

Tina Andrejevič<sup>1</sup> in Miran Možina<sup>2</sup>

## Razvojna travmatska motnja: o smiselnosti uvajanja nove diagnostične kategorije

### *Developmental Trauma Disorder: On the advisability of introducing a new diagnostic category*

#### **Povzetek**

Diagnostična kategorija razvojna travmatska motnja (RTM) se razlikuje od drugih diagnoz, ki se uporabljajo za opisovanje s stresom in travmo povezanih duševnih težav in motenj pri otrocih. RTM opisuje posledice dolgotrajne izpostavljenosti otroka številnim oblikam škodljivega ravnanja, kot sta npr. nasilje in zanemarjanje s strani primarnih skrbnikov. Posledice se kažejo v otrokovi nezmožnosti za predelavo in integracijo travmatskih izkušenj, v težavah pri razvijanju lastne identitete, v motnjah čustvenega in telesnega samouravnavanja, v motnjah pozornosti in vedenja ter v težavah pri vzpostavljanju in razvijanju medosebnih odnosov. Nasilje in zanemarjanje je pogosto povezano z medgeneracijskim prenosom disfunkcionalnih družinskih vzorcev. Pogosti dejavniki tveganja za škodljivo ravnanje z otrokom pa so tudi revščina oz. slabši socioekonomski položaj družine, nasilje v skupnosti ali strukturne in institucionalne oblike nasilja, ki prizadenejo zlasti tiste, ki imajo v določeni družbi status manjšine. Raziskave o RTM utemeljujejo upravičenost razlikovanja med posledicami izpostavljenosti škodljivemu ravnanju v otroštvu in posledicami travmatskih dogodkov, ki jim je žrtev izpostavljena kasneje v življenju. Pri prvi skupini se posledice pogosteje kažejo v simptomatiki RTM, pri drugi pa v simptomatiki PTSM. RTM predstavlja razvojno občutljivo diagnostično dopolnitev za otroke z več sočasno diagnosticiranimi duševnimi motnjami, ki jih do sedaj številni strokovnjaki niso povezovali z zgodnjo travmo kot ključnim vzročnim dejavnikom. Poleg natančnejše diagnostike opredelitev RTM omogoča razvoj učinkovitejše klinične prakse za pomoč otrokom z RTM ter za raziskovanje o travmatiziranosti in odpornosti otrok.

**Ključne besede:** razvojna travmatska motnja, škodljivo ravnanje z otroki, zlorabe, nasilje, zanemarjanje, revščina, odpornost

1 Tina Andrejevič, študentka magistrskega študija psihoterapevtske znanosti na SFU Ljubljana, andrejevictina@gmail.com

2 Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, SFU Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com

## Abstract

The term Developmental Trauma Disorder (DTD) can be distinguished from various other descriptions employed to delineate psychological conditions and disorders stemming from stress and trauma. DTD specifically denotes the repercussions arising from prolonged exposure of a child to multifarious forms of maltreatment, including violence and neglect inflicted by primary caregivers. These consequences manifest in the affected individual's incapacity to process and assimilate traumatic encounters, impediments in the formation of their own identity, as well as disorders related to emotional and physical self-regulation, attention, and behaviour. Additionally, these consequences pose challenges in the establishment and cultivation of interpersonal relationships. Violence and neglect are frequently associated with the transgenerational perpetuation of dysfunctional family patterns. Common risk factors contributing to child maltreatment encompass economic disadvantage or the family's lower socioeconomic status, community violence, and structural and institutional forms of violence that disproportionately affect minority populations in a given society. Research on DTD justifies the distinction between the consequences of exposure to maltreatment in childhood and the consequences of traumatic events to which the victim is exposed later in life. The consequences are more often manifested in DTD symptomatology in the former group and in PTSD symptomatology in the latter. The DTD represents a developmentally sensitive diagnostic complement for children with multiple mental disorders, which until now have not been linked by many experts to early trauma as a key causal factor. In addition to more accurate diagnosis, the definition of DTD allows for the development of more effective clinical practice to help children with DTD and for research on children's traumatisation and resilience. At the same time it is important to avoid excessive pathologization and psychiatrization, even with the introduction of a new diagnostic category such as DTD.

**Keywords:** Developmental Trauma Disorder, child maltreatment, abuse, violence, neglect, poverty, comorbidity, resilience

## Extended abstract

### 1. Introduction

Natural disasters, misfortunes, conflicts, violence, and other calamitous occurrences have accompanied human existence since time immemorial. However, it is noteworthy that the majority of traumatic events tend to unfold within the confines of the family milieu (van der Kolk, 2014). Sethi et al. (2013) assert that the global population of traumatized children exceeds one billion, with a staggering annual fatality rate of at least 850 children in Europe due to the repercussions of maltreatment. A significant proportion, approximately 61%, of these children are male and aged under 5 years. This concerning situation predominantly prevails in regions characterized by social disparities, political instability, and economic destitution. Furthermore, beyond individual and relational determinants, social and economic status significantly contributes to this issue. For instance, in Slovenia, as of 2021, 243.000 individuals, amounting to 11.7% of the population, lived below the poverty threshold, encompassing 40.000 children (SURS, 2023).

Individuals subjected to chronic maltreatment during their formative years, or those raised in contexts of severe deprivation and poverty, frequently suffer from various biopsychosocial consequences arising from their challenging childhood experiences (van der Kolk, 2014; Kuhar et al., 2020).

Victims of childhood maltreatment develop different symptomatology from adults who develop post-traumatic stress disorder (PTSD) after exposure to trauma. The key difference is that early traumatic experiences in children prevent the development of some mental abilities that adults had already developed before the onset of PTSD (Herman et al., 1989).

Based on a large body of research, a group of experts (van der Kolk, 2005) developed criteria for the diagnosis of developmental trauma disorder (DTD) and proposed them for inclusion in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). The diagnosis of DTD seeks to capture a unique pattern of symptoms, to guide clinical practice towards the development and use of effective interventions, and to encourage further research into the impact of exposure to childhood maltreatment on the biopsychosocial development of the victim. Despite all these efforts, the concept of DTD has not been adopted in the psychiatric classification of mental disorders to date.

Due to the disregard of research findings on DTD, the lack of understanding of comorbidity, the neglect of resilience aspects, and the definition of mental disorders as separate and independent diagnostic entities, the symptomatology of victims in the clinical setting leaves professionals in a quandary when trying to understand the complex consequences of exposure to traumatic experiences in childhood. Based on the prevailing biomedical model of the treatment of mental disorders, some authors argue for the establishment of the DTD diagnosis, while many (e.g. Hayes et al., 1996; Cuthbert, 2014; Kotov et al., 2017; Brückl et al., 2020) point to the shortcomings of the existing categorical system of psychiatric diagnosis and suggest more radical improvements in the systematisation and classification of all mental disorders.

## 2. The impact of exposure to traumatic experiences on children's biopsychosocial development

Apart from the myriad alterations in endocrine system functionality and morphological modifications in brain structures, victims of childhood maltreatment most commonly confront difficulties in emotional processing, along with cognitive disturbances, attention deficits, and disorders of consciousness. Furthermore, their ability to cultivate wholesome interpersonal relationships is severely hampered. All of these processes have profound implications for the development of diverse mental and personality disorders.

The impact of childhood maltreatment on the attachment system is well researched (Bowlby, 1982; Siegel, 1999). Already in the preverbal period, the child may experience unregulated catastrophic feelings or 'primitive agonies' (Winnicott, 1974; Stern, 1985), which can lead to the formation of insecure attachment (and their most problematic so-called disorganised forms). The child does not develop a satisfactory self-regulation of the threat system and thus a basic sense of security. The child's stress axis becomes over-responsive, which is at the heart of all psychopathology (Schore, 2014; LeDoux, 2015). Although Werner and Smith (2001) have found that some children thrive despite exposure to maltreatment, citing the child's experience of secure attachment in at least one relationship that is important to them as the most important factor of resilience, there are a number of research findings that suggest that in the case of insecure attachment, the child is more susceptible to traumatic experiences. Table 1 summarises the impact of exposure to traumatic experiences on children's biopsychosocial development.

Table 1

The impact of exposure to traumatic experiences on children's biopsychosocial development

Development area	The impact of traumatic experiences
<b>NEUROBIOLOGICAL DEVELOPMENT</b>	
anatomical development and developmental plasticity	morphological changes in various structures such as: prefrontal cortex, corpus callosum, temporal gyrus, temporal gyrus, cingulate cortex, hippocampus, amygdala; changes in the endocrine system: higher levels of cortisol and glucocorticoids;
<b>COGNITIVE DEVELOPMENT AND EMOTIONAL REGULATION</b>	
impulse control and emotional regulation	changes in emotion processing: increased emotional reactivity, low emotional awareness, impaired emotional learning, difficulties in understanding and expressing emotions, problems with self-regulation;
coordination between thinking and emotions, development of attention	externalised symptomatology: lability, anhedonia, flattened emotions, dissociation, impulsivity, substance abuse, self-harm, suicidal thoughts; internalised symptomatology: affective, anxiety, stress and eating disorders, low self-esteem, shame, guilt, self-blame, learned helplessness, distorted locus of control, possibly tonic immobility (predictive of intrusive thoughts); learning difficulties, language delay, memory impairment, difficulties with executive functioning, concentration, spatial and temporal orientation problems, impaired planning, logical reasoning, dissociation, depersonalisation, ADHD, sleep disturbance, psychoactive substance abuse, chronic health problems;
<b>SOCIAL DEVELOPMENT</b>	
building and maintaining healthy relationships	isolation; avoidance; relationship problems; aggression; boundary problems;
mentalisation and cognitive recognition	difficulties in recognising threatening/non-threatening situations; withdrawing; blaming; criticising;
shift from primary to secondary relationships	hostility towards family; projection of dysfunctional family dynamics onto relationships with others;

Challenges associated with the processing of emotions typically manifest as heightened emotional reactivity, diminished emotional awareness, impaired emotional learning, and suboptimal emotional self-regulation. These emotional difficulties are often accompanied by symptoms linked to labile behaviour, anhedonia, blunted affect, and dissociation. At one end of the spectrum, externalized behavioural expressions may encompass substance abuse, self-harming behaviour, aggressive tendencies, or other compulsive conduct, as well as a

heightened inclination towards self-destructive tendencies (Cicchetti & Rogosch, 2007). On the other end, Kim-Spoon et al. (2013) have identified the impact of these processes on the development of internally directed symptoms, typified by affective, anxiety-related, stress-induced, and eating disorders. Additionally, van der Kolk (2014) underscores low self-esteem, which is often associated with a malignantly tarnished self-concept burdened with feelings of shame, guilt, and self-reproach, as well as learned helplessness, negative cognitive schemas, a distorted locus of control, a predisposition to expect victimization, and a diminished capacity for self-protective behaviour.

Cognitive, attentional, and conscious disturbances commonly encompass learning difficulties, delays in language development, memory impairments, deficits in executive function, issues with concentration, spatial and temporal disorientation, and potential experiences of dissociative disorders (Cromer et al., 2007). Children exhibiting symptoms of dissociation often meet the criteria for attention deficit hyperactivity disorder (Endo et al., 2006).

Due to their deep-seated mistrust of others, individuals who have endured childhood trauma often adopt isolation as a coping strategy, actively avoiding interpersonal relationships (van der Kolk, 2005). Their negative cognitive schemas pose challenges for the development of mentalization, which in turn hampers their ability to differentiate between current stressful situations that may evoke recollections of past traumatic experiences and the actual traumatic events, thereby undermining their capacity for individuation and the formation of salubrious interpersonal relationships.

Drawing on extensive research, a consortium of experts (van der Kolk, 2005) formulated diagnostic criteria for Developmental Trauma Disorder (DTD) and proposed their incorporation into the 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Despite the rejection of DTD's inclusion in the DSM-5, numerous experts persist in their efforts. By introducing the DTD diagnosis, their aim is to capture a distinctive pattern of symptoms, steer clinical practice towards the development and utilization of efficacious interventions, and stimulate further inquiry into the repercussions of childhood exposure to maltreatment on the biopsychosocial development of affected individuals.

### 3. Proposed criteria for the diagnosis of DTD

The most recent iteration of criteria for diagnosing DTD, as proposed by Ford et al. (2018), includes stipulations linked to: (a) enduring exposure of the child to interpersonal violence and disturbances in attachment to the primary caregiver

throughout their life; (b) dysregulation in emotional or physiological domains; (c) disturbances in attention or behaviour; and (d) disorders affecting interpersonal relationships or self-regulation.

