meri zmanjšajo negativne učinke OIO, pri čemer je njihov varovalni učinek manjši, če ima posameznik več OIO (prav tam).

Pregled dejavnikov rezilientnosti v poročilu institucije National Scientific Council on the Developing Child (2015) so sklenili z ugotovitvijo, da je najpomembnejši dejavnik rezilientnosti, da ima otrok vsaj en podporen odnos z odraslo osebo v okolju, kjer preživi znatno količino časa. To je lahko starš ali oseba, ki ima funkcijo skrbnika, ali pa druga odrasla oseba. Tak odnos otroku zagotavlja personalizirano odzivnost, podporo in zaščito ter spodbuja razvoj veščin, kot so načrtovanje, uravnavanje čustev in vedenja, prilagajanje spreminjajočim okoliščinam. Tudi longitudinalne raziskave, kot sta Kauai Longitudinal Study (Werner, 1993) in Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation (Sroufe, Egeland, Carlson in Collins, 2005), izpostavljajo izjemen pomen vsaj enega tovrstnega odnosa z odraslo osebo v otroštvu – izkušnjo t. i. varne navezanosti. Navezanost na bližnjo osebo (primarnega skrbnika) se razvije v prvih letih življenja in je ponotranjena v obliki t. i. delovnih modelov navezanosti, ki se nanašajo na doživljanje sebe in doživljanje drugih oseb ter delujejo na kakovost odnosov pozneje v odraslosti (Bowlby, 1969).

Osrednji varovalni dejavnik so varni, stabilni, skrbni odnosi – tako v zasebnosti kot širše v različnih ustanovah in okoljih. Tovrstni odnosi v zgodnjem otroštvu ne samo preprečujejo, temveč so ključni dejavnik okrevanja od negativnih učinkov travmatičnih izkušenj (Gapp, Bohacek, Grossmann in dr., 2016; Sippel, Pietrzak, Charney in dr., 2015). To nakazuje tudi več študij na vzorcih zlorabljenih in/ali zanamarnjenih otrok, posvojenih v ljubeče družine in deležnih strokovne podpore (Perry, 2006; 2009). Podporni odnosi pa delujejo kurativno tudi pri odraslih, ki trpijo za posledicami OIO.

Odpornost na ravni skupnosti definiramo v skladu s Patel, Rogers, Amlot idr. (2017) kot kapaciteto za predvidevanje tveganj, zmanjševanje negativnih učinkov stresov in (turbulentnih) sprememb, podpiranje okrevanja, prilagajanja in tudi rasti – torej širše od tradicionalnih definicij, ki so se omejevale na okrevanje od kriz in sprememb. V kontekstu OIO je poudarek na skupnostnih oblikah podpore ranljivim ali prizadetim otrokom, družinam oz. celotnim skupnostim. Odpornost na ravni skupnosti je eksplicitno prepoznana tudi kot pomembna sestavina za preprečevanje

OIO oz. kot podpora zdravju in dobrobiti članov skupnosti nasploh, posebno pa otrok. Obsega raznotere vidike – od varnosti v soseskah, parkih, dostopnih stanovanj, možnosti za zaposlitev in ustvarjalno izražanje do podpore v danih sistemih (šolstvo, zdravstvo, sociala itd.) ter specifičnih programov za okrevanje od travme in preprečevanje nastanka dodatnih travm (Ellis in Dietz, 2017; Pinderhughes in dr., 2015).

Obremenjujoče izkušnje v otroštvu med prebivalci slovenije

O metodologiji

Slovenska raziskava o OIO je potekala v okviru projekta »Prevalenca in dolgoročni vplivi obremenjujočih izkušenj v otroštvu na funkcioniranje v odraslosti«⁴. Anketiranje je potekalo od februarja do aprila 2019, izvedeno je bilo na podlagi spletnega panela ene od slovenskih raziskovalnih agencij. Spletni panel sestavljajo posamezniki, ki običajno v zameno za določeno kompenzacijo sodelujejo v spletnih anketah. Podatkovna baza je bila utežena po spolu, starosti, izobrazbi in statističnih regijah, tako da čim ustrezneje odraža slovensko stanje v obdobju anketiranja. Končno število veljavnih anket je 4.939. Izpolnjevanje spletne ankete je v povprečju trajalo 27 minut.

Podatkovna baza je bila utežena na način, da podatki čim ustrezneje odražajo slovensko stanje v tem obdobju po spolu, starosti, izobrazbi in regiji (podatki o stanju ciljne populacije so bili pridobljeni na spletni strani Statističnega urada RS SI-STAT).

V (uteženem) vzorcu je 50,9 % žensk in 49,1 % moških; povprečna starost znaša 46,7 let (SD = 15,3); 43,9 % ima največ poklicno izobrazbo, 31,0 % ima 4-letno strokovno srednješolsko izobrazbo ali gimnazijo in 25,0 % višješolsko izobrazbo ali več. 5,9 % udeležencev se še šola, 55,7 % je zaposlenih (vključno s samozaposlenimi), 0,5 % je kmetovalcev, 10,5 % brezposelnih, 26,5 % upokojenih, 0,9 % je izbralo odgovor »drugo«. 24,4 % jih živi v Ljubljani ali Mariboru, 19,6 % v srednje velikem mestu (med 10.000 in 100.000 prebivalci), 25,6 % v manjšem mestu (med

⁴ Ciljni raziskovalni projekt, V5-1712; financerja: Javna agencija za raziskovalno dejavnost RS (ARRS) in Ministrstvo za zdravje; trajanje 1. 4. 2018–30. 9. 2020; izvajalca projekta sta bila Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede in Nacionalni inštitut za javno zdravje; vodja projekta Metka Kuhar (avtorica tega prispevka). Več podatkov o metodologiji v Kuhar in Zager Kocjan (2020).

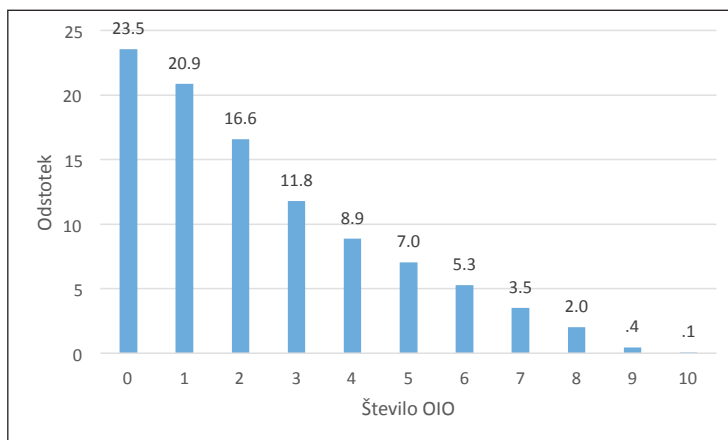
1.000 in 10.000 prebivalci), 30,5 % na vasi ali v podeželskem okolju (pod 1000 prebivalci). 40,3 % udeležencev je materialno stanje svojega gospodinjstva ocenilo kot podpovprečno, 45,1 % kot povprečno in 14,7 % kot nadpovprečno. 21,6 % udeležencev se je opredelilo za samske, 17,1 % jih je dejalo, da imajo partnerja/-ko, vendar ne živijo skupaj, 59,5 % jih je poročalo, da živijo s partnerjem/-ko oz. možem/ženo, 1,8 % je izbralo odgovor »drugo«. 27,6 % udeležencev je poročalo, da so doslej bili vsaj enkrat ločeni oz. so v primeru, da niso bili poročeni, prekinili daljše partnersko razmerje. 70,1 % udeležencev ima vsaj enega otroka. 93,5 % udeležencev je označilo, da so slovenske narodnosti, po 2,1 % jih je poročalo o hrvaški ali srbski narodnosti, 1,1 % o bošnjaški ter prav toliko o drugi narodnosti.

Podatke smo analizirali s pomočjo statističnega programa SPSS 23. Izračunali smo seštevek desetih osrednjih obremenjujočih izkušenj in seštevek šestih dodatnih obremenjujočih izkušenj. Za ugotavljanje povezanosti med OIO in ostalimi spremenljivkami smo uporabili ustrezne mere povezanosti (korelacijske koeficiente, t-teste, analizo variance, χ^2 -teste).

Obremenjujoče izkušnje v otroštvu med prebivalci Slovenije

Udeleženci so v povprečju poročali o 2,4 OIO (SD = 2,2). Slaba četrtnina ni doživela nobene OIO, dobra petina eno, dobra osmina dve, dobra desetina tri, nekaj več kot četrtnina (27,2 %) pa štiri ali več – slednje velja po dosedanjih študijah za posebej kritično z vidika različnih negativnih izidov (slika 1).

Slika 1: Odstotki udeležencev po številu OIO



V tabeli 1 so prikazani odstotki po osnovnih desetih kategorijah OIO⁵. Največ udeležencev raziskave poroča o čustvenem in o fizičnem nasilju odraslih članov gospodinjstva (vsaj enega člana) nad sabo, sledi ločenost od starša (smrt biološkega starša, razveza staršev, zapustitev s strani starša oz. očeta niso poznali), nato čustveno in fizično zanemarjanje (oboje četrtina udeležencev), dobra petina poroča o zasvojenosti vsaj enega odraslega člana gospodinjstva. Dobra osmina poroča o nasilju med odraslimi v gospodinjstvu, slaba petina o duševnih težavah odraslega člana gospodinjstva. Najnižja sta odstotka poročane spolne zlorabe ter kriminalnega dejanja člana gospodinjstva.