Table 2

Proposed Developmental Trauma Disorder (DTD) criteria (Ford et al., 2018)

<p><b>Criterion A: (lifetime contemporaneous exposure to both types of developmental trauma)</b></p> <p>A1: interpersonal victimization: victim of witness to physical or sexual assault or abuse or witness to domestic/adult intimate partner violence            A2: primary caregiver attachment disruption: prolonged separation from or neglect or verbal/emotional abuse by a primary caregiver</p>
<p><b>Criterion B: (current emotion or somatic dysregulation; 4 items; 3 required for DTD)</b></p> <p>B1: Emotion dysregulation (either B1.a. extreme negative affect states; or B1.b. impaired recovery from negative affect states)            B2: Somatic dysregulation: (either B2.a. aversion to touch; or B2.b. aversion to sounds; or B2.c. somatic distress/illness that cannot be medically explained/resolved)            B3: Impaired access to emotion or somatic feelings (either B3.a. absence of emotion; or B3.b. physical anesthesia that cannot be medically explained/resolved)            B4: Impaired emotion or somatic verbal mediation/expression (either B4.a. alexithymia; or B4.b. impaired ability to recognize/express somatic feelings/states)</p>
<p><b>Criterion C: (current attentional or behavioural dysregulation; 5 items; 2 required for DTD)</b></p> <p>C1: Attention bias towards or away from threat (either C1.a. threat-related rumination; or C1.b. hyper- or hypo-vigilance to actual or potential danger)            C2: Impaired self-protection (either C2.a. extreme risk-taking or recklessness; or C2.b. intentional provocation of conflict or violence)            C3: Maladaptive self-soothing            C4: Non-suicidal self-injury            C5: Impaired ability to initiate or sustain goal-directed behaviour</p>
<p><b>Criterion D: (current relational or self-dysregulation, 6 items; 2 required for DTD)</b></p> <p>D1: Self-loathing, including self-viewed as irreparably damaged and defective            D2: Attachment insecurity and disorganization (either D2.a. parentified overprotection of caregivers; or D2.b. difficulty tolerating reunion following separation from primary caregiver[s])            D3: Betrayal-based relational schemas (either D3.a. expectation of betrayal; or D3.b. oppositional defiance based on expectation of coercion or exploitation)            D4: Reactive verbal or physical aggression (including proactive instrumental aggression that is motivated primarily by preventing/responding to harm/injury)            D5: Impaired psychological boundaries (either D5.a. promiscuous enmeshment; or D5.b. craving for reassurance)            D6: Impaired interpersonal empathy (either D6.a. lacks empathy for, or intolerant of, others' distress; or D6.b. excessive responsiveness to the distress of others)</p>

#### 4. Case illustration

A 28-year-old man presents for psychotherapeutic treatment because of anxiety, apathy, sleep problems, lack of energy and concentration, and suicidal thoughts. He is irritable, repeatedly resorts to alcohol, often has headaches and muscle pain. He is not in a relationship, has little contact with his family and does not socialise with people. The problems started in primary school. He had difficulty concentrating, was restless, had learning difficulties and fought repeatedly. He preferred to spend his afternoons playing computer games and rarely socialised with his peers. In 5th grade, the school psychologist referred the family to the Counselling Centre for Children and Adolescents, where a psychodiagnostic assessment was carried out. He was then referred to a paedopsychiatrist who diagnosed him with ADHD and prescribed Concerta. He did not take his medication regularly. His school failure escalated, he slept a lot, his distress increased and he became more withdrawn. He was later diagnosed with depressive-anxiety disorder. He was prescribed escitalopram, then duloxetine. He finished high school with difficulty. He got a job in a small company doing simpler jobs. Five years ago he was hospitalised for a short time and given additional quetiapine. The cocktail of drugs reduced his anxiety but increased his feelings of numbness, inferiority and confusion, and he became even more passive. He feels that life is without perspective. He believes that the medication is to blame and has stopped taking it without consulting his psychiatrist. He has never been in psychotherapy before.

In the following sessions, the therapist explores the history of family dynamics. The client says that his father was away a lot and his mother worked a lot, so he was often alone after school, even though he had an older brother 6 years older. When they were together at weekends, his father and mother would argue most of the time, so he preferred to retreat to his room as a child. His father would often drink, criticise him and give him a hard time, often hitting him. His mother was also strict, often inaccessible, and oscillated between outbursts of anger and depression. He never knew what to be prepared for. He does not remember it ever being otherwise. He was afraid of his parents, he did not feel comfortable at home, he often thought of running away. He never confided his feelings to anyone. His father's parents were rarely visited, his father's mother did not know his grandfather, and he lost his mother at the age of seventeen. Outwardly, the family functioned normally, and they were materially better off than average. When he was 15, his parents divorced. After that, he had almost no contact with his father.

The case presents a client who, according to the proposed criteria, presents with DTD symptomatology. He was exposed to several categories of maltreatment during his growing up, mainly physical and psychological abuse, emotional neglect, domestic violence, frequent drunkenness of his father, his mother's mood swings, his parents' divorce and loss of contact with his father. The professional treatment he received put additional strain on his sense of self and the extensive medication therapy had a significant long-term impact on his reduced functionality. The client showed early signs of a dangerous attachment and today displays a variety of internalised and externalised symptomatology related to emotional and physiological dysregulation, attention and behaviour disorders and interpersonal disturbances. The most worrying are apathy, lability, emotional flattening, isolation and suicidal ideation.

#### 5. Differential diagnosis

Expert guidelines related to the conceptual framework of DTD and psychometric studies on the validity and reliability of measures of DTD suggest that DTD differs from other psychiatric disorders, including PTSD, by three factors (Ford et al., 2018):

1. problems with emotional and physiological regulation (alexithymia, sensory sensitivity, functional neurological impairment);
2. behavioural and cognitive impairment (learning difficulties, attention and trauma memory processing difficulties, self-injurious behaviour, dissociation);
3. poor self- and other-awareness (characterised by low self-esteem and self-hatred, dangerous/disorganised attachment due to the experience of interpersonal betrayal, and persistent states of anger, resentment and need for revenge).

The characteristic symptomatology of PTSD is:

- a. episodes of implicit re-experiencing of the traumatic event,
- b. avoidance of activities and circumstances reminiscent of the traumatic event and changes in consciousness; and
- c. hyperreactivity and persistent perception of increased threat, accompanied by intrusive thoughts. The DSM-5 also lists a subtype of PTSD diagnosis for children aged 0-6 years, which should make it easier to identify traumatised children, but does not differ significantly from the basic criteria for a diagnosis of PTSD.

For example, Klasen et al. (2010) examined the symptoms of 330 Ugandan children who had fought in the war. They found that 78.2% of these children met the criteria for DTD, and 33% of them also met the criteria for PTSD. Only 1% of the children exclusively met the criteria for PTSD. Thus, when describing symptomatology, the diagnosis of DTD was found to be more accurate than that of PTSD.

The latest edition of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11, WHO, 2019) includes criteria for the diagnosis of 'complex post-traumatic stress disorder' (CPTSD), which can develop after exposure to an experience or series of experiences of an extremely horrific nature, most often prolonged or recurrent events that are difficult to avoid or impossible to escape. Before a diagnosis of CPTSD can be made, all the criteria for a diagnosis of PTSD must first be met, plus a set of persistent symptoms that can be understood as disorders of self-organisation, namely: (a) severe and pervasive difficulties in regulating affect, (b) persistent difficulties in maintaining relationships and a sense of closeness with others, and (c) a negative self-image.

Suicidal behaviour and substance abuse, symptoms of depression or psychosis and chronic health problems may also be present in both diagnoses, and repeated exposure to traumatic events in childhood is associated with a higher risk of developing both CPTSD and PTSD.

## 6. **Concluding remarks**

Exposure to harmful childhood behaviours often seriously undermines a child's biopsychosocial development and has a devastating impact on what they have already achieved in their development. Among the consequences, the most common are dangerous or particularly disorganised attachment styles, difficulties with emotional and physiological regulation, attention and behavioural disorders, disturbances in interpersonal relationships and negative self-image (Ford et al., 2018). All of this points to a recognisable pattern of mental suffering that can be captured in the diagnosis of DTD, which is centred on difficulties in processing emotions.

Research on DTD substantiates the justification for distinguishing between the consequences of exposure to harmful treatment in childhood and the consequences of traumatic events to which the victim is exposed later in life. The consequences are more often manifested in DTD symptomatology in the former group and in PTSD or PTSD symptomatology in the latter. The DTD represents a developmentally sensitive diagnostic complement for children with multiple co-diagnosed mental disorders, which until now have not been

linked by many experts to early trauma as a key causal factor. In addition to more accurate diagnosis, the definition of the DTD allows for the development of more effective clinical practice and research on children's traumatisation and resilience.

Finally, it is imperative to exercise caution in avoiding excessive pathologization and psychiatrization, even with the introduction of a new diagnostic category such as DTD. While early exposure to undue stress or trauma does indeed heighten a child's vulnerability to the development of difficulties and mental health disorders, it is crucial to recognize that the response to stress and trauma represents an adaptive rather than inherently pathological pattern. A considerable number of children, despite being exposed to overwhelming stress and trauma, not only endure but often thrive. The burgeoning field of transdiagnostic approaches (The British Psychological Society, 2013; Ledford, 2013; Kotov et al., 2017; Fusar-Poli et al., 2019; Lynch, 2021; Stein et al., 2022) holds the promise of facilitating a more profound understanding of both the risk factors and protective elements that profoundly impact the psychopathological or salutological development of children.

## Uvod

V času dodiplomskega študija psihoterapevtske znanosti sem prva avtorica tega članka del psihosocialne prakse opravljala v terapevtski skupnosti Projekt človek, ki izvaja programe za samopomoč, terapijo in socialno rehabilitacijo oseb z različnimi oblikami kemičnih zasvojenosti. Večina jih je nihala med disociacijo in impulzivnostjo, čustveno otopelostjo in pretirano razdražljivostjo, njihove socialne spretnosti so bile slabo razvite. Mnogi so imeli težave s spanjem in koncentracijo. Nekateri so izkazovali bolj depresivno, drugi bolj anksiozno simptomatiko. Večina jih je jemala različne psihofarmake, pretežno antipsihotike. Med seboj so se pogosto zapletali v prepire in verbalno ter fizično obračunavanje, neredki so bili poskusi samomora, pri vseh pa sta bila prisotna porušen občutek lastne vrednosti in negativna samopodoba. Večina se je zaradi preprodaje mamil v preteklosti znašla v različnih sodnih postopkih, nekateri v zaporu. Skoraj nihče ni zaključil srednješolskega, nekateri celo osnovnošolskega izobraževanja.

Ker sem se v tistem času v okviru teoretičnega študija začela zanimati za psihotravmatologijo, predvsem za razvojno travmo, so se me v pogovorih z njimi še posebej dotaknile njihove zgodbe o otroštvu, ki so bile polne nasilja, čustvene in fizične, pogosto tudi spolne zlorabe, zanemarjanja, brezupa, nemoči in trpljenja. Kljub temu da jih je večina že v otroštvu ali najstništvu prejela različne diagnoze (npr. depresija, anksiozne motnje, ADHD, čustvene in vedenjske motnje, motnje hranjenja, zloraba psihoaktivnih snovi idr.), tako diagnostika kot tudi obravnava nista bili usmerjeni v travmo. Posledično zdravljenje komorbidnih psihiatričnih motenj ni bilo učinkovito.

Tako sem se za diplomsko nalogo odločila raziskati, kakšne so posledice obremenjujočih izkušenj v otroštvu in v kolikšni meri je sodobna psihiatrična diagnostika občutljiva na škodljivo ravnanje z otroki in na obremenjujoče izkušnje v otroštvu (Lasič Andrejević, 2023). Ob tem sem naletela na aktualne dileme o smiselnosti uvajanja nove diagnostične kategorije – razvojne travmatske motnje (RTM) – s pomočjo katere naj bi po mnenju številnih avtorjev lahko izboljšali kvaliteto pomoči otrokom, ki so bili izpostavljeni hudim in dolgotrajnim oblikam škodljivega ravnanja (npr. Cook idr., 2005).

## Zgodnji razvoj možganov in uma

Interakcije med otrokom in njegovim okoljem imajo v primerjavi z genetsko zasnovno sorazmerno večji vpliv na razvoj možganov, kar trajno vpliva na razvoj sposobnosti za samouravnavanje ter komunikacijskih in socialnih veščin.

Živčne celice, katerih glavna funkcija je proženje in prevajanje živčnih impulzov, se začnejo množiti že v prenatalnem obdobju. Glede na funkcijske potrebe in število nevronov se vzporedno odvija tudi anatomski razvoj možganov. Ta proces nadzorujejo posebne molekule, hormoni in rastni faktorji, zato genetsko ozadje, prehrana in hormonsko ravnovesje matere, prisotnost psihoaktivnih snovi (PAS), zdravil, težkih kovin ipd., pomembno vplivajo na razvoj možganov.

Po rojstvu nevroni predvsem zorijo. Začnejo se biokemično razlikovati, obenem pa se povečuje tudi število povezav. Sinapse se, po načelu uporabi ali izgubi, krepijo ali izginjajo vse življenje, kar imenujemo plastičnost. Ti dinamični procesi omogočajo obdelavo informacij, učenje in pomnjenje. Spodbudno okolje, ki podpira učenje, vpliva na aktivnost nevronov, aktivnost nevronov pa vpliva na plastičnost in razvoj možganov (Bregant, 2012).

Tierney in Nelson (2009) navajata, da se različni predeli možganov razvijajo v različnih časovnih obdobjih (t.i. kritična ali občutljiva obdobja), ki so za razvoj določenega dela možganov biološko najbolj optimalna. Zato izkušnje v kritičnih obdobjih razvoja nepovratno vplivajo na razvoj posameznih predelov živčevja in anatomskih struktur možganov. Teicher in Samson (2016) sta ugotovila, da so številne strukturne abnormalnosti možganov, za katere je doslej veljalo, da so značilne za razne duševne motnje, neposredna posledica kronične izpostavljenosti otroka nasilju in zanemarjanju v kritičnem obdobju razvoja možganov. Pri teh otrocih so nekatera področja možganov lahko precej manjša kot pri normalno razvitih otrocih. Tudi Fisher idr. (1997) so v študiji romunskih sirot ugotovili, da ti otroci v razvoju nikoli niso dosegli svojih vrstnikov, čeprav so kasneje živeli v boljšem okolju.

Temelj čutilnih in zaznavnih procesov, ki so ključni za jezik, socialno vedenje in čustvovanje, se oblikuje pod vplivom izkušenj, ki jim je otrok izpostavljen v zgodnjih letih svojega življenja, čeprav na delovanje možganov vplivajo tudi kasnejše izkušnje. Vendar pa na oblikovanje možganske arhitekture odločilno vplivajo izkušnje iz zgodnjega otroštva. Če je otrokovim čustvenim potrebam zadoščeno, se v njegovih možganih začnejo razvijati povezave, ki v določenih čustveno pomembnih situacijah narekujejo primerne odzive, nasprotno pa je lahko impulzivno, agresivno in samopoškodovalno vedenje povezano z razvojnimi posebnostmi možganov. S tega vidika Cozolino (2017) možgane opiše kot visoko specializiran organ prilagajanja, ki so se sposobni prilagoditi tako zdravemu kot tudi patološkemu okolju.

Največja škoda izhaja prav iz nespecifičnih travmatskih dogodkov, ki so povezani s kronično okvarjenimi vzorci oskrbe otroka, ko je skrbnik hkrati vir zaščite in grožnje. Te izkušnje sčasoma v možganih reorganizirajo osrednje nevrobiološke, zaznavne in integrativne vzorce, kar se kasneje odraža v človekovih

čutnih zaznavah, samoregulativnih sposobnostih, okrnjenem zavedanju sebe in drugih ter v odnosnih težavah, pri čemer je najgloblje poškodovan ravno odnos do samega sebe. Do podobnih ugotovitev je prišel tudi Perry (2009), ki navaja, da na razvoj možganov negativno vplivata velik stres in pomanjkanje skrbi v zgodnjem otroštvu. Zaradi hierarhičnega procesa razvoja možganov imajo vzorci nevronske aktivnosti v hierarhično nižjih možganskih sistemih (npr. v možganskem deblu in diencefalonu) ključno vlogo pri določanju splošne organizacije in delovanja možganov, kar vpliva na razvoj samoregulativnih sistemov, vključno z uravnavanjem čustev. Če je živčna aktivnost »... regulirana, sinhrona, vzorčna in normalne intenzivnosti«, se bodo višja možganska področja ustrezno organizirala, če pa je aktivnost živčevja »... skrajno disregulirana in asinhrona«, se bodo ti nenormalni vzorci odražali v neustrezni organizaciji višjih možganskih področij (Perry, 2009, str. 242). Nenehna izpostavljenost travmatskim izkušnjam se kaže v prekomerni aktivaciji limbičnega sistema, primanjkljajih v prefrontalnih možganskih regijah in nevronskih mrežah, ki sodelujejo pri posredovanju odziva na stres (Perry idr., 2018). Zato so otroci, izpostavljeni travmatskemu doživljanju, občutljivejši na stres in imajo slabšo sposobnost uravnavanja čustev, kar povečuje tveganje za razvoj motenj v duševnem zdravju.

Človeški možgani so družbeni organ, ki se razvija na stičišču med vplivom genov in izkušenj. Izražanje genskega zapisa (ekspresija genov) je odvisno od izkušenj. Možgane sestavlja na milijarde v zapleteno mrežo med seboj povezanih nevronov. Po tej mreži potujejo informacije v obliki elektrokemičnih potencialov, receptorske živčne celice pa te potenciale oblikujejo na podlagi perturbacij iz okolja (Maturana in Varela, 1998). Razvoj možganov, njihova zgradba in delovanje so zato odvisni od vplivov okolja in izkušenj, ki se porajajo v, za otroka, pomembnih odnosih (Siegel, 2019). Preživetje vsakega živega sistema, od posameznih nevronov do kompleksnih ekosistemov, je odvisno od interakcije z drugimi živimi sistemi, zato možgani obstajajo in se razvijajo le v omrežjih drugih možganov (Cozolino, 2017).

### 3. Škodljivo ravnanje z otroki in obremenjujoče izkušnje v otroštvu

Naravne katastrofe, nesreče, vojne, nasilje in druge tragedije nas spremljajo od nastanka človeštva, pa vendar se večina travmatskih dogodkov zgodi v zaprtem družinskem okolju (van der Kolk, 2014). Najnevarnejše okolje je družina. "Škodljivo ravnanje z otroki" (angl. maltreatment) je krovni izraz, ki opisuje tako nasilje nad otrokom kot tudi zanemarjanje otroka (Robinson in Breaux, 2019). Nasilje nad otrokom pomeni vsako dejanje, ki ima za posledico resno

psihološko ali telesno škodo, celo smrt otroka, zanemarjanje pa se nanaša na dejanja opustitve skrbi za otrokovo varstvo in vzgojo, s čimer sta zdravje ali življenje otroka neposredno ogrožena.

Poleg razlik v intenzivnosti in pogostosti izpostavljenosti otroka škodljivemu ravnanju je treba upoštevati tudi kontekst, v katerem prihaja do nasilja in zanemarjanja. Čeprav so otroci škodljivemu ravnanju najpogosteje izpostavljeni v primarnih odnosih, ki naj bi bili zanje najbolj varni, pa nasilje nad otrokom lahko izvajajo tudi druge osebe, ki so v sorodstvenem ali drugem odnosu z otrokom (npr. sorojenci, drugi otroci, ki so po starosti ali zrelosti nadrejeni otroku, rejniki, znanci itd.) ali pa so otroku popolnoma tuje. Otroci so škodljivemu ravnanju lahko izpostavljeni tudi v institucijah, npr. v vzgojno-varstvenih ustanovah, kamor so nameščeni zaradi dolgotrajne bolezni ali motenj v telesnem, duševnem in/ali socialnem razvoju. Ti otroci težje izražajo svojo stisko in so zato še bolj ranljivi za vse oblike nasilja in zanemarjanja (Benedik, 2004; Aničić idr., 2015).

Ljudje, ki so bili v otroštvu kronično izpostavljeni škodljivemu ravnanju primarnih skrbnikov ali so živeli v hudem pomanjkanju in revščini, pogosto trpijo zaradi številnih biopsihosocialnih posledic obremenjujočih izkušenj v otroštvu (van der Kolk, 2014; Kuhar idr., 2020). Pri njih se lahko poleg nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj razvijejo razpoloženske in anksiozne motnje, motnje prehranjevanja, vedenjske in čustvene motnje, agresivno, impulzivno, samopoškodovalno in drugo visoko tvegano vedenje ter zasvojenosti s psihoaktivnimi snovmi (PAS). Pogoste so kronične telesne bolezni, ki vodijo v prezgodnjo smrt, prav tako pa je znatno povečano tveganje za samomor (Kuhar idr., 2020).

Žrtve škodljivega ravnanja v otroštvu razvijejo drugačno simptomatiko od odraslih s posttravmatsko stresno motnjo (PTSM). Ključna razlika je v tem, da so otrokom zgodnje travmatske izkušnje onemogočile razvoj nekaterih duševnih sposobnosti, ki so jih odrasli pred nastopom PTSM že razvili (Herman idr., 1989).

Na podlagi številnih raziskav je skupina strokovnjakov (van der Kolk, 2005) oblikovala merila za diagnozo "razvojna travmatska motnja" (RTM) in jih predlagala za vključitev v 5. izdajo Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Z diagnozo RTM skušajo zajeti edinstven vzorec simptomov, klinično prakso usmeriti k razvoju in uporabi učinkovitih intervencij ter spodbuditi nadaljnje raziskovanje vplivov izpostavljenosti škodljivemu ravnanju na biopsihosocialni razvoj otrok. Kljub vsem tem prizadevanjem pa koncept RTM do danes ni bil sprejet v psihiatrično klasifikacijo duševnih motenj.

Zaradi neupoštevanja ugotovitev iz raziskav o RTM, nerazumevanja komorbidnosti, zanemarjanja vidikov odpornosti ter opredeljevanja duševnih motenj

kot ločenih in med seboj neodvisnih diagnostičnih enot, simptomatika žrtev v kliničnem okolju spravlja strokovnjake v zagato, ko poskušajo razumeti zapletene posledice izpostavljenosti travmatskim izkušnjam v otroštvu (Finkelhor idr., 2007; Gustafsson idr., 2009; Turner idr., 2010).

### 3.1. **Zanemarjanje, nasilje nad otroki in druge obremenjujoče izkušnje**

Škodljivo ravnanje najpogosteje vključuje fizično, psihično oz. čustveno in spolno nasilje ali drugo vrsto izkoriščanja otroka. Zanemarjanje pa se nanaša predvsem na nezadostno skrb za otrokove čustvene, fizične, kognitivne in druge eksistencialne potrebe. Otrok, ki je izpostavljen škodljivemu ravnanju s strani staršev oz. skrbnikov, je lahko ogrožen tudi zaradi drugih obremenjujočih izkušenj ali neprimernih razmer, v katerih živi (npr. nasilje v družini, nasilje v skupnosti, revščina). Otrok je pogosto žrtev več različnih oblik zanemarjanja in zlorabe hkrati (Benedik, 2004; Aničić idr., 2015).

### 3.2. **Zanemarjanje otroka**

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) zanemarjanje opredeli kot obliko nasilja, »kadar povzročitelj nasilja opušča dolžno skrb za žrtev, ki jo potrebuje zaradi bolezni, invalidnosti, starosti, razvojnih ali drugih osebnih okoliščin« (Uradni list RS, 2008, str. 3). Pri zanemarjanju gre pogosto za dolgotrajno obliko neustreznega ravnanja z otrokom s strani staršev ali skrbnikov, lahko pa gre za enkratno ali večkratno opuščanje potrebne skrbi. Z opuščanjem potrebne skrbi ostanejo otrokove telesne, čustvene, kognitivne, izobraževalne in/ali socialne potrebe nezadovoljene ali pa so te potrebe zadovoljene na neustrezen način. Zanemarjanje lahko negativno vpliva na otrokovo zdravje, biopsihosocialni razvoj in ogroža njegovo življenje (Aničić idr., 2015).

### 3.3. **Psihično nasilje**

To vrsto zlorabe ZPND opredeljuje kot »ravnania in razširjanje informacij, s katerimi povzročitelj nasilja pri žrtvi povzroči strah, ponižanje, občutek manjvrednosti, ogroženosti in druge duševne stiske, tudi če so storjena z uporabo informacijsko komunikacijske tehnologije« (Uradni list RS, 2008, str. 3). Štirin in Minič (2017) psihično zlorabo otroka opišeta kot vzorec skrbnikovega vedenja, ki ovira otrokov čustveni razvoj, poruši njegov občutek varnosti in lastne vrednosti. Vključuje lahko nenehno kritiko, grožnje in zavračanje, pa tudi zadrževanje ljubezni, podpore in vodenja. Otrok se zaradi tega počuti neljubljenega, nezaželenega in prestrašenega. Tvrstno zlorabo je pogosto težko dokazati, a je prisotna skoraj vedno, ko se odkrijejo tudi druge vrste zlorabe.

### 3.4. **Fizično nasilje**

To vrsto zlorab ZPND opredeljuje kot uporabo »fizične sile, ki žrtev prisili, da kaj stori ali opusti, ali da kaj trpi ali ji omejuje gibanje oziroma komuniciranje in ji povzroči bolečino, strah ali ponižanje, ne glede na to, ali so nastale telesne poškodbe« (Uradni list RS, 2008, str. 3). Fizično nasilje nad otrokom pomeni enkratno ali ponavljajoče se dejanje, ki ga nad otrokom stori starš oz. skrbnik ali druga oseba in vključuje različne grobe, kaznovalne, nenadzorovane in nasilne načine vzgoje (Aničić idr., 2015). Gre tudi za vsa dejanja staršev oz. skrbnikov otroka, s katerimi zavestno in namerno ne zavarujejo otroka pred poškodbami, čeprav zaznajo nevarnost.