Tabela 1: Odstotki posameznih OIO

	Odstotek
Telesno nasilje	42,7
Čustveno nasilje	55,8
Spolna zloraba	6,0
Fizično zanemarjanje	24,2
Čustveno zanemarjanje	25,0
Odrasel član gospodinjstva s težavami v duševnem zdravju	13,0
Priča nasilju med odraslimi v gospodinjstvu	16,2
Zasvojenost odraslega člana gospodinjstva	21,1
Izguba biološkega starša, zapustitev, razveza	30,4
Hujše kaznivo dejanje ali zaporna kazen odraslega člana gospodinjstva	3,3

V tabeli 2 so prikazani odstotki za šest dodatnih OIO, ki smo jih v skladu z obstoječimi pojmovanji (Cronholm in dr., 2015; Finkelhor in dr., 2015) umestili v razširjen OIO. Tretjina udeležencev je svoj materialni položaj do 18. leta ocenilo kot podpovprečnega ali zelo podpovprečnega, prav tako jih tretjina poroča o eni izmed oblik viktimizacije s strani vrstnikov (zmerjanje s hudobnimi vzdevki, širjenje slabih govoric, izločenost iz vrstniškega kroga, ustrahovanje, pretepanje) oz. odsotnosti vsaj enega dobrega prijatelja. Približno petina udeležencev je navedla, da so imeli v šoli podpovprečne ocene ali da so ponavljali razred, toliko jih poroča tudi o težji prometni nesreči ali resni bolezni. Slaba desetina jih poroča o tem, da je do 18. leta umrla oseba, ki jim je bila bližja od staršev, ali je ta odšla iz njihovega življenja (ob tem naj dodamo, da se je 43,6 % udeležencev strinjalo s trditvijo, da je v otroštvu in mladosti obstajala vsaj ena odrasla oseba, ki jim je bila bližja kot starši, ob kateri so se počutil/i varno, videno, podprto). Nekaj manj kot desetina jih poroča o občutenju

⁵ Pregled vprašanj oz. postavk, ki so tvorila posamezne kategorije OIO, je v Kuhar in Zager Kocjan (2020). Način merjenja posameznih kategorij namreč ni v vsaki študiji identičen.

vsaj ene izmed oblik diskriminacije (zaradi narodnosti, rase, spolne orientacije, verske pripadnosti, telesne prikrajšanosti itd.) na lastni koži.

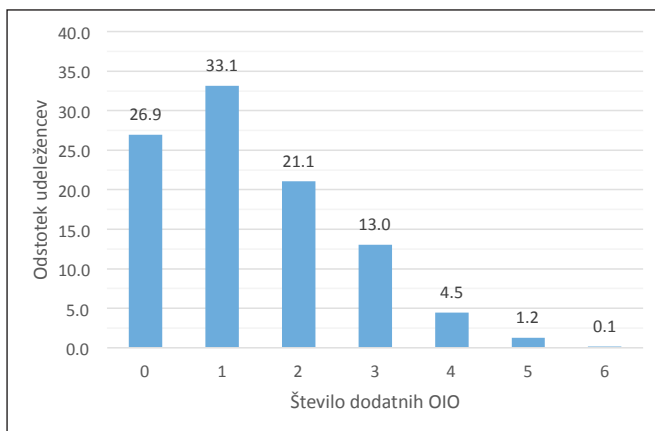
Tabela 2: Odstotki dodatnih OIO

	Odstotek
Podpovprečen materialni položaj	32,9
Viktimizacija s strani prijateljev ali odsotnost vsaj enega dobrega prijatelja	32,4
Podpovprečne ocene ali ponavljanje razreda	20,5
Težja prometna nesreča ali resna bolezen	20,2
Smrt osebe, ki je bila udeležencu bližja od staršev, ali ločitev od nje	8,9
Občutil/a diskriminacijo	7,0

* Ker ne gre za ustaljene postavke, kot pri 10 osnovnih OIO, rezultate tukaj navajamo po padajoči vrednosti.

Slika 2 kaže odstotek udeležencev, ki so doživeli posamezno število dodatnih OIO. Srednja vrednost znaša 0,89 (SD = 1,0). Skoraj tri četrtine udeležencev je poročalo, da so do svojega 18. leta izkusili vsaj eno dodatno OIO.

Slika 2: Odstotki udeležencev po številu 6 dodatnih OIO

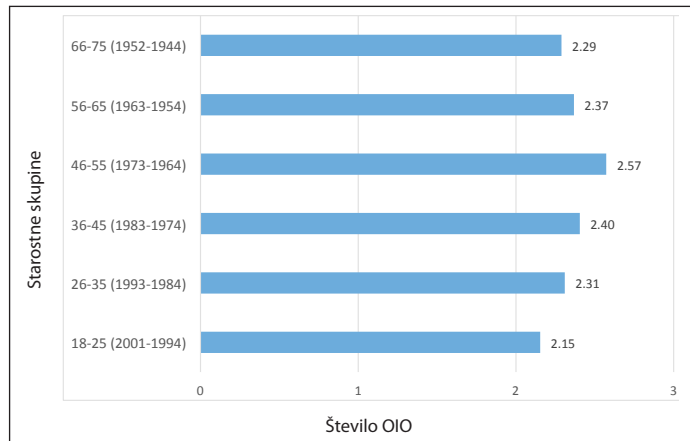


OIO po socialno-demografskih podatkih

V nadaljevanju prikazujemo povezave med številom osnovnih 10 OIO in socialno-demografskimi podatki. Korelacija med številom OIO in starostjo je značilna,

vendar zelo nizka ($r = 0,02$; $p < ,001$). S slike 3 je razvidno, da povezava ni linearna, saj o nekoliko večjem številu OIO poročajo udeleženci, stari 46–55 let, mlajši in starejši udeleženci pa navajajo nekaj manj OIO.

Slika 3: Število OIO in starost



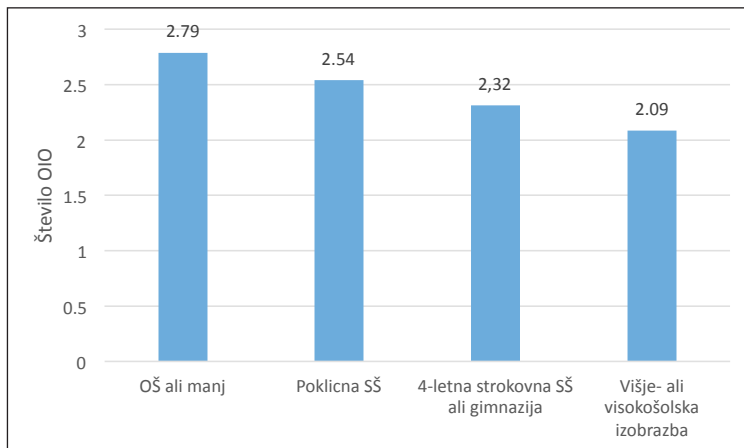
Razlike v povprečnem številu OIO med spoloma so značilne ($t(4757) = 7,45$ $p < ,001$). Ženske poročajo o več OIO. Tabela 3 prikazuje razlike med spoloma pri posameznih OIO. Ženske pogosteje poročajo o sedmih OIO, moški o eni OIO (fizično nasilje), pri čustvenem nasilju in zasvojenosti odraslega člana gospodinjstva razliki med spoloma nista statistično značilni.

Tabela 3: Razlike med spoloma v odstotkih posameznih OIO

	Moški (%)	Ženske (%)	Hi-kvadrat	p
Fizično nasilje	43,4	42,0	11,6	<,001
Čustveno nasilje	53,1	57,9	0,9	,180
Spolna zloraba	2,6	9,5	75,8	<,001
Fizično zanemarjanje	20,7	27,9	35,0	<,001
Čustveno zanemarjanje	19,8	30,5	103,1	<,001
Odrasel član gospodinjstva s težavami v duševnem zdravju	10,1	16,0	9,2	,001
Priča nasilju med odraslimi v gospodinjstvu	13,9	18,6	20,2	<,001
Zasvojenost odraslega člana gospodinjstva	20,3	21,8	1,7	,110
Izguba biološkega starša, zapustitev, razveza	28,5	32,4	8,6	,002
Hujše kaznivo dejanje ali zaporna kazen odraslega člana gospodinjstva	2,2	4,4	18,6	<,001

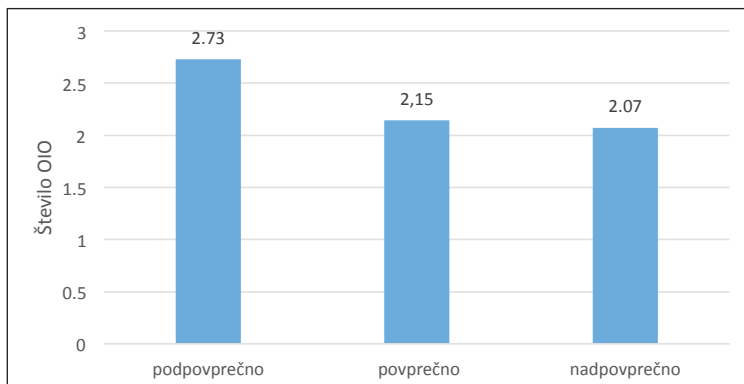
Povezava med izobrazbo udeležencev in številom OIO je značilna in negativna ($F(4935) = 14,47$; $p < ,001$). Najvišje število OIO je med udeleženci, ki imajo največ osnovnošolsko ali poklicno izobrazbo (slika 4).

Slika 4: Število OIO in izobrazba



Povezava med številom OIO in samooceno materialnega stanja gospodinjstva udeleženca je značilna negativna in nizka ($\rho = -0,123$; $p < ,001$; podatek je bil izračun na 5-stopenjski lestvici). Največ OIO so doživeli tisti, ki materialno stanje svojega gospodinjstva ocenjujejo kot podpovprečno (slika 5).

Slika 5: Število OIO in in samoocena materialnega stanja gospodinjstva

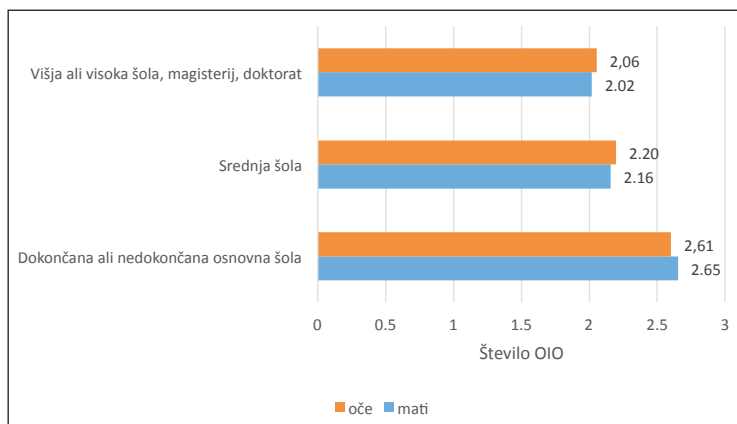


Značilne razlike v številu OIO se pojavljajo tudi glede na narodnost matere ($F(5, 4932) = 2,78$; $p = ,016$) in očeta ($F(5, 4932) = 5,40$; $p < ,001$), ne pa glede na lastno narodnost ($F(4, 4933) = 0,874$; $p = ,478$). Pomembne razlike se kažejo med posamezniki, katerih mati je slovenske narodnosti, in posamezniki, katerih mati je hrvaške ali bošnjaške narodnosti. Posamezniki, ki imajo mater slovenske narodnosti, v povprečju poročajo o nekoliko manj OIO v primerjavi s slednjimi. Pomembne razlike v številu OIO glede na narodnost očeta se kažejo le med posamezniki z očeti slovenske narodnosti (primerljivo nižja vrednost OIO) in očeti »drugih« narodnosti (sem ne sodijo hrvaška, bošnjaška, srbska), vendar je število takih majhno ($N = 95$), narodnosti teh očetov pa se razlikujejo, tako da na podlagi tega podatka ne moremo delati zanesljivih zaključkov.