### 3.5. **Spolno nasilje**

To vrsto zlorab ZPND opredeljuje takole: »Spolno nasilje so ravnania s spolno vsebino, v katera žrtev ne privoli, je vanje prisiljena ali zaradi svoje stopnje razvoja ne razume njihovega pomena, so grožnje z uporabo spolnega nasilja, ter javna objava spolnih vsebin o žrtvi« (Uradni list RS, 2008, str. 3). Spolna zloraba otroka torej pomeni vsako dejanje odrasle ali mladoletne osebe, ki ima več telesne, čustvene, socialne ali ekonomske moči od otroka, in z zlorabo svojega položaja otroka prisili ali zavede v spolne dejavnosti ali dejanja s spolno konotacijo, z namenom zadovoljitve lastne potrebe po kontroli in moči, zadovoljitve lastnih spolnih potreb ali z namenom prostitucije, ali produkcije gradiva s spolno vsebino. Gre torej za spodbujanje, nagovarjanje in prisilo žrtve, da se vključi v kakršnokoli eksplicitno spolno ravnanje ali simulacijo takšnega ravnanja (Aničić idr., 2015).

### 3.6. **Razširjenost škodljivega ravnanja z otroki in obremenjujočih izkušenj v otroštvu**

Škodljivo ravnanje z otroki, fizično, spolno in psihološko nasilje ter zanemarjanje, obstaja v vsaki družbi in po vsem svetu. Pogosto se pojavlja skupaj z drugimi obremenjujočimi izkušnjami, kot so motnje v duševnem zdravju skrbnika ali težave skrbnika z zasvojenostjo s PAS. Čeprav organizacije za zaščito otrok lahko prepoznajo hudo trpinčene otroke, številne skrite oblike nasilja in zanemarjanja pogosto ostanejo neprepoznane.

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (Sethi idr., 2013) v Evropi za posledicami škodljivega ravnanja letno umre najmanj 850 otrok, mlajših od 15 let. Stopnja umorov otrok je v primerjavi z ostalimi deli Evrope za 2,4-krat višja v državah vzhodne Evrope. Prav tako je višja stopnja smrti pri dečkih, mlajših od 5 let. Ti predstavljajo 61 % vseh smrtnih žrtev. Podatki tudi razkrivajo, da je 18 milijonov evropskih otrok izpostavljenih spolnemu nasilju, 44 milijonov

fizičnemu, 55 milijonov otrok pa psihičnemu nasilju. Posledice škodljivega ravnanja z otroki se dolgoročno kažejo v slabšem duševnem in telesnem zdravju, slabši socialni angažiranosti, slabši izobraženosti in težji zaposljivosti.

V svetovnem merilu je po podatkih SZO (Sethi idr., 2013) 9,6 % otrok žrtev spolnega nasilja, pri čemer je število spolno zlorabljenih deklic višje od dečkov. 22,9 % otrok je izpostavljenih fizičnemu, 29,1 % pa psihičnemu nasilju, brez dejanskih razlik med spoloma. Čeprav je bilo o zanemarjanju otrok opravljenih manj raziskav, svetovne analize kažejo na razširjenost fizičnega zanemarjanja v obsegu 16,3 %, psihičnega pa 18,4 %. Stoltenborgh idr. (2014) so v preglednem članku, v katerem so opravili globalno primerjavo rezultatov niza metaanaliz o razširjenosti spolnega, fizičnega in psihičnega nasilja ter fizičnega in psihičnega zanemarjanja otrok, v primerjavi s publikacijo SZO (Sethi idr., 2013), predstavili nekoliko višji odstotek spolno zlorabljenih in psihično zanemarenih otrok. Spolnemu nasilju naj bi bilo izpostavljenih 12,7 % otrok, od tega 7,6 % dečkov ter 18 % deklic, psihično pa naj bi bilo zlorabljenih kar 36,3 % otrok. Pri tem je treba poudariti, da so bile v primerjalno analizo vključene predvsem raziskave, ki prihajajo iz razvitejših delov sveta.

Škodljivo ravnanje z otroki je razširjen globalni pojav, ki očitno vpliva na stotine milijonov otroških življenj po svetu. Po statističnih podatkih Unicefa (United Nations, 2022) naj bi leta 2022 na svetu živelo 2,375 milijard otrok, mlajših od 18 let, iz česar lahko sklepamo, da je najmanj 862 milijonov otrok v svetu izpostavljenih vsaj eni od oblik nasilja ali zanemarjanja. Hillis idr. (2016) pa so z raziskavo ugotovili, da je medosebnemu nasilju izpostavljenih več kot milijarda otrok po svetu.

Vseživljenjske posledice izpostavljenosti škodljivemu ravnanju v otroštvu in ostalim obremenjujočim izkušnjam, ki se kažejo na biopsihosocialnem zdravju žrtve, je s sodelavci med prvimi raziskal Vincent J. Felitti. Med leti 1995 in 1997 so, na največjem številu udeležencev doslej, izvedli študijo obremenjujočih izkušenj v otroštvu (OIO) (angl. Adverse Childhood Experience Study – ACE Study) (Felitti idr., 1998), ki je jasno pokazala na povezavo med izpostavljenostjo OIO in kasnejšim duševnim ter telesnim zdravjem. Začetek študije sega v leto 1980, ko se je Felitti, ki je v kliniki Kaiser Permanente delal na področju zdravljenja debelosti, soočal z visoko stopnjo osipa pacientov. Z vsemi pacienti, ki so zapustili program, so opravili intervju in pri večini od 286 intervjuvancev odkrili izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu. V nadaljevanju so z ACE vprašalnikom (Adverse Childhood Experience Questionnaire) intervjujali 17.337 udeležencev povprečne starosti 57 let. Udeleženci so odgovarjali na vprašanja, povezana s kategorijo izpostavljenosti škodljivemu ravnanju v otroštvu, in kategorijo izpostavljenosti drugim obremenjujočim izkušnjam v družini. V prvi

kategoriji so bila vprašanja, ki so se nanašala na ugotavljanje izpostavljenosti fizični, čustveni in spolni zlorabi ter čustvenemu in fizičnemu zanemarjanju. Vprašanja iz druge kategorije pa so bila povezana z morebitno izgubo biološkega starša, izpostavljenostjo nasilju v družini med odraslimi člani gospodinjstva, duševnim motnjam skrbnikov, zasvojenosti odraslega člana gospodinjstva s PAS in dogodkom hujših kaznivih dejanj oz. zaporni kazni odraslega člana gospodinjstva. 65 % udeležencev je poročalo o eni, ena četrtnina o dveh, 12,5 % pa o 4 ali več kategorijah OIO. Študija je ugotovila, da se OIO pogosto pojavljajo skupaj, pri čemer je 80 % intervjuvancev, ki so poročali o eni OIO, poročalo o vsaj še eni dodatni OIO. 28 % udeležencev je poročalo o fizični, 21 % pa o spolni zlorabi. Mnogi so poročali o izgubi biološkega starša ali ločitvi staršev, o starših z duševno motnjo in/ali motnjo uživanja PAS.

Kasneje je bilo z longitudinalnim spremljanjem udeležencev ugotovljeno, da je kumulativni rezultat OIO močno stopenjsko povezan s številnimi razvojnimi, socialnimi, čustvenimi, kognitivnimi in vedenjskimi težavami. Študija je prav tako ugotovila stopenjsko razmerje med številom kategorij izpostavljenosti OIO in vsakim od proučevanih vedenj, ki predstavljajo tveganje duševnemu in fizičnemu zdravju, vključno s prezgodnjo smrtjo. Osebe, ki so bile v otroštvu izpostavljene štirim ali več kategorijam obremenjujočih izkušenj, so v primerjavi s tistimi, ki niso doživele nobene, 4 do 12-krat bolj ranljive za razvoj tveganega vedenja, povezanega z zlorabo alkohola in drog ter za razvoj depresije in poskus samomora. 2 do 4-krat bolj so nagnjene h kajenju, slabi samooceni zdravja, promiskuiteti in spolno prenosljivim boleznim ter za 1,4 do 1,6-krat k telesni nedejavnosti in hudi debelosti. Število kategorij OIO prav tako stopenjsko vpliva na prisotnost bolezni srca, kroničnih pljučnih bolezni, bolezni jeter, raka, zlomov skeleta, pri čemer so osebe z več kategorijami OIO izpostavljene večim dejavnikom tveganja hkrati.

Študija je prva jasno pokazala na neposredno povezavo med izpostavljenostjo OIO in dolgoročnim fizičnim in duševnim zdravjem žrtve, pri čemer so telesne bolezni, ki se razvijejo v tem kontekstu, globalno najpogostejši vzroki smrti in invalidnosti. Avtorji študije so že takrat nakazali na dejstvo, da izpostavljenost OIO vpliva tudi na biološke spremembe, ki se odražajo v fiziološkem delovanju možganov in nevrotansmitterjev. Zaradi različnih pomanjkljivosti študije so zaključili, da so korelacijski odnosi med izpostavljenostjo OIO in tveganim vedenjem za zdravje v odraslosti najverjetneje celo močnejši od tistih, o katerih so poročali. Van der Kolk (2014) poroča o ugotovitvah nadaljnjih študij, ki so pokazale, da se posledice izpostavljenosti štirim ali več kategorijam OIO pogosto kažejo tudi v vedenjskih težavah in nižji akademski ter poklicni uspešnosti. Obenem so udeleženci pogosteje od drugih poročali o uporabi protibolečinskih

sredstev, antidepresivov in antipsihotikov, poveča pa se tudi tveganje za medgeneracijski prenos zlorabe, zanemarjanja in nasilja. Merrick idr. (2018) so pri 60 % odraslih z zgodovino izpostavljenosti OIO ugotovili, da ti svet pogosto dojemajo kot nepravičen in v njem vidijo krivca za okoliščine, v katerih živijo, zato jih spremljata stalen občutek brezupa in nemoči.

V Sloveniji so raziskavo o OIO na reprezentativnem vzorcu izvedli Kuhar idr. (2020). Pri 4.393 udeležencih (50,9 % žensk in 49,1 % moških), povprečne starosti 47 let, so s spletno anketo ugotavljali razširjenost izpostavljenosti OIO in povezavo izpostavljenosti OIO glede na kakovost življenja v odraslosti. V anketo so bila dodatno vključena tudi vprašanja, povezana z različnimi vidiki psihične odpornosti. Ugotovitve so pokazale, da je večina anketirancev (76,5 %) doživela vsaj eno OIO, pri čemer je 27,3 % udeležencev raziskave poročalo o štirih in več OIO. Skoraj polovica udeležencev raziskave je bila v otroštvu izpostavljena fizičnemu nasilju (42,7 %), 55,8 % jih je poročalo o čustvenem nasilju, 6 % o spolni zlorabi, četrtnina pa je bila v otroštvu fizično in čustveno zanemarjenih. Dodatno je 30,4 % udeležencev poročalo o izgubi biološkega starša, zapustitvi ali razvezi staršev, petina jih je odraščala ob odraslem odvisnem od PAS, 13 % ob skrbniku z motnjami v duševnem zdravju, 16,2 % pa jih je bilo priča družinskemu nasilju. Poleg osnovnih kategorij OIO so v anketo vključili še šest dodatnih OIO. Te so se nanašale na življenje v revščini, viktimizacijo s strani vrstnikov, slab šolski uspeh, udeležnost v težji prometni nesreči ali izkušnjo resne bolezni, izgubo osebe, ki je bila anketirancu bližja od staršev, in občutek diskriminacije zaradi narodnosti, verske pripadnosti, spolne orientacije ali hendikepa. Slovenski anketiranci in anketiranke so v povprečju poročali o 0,9 dodatnih OIO. Raziskava je tudi ugotovila, da o povprečno višjem OIO poročajo ženske, udeleženci med 46. in 55. letom starosti, nižje izobraženi, ekonomsko ogroženi, tisti udeleženci, katerih starši so bili manj izobraženi, in tisti, ki so kot otroci živeli v materialnem pomanjkanju.

### 3.7. Dejavniki tveganja za škodljivo ravnanje z otroki

Sethi idr. (2013) so ugotovili več dejavnikov tveganja za škodljivo ravnanje z otroki, ki se nanašajo na individualne, odnosne, ekonomske, skupnostne in družbeno-politične dejavnike.

Na individualni ravni se dejavniki tveganja nanašajo na starše in druge odrasle osebe, ki so zadolžene za skrb za otroka, čeprav nekatere značilnosti otroka, kot so motnje v razvoju, invalidnost ipd., lahko povečajo verjetnost za izpostavljenost škodljivemu ravnanju. Dejavniki tveganja na strani staršev ali skrbnikov vključujejo mlade starše, samohranilce z nizko izobrazbo, ki pripadajo ogroženim skupinam, in starše z motnjami v duševnem zdravju, vključno s PAS,

ter zgodovino travmatskih izkušenj iz otroštva. Odnosni dejavniki tveganja se nanašajo predvsem na partnersko nasilje v družini, družinske konflikte, škodljivo družinsko solidarnost, neveščje starševstvo, pomanjkanje podporne mreže in na družine z večjim številom članov. Na ravni skupnosti tveganje predstavljajo socioekonomski dejavniki, nizek socialni kapital in socialne motnje ter povečana prisotnost alkohola in drog v skupnosti. Na družbeni ravni pa dejavnike tveganja povečujejo družbene norme, ki podpirajo fizično kaznovanje, rigidne vloge spolov in znižujejo status otroka, visoka stopnja družbene neenakosti, šibka zakonodaja za preprečevanje zlorabe otrok, ekonomski stres, nestabilnost in družbeni konflikti.

### 3.8. Skupnostno nasilje in revščina

Pomemben dejavnik tveganja za škodljivo ravnanje z otroki so torej tudi socialne razmere, v katerih otrok živi. Nasilje v skupnosti se sicer pojavlja v vseh okoljih, kljub temu pa je le-to pogostejše v gosto poseljenih področjih s slabšimi bivalnimi pogoji in brez ustrezne infrastrukture (Pinheiro, 2006), kjer vladajo visoka stopnja revščine, ekonomske in družbene neenakosti ter politična nestabilnost. Tveganje za izpostavljenost nasilju v skupnosti narašča z odraščanjem otrok, obenem pa otroci, še posebej fantje, svojo frustracijo pogosto izražajo z nasiljem (Aničić idr., 2015). Mladi odrasli, ki so odraščali v revščini in so bili v skupnosti izpostavljeni nasilju, se zato pogosto znajdejo pred sodiščem. Tam socialni kontekst njihovega odraščanja, ki bi ga bilo treba videti skozi prizmo travme, nemalokrat ostane neprepoznan. Po podatkih Statističnega urada Slovenije (SURS, 2023) je v Sloveniji pod pragom revščine v letu 2021 živelo 243.000 ljudi (11,7 %), od tega 40.000 otrok.

Pressley in Smith (2017) sta v raziskavi poglobljeno intervjuvali 20 mladih odraslih, ki so odraščali v revščini in so bili izpostavljeni skupnostnemu nasilju. Obenem sta z ACE vprašalnikom (Adverse Childhood Experience Self-Report Questionnaire, Felitti idr., 1998) preverjali izpostavljenost obremenjujočim izkušnjam v otroštvu (OIO), s PCL-C seznamom (PTSD Checklist–Civilian Version) (Weathers idr., 1991) pa prisotnost simptomov, ki ustrezajo merilom za diagnozo PTSM. Z raziskavo sta želeli osvetliti, kako ti ljudje dojemajo, osmišljajo in razumejo svoje izkušnje. Podatki iz intervjujev so razkrili pripovedi o izpostavljenosti nasilju, zanemarjanju, medgeneracijskim travmam in kronični izgubi ter prilagoditvi, ki temelji na preživetju. Rezultati ACE vprašalnika so pokazali na izpostavljenost vsaj eni kategoriji OIO, povprečno pa 4,5 kategorijam OIO. 65 % udeležencev je poročalo o štiri in več kategorijah OIO, 35 % pa celo o šestih ali več. Na PCL-C seznamu je 65 % odgovorov udeležencev preseglo mejo zmerne do zmerno visoke resnosti simptomov PTSM, 35 % odgovorov pa je celo preseglo

mejo visoke resnosti simptomov PTSM. Podatki iz intervjujev so tudi pokazali na prisotnost podobnih odzivov na izpostavljenost OIO, kot jih navajajo Cook idr. (2005). Skladno z ugotovitvami preteklih študij (Abram idr., 2004) je 90 % intervjuvancev poročalo o kronični izpostavljenosti travmatskim dogodkom v skupnosti, v kateri so odraščali. Ti rezultati so ponudili uvid v življenja ljudi, ki so živeli v revščini in skupnostnem nasilju, obenem pa so bili travmatskemu dogajanju izpostavljeni tudi v družinskem okolju. Podatki iz intervjujev so kazali na motnjo v navezanosti na skrbnika, kar se je skladalo z ugotovitvami raziskav o dejavnih tveganja. Tudi Spinazzola idr. (2014) so ugotovili, da je motnja v navezanosti pogosto posledica medgeneracijskega prenosa travme. Večina udeležencev je poročala o duševnih motnjah staršev, vključno z odvisnostjo od PAS, stalnih finančnih stiskah družine in o življenju, obremenjenem z deložacijami, izgubami in zapornimi kaznimi.

Mladi, ki odraščajo v revščini, pogosto izpolnjujejo merila diagnoze RTM (Corbin idr., 2013). Posamezniki z anamnezo trpinčenja v otroštvu, v kombinaciji z nasiljem v skupnosti, pa kažejo povečano tveganje za čustvene in vedenjske motnje (Buka idr., 2001).

#### 4. **Vpliv izpostavljenosti travmatskim izkušnjam na biopsihosocialni razvoj otroka**

Otrokov biopsihosocialni razvoj je odvisen od dinamične interakcije med njegovim biološkim ustrojem in vplivi okolja (angl. nature and nurture). Pri tem imajo vplivi okolja, predvsem medosebni odnosi, relativno večji vpliv na razvoj otrokovih možganov in živčevja ter s tem na razvoj samoregulacijskih, komunikacijskih, kognitivnih sposobnosti, vedenja in socialnih veščin. Spodbudno okolje, ki podpira otrokovo učenje, pozitivno vpliva na plastičnost in razvoj možganov. Številne funkcijske in strukturne okvare možganov pa so lahko neposredna posledica kronične izpostavljenosti otroka nasilju in zanamranju (Bregant, 2012), ki sta pogosto povezana z medgeneracijskim prenosom disfunkcionalnih družinskih vzorcev (Reese idr., 2022).

Tabela 1 povzema vpliv izpostavljenosti travmatskim izkušnjam na biopsihosocialni razvoj otroka.

Tabela 1

#### Vpliv izpostavljenosti travmatskim izkušnjam na biopsihosocialni razvoj otroka

Razvojno področje	Vpliv travmatskih izkušenj
<b>NEUROBIOLOŠKI RAZVOJ</b>	
anatomski razvoj in razvojna plastičnost možganov	morfološke spremembe v raznih strukturah, kot so: prefrontalna skorja, korpus kalozum, temporalni reženj, temporalni girus, cingularna skorja, hipokampus, amigdala; spremembe v delovanju endokrinega sistema: višji nivo kortizola in glukokortikoidov;
<b>KOGNITIVNI RAZVOJ IN ČUSTVENO URAVNAVANJE</b>	
nadzor nad impulzi in čustveno uravnavanje	spremembe v procesiranju čustev: povečana čustvena odzivnost, nizko čustveno zavedanje, okrnjeno čustveno učenje, težave pri razumevanju in izražanju čustev, težave s samournavanjem; dezorganiziran stil navezanosti;
usklajevanje med mišljenjem in čustvi, razvoj pozornosti	eksternalizirana simptomatika: labilnost, anhedonija, sploščeno čustvovanje, disociacija, impulzivnost, zloraba psihoaktivnih snovi, samopoškodovanje, samomorilne misli; internalizirana simptomatika: afektivne, anksiozne, stresne in prehranjevalne motnje, negativna samopodoba, sram, krivda, samoobtoževanje, naučena nemoč, izkrivljen lokus nadzora, lahko tudi tonična negibnost (napoveduje vsiljive misli); učne težave, zaostanek pri razvoju jezika, motnje spomina, težave z izvršilnim delovanjem, koncentracijo ter prostorsko in časovno orientacijo, okrnjena sposobnost načrtovanja, logičnega razmišljanja, disociacija, depersonalizacija, motnje pozornosti in hiperaktivnost (ADHD), motnje spanja, zloraba psihoaktivnih substanc, kronične zdravstvene težave;
<b>SOCIALNI RAZVOJ</b>	
oblikovanje in vzdrževanje zdravih odnosov	izolacija; izogibanje; težave v odnosih; agresivnost; težave z razmejevanjem; dezorganiziran stil navezanosti;
mentalizacija in kognitivno prepoznavanje	težave z razlikovanjem ogrožujoče od neogrožujoče situacije; umikanje; obtoževanje; kritiziranje;
prehod od primarnih k sekundarnim odnosom	težave pri navezovanju stikov z vrstniki; sovražnost do družine; projekcija disfunkcionalne družinske dinamike na odnose z drugimi;

#### 4.1. **Dezorganiziran stil navezanosti in težave z obvladovanjem stresa**

Dobro je raziskan vpliv škodljivega ravnanja v otroštvu na navezanost (Bowlby, 1982; Siegel, 1999; Kompan Erzar, 2006; Erzar in Kompan Erzar, 2011). Že v predverbalnem obdobju je lahko otrok izpostavljen nereguliranim katastrofalnim občutjem oz. "primitivnim agonijam" (Winnicott, 1974; Stern, 1985), ki lahko vodijo v oblikovanje nevarne navezanosti (in njene najbolj problematične t.i. dezorganizirane oblike). Otrok ne razvije zadovoljivega samouravnavanja sistema ogroženosti ter s tem temeljnega občutka varnosti. Njegova stresna os postane pretirano odzivna, kar predstavlja srčiko vse psihopatologije (Schore, 2014; LeDoux, 2015). Čeprav Werner in Smith (2001) ugotavljata, da nekateri otroci uspevajo kljub izpostavljenosti škodljivemu ravnanju, pri čemer kot najpomembnejši dejavnik odpornosti navajata otrokovo izkušnjo varne navezanosti v vsaj enem zanj pomembnem odnosu, pa so številčnejše ugotovitve raziskav, da je v primeru nevarne navezanosti otrok za travmatske izkušnje bolj dojemljiv.

Na vzorcih zlorabljenih in zanemarjenih otrok je dezorganiziran stil navezanosti ugotovljen pri 55 % žrtev (Siegel, 1999). Pri tem ne gre le za izgubo pomirjujočega in varnega zatočišča, ki naj bi ga skrbnik otroku nudil, temveč je ta celo vir strahu in groze. Brez možnosti za boj ali beg obtiči med približevanjem in izogibanjem skrbniku, pri čemer pogosto zamrzne. Takšna zamrznitev je začetek oblikovanja obrambnega mehanizma v obliki disociacije, pri kateri zavest, stanje uma in obdelava informacij postanejo razdrobljeni.

Otroci z dezorientiranim stilom navezanosti imajo pozneje v življenju največ težav na čustvenem, kognitivnem in socialnem področju, vključno z nezmožnostjo uravnavanja lastnega afekta in disociacijsko simptomatiko. Za razliko od izogibajoče in ambivalentne oblike navezanosti, ki kljub neustrezni oskrbi otroka izhajata iz organiziranih vzorcev starševske komunikacije, dezorganizirana navezanost veliko bolj vpliva na težave v razvoju koherentnega uma. Nenadne spremembe v stanju uma povzročajo neskladnost kognitivnega, čustvenega in vedenjskega delovanja. Socialne interakcije se skrčijo, pri čemer so ti otroci do vrstnikov neredko splošno sovražno naravnani in agresivni. Ponavadi razvijejo nadzorujoč slog interakcije, kar v njih vzbuja močna čustva, brez možnosti za razrešitev. Dezorganizirani odnosi poglobljajo notranjo dezorganizacijo, ki še bolj poslabša interakcije z drugimi in globlje dezorganizira razvoj uma (Siegel, 1999).

Dezorganizirano navezan otrok je izpostavljen več kategorijam travmatskih izkušenj. Po eni strani je kontinuirano izpostavljen grozljivim izkušnjam nasilja in zanemarjanja, po drugi pa se mora soočiti z izgubo zaupanja vredne figure navezanosti. Pri tem je pomembno razumevanje, da bodo tiste travmatske izkušnje, ki so se zgodile, preden se je pri otroku razvil eksplicitni epizodni spomin,

obdelane le na impliciten način, pomeni v nerazrešeni in razdrobljeni obliki. Ob tem se bodo samodejno sprožali čustveni, vedenjski, zaznavni in telesni odzivi, ne da bi se otrok zavedal njihovega izvora (Siegel, 1999).

Van der Kolk (2014) piše o ugotovitvah nevroznanstvenih študij, ki so skladne z ugotovitvami raziskav o navezanosti. Otroci, ki so bili v okviru primarnih odnosov izpostavljeni nenehnemu nasilju in zanemarjanju, se po nevrološkem in nevrobiološkem razvoju razlikujejo od otrok, ki nasilju in zanemarjanju niso bili izpostavljeni. Pri nevarno, predvsem dezorganizirano navezanih otrocih, je mogoče opaziti vrsto nevrobioloških nepravilnosti, ki dolgoročno vplivajo na njihovo psihološko in fiziološko delovanje. Številni travmatizirani otroci imajo težave z uravnavanjem čustev, ne vedo, kaj čutijo in ne zmorejo ubesediti svojih izkušenj (van der Kolk, 2003).