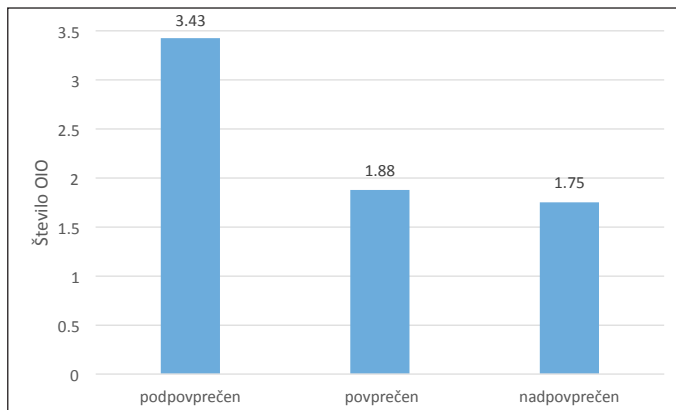
Število OIO je značilno povezano tudi z duhovno usmeritvijo posameznika ($F(4, 4934) = 13,31$; $p < ,001$). Pomembne razlike obstajajo med pripadniki organizirane religije (npr. rimskokatoliške, pravoslavne) ter ateisti in udeleženci, ki duhovnost prakticirajo na svoj način, pri čemer so pripadniki organizirane religije dosegali nižje vrednosti OIO. Pomembne razlike so tudi med ateisti in posamezniki, ki duhovnost prakticirajo na svoj način, pri čemer so ateisti dosegali nižje vrednosti OIO.

O socialno-demografskih okoliščinah v otroštvu je analiza pokazala, da je povprečno število OIO značilno povezano z izobrazbo staršev ($F(4, 4934) = 20,81$; $p < ,001$ za izobrazbo matere in $F(4, 4934) = 33,93$; $p < ,001$ za izobrazbo očeta) in samooceno materialnega položaja do 18. leta ($\rho = -0,31$; $p < ,001$) (sliki 7 in 8). Tisti, katerih starši so (bili) manj izobraženi (posebej tisti s starši z največ osnovnošolsko izobrazbo), imajo povprečno višje število OIO. Prav tako imajo višje število OIO tisti, ki ocenjujejo svoj izvorni materialni položaj kot slabši glede na vrstnike – zlasti tisti, ki ga doživljajo kot podpovprečnega.

Slika 6: Število OIO in izobrazba staršev

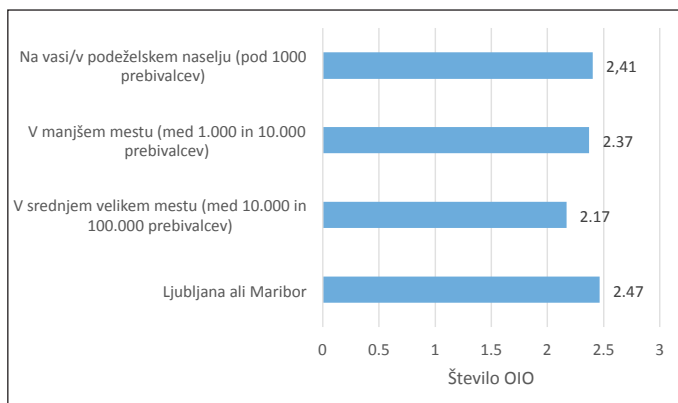


Slika 7: Število OIO in samoocena materialnega položaja v obdobju do 18. leta



Število OIO je šibko povezano tudi z velikostjo kraja bivanja (kraj, v katerem je oseba preživela večji del življenja v obdobju do 18. leta življenja) ($F(3, 4935) = 3,14$; $p = ,024$). O najnižjem številu OIO poročajo udeleženci, ki živijo v srednje velikem mestu, najvišji v Ljubljani ali Mariboru (slika 9).

Slika 8: Število OIO in kraj bivanja



1 % udeležencev je poročalo, da so bili posvojeni, in 1,5 % jih je poročalo, da so odraščali v rejniški družini/družinah. Število OIO je značilno višje pri posvojenih kot pri neposvojenih ($t(4937) = 4,76$, $p < .001$; število OIO pri posvojenih v povprečju znaša 3,83, pri neposvojenih pa 2,36). Prav tako je število OIO višje pri tistih, ki so odraščali v rejniški družini/družinah ($t(4937) = 9,71$, $p < .001$; povprečno število OIO pri udeležencih z izkušnjo rejništva je 4,79, pri preostalih pa 2,34).

Načini naslavljanja OIO in krepitve rezilientnosti

Več kot dve desetletji po objavi izvorne študije OIO (Felitti in dr., 1998) ter številnih drugih študij OIO v zadnjih dveh desetletjih je jasno, da so OIO zelo razširjene in imajo dolgoročne posledice na razvoj, zdravje in dobrobit. Prav tako je akumuliranih vse več nedvoumnih znanstvenih dokazov z različnih področij o varovalnih, pa tudi kurativnih/zdravilnih dejavnikih – pri obojem izstopajo varni, stabilni, skrbni odnosi in okolja.

Pregled tuje literature kaže vse več zavestnega, sistematičnega in celovitega naslavljanja OIO v posameznih sektorjih, kot so zdravstvo (posebno pediatrija in družinska medicina), predšolska vzgoja, šolstvo, socialno delo, sodstvo, relevantne nevladne organizacije (posebno tiste, ki delujejo kurativno ali preventivno na področju duševnega zdravja) itd., in v obliki medsektorskega sodelovanja – tako na državni kot lokalni ravni. Narašča tako število znanstveno preverjenih intervencij oz. programov kot ocen enormnih prihrankov investiranja vanje (Bellis, Hughes, Ford in dr., 2019). Ključni cilji teh prizadevanj so usmerjeni v: 1. preprečevanje pojavljanja OIO, 2. preprečevanje nadaljnje izpostavljenosti OIO in 3. podpiranje pozitivnih zdravstvenih izidov in dobre kakovosti življenja oseb z OIO.

V Sloveniji smo šele z omenjeno raziskavo pričeli eksplicitno odpirati vprašanje OIO kot pomembne javnozdravstvene tematike, ki se je velja tudi pri nas celoviteje lotiti. Kot prvo je ključno širjenje zavedanja in razumevanja o OIO ter učinkih travme med strokovnimi javnostmi, političnimi odločevalci in tudi v splošni javnosti. Ozaveščenost načeloma implicira korenito, celo paradigmatsko spremembo tako na ravni posameznikov kot institucij. Vendar pa zavedanje in razumevanje sama po sebi nista dovolj. Zelo smiselno je zavestno, sistematično naslavljanje OIO. V Sloveniji seveda obstaja oz. se udejanja veliko prizadevanj za izboljšanje zdravja in dobrobiti posameznikov (tako otrok kot odraslih), družin in skupnosti, ki zaobjamejo tudi OIO. Korak naprej bi bil oblikovanje strategije celovitega naslavljanja OIO, pri čemer bi sodelovali relevantni sektorji. Temu sledijo razvijanje, implementiranje in evalviranje akcijskih načrtov, prav tako z medsektorskim sodelovanjem.

V ZDA so leta 2017 na podlagi 4-letnega rigoroznega procesa z več kot 500 ljudmi iz relevantnih sektorjev in izhajajoč iz raziskav (vključno s sodobnim razumevanjem razvoja ter učinkov travme) pripravili nacionalno agendo za naslavljanje OIO (Bethell, Solloway, Guinasso in Hassink, 2017). Identificirali so štiri prioritete: 1. prevajanje znanstvenih dognanj o OIO, odpornosti in negovalnih odnosih v vse sektorje, ki delajo z otroki, mladino in družinami; 2. omogočanje pogojev za medsektorsko sodelovanje z namenom aktivnega naslavljanja OIO, vključno z naslavljanjem strukturnih neenakosti (revščine, diskriminacije, zaposlitvenih

možnosti, dostop do zdravstvenih storitev); 3. podpiranje namenskih raziskav⁶ in infrastrukture, ki omogoča inovacije, učenje, izboljšave, implementacijo; 4. ohranjanje oz. vzpostavljanje varnih in negovalnih odnosov ter specifične preventive in kurative na ravni posameznikov, družin in skupnosti (omogočiti treninge in financiranje oz. nagrajevati ustanove, ki že delujejo tako). V okviru ameriške nacionalne agende so oblikovali 16 specifičnih kratkoročnih ciljev na področju raziskav, politik in prakse (če navedemo prvega: zgodnji in periodični presejalni testi, diagnosticiranje, obravnava in preprečevanje OIP naj postanejo prioriteta v politikah in sistemih, več v Bethell in dr., 2017).

Na podlagi pregleda tujih virov sem kategorizirala šest ključnih oblik naslavljanja OIO in krepitev rezilientnosti, ki jih v nadaljevanju podrobneje predstavljam:

1. zgodnje prepoznavanje obremenjujočih izkušenj pri otrocih,
2. preoblikovanje relevantnih organizacij, da bi bile utemeljene na razumevanju travme,
3. programi za podporo staršem/skrbnikom/družinam,
4. podpora osebam z OIO in krepitev varovalnih dejavnikov,
5. opolnomočenje skupnosti,
6. izboljševanje družbene blaginje in zmanjševanje neenakosti.