#### 4.2. **Spremembe v možganih in endokrinem sistemu**

Povezavo med izpostavljenostjo škodljivemu ravnanju v otroštvu in strukturnimi ter funkcionalnimi spremembami v možganih in nevroendokrinem sistemu so potrdile številne študije (npr. Andersen idr., 2008; Teicher idr., 2003). Teicher in Samson (2016) sta z longitudinalno študijo trpinčenih otrok ugotovila, da kronična izpostavljenost škodljivemu ravnanju v otroštvu vpliva na morfološke spremembe:

- prefrontalne skorje (PFS), zadolžene za integracijske kognitivne procese, izvršilne funkcije, oblikovanje čustev, usmerjanje pozornosti in socialno vedenje;
- cingularne skorje, ki je vpletena v procese uravnavanja čustev, vedenja in spomina;
- mezokortikalnih predelov, predvsem v amigdali in hipokampusu, ki sta udeležena v sistemu za prepoznavanje ogroženosti in odziva nanjo.

Hkrati sta ugotovila, da sta verbalna zloraba ali izpostavljenost nasilju v družini, zlasti njuna kombinacija, enako močno ali močneje povezani z razvojem depresivnih in anksioznih motenj ter težav z uravnavanjem čustev kot izkušnja spolne zlorabe, ki jo je žrtev doživela izven družinskega sistema.

De Bellis idr. (2002) so pri trpinčenih otrocih ugotovili zmanjšan volumen korpusa kalozuma, ki med drugim skrbi za ohranjanje ravnovesja med vznemirjenjem in pozornostjo, kar pomembno vpliva na komunikacijo med možganskima hemisferama. Zmanjšan volumen so opazili tudi v predelu prefrontalnega korteksa in temporalnega režnja. Po drugi strani pa so zaznali povečan volumen v temporalnem girusu, ki ima pomembno vlogo pri socialni kogniciji, povezovanju z drugimi, empatičnem odzivu in razumevanju čustvenih stanj. Izsledki so še pokazali, da na spremembe v volumnu omenjenih možganskih področij pomembno vplivata ponavljajoča se izpostavljenost travmatskim izkušnjam in

starost otroka. Na vzorcu žensk z zgodovino zlorab v otroštvu so tudi Kitayama idr. (2007) ugotovili zmanjšan obseg korpusa kalozuma.

Zmanjšan volumen hipokampusa in amigdale so na vzorcu žensk z zgodovino spolne zlorabe v otroštvu ugotovili tudi Bremner idr. (2003). Obenem je zanimivo dejstvo, da so pri teh ženskah kljub podobnim izkušnjam diagnosticirali različne duševne motnje. Nekatere so razvile PTSM in depresijo, pri drugih pa se je razvila mejna osebna motnja (MOM) ali celo disociativna motnja identitete. Dokazi o zmanjšanem volumnu hipokampusa so skladni z ugotovitvami Carrióna idr. (2010). Višji nivo kortizola v organizmu, ki je posledica izpostavljenosti medosebnim travmam v otroštvu, dolgoročno napoveduje zmanjšanje volumna hipokampusa. Nasprotno pa so King idr. (2001) na vzorcu zlorabljenih otrok, v primerjavi z ustrežno kontrolno skupino, ugotovili nižjo raven kortizola. Povezavo med spremembami v nivoju kortizola in drugimi nevroendokrinimi spremembami, so na vzorcu zlorabljenih otrok ugotovili tudi Bevans idr. (2008) ter Bremner idr. (2007).

Hkrati pa je Sapolsky (2015) ugotovil, da se posledice kažejo tudi v povečanem izločanju glukokortikoidov, stresnih hormonov, kar v hipokampusu in nekaterih delih PFS zmanjšuje plastičnost sinaps, povzroča atrofijo dendritov in zmanjšuje prostornino možganov. V amigdali pa se plastičnost sinaps poveča, kar znižuje prag odzivanja na grožnje in s tem vpliva na večjo možnost pojavljanja tesnobe in strahu. Ti procesi vplivajo na razvoj osebnostnih motenj in različnih duševnih motenj, kot so depresija, anksiozne motnje, disociativne in psihotične motnje, zasvojenost s psihoaktivnimi substancami idr.

#### 4.3. Težave s procesiranjem čustev

McLaughlin idr. (2021) so s transdiagnostičnim modelom pojasnili povezavo med izpostavljenostjo razvojno neugodnim izkušnjam in spremembami v procesiranju čustev. Težave se kažejo v povečani čustveni odzivnosti, nizkem čustvenem zavedanju, okrnjenem čustvenem učenju in slabšem samouravnavanju čustev. Simptomatika, ki je posledica teh težav v procesiranju čustev, se najpogosteje kaže v labilnem vedenju, anhedoniji in sploščenem čustvovanju, vedenjski izrazi pa lahko vključujejo zlorabo psihoaktivnih snovi, samopoškodovalno, agresivno ali drugo kompulzivno vedenje, nagnjenost k disociaciji in samomorilnosti (Cicchetti in Rogosch, 2007; Maughan in Cicchetti, 2002; Rogosch in Cicchetti, 2005). Obenem so Pollak idr. (2000) ugotovili, da žrtve težko prepoznajo in interpretirajo namere ter čustva drugih, kar povečuje možnost za impulzivno vedenje. Izogibajo se negativnim čustvenim dražljajem ali pa si pozitivna čustva drugih razlagajo dvoumno. Težave pri razumevanju in izražanju čustev so se pokazale tudi pri otrocih, ki niso bili izpostavljeni škodljivemu ravnanju, vendar so ti pri

drugem zmogli zaznati obrazno mimiko, ki nakazuje na negativna čustva (npr. jezo). Otroci, ki s težavo interpretirajo čustva drugih, so skupaj z impulzivnostjo pogosteje izpostavljeni tveganju za agresivno vedenje (Ford idr., 2010), zato ni presenetljivo, da imajo ti otroci kasneje več težav s prestopniškim vedenjem in pravosodjem, izkazujejo visoko stopnjo agresije in samopoškodovanja, so bolj nagnjeni k zlorabi substanc in tveganim spolnim odnosom ter pogosteje razvijejo ključevalno vedenje (Abram idr., 2007; Ford, 2008).

Po drugi strani pa so Kim-Spoon idr. (2013) ugotovili, da čustvena labilnost in slabša sposobnost samouravnavanja vplivata na razvoj internalizirane simptomatike, ki se kaže v afektivnih, anksioznih, stresnih in prehranjevalnih motnjah. Rocha-Rego idr. (2009) navajajo tudi manj pogosto dokumentirane simptome, kot je npr. tonična negibnost, ki napoveduje hujšo simptomatiko, vključno z vsiljivimi mislimi.

#### 4.4. Negativna samopodoba

Otroci, izpostavljeni škodljivemu ravnanju, imajo pogosto nizko samospoštovanje in izkrivljen pogled nase, kar je temelj občutkom krivde in sramu. Velikokrat je pri njih mogoče opaziti naučeno nemoč, negativne kognitivne stile, izkrivljeno mesto nadzora, pričakovanje viktimizacije, samoobtoževanje in zmanjšano sposobnost samozaščitnega vedenja. Kim in Cicchetti (2006), ki sta preučevala samopodobo pri 251 trpinčenih otrocih, sta ugotovila, da negativno samopodobo najpogosteje napovedujeta fizično in čustveno nasilje, pri čemer se zlorabljeni otroci pogosteje spomnijo lažno negativnih informacij o sebi. Obenem pa lahko samoobtoževanje in negativna samopodoba zmanjšata sposobnost samozaščitnega vedenja, kar posledično poveča psihopatologijo.

Že Herman (1992) je ugotovila, da travmatske izkušnje vplivajo na zmanjšan temeljni občutek sebe, izpostavljenost hudi zlorabi pa lahko vodi tudi v osebne motnje in patološke spremembe v identiteti žrtve. Pri žrtvah je pogosto mogoče opaziti maligni občutek sebe, ki je kontaminiran s sramom, krivdo in samoobtožbami. Gre za neurejeno in razdrobljeno identiteto, ki izhaja iz prilaganja sodbam drugih. Van der Kolk (2014) dodaja, da večina zlorabljenih otrok vse življenje občuti sram zaradi tega, kar so počeli, da bi preživeli in ohranili povezavo z osebo, ki jih je zlorabljala. To še posebej velja, če je bil storilec oseba, ki je bila otroku blizu in od katere je bil otrok odvisen. Posledice se kažejo v zmedbi glede tega, ali je bil človek žrtev ali prostovoljni udeleženec, kar vodi v nejasno razlikovanje med ljubeznijo in ogroženostjo ter bolečino in užitkom.

#### 4.5. **Motnje kognicije, pozornosti in zavesti**

Pri tej skupini motenj so pogoste učne težave, zaostanek pri razvoju jezika, težave s spominom in izvršilnim delovanjem, koncentracijo ter prostorsko in časovno orientacijo, pa tudi v disociaciji in depersonalizaciji. Disociacija se lahko kaže tudi v obliki impulzivnosti kot posledica nezmožnosti za inhibicijo odziva, celo v čustveno nevtralnih situacijah (Cromer idr., 2007), obenem pa Endo idr. (2006) navajajo, da otroci s simptomi disociacije izpolnjujejo merila za motnjo pomanjkanja pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD).

Rauch idr. (1996 v van der Kolk, 2014) so s skeniranjem možganov ugotovili, da se pri žrtvah ob spominu na travmatske izkušnje aktivirajo alarmni sistemi, organizem pa se odzove z bojem, begom ali zamrznitvijo, pri čemer pride do zatemnitve Brocovega področja, ki je odgovorno za govor. To neposredno vpliva na zmožnost govorne organizacije izkušenj v logična zaporedja in prevajanje zaznav ter občutkov v besede, pri čemer gre pravzaprav za izgubo zmožnosti izvršilnega delovanja. Van der Kolk (2014) navaja, da organizem žrtve na splošno večino časa deluje pod nenehnim alarmom nižjih možganskih področij, kar na eni strani vključuje težave s spominom in pozornostjo ter motnje spanja, na drugi strani pa so ljudje, ki so spomine na travmatske izkušnje potisnili iz zavesti, nagnjeni k zlorabi psihoaktivnih substanc.

#### 4.6. **Težave v medosebnih odnosih**

Človeku s tipičnim razvojem, še posebej v najstniških letih, največji izziv predstavlja oblikovanje in vzdrževanje medosebnih odnosov, socialna vključenost in separacija od primarne družine. Žrtve travmatskih izkušenj v otroštvu so zaradi nezaupanja do ljudi pogosto izolirane in se odnosom izogibajo (van der Kolk, 2005).

Zaradi negativnih kognitivnih shem imajo žrtve težave pri razvoju mentalizacije, pri čemer napačna interpretacija lastnega ali tujega vedenja ogroža žrtvino delovanje in čustvovanje (Frydman in McLellan, 2014). Brez sposobnosti za oblikovanje raznolikih perspektiv pogosto prihaja do težav pri razlikovanju med trenutno stresno situacijo, ki morda spominja na travmatske izkušnje, in dejanskimi travmatskimi dogodki (projekcija disfunkcionalne družinske dinamike na odnose z drugimi), kar se kaže v težavah pri navezovanju stikov, umikanju ali izolaciji, pomanjkanju empatije, obtoževanju in kritiziranju, ter v težavah pri individuaciji.

## 5. **Psihiatrična diagnostika travmatskih motenj pri otrocih**

Do devetdesetih let prejšnjega stoletja so v psihiatrični diagnostiki posledice travme povezovali predvsem z merili za PTSM. Novejši izsledki pa kažejo na širši spekter psihopatologije, ki ga je prav tako mogoče povezati z izpostavljenostjo travmatičnim dogodkom, npr. motnje hranjenja (Kong in Bernstein, 2009; Martin in Strodl, 2023; Rabito-Alcón idr., 2021; Samudra idr., 2021), anksiozne in depresivne motnje (Bryant idr., 2010), motnje zaradi zasvojenosti s PAS (Giordano idr., 2014), psihotične motnje (Duhig idr., 2015), samomorilnost (Jankovic idr., 2013), osebnostne motnje (Bozzatello idr., 2021; Westphal idr., 2013; Yen idr., 2002) idr., vendar kriteriji izpostavljenosti travmatičnim dogodkom v otroštvu pri teh diagnozah niso jasno opredeljeni. Z množenjem raziskav se utrjuje tudi spoznanje, da veliko število otrok, izpostavljenih škodljivemu ravnanju, zaradi odpornosti ne razvije psihopatologije (Condly, 2006; Kain in Terrell, 2018; Kelley idr., 2022; Kilanowski, 2017; Rutter, 2007; Walsh, 2015; Yao in Hsieh, 2019). Posledično se študije vse bolj osredotočajo bodisi na posebne značilnosti OIO, ki lahko povečajo tveganje za razvoj duševnih motenj, bodisi na dejavnike odpornosti, ki tveganje zmanjšajo. Npr. doživljanje medosebnega nasilja je v primerjavi z drugimi vrstami skrajne izpostavljenosti travmatičnim dogodkom, kot so mučenje, organizirano nasilje ali posilstvo, pogosto povezano z višjo stopnjo tveganja za razvoj PTSM (Forbes idr., 2012), pri čemer kumulacija številnih neugodnih in travmatičnih izkušenj povzroča druge duševne motnje (Karam idr., 2014). Raziskave potrjujejo, da se travmatični dogodki pogosto pojavljajo sočasno, izpostavljenost večjemu številu travmatičnih dogodkov, še zlasti v otroštvu, pa pogosto odraža medsebojno povezan vzorec (Dong idr., 2004). Pri tem izpostavljenost različnim vrstam travmatičnih dogodkov pogosto močnejše napoveduje odziv v obliki travmatske motnje kot izpostavljenost posameznemu travmatičnemu dogodku (Mollica idr., 1998).