Navedeni načini obravnavanja OIO in rezilientnosti idealno potekajo v kontekstu širše strategije in s tem v okviru usklajenega delovanja v različnih relevantnih sistemih. Dodatno gre naglasiti pomen (periodičnega) zbiranja podatkov o pojavnosti ter značilnostih OIO in varovalnih dejavnikov, pa tudi nujnost znanstvenega testiranja oz. vsaj evalviranja intervencij oz. programov, ki naslavlajo OIO na kurativni ali preventivni način.

Zgodnje prepoznavanje obremenjujočih izkušenj pri otrocih

Čim zgodnejše identificiranje rizičnih posameznikov, preden se razvijejo resnejši in tudi dražji problemi, je eden tipičnih refrenov znotraj literature o OIO. Pri tem se

⁶ Identificirali so 4 prednostna aplikativno-raziskovalna področja: 1. razvoj protokolov za testiranje OIO in izobraževanje o njih ter za krepitev rezilientnosti, razvoj odnosnih veščin itd.; 2. evalviranje učinkov intervencij, tudi z vidika finančnih prihrankov; 3. razvoj programov krepitev kapacitet, vezanih na OIO, v različnih storitvah; 4. spodbujanje skrbi zase med izvajalci (Bethell in dr., 2017).

odpirata dve kompleksni in obsežni tematiki. Ena od njiju je, da bi bili zdravstveni delavci ali delavci v vzgoji in izobraževanju opremljeni s prepoznavanjem znakov morebitne zlorabe, zanemarjanja, nasilja v družini, pa tudi s smernicami ukrepanja, vključno s pravnimi predpisi in komunikacijskimi strategijami. V Sloveniji so že bili izvedeni (posredni) koraki v tej smeri. Na področju obravnavanja žrtev nasilja v družini so bili npr. v okviru projekta POND na to temo izobraženi zdravstveni delavci, pri čemer se je spodbujalo tudi medsektorsko sodelovanje.

V tujini se v zadnjih letih vzpostavljajo presejalni testi (angl. screening), katerih namen je zaznavati OIO, pogosto še simptome travme, pa tudi dejavnike rezilientnosti (tako na osebni kot tudi širši ravni). Obstaja obilo strokovne literature o ustreznih vprašalnikih, izvajanju teh testov, vključno s samimi protokoli izvedbe, in ta še pospešeno nastaja (Bethell in dr., 2017). V vsakem primeru je nujno, da je tak test le ena komponenta v celovitem pristopu obravnave travme – pristopu, ki temelji na razumevanju travme ter je senzibiliziran tudi za starost, kulturni vidik, socialne neenakosti.

Večinoma se presejalni testi izvajajo v zdravstvu, lahko pa tudi v vrtcih in šolah ter socialnih ustanovah (centrih za socialno delo) ter tudi v drugih ustanovah oz. organizacijah, ki se ukvarjajo z ranljivimi skupinami oz. s populacijo, najverjetneje zaznamovano z zgodnjo travmo (npr. vzgojni domovi, programi za zasvojene, zapori itd.). Ključnega pomena je, da se posameznikom oz. družinam, ki se jih prepozna kot ranljive (v smislu negativnih posledic OIO), ponudi podporo oz. izobraževanje (idealno več možnosti, med katerimi lahko izberejo tisto, ki jim najbolj ustreza).

Pomembno je, da ob presejanju preprečimo oz. maksimalno zmanjšujemo občutke sramu in krivde, možnosti retravmatizacije ob samem izpolnjevanju, občutke nemoči, obupa ipd. ob rezultatih, morebitno stigmatizacijo.

Obstaja že več raziskav, ki kažejo pozitivne učinke vprašanj o obremenjujočih izkušnjah, tudi metaanalize raziskav (Flynn, Forthergill, Wilcox in dr., 2015). V eni od študij (Felitti, 2011) so zdravniki 100.000 pacientom, ki so izpolnili originalni OIO vprašalnik, dejali naslednje: »Vidim, da imate _____. Povejte mi, kako je to kasneje v življenju vplivalo na vas.« Nato so pacienti »zgolj« poslušali. Že ta preprosta intervencija je močno zmanjšala število zdravstvenih obravnav pri teh bolnikih v naslednjem letu. Pri teh bolnikih so zabeležili 35-odstotno zmanjšanje obiskov v ambulantih, 11 % manj urgentnih obiskov in 3 % manj hospitalizacij.

Podobno preprost način je uporabil internist iz Chicaga, ki je več kot 500 pacientov vprašal, ali je bilo njihovo odraščanje »večinoma v redu ali precej težavno« (Rush, 2016 v Stillerman, 2018). Ta pristop je pokazal, da imajo bolniki s kompleksnimi kroničnimi boleznimi pogosto travme iz otroštva, hkrati pa je preprečil retravmatizacijo in odprl vrata v sodelovalni proces zdravljenja.

Nizozemski strokovnjaki so razvili poseben protokol (Haag protocol), po katerem pooblašteni strokovnjaki, zaposleni v urgentnih centrih, preko odraslih z

določenimi zdravstvenimi težavami odkrivajo otroke, pri katerih obstaja verjetnost za obremenjujoče izkušnje. V primeru obravnave odrasle osebe zaradi nasilja v družini, samomorilnosti, psihičnih motenj ali zlorab drog strokovnjaki preverijo, ali imajo ti obravnavani odrasli otroke oz. zanje skrbijo (Diderich in dr., 2013). Namen tega protokola je, da se preko ustreznih služb družini čim prej ponudi pomoč in prepreči nastanek/nadaljevanje različnih oblik potencialno ogrožajočih izkušenj pri otrocih.

Presejalni testi se na splošni populaciji sicer zaenkrat uporabljajo redko. Na vzorcu več kot 300 ameriških delujočih pediatrov (Kerker, Storfer-Isser, Szilagyi in dr., 2016) so 4 % poročali, da uporabljajo neko obliko testiranja na obremenjujoče izkušnje, od slednjih jih je 11 % poročalo o tem, da so seznanjeni s študijo OIO. Vendar pa so jih v Južni Kaliforniji v letošnjem letu (2020) začeli sistematično uporabljati v zdravstvu (več na spletni strani <https://www.acesaware.org/>).

Preoblikovanje relevantnih organizacij, da bi bile utemeljene na razumevanju travme⁷

Preoblikovanje zdravstvenih, šolskih, socialnih, kazenskih in drugih ustanov, pa tudi relevantnih nevladnih organizacij v organizacije, utemeljene na razumevanju travme (v angleščini trauma informed/sensitive), običajno pomeni spremembe na več ravneh. Organizacije morajo pri svojih zaposlenih razvijati in krepiti ozaveščenost, znanje in dodatne veščine, ki jim bodo omogočile krepitev varovalnih dejavnikov, preprečevanje obremenjujočih izkušenj, prepoznavanje in ustrezno naslavljanje travmatičnih izkušenj in ustvarjanje pogojev za krepitev odpornosti in zdravljenje travme pri sodelavcih in uporabnikih/pacientih/klientih (SAMHSA, 2014b). Za posamezna področja obstaja in še nastaja obilo specifične literature, pa tudi znanstveno potrjeno učinkovitih programov.

Pristop, temelječ na razumevanju travme, običajno obsega naslednje: standardizirane presejalne teste; zaposleni so kompetentni za prepoznavanje znakov oz. simptomov travme pri uporabnikih, pa tudi pri sebi (znakov morebitne sekundarne travmatizacije); depatologizirajo se t. i. problematična vedenja uporabnikov oz. pacientov; posebno pozornost se namenja situacijam, kjer lahko prihaja do (občutkov) izgube moči, nadzora in varnosti pri uporabnikih oz. pacientih; izgrajuje in spodbuja se kapaciteto zaposlenih za ustvarjanje empatične klime; evalvirajo se učinki programov oz. intervencij (prav tam).

⁷ Angl. trauma informed / sensitive organisations.

Organizacije morajo to problematiko vključiti v svoje strateške in pravne dokumente ter jih udeležati v vsakodnevnih praksah in programih, ki morajo biti evalvirani. Prilagoditi je treba tudi prostore in opremo, ki bo ščitila ranljive, travmatizirane osebe in preprečevala retravmatizacijo tako pri uporabnikih/pacientih/klientih kot zaposlenih (SAMHSA, 2014b).

Nekateri avtorji izrazito poudarjajo, da morajo taki programi temeljiti na sodobnem razumevanju travme, ki vključuje nevroznanstvena dognanja (Leitch, 2017). Ta znanja omogočajo, da se ne naslavlja samo stališča in vedenje (t. i. razvitejši, neokortikalni del možganov), temveč tudi možgansko deblo in limbični del možganov (prek telesnih zaznav) – kar je ključno za učinkovito zdravljenje travme (prav tam). To običajno pomeni izobraževanje uporabnikov oz. pacientov o travmi, krepitev njihove kapacitete za samoregulacijo, razvijanje socialnih veščin ipd.

Dober primer preoblikovanja relevantnih organizacij so šole, temelječe na razumevanju travme (angl. trauma-informed schools). Gre za ustanove, ki prepoznavajo učence s travmatičnimi izkušnjami in imajo temu prilagojene tudi učne procese. V teh šolah imajo vsi zaposleni osnovno znanje o travmi in tudi razumevanje vpliva travmatičnega dogodka na učenčevo učenje in vedenje v šolskem okolju (Cole, Eisner, Gregory in dr., 2013).

Programi za podporo staršem/skrbnikom/družinam

Med ključne preventivne in tudi kurativne dejavnosti sodi opolnomočenje staršev in podpora staršem/skrbnikom/družinam na ravni čustvenih in socialnih veščin, ki so ključnega pomena za opravljanje starševske vloge ter razvoj zdrave navezanosti – že v obdobju pred otrokovim rojstvom in še posebno v zgodnjem otroštvu. Metaanaliza 37 programov iz tujine je pokazala pomembne večplastne učinke teh programov, kot so npr. zmanjšanje zlorab in zanemarjanja otrok, zmanjševanje starševskega stresa in depresije itd. (Chen in Chan, 2016). Taka podpora je načeloma razpoložljiva vsem (bodočim) staršem, izrazito pa se jo skuša približati tistim, pri katerih so prisotni dejavniki tveganja – med slednje štejejo: izpostavljenost (bodočih) staršev OIO, nasilje v družini, zasvojenost, težave z duševnim zdravjem, ekonomska ali socialna ranljivost in socialna izoliranost (Stillerman, 2018).

V tuji literaturi zasledimo veliko znanstveno potrjenih programov, temelječih na razumevanju travme, ki obsegajo obiske na domu, izobraževanja in starševske delavnice (tudi online programe), terapevtske smeri, pri katerih sodelujejo starši in otroci hkrati, podporne skupine za starše ipd. (Stillerman, 2018).

V Sloveniji že potekajo številne tovrstne dejavnosti, npr.:

- program Priprava na porod in starševstvo (poteka v zdravstvenih domovih v okviru vzgoje za zdravje), v katerega sta vabljeni nosečnica in bodoči oče; poleg informacij, pomembnih za normalen potek nosečnosti in poroda, tam posredujejo tudi znanje za ustrezno nego in razvoj dojenčka, v nadgrajeni program so vključene tudi potrebe dojenčka ter partnerski odnos oz. odnosi v družini;
- patronažni obiski na domu;
- patronažni obiski na domu družine z dojenčkom (nadgrajen program vključuje presejanje na depresijo in povečano pozornost do ranljivosti);
- podpora ranljivim družinam na domu;
- psihoterapija (ki pa je večinoma plačljiva).

Pomembno bi bilo, da bi ti programi eksplicitno upoštevali oz. naslavljali vidik zgodnje travme.

Podpora osebam z OIO in krepitev varovalnih dejavnikov

Ena od pomembnih oblik pomoči osebam z večjim številom OIO in težjimi posledicami je individualna ali skupinska terapevtska obravnava. Eno ključnih dognanj je, da za uspešno zdravljenje travme niso dovolj metode, ki naslavljajo predvsem kognicijo (razumevanje), temveč so nujne strategije, ki pomagajo ljudem razviti občutke varnosti, zmožnosti za odnose, zmožnosti samoreguliranja itd. (LeDoux in Brown, 2017). Pojavljajo se novi terapevtski modeli, ki sledijo razumevanju travme (npr. somatsko doživljanje), počasi jim sledijo študije učinkov. Pregled učinkovitosti naslavljanja OIO znotraj številnih terapevtskih modalitet (Korotana, Dobson, Pusch in Josephson, 2016) je pokazal, da so pri zdravljenju posledic OIO učinkovite predvsem tiste metode, ki temeljijo na sodobnem razumevanju travme. Problem takih pregledov, kot avtorji sami izpostavljajo, pa je, da večina raziskav, ki zadoščajo trenutno najbolj uveljavljenim (nikakor pa ne edinim) raziskovalnim standardom učinkov terapije, izhaja iz kognitivno-vedenjskega pristopa – saj je ta pristop najlažji za raziskovanje, hkrati pa je tudi najbolj podprt.

Dandanes vse bolj prihajajo v ospredje t. i. »mindfulness-based bodymind« metode, kot so biofeedback, hipnoza, joga, tai chi, chi gong, meditacija, vodena imaginacija, progresivna mišična relaksacija, dihalne vaje, programi obvladovanja stresa. Raziskave konsistentno kažejo, da spodbujajo zdravo regulacijo stresa, zdravljenje travm in krepijo odpornost, tudi pri otrocih in mladostnikih s čustvenimi ali

vedenjskimi težavami (npr. Bethell, Gombojav, Solloway in Wissow, 2016). Tudi Ortiz in Sibinga (2017) sta s pregledom raziskav o učinkih čuječnosti strnila, da kakovostne, strukturirane čuječnostne prakse (npr. Mindfulness Based Stress Reduction program) blažijo negativne učinke OIO, izboljšujejo številne kratkoročne in dolgoročne izide (simptome travme, izboljšano soočanje s težavami, kakovost življenja je boljša itd.), zmanjšujejo slabe zdravstvene izide (tudi na področju duševnega zdravja). Čuječnost zmanjšuje negativen učinek OIO na več načinov: neposredno deluje na biološke markerje presnovnih, nevroloških, vnetnih disfunkcij in bolezni; zmanjšuje simptome depresije, PTSM in drugih duševnih motenj; spodbuja vedenjske spremembe v smeri zdravega načina življenja (prav tam).

Poleg neposrednega naslavljanja posledic OIO v terapevtski obravnavi so pomembne intervencije in programi, ki krepijo zdrav življenjski slog in druge varovalne dejavnike. Za osebe z OIO so pogosto značilni nezdrav življenjski slog in različne oblike zasvojenosti (npr. kajenje, uživanje alkohola, drog, debelost, manj fizičnega gibanja ipd.), kar običajno služi kot adaptivna strategija zmanjševanja stresa, sramu, nemoči (Briere, 2002), hkrati pa negativno vpliva na zdravje (Bellis, Hughes, Leckenby in dr., 2014; Campbell, Walker in Egede, 2016; Dong, Dube, Felitti in dr., 2003; Dong, Giles, Felitti in dr. 2004; Dube in dr., 2003; Felitti in dr., 1998; Ford, Anda, Edwards in dr., 2011; Hughes in dr., 2017). 'Gibanje OIO' tako neredko vključuje tudi programe spodbujanja zdravega življenjskega sloga (npr. program 'Healthy eating, active living' od Kaiser Permanente – ameriškega ponudnika zdravstvenega zavarovanja z izjemnim poudarkom na preventivi – ta organizacija je iniciirala prvo študijo OIO).

Opolnomočenje skupnosti

Skupnostni pristopi za zmanjševanje škodljivih učinkov travme in krepitev odpornosti se pojavljajo zlasti v skupnostih, ki so (bile) deprivilegirane (npr. revščina, kriminal, nasilje), stigmatizirane, obremenjene z (zgodovinsko) travmo ipd. Naštete okoliščine lahko slabo vplivajo tudi na kakovost starševanja.

Navajam dva izmed številnih obstoječih modelov izgradnje oz. krepitev skupnostne kapacitete⁸ za preprečevanje OIO, kurativen odziv nanje in krepitev rezilientnosti

⁸ Skupnostna kapaciteta je kompleksen koncept s številnimi teoretičnimi in tudi empiričnimi opredelitvami. Nanaša se na ustvarjanje ali vzdrževanje dobrobiti skupnosti – tako na ravni posameznikov kot tudi neformalnih skupin, organizacij, socialnih interakcij, fizičnega okolja. Ključnega pomena so človeški, organizacijski, socialni kapital, torej viri, veščine, obvezanost, ki prispevajo k dobrobiti skupnosti in k reševanju problemov. Pri tem gre lahko za obstoječe

na ravni posameznikov, družin in celotnih skupnosti. Ta modela sta izbrana zaradi sistematičnega načrtovanja in evalvacije. Tovrstni modeli obsegajo izobraževanje različnih akterjev (organizacij, ponudnikov programov itd.) pa tudi članov skupnosti o OIO, vzpostavljanje sodelovanja za dopolnjevanje virov, zbiranje podatkov in raziskave. Gre za že omenjene programe, kot so izboljševanje starševskih veščin, krepitev čustvenega in socialnega razvoja otrok in mladostnikov, zgodnje odzivanje na znake OIO ipd. V ameriškem kontekstu izpostavljajo na skupnostni ravni še izboljševanje ekonomskih možnosti, stanovanjske oskrbe, zdravstva, socialne podpore, dostopnost parkov in rekreacije, kulturnih dejavnosti itd. V Sloveniji bi lahko koncept opolno-močenja skupnosti lahko aplicirali na občine, mesta, mestne četrti, vasi.

Model samozdravilne skupnosti. V državi Washington se je med leti 1994 in 2012⁹ izvajal t. i. model samozdravilne skupnosti (self-healing community) v 42 soseskah – z namenom sistematičnih reform za krepitev kapacitete skupnosti, da učinkoviteje rešuje zdravstvene in socialne probleme pri otrocih, mladini in družinah (z naslavljanjem kompleksnih problemov, kot so zloraba in zanemarjanje otrok, nasilje v družini, mladostniško nasilje, osip itd.) (Porter, Martin in Anda, 2016). Za doseganje teh ciljev so ustanovili posebno agencijo in oblikovali javno-zasebna partnerstva, ki so vključevala izvajalce zdravstvenih, socialnih storitev, predstavnike šolstva in predšolske vzgoje, voditelje lokalne uprave, sodišč, verskih organizacij, podjetij in drugih organizacij, pa tudi druge zainteresirane posameznike. Po prvi študiji OIO¹⁰ v poznih devetdesetih letih 20. stoletja so začeli izobraževati odločevalce na lokalni ravni, nato pa tudi celotne lokalne skupnosti o posledicah izpostavljenosti tem izkušnjam. Pozneje so v treninge vključili še učinkovanje varovalnih dejavnikov. Partnerstva so bila pozvana k diseminaciji informacij o OIO in odpornosti v lastnih skupnostih ter oblikovanju učinkovitih strategij naslavljanja negativnih učinkov OIO – k izboljšanju storitev in politik – tako na ravni splošnih (univerzalnih/pri-marnih) preventivnih dejavnosti, ciljnih sekundarnih aktivnosti za krepitev odpor-nosti ter preventivnih in kurativnih programov za izbrane skupine oz. posameznike, temelječih na razumevanju travme (že obstoječih znanstveno preverjenih programov in programov, razvitih na novo).

Evalvacija iz leta 2010 je pokazala zmanjšanje zdravstvenih in socialnih proble-mov, ki naj bi državi v vsakem dvoletnem obdobju prihranili 55,9 milijonov dolarjev. V letih 2012–2015 je potekala kompleksna evalvacija v petih skupnostih s številnimi

socialne procese ali za posebej organizirano prizadevanje posameznikov, organizacij, omrežij (Chaskin, 1999).

⁹ Po prenehanju državnega financiranja (leta 2012) 18 od 42 skupnosti nadaljuje s svojim delom, za kar si prizadeva pridobiti sredstva iz različnih virov.