Od devetdesetih let prejšnjega stoletja je bilo razvitih kar nekaj psihiatričnih diagnoz, ki temeljijo na boljšem razumevanju razvojne psihologije in nevrobiološkega razvoja otrok, z namenom, da bi z večjo občutljivostjo odkrili posledice škodljivega ravnanja v otroštvu (van der Kolk, 2009).

### 5.1. **Posttravmatska stresna motnja (PTSM) pri otrocih**

Za DSM taksonomije je bil vedno velik izziv, kako upoštevati razvojne razlike pri izražanju motenj v različnih starostnih skupinah. Raziskave so pokazale, da lahko posamezniki različnih starosti značilnosti istih meril izražajo na različne načine. Poleg tega lahko obstajajo zadostne razlike v izražanju nekaterih motenj,

ki upravičujejo s starostjo povezan podtip motnje. To je pomembno upoštevati zlasti pri posttravmatski stresni motnji (PTSM), saj so bila merila DSM-III (Kaminer idr., 2005), ko se ta diagnoza leta 1980 prvič pojavi, DSM-III-R (Brett idr., 1988) in DSM-IV (Kilpatrick idr., 1998) oblikovana, preden je bilo opravljeno večje število študij na majhnih otrocih, čeprav so o PTSM pri otrocih in mladostnikih pogosto poročali.

Diagnoza PTSM v DSM taksonomiji zajema otroke, ki doživijo hud stres, npr. zaradi poškodbe, smrti ali grožnje smrti bližnjega družinskega člana ali prijatelja ali zaradi nasilja, in posledično trpijo zaradi dolgotrajnih posledic. Otrok lahko to travmo doživi neposredno ali pa je priča temu, da se je zgodila nekomu drugemu. Za postavitev diagnoze PTSM morajo biti prisotni več kot mesec dni trajajoči simptomi, ki ovirajo njihove odnose in dejavnosti: npr. ponavljajoče podoživljanje dogodka v mislih ali igri, nočne more in težave s spanjem, močno razburjenje, ko se zaradi nečesa spomnijo na dogodek, pomanjkanje pozitivnih čustev, močan stalni strah ali žalost, razdražljivost in izbruhi jeze, nenehno iskanje možnih groženj, pretirana bojazljivost, nemočno, brezupno ali umaknjeno vedenje, občutek otopelosti ali zanikanje, da se je dogodek zgodil, izogibanje krajem ali ljudem, povezanim z dogodkom idr. Ker so otroci, ki so doživeli travmatski stres, lahko nemirni, nervozni ali imajo težave s pozornostjo in organiziranostjo, lahko simptome travmatskega stresa zamenjamo s simptomi motnje pomanjkanja pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD).

DSM-5 vključuje nov razvojni podtip PTSM, imenovan posttravmatska stresna motnja pri otrocih, starih do 6 let. Kot prvi razvojni podtip obstoječe motnje je to pomemben korak v taksonomiji DSM. Odkar sta Michael Scheeringa in Charles Zeanah (Scheeringa idr., 1995) prvotno predlagala alternativni diagnostični sklop meril, so jih empirično še izpopolnili (Scheeringa idr., 2003, 2012), potrdila pa jih je tudi delovna skupina strokovnjakov za duševno zdravje v zgodnjem otroštvu (Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003). Čeprav je bila večina empiričnih raziskav, ki podpirajo to motnjo, opravljena na tri- do šestletnih predšolskih otrocih, so študije pogosto vključevale tudi eno- do dveletne malčke. Te študije so pokazale, da je ob uporabi razvojno občutljivega sklopa meril približno tri- do osemkrat več otrok izpolnjevalo pogoje za diagnozo v primerjavi z DSM-IV (Scheeringa idr., 2011, 2012).

Ker se pri majhnih otrocih abstraktne kognitivne sposobnosti in sposobnosti verbalnega izražanja šele razvijajo, so raziskave pokazale, da morajo biti merila bolj vezana na vedenje in razvojno občutljiva za odkrivanje PTSM pri predšolskih otrocih (Scheeringa idr., 1995, 2001):

- Kriterij takojšnjega odziva na travmatski dogodek: kriterij, da se otrok ob travmatskih dogodkih odzove s skrajno stisko, so črtali. Če so bili otroci

premajhni, da bi verbalizirali svoje akutne odzive na travmatske izkušnje in če odrasli niso bili priča njihovim odzivom, jih ni bilo mogoče preveriti. Ker se je pokazalo, da ta kriterij nima napovedne veljavnosti niti za odraslo (Friedman idr., 2011) niti za predšolsko populacijo (Scheeringa idr., 2011), so ga izločili tudi iz rednih kriterijev PTSM v DSM-5.

- Simptomi vsiljevanja: glede simptomov podoživljanja so vnesli relativno majhno spremembo s ciljem, da bi znižali prag za odkrivanje simptomov. Simptom iz DSM-IV "ponavljajoči se in vsiljivi stresni spomini na dogodek ..." je zahteval tri pogoje: (1) ponavljanje, (2) vsiljivost in (3) stresnost. Raziskave pa so pokazale, da predšolski otroci, ki so imeli vsiljive, nezaželene misli, niso vedno kazali stiske na odkrit način. Nekateri otroci so bili izrazno nevtralni ali "preveč bistri" (Scheeringa idr., 1995, 2001). Medtem ko so stresni odzivi pogosti, so starši pogosto poročali tudi o tem, da pri otrocih niso zaznali kakšnega afekta ali razburjenja (Scheeringa idr., 2011). Poleg tega ni bilo razlik v težavnosti PTSM pri tistih z odkrito tesnobnimi spomini v primerjavi s tistimi, ki so ob spominjanju kazali druga čustva.
- Simptomi izogibanja ter negativne spremembe v kogniciji in razpoloženju: Ker so številni tovrstni simptomi internalizirani pojavi, je do največjih sprememb v kriterijih prišlo prav na tem področju. Glavna sprememba je, da se namesto treh simptomov po DSM-IV, v DSM-V zahteva bodisi en simptom izogibanja bodisi en simptom negativnih sprememb v kogniciji in razpoloženju. Število teh simptomov je v primerjavi s simptomi pri odraslih manjše. Simptomi, kot so "izguba interesov", "zožen obseg afektov", "odtujenost od bližnjih" ter "izogibanje mislim ali občutkom, ki so povezani s travmo", se kažejo tudi pri majhnih otrocih, vendar so med simptomi PTSM manj pogosti (Scheeringa, 2006). Simptoma "občutek zožene prihodnosti" in "nezmožnost obujanja spomina na pomemben vidik dogodka" so črtali zaradi težav pri njenem izražanju in/ali odkrivanju. Spremenili so tudi »zmanjšano zanimanje za pomembne dejavnosti«, ki se lahko pri otrocih kaže kot zavrtnost pri igri, ter »občutke odmaknjenosti ali odtujenosti«, ki se kažejo bolj na vedenjski ravni kot socialni umik.
- Simptomi povečanega vzburjenja: Ker gre za najbolj opazne vedenjske simptome, so v okviru simptoma "razdražljivost ali izbruhi jeze" vključili še "skrajne izbruhe besa".

Cruz idr. (2022) navajajo, da podtip diagnoze PTSM temelji na spoznanju, da se simptomi PTSM lahko izražajo v otrokovem vedenju pri igri in ne nujno tudi v njegovih besednih odgovorih na številna vprašanja, ki jih ocenjevalci postavljajo v standardnih kliničnih razgovorih. Obenem temelji na predpostavki, da se travmatizirani otroci razlikujejo od odraslih z diagnozo PTSM, zanesljivo pa

se razlikujejo tudi od otrok, ki niso doživeli travme ali ne izkazujejo kliničnih simptomov, skladnih z merili za diagnosticiranje travmatskih motenj (Cruz idr., 2022). Woolgar idr. (2022) so ugotovili, da je z uporabo teh meril možno učinkoviteje prepoznati travmatizirane otroke.

## 5.2. **Kompleksna posttravmatska motnja (KPTSM) pri otrocih**

V najnovejšo izdajo Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (MKB-11) (WHO, 2019) so vključena tudi merila za diagnozo "kompleksna posttravmatska motnja" (KPTSM), ki se lahko razvije po izpostavljenosti izkušnji ali nizu izkušenj izjemno grozljive narave, najpogosteje po dolgotrajnih ali ponavljajočih se nasilnih dogodkih, ki se jim je težko izogniti ali je od njih nemogoče pobegniti. Preden se diagnosticira KPTSM, morajo biti najprej izpolnjena vsa merila za diagnozo PTSM, h katerim se pridruži sklop vztrajnih simptomov, ki jih je moč razumeti kot motnje samoorganizacije, in sicer: (a) hude in razširjene težave pri uravnavanju afekta, (b) vztrajne težave pri ohranjanju odnosov in občutka bližine z drugimi ter (c) negativna samopodoba.

Pri obeh diagnozah je lahko prisotno tudi samomorilno vedenje in zloraba PAS, simptomi depresije ali psihoze in kronične zdravstvene težave, pri čemer je ponavljajoča se izpostavljenost travmatskim dogodkom v otroštvu povezana z večjim tveganjem za razvoj tako KPTSM kot PTSM.

KPTSM so obsežno proučevali na različnih populacijah, tudi na rasnih in spolnih manjšinah ter žrtvah trgovine z ljudmi, ki so bile fizično in spolno zlorabljene (Ben-Ezra idr., 2018; Facer-Irwin idr., 2022; Moore idr., 2020; Warming-Nanney idr., 2021). Kljub temu je potrebnih še več študij o otrocih s KPTSM (npr. Cloitre idr., 2021).

Kot je opredeljeno v MKB-11, so za simptome KPTSM značilni trije skupki simptomov PTSM: (1) vztrajne in vsiljive misli, (2) povečana vzburljivost (povečana ogroženost kot odziv na nepričakovane zvoke ali gibe) in (3) namerno izogibanje spominom na travmo. KPTSM se razlikuje po drugem merskem dejavniku višjega reda, za katerega so značilne motnje v samoorganizaciji (MSO), ki zajemajo motnje v čustvenem uravnavanju, negativno samopodobo in vseprisotne motnje v odnosih (Kuhar in Zager Kocjan, 2022; Shevlin idr., 2018; Villalta idr., 2020).

MSO je zelo pogosta tudi pri ljudeh z mejno osebnostno motnjo (MOM) (Hyland idr., 2019). Natančneje, pri KPTSM in MOM se prekrivajo simptomi anksiozne občutljivosti, nizke tolerance za psihološko stisko, disociacije in odnosnih težav, ki izvirajo iz nevarne navezanosti, v kliničnem kontekstu pa iz parataksičnih izkrivljanj, pri katerih bolniki z zdravstvenimi delavci ponovno uprizarjajo medosebno vedenje, ki odraža pretekle odnose (Ehrental idr., 2018;

Karatzias idr., 2016; Niemantsverdriet idr., 2017; Wilde in Dozois, 2019). Vendar empirični izsledki kažejo, da MOM predstavlja le omejen del simptomov, o katerih poročajo posamezniki, ki so doživeli travmo v otroštvu, ter da značilnosti PTSM in MOM korelirajo z več drugimi duševnimi motnjami, kot so unipolarna in bipolarna depresija, zloraba PAS in funkcionalne nevrološke motnje, ter se od njih razlikujejo (npr. Hyland idr., 2019; Ford in Courtois, 2021; Gekker idr., 2018; Jowett idr., 2020; Karatzias idr., 2019; van Dijke idr., 2018).