¹⁰ Po tej študiji se je iniciativa preimenovala v APPI – The Washington State ACEs Public-Private Initiative.

stalnimi akcijami, ki naslavljajo OIO in odpornost skupnosti (Hargreaves in dr., 2017; Verbitsky-Savitz, Hargreaves, Penoyer in dr., 2016). S pomočjo zunanje evalvacijske skupine in konzorcija sodelujočih mrež oz. ustanov so želeli ugotoviti, katere strategije izgrajevanja kapacitete skupnosti¹¹ najboljše podpirajo reduciranje in preprečevanje OIO ter njihovih posledic ter prispevajo h krepitvi odpornosti in k ugodnim rezultatom, kot je npr. boljši razvoj otrok. Hkrati so želeli sprožiti širši dialog o teh tematikah. Ugotavljali so: 1. kapaciteto povezovanj za razvijanje in vzdrževanje infrastrukture, 2. kapaciteto za medsektorsko sodelovanje za doseganje sprememb, 3. načrtovanje in izvajanje ukrepov/rešitev in 4. kapaciteto skupnosti za opolnomočenje celotnih skupnosti za participacijo. Rezultati niso pokazali enega najboljšega modela kolektivne kapacitete skupnosti za naslavljanje teh vprašanj; do dobrih rezultatov so prišle različne kombinacije značilnosti skupnostnih omrežij ter strategij uvajanja skupnostnih sprememb. Pri tem je ključna jasna zastavitev ciljev in identificiranje strategij ter uskladitev omrežij s cilji in strategijami – vselej prilagojeno lokalnim okoliščinam in potrebam (prav tam).

Model izgradnje odpornosti skupnosti. Drugi primer sistematičnega in integrativnega naslavljanja OIO in krepitve odpornosti je t. i. model izgradnje odporne skupnosti (angl. Building Community Resilience model), ki poteka s sodelovanjem več urbanih centrov (Boston, Cincinnati, Dallas, Atlanta, Philadelphia, Milwaukee, Chicago itd.) in tudi na širših območjih v ZDA od 2015 dalje (Ellis in Dietz, 2017; Pimental, Mendoza, Keeney in dr., 2018). Cilj te iniciative je izboljšati sodelovanje med različnimi sektorji, preoblikovati zdravstvene in socialne sisteme, da bi vplivali na dejavnike/vzroke OIO in krepili rezilientnost – s poudarkom na ranljivih otrocih. Gre za usklajene, komplementarne intervencije oz. ciljne programe v (javnih, zasebnih in civilnodružbenih) zdravstvenih domovih, pediatričnih ambulantah, šolah, sodstvu, policiji, cerkvah, skupnostnih centrih itd. Ena od pomembnih strategij je aktivno vključevanje in opolnomočenje staršev, da bi otroke obvarovali pred OIO, tudi tistimi, ki izvirajo iz skupnosti (t. i. adverse community environment) – npr. revščino, rasizmom, nasiljem.

Iniciativa poteka na način modela kolektivnega vpliva (angl. collective impact model), ki v tem primeru zaobjema oblikovanje skupne agende in ciljev, pa tudi delovnih načrtov, usklajeno razumevanje OIO, sodelovanje in vključevanje raznolikih partnerjev (npr. razvijanje medsektorskih partnerstev), vodilno organizacijo, skupne evalvacijske sisteme (npr. za evalviranje novih programov), izmenjavo oz. delitev podatkov. Posamezne organizacije oz. sistemi skušajo zapolniti lastne manke in krepiti

¹¹ Konkretnije, preverjali so pet modelov razvijanja skupnostne kapacitete, in sicer: preventivne koalicije, skupnostne kolaboracije, celovite skupnostne iniciative, razvoj skupnostne kapacitete in kolektivni vpliv.

to, kar je učinkovito. Vse skupaj poteka po modelu nenehnega izboljševanja kakovosti (angl. continuous quality improvement model) (prav tam).

Ellis in Dietz (2017) sta v dveh letih opravila 26 intervjujev in 3 fokusne skupine s partnerji projekta z namenom nadaljnega razvoja modela. Preverjala sta njihovo osebno razumevanje OIO, odpornosti skupnosti, sistemskih kapacitet za naslavljanje teh tematik, vrste in pojavnost socialnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje in dobrobit otrok v skupnosti, ovire za naslavljanje teh problemov na ravni politik in praks itd. Raziskava je pokazala globoko razumevanje teh fenomenov ter podporo preučevanemu modelu, pri čemer so izpostavili pomen integriranega namesto fragmentiranega naslavljanja – kar krepi odpornost skupnosti. Med ovirami so izpostavili zlasti trenutne modele financiranja, ker pogosto omejuje razvoj partnerstev, potrebna prestrukturiranja in ohranjanje uspešnih prizadevanj.

Izboljševanje družbene blaginje in zmanjševanje neenakosti

Izboljševanje družbene blaginje vključuje vse tri vrste blaginj: materialno (življenjski standard), družbeno (zadovoljstvo z življenjem, ključno z varnostjo in zaupanjem v institucije) in okoljsko (npr. raba energije, ravnanje z odpadki, stopnja onesnaženosti zraka itd.); vse tri pomembno vplivajo na zdravje in kakovost življenja celotne populacije.

Zlasti v ameriški in anglosaksonski literaturi v okviru 'gibanja OIO' izrazito pozivajo k izboljševanju materialnega blagostanja, zmanjševanju strukturnih razlik in podpori deprivilegiranim skupinam in skupnostim. V Sloveniji so številna področja urejena v okviru posameznih politik (npr. javni izobraževalni, zdravstveni in socialni sistem, dopust za nego in varstvo otroka, dostopni vrtci, zdravstvo, socialni ukrepi itd.); to pa ni značilno za vse razvite države. Kljub temu pa tudi v Sloveniji zaznamo sistematične, preprečljive in nepravične razlike med različnimi skupinami prebivalstva. Posebno ranljivi so posamezniki in družine z nižjim socialno-ekonomskim položajem, pri katerih se kažejo slabši zdravstveni in drugi izidi. Slabši socialno-ekonomski položaj omejuje tudi kapaciteto družin in skupnosti za preprečevanje in zdravljenje OIO. Občutek varnosti in stabilnosti oz. zadovoljitev ključnih potreb pomembno prispeva k temu, da starši lahko zares posvetijo svojo pozornost otrokom, razvijajo navezanost z njimi in krepijo njihovo rezilientnost. Pri nekaterih OIO (izpostavljenost nasilju v družini, razveza staršev in kriminal v družini) je povezava med socialno-ekonomskimi okoliščinami in zdravjem v odraslosti še posebno izrazita (Font in Maguire-Jack, 2016).

Tudi z vidika preprečevanja OIO, izgrajevanja odpornosti in naslavljanja OIO je nujno ohranjanje in izboljševanje pridobitev države blaginje v Sloveniji – še posebej, ker tudi slovenski podatki kažejo na povezanost med slabšim socialno-ekonomskim položajem in pojavnostjo OIO.

Zaključna razprava

Dognanje, da OIO, zlasti kumulativa OIO negativno vpliva na otroški razvoj ter na zdravje, z zdravjem povezan življenjski slog in siceršnje vidike funkcioniranja in kakovosti življenja v otroštvu in odraslosti, ni novo. V zadnjih dobrih dveh desetletjih pa je bila – predvsem v okviru raziskav OIO – jasno prikazana povezava med OIO in številnimi neugodnimi izidi. Hkrati pa imamo že veliko študij o tem, kako lahko razvoj negativnih posledic blažijo varni, negovalni odnosi in podporna okolja, ki lahko pomembno prispevajo tudi k okrevanju od OIO. V prispevku smo predstavili zlasti ameriška prizadevanja za preprečitev teh izkušenj, interveniranje in kurativno delovanje.

OIO so raziskovali tudi v številnih državah izven ZDA ter prišli do podobnih priporočil, npr. Angliji (Bellis, Hughes, Leckenby in dr., 2014a; Bellis, Lowey, Leckenby in dr., 2013; Hughes, Lowey, Quigg in Bellis, 2016), Walesu (Bellis, Ashton, Hughes in dr., 2015), na Škotskem (Couper in Mackie, 2016); Nemčiji (Witt, Sachser, Plener in dr., 2019); pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije v številnih državah, med drugim v Romuniji, Makedoniji, Srbiji, Poljski, Češki, Litvi, Latviji, Albaniji, Turčiji, Črni gori, Ruski federaciji, Kanadi, Južni Afriki, Kitajski, Tajski itd. (glej npr. Anda, Butchart, Felitti in Brown, 2010; Bellis, Hughes, Leckenby in dr., 2014b).

Rezultati prve OIO raziskave v Sloveniji kažejo, da je med Slovenci prisoten visok odstotek obremenjujočih izkušenj v otroštvu. 23,5 % udeležencev v prvi slovenski OIO študiji ne poroča o nobeni OIO. To je več kot na primer v izvorni študiji OIO, kjer je 67 % udeležencev poročalo o vsaj eni OIO, 13 % o štirih ali več (Anda in Felitti, 2003). Med posameznimi OIO sta posebno visoka odstotka fizičnega in čustvenega nasilja odraslih članov gospodinjstva nad otroki. Možno razlago za slednje vidimo v tem, da se pod tema dvema OIO skrivajo disciplinske oz. vzgojne prakse, ki so v preteklosti veljale, ponekod pa še vedno veljajo za povsem legitimne in neškodljive. Seveda pa seštevek 10 OIO zajame le najizrazitejše obremenjujoče izkušnje v otroštvu – in ne vseh neustreznih in obremenilnih izkušenj, ki imajo potencialno negativne posledice za razvoj, zdravje, funkcioniranje posameznikov. V raziskavo smo vključili tudi šest dodatnih kategorij OIO, med katerimi sta najvišja odstotka podpovprečnega materialnega stanja v otroštvu ter viktimizacije vrstnikov ali izolacije od njih (oboje približno tretjina udeležencev).

Ženske v nasprotju z obstoječimi študijami (npr. Cunningham, Ford, Croft in dr., 2014) nekoliko pogosteje poročajo o večini OIO (izjemi sta čustveno nasilje in zasvojenost odraslega člana gospodinjstva, kjer ni značilnih razlik med spoloma, ter telesno nasilje, o katerem moški poročajo značilno pogosteje), prav tako so v povprečju doživele več OIO v primerjavi z moškimi (kar je skladno s predhodnimi študijami, gl. tudi Cunningham in dr., 2014). Starost je šibko povezana s številom OIO (mlajši in starejši udeleženci poročajo o nekoliko nižjem številu OIO kot 46- do 55-letniki, pri katerih smo izmerili najvišje število OIO). Narodnost ni povezana s številom OIO. Značilno višje število OIO je pri udeležencih z nižje izobraženimi starši in iz materialno slabše situiranih družin, kar potrjuje dosedanje ugotovitve (Walsh, McCartney, Smith in dr., 2019). Višje povprečno število OIO je tudi pri tistih, ki so največji del obdobja do 18. leta preživeli v dveh največjih slovenskih mestih, čemur tesno sledi vaško/podeželsko okolje; najnižje povprečno število OIO imajo tisti, ki izhajajo iz srednje velikih mest. Glede velikosti kraja bivanja obstoječe študije prinašajo različne izsledke, npr. da med ruralno in urbano populacijo ni razlik v pojavnosti OIO (Crouch, Radcliff, Probst in dr., 2020) ali da so prebivalci ruralnih območij izpostavljeni večjemu tveganju za nekatere OIO (Talbot, Szlosek, Ziller in dr., 2016). Povprečno število OIO je višje pri nižje izobraženih in pri tistih s slabšim materialnim položajem (prim. Currie in Widom, 2010; Nurius in dr., 2017).

Čeprav v okviru tega prispevka nismo opravili sistematičnega pregleda obstoječih prizadevanj v Sloveniji, ki vsaj posredno, na različne načine in v raznih sferah naslavljajo OIO, si upamo trditi, da se pri nas te izjemno pomembne tematike ne lotevamo eksplicitno, neposredno, kaj šele sistematično. Razumevanje OIO, njihovih učinkov, pa tudi znanje in prakse, ki se nanašajo na varovalne dejavnike, je treba vnesti v relevantne sektorje, ki naslavljajo ali lahko naslovijo to problematiko – npr. zdravstvo, vzgojo in izobraževanje, socialno delo, zapore, organizacije, ki se ukvarjajo z zasvojenostmi, nasiljem itd. Potreben je celovit pristop, temelječ na razumevanju travme. Za večino organizacij to verjetno implicira spremembo paradigme ali vsaj določene modifikacije na ravni infrastrukture, praks, politik. Preoblikovanje posameznih organizacij ima lahko zelo ugodne učinke na ljudi, ki jim služijo, pa tudi na zaposlene, toda za trajno, integralno spremembo je nujno medsektorsko sodelovanje. Izobraževanje o OIO bi bilo tudi smiselno vključiti v kurikule zdravstvenih, pedagoških in socialno-varstvenih programov.

Seveda govorim o potencialno radikalnih posegih v obstoječe prakse, razmerja, za kar je potrebne veliko motivacije (pripravljenih ustanov, skupnosti ipd.) in vseh vrst virov, tudi finančnih. Pri tem je spodbudno, da vse dosedanje študije kažejo izjemne ekonomske prihranke – npr. metaanaliza stroškov posledic OIO je pokazala, da bi že z 10-odstotnim zmanjšanjem pojavnosti OIO v Evropi in ZDA letno prihranili 105 milijard dolarjev (Bellis in dr., 2019).

Osnova za te premike je epidemiološko spremljanje in poglobljeno raziskovanje stanja in potreb na področju OIO. V nekaterih državah imajo že vzpostavljene sisteme rednega raziskovanja OIO, dejavnikov, ki nanje vplivajo, in z njimi povezanih dejavnikov ter tudi sisteme spremljanja in evalviranja intervencij oz. programov, ki naslavljajo OIO na kurativen ali preventiven način. To omogoča raziskovalcem, političnim odločevalcem in izvajalcem tudi spremljanje sprememb skozi čas in tudi opredeljevanje bremena in oceno učinkovitosti ukrepov.

Poglavje zaključujem v upanju, da bo tudi pri nas kmalu prišlo do konvergence znanja, zavedanja, interesa, (politične) volje, da se bo oblikovala kritična masa, ki je potrebna, da se dana dognanja prevedejo v akcijo ter se s tem zagotovi preprečevanje, blaženje, zdravljenje travme na ravni posameznikov, generacij, skupnosti.

Literatura:

- Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., Baker, D. G. (2019). Developmental trajectories of early life stress and trauma: A narrative review on neurobiological aspects beyond stress system dysregulation. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
- Alessi, E. J., Martin, J. I., Gyamerah, A., Meyer, I. H. (2013). Prejudice events and traumatic stress among heterosexuals and lesbians, gay men and bisexuals. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22 (5): 510–526.
- American Psychiatric Association (2013). *Trauma- and Stressor-Related Disorders*. V: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39 (1): 93–98.
- Anda, R. F., Felitti, V. J. (2003). Origins and essence of the study. *ACE Reporter*. <http://thecrimereport.s3.amazonaws.com/2/94/9/3076/acestudy.pdf>. Dostop: 28. 4. 2020.
- Beers, S. R., De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3): 483–486.
- Bellis, M. A., Ashton, K., Hughes, K., Ford, K., Bishop, J., Paranjothy, S. (2015). Adverse childhood experiences and their impact on health-harming behaviours in the Welsh adult population. *Wales: Public Health Wales NHS Trust*.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Hardcastle, K. A., Sharp, C. A. idr. (2018). Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: a retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. *BMC Public Health*, 18 (1): 792.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D. idr. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across

- Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4 (10): PE517-E528.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A. idr. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: Surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organisation*, 92: 641–655.
- Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., Harrison, D. (2013). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36 (1): 81–91.
- Bellis, M. D., Zisk, A. (2015). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23 (2): 185–222.
- Berens, A. E., Jensen, S. K. G., Nelson, C. A. (2017). Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine*, 135.
- Berg, A. (2006) Clinical Perspective: The management of traumatic stress disorder in infants. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 18 (1): 23–25.
- Bethell, C. D., Gombojav, N., Solloway, M., Wissow, L. (2016). Adverse childhood experiences, resilience and mindfulness-based approaches: Common denominator issues for children with emotional, mental, or behavioral problems. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25 (2): 139–156.
- Bethell, C. D., Solloway, M., Guinosso, S., Hassink, S. (2017). Prioritizing possibilities for child and family health: An agenda to address adverse childhood experiences and foster the social and emotional roots of well-being in pediatrics. *Academic Pediatrics*, 17 (7): S36-S50.
- Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., Sege, R. (2019). Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatrics*, 9: e193007.
- Blodgett, C., Lanigan, J. D. (2018). The association between adverse childhood experience and school success in elementary school children. *School Psychology Quarterly*, 33 (1): 137–146.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. V: J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, T. A. Reid (ur.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (175–203). Thousand Oaks, CA, US: Sage.
- Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., Giles, W. H. (2009). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37 (5): 389–396.
- Campbell, B. S., Walker, R. J., Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50 (3): 344–352.
- Chaskin, R. J. (1999). Defining community capacity: A framework and implications from a comprehensive community initiative. The Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago. http://archive.instituteccd.org/uploads/iccd/documents/chaskin-defining_community_capacity.pdf. Dostop: 12. 9. 2019

- Chen, M., Chan, K. L. (2016). Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: A meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*, 17: 88–104.
- Cicchetti, (2010). Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9 (3): 145–154.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organisation in the promotion of resilience in maltreated children. *Developmental Psychopathology*, 9: 797–815.
- Cole, S. F., Eisner, A., Gregory, M. in Ristuccia, J. (2013). Creating and advocating for trauma-sensitive schools. Massachusetts Advocates for Children. <http://www.traumasensitiveschools.com>. Dostop 25. 5. 2020
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., Maughan, B. (2007) Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31 (3): 211–229.
- Couper, S., Mackie, P. (2016). Scottish Public Health Network (ScotPHN). 'Polishing the Diamonds'. Addressing Adverse Childhood Experiences in Scotland. Scotland: NHS Health Scotland.
- Crandall, A. A., Miller, A., Cheung, L., Novilla, L. K., Glade, R. idr. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse and Neglect*, 96.
- Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M. idr. (2015). Adverse childhood experiences: Expanding the concept of adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 49 (3): 354–361.
- Crouch, E., Radcliff, E., Probst, J. C., Bennett, K. J., McKinney, S. H. (2020). Rural-urban differences in adverse childhood experiences across a national sample of children. *Journal of Rural Health*, 36 (1): 55–64.
- Cunningham T. J., Ford E. S., Croft, J. B., Merrick, M. T., Rolle, I. V., Giles, W. H. (2014). Sex-specific relationships between adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in five states. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disorder*, 9: 1033–1042.
- Currie, J., Widom, C. S. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment*, 15 (2): 111–120.
- Danieli, J., Norris, F. H., Engdahl, B. E. (2016). Multigenerational legacies of trauma: Modeling the what and how of transmission. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86 (6): 639–651.
- De Bellis, M. D., Zisk, A. B. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23 (2): 185–222.
- Diderich, H. M., Fekkes, M., Verkerk, P. H., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K. idr. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 37: 1122–1131.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F. idr. (2004). The inter-relatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28: 771–784.

- Dong, M., Dube, S. R., Felitti, V. J., Wayne, H., G., Anda, R. (2003). Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: New insights into the causal pathway. *Archives of internal medicine*, 163 (3): 1949–1956.
- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E. idr. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110 (13): 1761–1766.
- Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V., Marmot, M. (2018). Global action on the social determinants of health. World Health Organisation. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/igo>. Dostop: 12. 9. 2019.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37: 268–277.
- Ellis, W. R., Dietz, W. H. (2017). A new framework for addressing adverse childhood and community experiences: The building community resilience model. *Academic Pediatrics*, 17 (7): S86–S93.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M. idr. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14: 245–258.
- Felitti, V., Anda, R. (2011). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. V: Lanius, R. A., Vermetten, E., Pain, C. (ur.) *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 77–87. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., Hamby S. L. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48: 13–21.
- Flynn, A. B., Forthergill, K. E., Wilcox, H. C., Coleclough, E., Horwitz, R. idr. (2015). Primary care interventions to prevent or treat traumatic stress in childhood: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 15 (5): 480–492.
- Font, S. A., Maguire-Jack, K. (2016). Pathways from childhood abuse and other adversities to adult health risks: The role of adult socioeconomic conditions. *Child abuse & neglect*, 51: 390–399.
- Ford, E. S., Anda, R. F., Edwards, V. J., Perry, G. S., Zhao, G. idr. (2011). Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive medicine*, 53 (3): 188–193.
- Gapp, K., Bohacek, J., Grossmann, J., Brunner, A. M., Manuella, F. idr. (2016). Potential of environmental enrichment to prevent transgenerational effects of paternal trauma. *Neuropsychopharmacology*, 41 (11): 2749–2758.
- Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Dhingra, S. S., Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease. An update from ten states and the District of Columbia. *American Journal of Preventive Medicine*, 48 (3): 345–349.
- Hackman, D. A., Farah, M. J., Meaney, M. J. (2010). Socio-economic status and the brain: Mechanistic insights from human and animal research. *Nature Reviews Neuroscience*, 11 (9): 651–659.
- Hambrick, E. P., Brawner, T. W., Perry, B. (2019). Timing of early-life stress and the development of brain-related capacities. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13.

- Hargreaves, M. B., Verbitsky-Savitz, N., Coffee-Borden, B., Perreras, L., Roller White, C. idr. (2017). Advancing the measurement of collective community capacity to address adverse childhood experiences and resilience. *Children and Youth Services Review*, 76: 142–153.
- Herzog, J. I., Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 9.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A. idr. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2: e356–e366.
- Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., Bellis, M. A. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health*, 16: 222–233.
- Hughes, M. (2018). Poverty as an adverse childhood experience. *North Carolina Medical Journal*, 72 (2): 124–126.
- Kalmakis, K. A., Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. *Journal of American Association of Nurse Practice*, 27 (8): 457–465.
- Kaplow, J. B., Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (1): 176–187.
- Kellerman, N. P. (2013). Epigenetic transmission of holocaust trauma: Can nightmares be inherited? *Israel Journal of Psychiatry*, 50, 1: 33–39.
- Kerker, B. D., Storfer-Isser, A., Szilagyi, M., Stein, R. E., Garner, A. S. idr. (2016) .Do Pediatricians ask about adverse childhood experiences in pediatric primary care? *Academic Pediatrics*, 6 (2): 154–160.
- Korotana, L. M., Dobson, K. S., Pusch, D., Josephson, T. (2016). A review of primary care interventions to improve health outcomes in adult survivors of adverse childhood experiences. *Clinical Psychology Review*, 46: 59–90.
- Kosterman, R., Mason, W. A., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Spoth, R., Redmond, C. (2011). Positive childhood experiences and positive adult functioning: Prosocial continuity and the role of adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, 49 (2): 180–186.
- Kuhar, M., Zager Kocjan, G. (2020). Konglomerat travme: obremenjujoče izkušnje v otroštvu in njihovo socialno-demografsko ozadje. *Teorija in praksa*, 77 (2): 509–526.
- Lappe, M. (2016). Epigenetics, media coverage, and parent responsibilities in the post-genomic era. *Current Genetic Medicine Reports*, 4 (3): 92–97.
- LeDoux, J. E., Brown, R. (2017). A higher-order theory of emotional consciousness. *PNAS*, 114 (10): E2016–E2025.
- Leitch, L. (2017). Action steps using ACEs and trauma-informed care: A resilience model. *Health & Justice*, 5: 1–10.
- Levine, P. A., Frederick, A. (2015/1997). *Kako prebuditi tigra: zdravljenje travm: prirojena sposobnost preobražanja izkušenj, pod katerimi klonimo*. Ljubljana: V.B.Z.
- Liu, Y., Croft, J. B., Wheaton, A. G., Perry, G. S., Chapman, D. P., Strine, T. W. ... Presley-Cantrell, L. (2013). Association between perceived insufficient sleep, frequent mental

- distress, obesity and chronic diseases among US adults, 2009 behavioral risk factor surveillance system. *BMC Public Health*, 13: 84–72.
- Luthar, S. S., Crossman, E. J. Small, P. (2015). Resilience and adversity. V: *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* (247-286). NJ: Wiley-Blacwell.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. V: M. D. Glantz in J. L. Johnson (ur.), *Longitudinal research in the social and behavioral sciences. Resilience and development: Positive life adaptations* (281-296). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19: 921–930.
- Masten, A. S., Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53: 205–220.
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience and Biobehavioural Review*, 47: 578–591.
- Meaney, M. J. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child Development*, 81 (1): 41–79.
- Merrick, M. T., Ford, D.C., Ports, K.A., Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011–2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 states. *JAMA Pediatrics*, 172: 1038–1044.
- Merrick, M. T., Leeb, R. T. (2013). Examining the role of safe, stable, and nurturing relationships in the intergenerational continuity of child maltreatment. Introduction to the special issue. *Journal of Adolescent Health*, 53 (4): 1–3.
- MKB11 – Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (angl. ICD- The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), 11. revizija (2018). World Health Organisation. <https://icd.who.int/en/>. Dostop: 12. 9. 2019.
- Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, W. W., Lieberman, A. F. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. *Child Abuse and Neglect*, 78: 19–30.
- National Scientific Council on the Developing Child (2015). *Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of Resilience: Working Paper 13*. <http://www.developingchild.harvard.edu>. Dostop: 20. 12. 2019
- Nurius, P. S., Fleming, C. M., Brindle, E. (2017). Life course pathways from adverse childhood experiences to adult physical health: A structural equation model. *Journal of Aging and Health*, 1–20.
- Ortiz, R., Sibinga, E. M. (2017). The role of mindfulness in reducing the adverse effects of childhood stress and trauma. *Children*, 4 (3).
- Patel, S. S., Rogers, B., Amlot, R., Rubin, J. G. (2017). What do we mean by ‘Community Resilience’? A systematic literature review of how it is defined in the literature. *PLOS Currents*, 1: 9.

- Payne, P. Levine, P., Crane-Godreau, M. A. (2015). The preparatory set: A novel approach to understanding stress, trauma, and the bodymind therapies. *Frontiers in Human Neuroscience*.
- Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The neurosequential model of therapeutics. V N. B. Webb (ur.) *Working with traumatized youth in child welfare: Social work practice with children and families*, 27–52. New York: Guilford Press.
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14: 240-255.
- Petrucellia, K., Davis, J., Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 97.
- Pieterse, A. L., Carter, R. T., Evans, S. A., Walter, R. A. (2010). An exploratory examination of the associations among racial and ethnic discrimination, racial climate, and trauma-related symptoms in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 57 (3): 255–263.
- Pietrek, C., Elbert, T., Weierstall, R., Mueller, O., Rockstroh, B. (2013). Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 206 (1): 103–110.
- Pimental, K., Mendoza, N., Keeney, A.J., Clarke, L. (2018). Building community resilience toolkit series: Volume I. San Diego State University, Social Policy Institute, San Diego, CA. http://strategiesca.org/wp-content/uploads/2018/10/Strategies-2.0_BCR_TOOLKIT_1_OCT2018.pdf. Dostop: 12. 9. 2019.
- Pinderhughes, H., Davis, R., Williams, M. (2015). Adverse community experiences and resilience: A framework for addressing and preventing community trauma. Prevention Institute, Oakland CA. <https://www.preventioninstitute.org/sites/default/files/publications/Adverse%20Community%20Experiences%20and%20Resilience%20Executive%20Summary.pdf>. Dostop: 12. 9. 2019.
- POND - Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini. Spletna stran projekta: <http://www.prepoznajnasilje.si/>. Dostop: 12. 9. 2019.
- Porter, L., Martin, K., Anda, R. (2016). Self-healing communities: A transformational process model for improving intergenerational health. Princeton: The Robert Wood Johnson Foundation. <https://www.rwjf.org/en/library/research/2016/06/self-healing-communities.html>. Dostop: 12. 9. 2019.
- Puterman, E., Gemmill, A., Karasek, D., Weir, D., Adler, N. E. idr. (2016). Lifespan adversity and later adulthood telomere length in the nationally representative US Health and Retirement Study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113 (42): E6335–E6342.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2014a). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf>. Dostop: 11. 9. 2019.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2014b). Trauma-informed care in behavioral health services. A treatment improvement protocol. Series

57. Washington, DC. https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/SAMSA_TIP_Trauma.pdf. Dostop: 11. 9. 2019.
- Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Mueller, O., Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry*, 16.
- Schofield, T. J., Lee, R. D., Merrick, M. T. (2013). Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 53 (4): 32–38.
- Sege, R., Bethell, C., Linkenbach, J., Jones, J., Klika, B., Pecora, P.J. (2017). *Balancing adverse childhood experiences with HOPE: New insights into the role of positive experience on child and family development*. Boston: The Medical Foundation. www.cssp.org. Dostop: 20. 12. 2019.
- Shonkoff, J. P. (2016) Capitalizing on advances in science to reduce the health consequences of early childhood adversity. *JAMA Pediatrics*, 170: 1003–7.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *Journal of the American Medical Association*, 301 (21): 2252–2259.
- Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D., Mayes, L. C. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and society*, 20 (4): 10.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Publications.
- Stillerman, A. (2018) Childhood adversity & lifelong health: From research to action. *The Journal of Family Practice*, 67 (11): 690–699.
- Talbot, J. A., Szlosek, D., Ziller, E. C. (2016). Adverse childhood experiences in rural and urban contexts. *Research & Policy Brief PB, 64*. Maine Rural Health Center. <http://muskie.usm.maine.edu/Publications/rural/Adverse-Childhood-Experiences-Rural.pdf>, 28. 4. 2020.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1): 1–18.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, 163 (6): 993–1000.
- Teicher, M. H., Parigger, A. (2015). The ‘maltreatment and abuse chronology of exposure’ (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PLOS One*, 10 (2).
- Van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological Trauma*. Washington DC: American Psychiatric.
- Verbitsky-Savitz, N., Hargreaves, M., Penoyer, S., Morales, N., Coffee-Borden, B. idr. (2016). Preventing and mitigating the effects of aces by building community capacity and resilience: The APPI cross-site evaluation findings. *Mathematica Policy Research*, Washington, DC.

- Walsch, D., McCartney, G., Smith, M., Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 73: 1087–1093.
- Weber, K., Rockstroh, B., Borgelt, J., Awiszus, B., Hoffmann, K. idr. (2008). Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC Psychiatry*, 8 (63).
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5: 503–515.
- Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Braehler, E., Fegert, J. M. (2019). The prevalence and consequences of adverse childhood experiences in the german population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116: 635–642.

FINANCIRANJE:

Raziskava je bila finančno podprta s strani Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna (ciljni raziskovalni program št. V5-1712 in raziskovalni program št. P5-0200).

ZAHVALA:

Avtorica se zahvaljuje članici raziskovalne skupine ciljnega raziskovalnega projekta doc. dr. Gaji Zager Kocjan, UL, FF, Oddelek za psihologijo, za metodološko podporo.