Več kot dvajset let so potekale razprave, ali je KPTSM pravzaprav PTSM s komorbidno mejno osebnostno motnjo (MOM) (Brewin idr., 2017; Cloitre idr., 2005, 2011, 2018; Maercker, 2021; Shevlin idr., 2018). Tehnica se je nagnila k tistim, ki opozarjajo na razlike med KPTSM in MOM (Cloitre, 2020, str. 130):

1. samopodoba pri KPTSM vztrajno ostaja negativna, medtem, ko so za MOM značilna nenadna nihanja od pretirano negativne do pretirano pozitivne samopodobe;
2. pri KPTSM je v času povečanega splošnega stresa značilno izogibanje ali prekinjanje odnosov, pri MOM pa ambivalentno nihanje med idealizacijo in razvrednotenjem pomembnih drugih;
3. čeprav so KPTSM in MOM skupne težave v uravnavanju čustev, pa je pogostost in intenzivnost samomorilnih in samopoškodovalnih nagnjenj pri KPTSM nižja, medtem ko so pri MOM v ospredju in predstavljajo primarni terapevtski cilj.

## 6. **Predlagana merila za diagnozo razvojna travmatska motnja (RTM)**

Zaradi kompleksne narave razvojne travme so otroci in mladostniki pogosto diagnosticirani z vrsto komorbidnih stanj (v povprečju 3 do 8) (van der Kolk, 2014, 2019), ki ne upoštevajo celotne slike, pri čemer se obravnava namesto celovitega pristopa usmerja le na ozek vidik otrokove psihopatologije (Cook idr., 2005; D'Andrea idr., 2012; Romanovicz idr., 2017; van der Kolk, 2003, 2005, 2014, 2016;). Eden od razlogov za to pomanjkljivost je v trenutnih psihiatričnih klasifikacijah, ki kljub številnim revizijam še vedno ne upoštevajo kompleksnih učinkov izpostavljenosti travmatskim izkušnjam v otroštvu. Tako je van der Kolk s skupino pedopsihiatrov in psihologov razvil konceptualni okvir za diagnozo razvojna travmatska motnja (RTM) (van der Kolk, 2005) in ga leta 2009 predlagal za uvedbo v razvijajočo se različico DSM-5 priručnika. Diagnostična merila za RTM so temeljila na obsežnem pregledu empirične literature, strokovnem kliničnem znanju, raziskavah med kliniki ameriške Nacionalne mreže za travmatski stres pri otrocih ((The National Child Traumatic Stress Network = NCTSN)

in analizah podatkov o več tisoč otrocih, vključenih v različna klinična okolja in sisteme oskrbe za otroke. Namen zbranih podatkov je bil opisati najpogostejše in najbolj klinično pomembne simptome, ki jih kažejo številne žrtve kronične zlorabe in zanemarjanja in ki presegajo simptome PTSM, saj naj bi okvir RTM zajemal različne nevrorazvojne, psihološke, čustvene, vedenjske in odnosne problemske vzorce, povezane s posledicami izpostavljenosti zgodnji medosebni travmi in travmatičnemu doživljanju.

Kljub številnim izsledkom raziskav in globalni podpori strokovnjakov, je pododbor ameriškega psihiatričnega združenja (APA), zadolžen za oblikovanje poglavja DSM o travmatičnih motnjah, predlog za vključitev RTM v DSM-5 zavrnil (APA, 2013). Nekateri so spodbijali veljavnost meril RTM, APA pa je kot razlog za svojo odločitev navedlo pomanjkanje dokazov (van der Kolk, 2014). Kljub temu si za vključitev RTM številni strokovnjaki še vedno prizadevajo (Bremness in Polzin, 2014). Van der Kolk idr. (2019) npr. menijo, da bi diagnoza RTM omogočila integrirano razumevanje simptomatike, povezane z uravnavanjem čustev, nadzorom impulzov, pozornostjo in kognicijo, disociacijo, medosebnimi odnosi in negativnimi shemami o sebi. Tabela 2 prikazuje najnovejši predlog meril za postavitev diagnoze RTM (Ford idr., 2018).

Tabela 2

Predlagana merila za postavitev diagnoze razvojna travmatska motnja (Ford idr., 2018)

<p><b>Kriterij A: VSE OTROŠTVO TRAJAJOČA IZPOSTAVLJENOST OTROKA obema kategorijama razvojne travme</b></p> <p>A1: Medosebno nasilje: žrtev ali priča fizičnega ali spolnega napada ali zlorabe, ali priča družinskemu nasilju/nasilju med odraslima partnerjema, ki sta v intimni zvezi. A2: Nevarna navezanost na primarnega skrbnika: dolgotrajna ločitev ali zanemarjanje ali verbalna/čustvena zloraba s strani primarnega skrbnika.</p>
<p><b>Kriterij B: trenutna ČUSTVENA ALI FIZIOLOŠKA DISREGULACIJA (za RTM morajo biti izpolnjene najmanj 3 postavke)</b></p> <p>B1: Čustvena disregulacija (ali B1.a. skrajno negativno afektivno stanje; ali B1.b. oslABLJENA zmožnost okrevanja po negativnih čustvenih stanjih). B2: Fiziološka disregulacija: (ali B2.a. odpor do zvokov; ali B2.b. odpor do dotika; ali B2.c. somatske težave/bolezni, ki jih/je ni mogoče medicinsko razložiti/odpraviti). B3: Zmanjšano zavedanje čustev ali telesnih občutkov (ali B3.a. odsotnost čustev; ali B3.b. fizična nemoč, ki je ni mogoče medicinsko razložiti/odpraviti). B4: Zmanjšana sposobnost verbalnega opisovanja/izražanja čustev ali telesnih občutkov (B4.a. aleksitimija; ali B4.b. oslABLJENA sposobnost prepoznavanja/izražanja telesnih občutkov/stanj).</p>

**Kriterij C: trenutne MOTNJE POZORNOSTI ALI VEDENJA (za RTM morata biti izpolnjeni najmanj 2 postavki)**

C1: Usmerjanje pozornosti k ali od potencialne nevarnosti (ali C1.a. prevelika okupiranost z grožnjo; ali C1.b. pretirana ali premajhna pazljivost do dejanske ali zaznane nevarnosti).  
C2: Oslabljen sposobnost samozaščite (ali C2.a. skrajno tveganje in nepremišljenost; ali C2.b. namerno izzivanje konfliktov ali nasilja).  
C3: Neprilagojeno samopomirjanje (neprilagojene strategije spoprijemanja).  
C4: Nesamomorilno samopoškodovanje.  
C5: Oslabljen sposobnost začetka ali vzdrževanja ciljno usmerjenega vedenja.

**Kriterij D: trenutne MOTNJE V ODNOSIH ALI MOTNJE SAMOURAVNAVANJA (za RTM morata biti izpolnjeni najmanj 2 postavki)**

D1: Sovraštvo do samega sebe, vključno z dojemanjem sebe kot nepopravljivo poškodovanega ali okvarjenega.  
D2: Nevarna navezanost in dezorganiziranost (ali D2.a. pretirano zaščitništvo primarnega skrbnika; ali D2.b. težave pri ponovnem vzpostavljanju stika po ločitvi s primarnim skrbnikom).  
D3: Skrajno in vztrajno nezaupanje v medosebnih odnosih (ali D3.a. pričakovanje izdaje; ali D3.b. opozicijsko kljubovanje, ki temelji na pričakovanju prisile ali izkoriščanja).  
D4: Reaktivna verbalna ali fizična agresivnost (vključno z usmerjeno agresivnostjo, ki je motivirana predvsem s preprečevanjem/odzivom na škodo/poškodbo).  
D5: Oslabljene psihološke meje (ali D5.a. promiskuiteta; ali D5.b. želja po varnosti in zaščiti).  
D6: Oslabljen medosebna empatija (ali D6.a. pomanjkanje empatije ali nestrpnost do izrazov stiske drugih, ali D6.b. pretirana odzivnost na stisko drugih).

RTM in KPTSM sta dve različni motnji: RTM je predlagani sindrom KPTSM za otroke, medtem ko KPTSM običajno nastane v odrasli dobi zaradi kronične spolne, psihološke, fizične zlorabe in zanemarjanja. Za KPTSM je značilna vrsta simptomov, vključno s težavami pri uravnavanju čustev, težavami pri zaupanju drugim in povečanim občutkom ogroženosti. Privede lahko tudi do občutkov krivde, sramu in samoobtoževanja. Zdravljenje KPTSM običajno vključuje kombinacijo psihoterapije, zdravil in sprememb življenjskega sloga.

### 6.1. Polstrukturirani intervju za diagnosticiranje RTM DTD-SI

Strokovni odbor NCTSN je za odkrivanje razvojnih motenj otrok, starih od 7 do 18 let, oblikoval Polstrukturirani intervju za diagnosticiranje RTM DTD-SI (Developmental Trauma Disorder Semi-Structured Interview) (Ford idr., 2011, 2018; Spinazzola idr., 2018). Veljavnost DTD-SI so potrdili s preverjanjem vpliva izpostavljenosti travmi v otroštvu glede na stilo navezanosti, vedenje in zmožnost uravnavanja čustev, diagnosticirane motnje v duševnem zdravju, samoučinkovitost, optimizem in kakovost življenja. Prav tako so van der Kolk idr. (2019) z bivariantnimi in multivariantnimi statističnimi analizami potrdili razlikovalno veljavnost diagnoze RTM od PTSM. ADHD, separacijsko-anksiozna motnja, opozicijsko kljubovalna motnja, motnje vedenja in panična motnja, so se pokazale kot specifično komorbidne z RTM, generalizirana anksiozna motnja ter

velika depresivna motnja pa s PTSM. Ti rezultati kažejo, da diagnoza RTM lahko pomaga pri prepoznavanju travmatiziranih otrok, ki bi jih ob diagnosticiranju s protokoli za ugotavljanje PTSM sicer spregledali. Postavke DTD-SI intervjuja so bile večinoma uporabne tako demografsko kot multikulturno, torej ne glede na raso, etnično pripadnost, spol ali starost (Ford idr., 2022).

Strokovne smernice za RTM in psihometrične študije o veljavnosti ter zanesljivosti RTM DTD-SI kažejo, da se RTM od drugih psihiatričnih motenj, vključno s PTSM, razlikuje po treh dejavnikih (Ford idr., 2018, 2022; Spinazzola idr., 2018; Foster idr., 2019):

- težave s čustvenim in fiziološkim uravnavanjem, kot so aleksitimija, občutljivost na dotik in funkcionalne nevrološke motnje;
- motnje vedenja in kognicije, ki se kažejo v učnih težavah in težavah s procesiranjem travmatskih spominov, samopoškodovalnem vedenju, disociaciji in oslabljeni sposobnosti za usmerjeno pozornost;
- škodljivo zavedanje sebe in drugih, za kar je značilno nizko samospoštovanje in sovražstvo do samega sebe, nevarna navezanost zaradi izkušnje medosebne izdaje ter trajna stanja jeze, zamere in stalna potreba po maščevanju.

## 6.2. Bronfenbrennerjev socialno-ekološki model in RTM

Bronfenbrennerjev socialno-ekološki model (Kelley idr., 2022) poudarja medsebojni vpliv individualnih, medosebnih, organizacijskih, skupnostnih in javno-političnih dejavnikov. Ti so lahko dejavniki tveganja ali pa v skladu s konceptom odpornosti spodbudijo pozitivno preobrazbo (Condly, 2006; Kain in Terrell, 2018; Kelley idr., 2022; Kilanowski, 2017; Rutter, 2007; Walsh, 2015; Yao in Hsieh, 2019). Tudi RTM je lažje prepoznati, razumeti in obravnavati s pomočjo Bronfenbrennerjevega modela. Travmatizirani otroci in mladostniki, ki so na lestvici ACE (Felliti idr., 1998) izpolnili kriterije za več kategorij, so v primerjavi s tistimi brez travmatskih izkušenj ali z blažjimi oblikami bolj izpostavljeni revščini in nasilju ter imajo več težav s pravosodnimi sistemi (Choi idr., 2019 v Cruz idr., 2022). Hkrati pa raziskave kažejo, da so bili zlorablajoči starši pogosto tudi sami izpostavljeni travmam v otroštvu in izkazujejo nevarne stile navezanosti (Greene idr., 2020), čemur se pogosto pridružijo še težave z zlorabo PAS, depresivne motnje, finančni stres in brezposelnost (Cruz idr., 2022). RTM je pogosta pri rasnih, etičnih, drugače spolno orientiranih in ostalih manjšinah, ki so diskriminirane in stigmatizirane. Če izhajamo iz Bronfenbrennerjevega modela, je torej jasno, da morajo biti v preprečevanje škodljivega ravnanja z otroki in obravnavo RTM vključeni različni družbeni podsistemi, od zdravstvenih, socialno varstvenih do izobraževalnih in pravnih (npr. nacionalne politike dodeljevanja sredstev preventivnim programom in programom pomoči).

## 6.3. Uporabnost diagnoze RTM v medkulturnem okolju

Ob predpostavki, da se odzivi na travmatske izkušnje v različnih kulturah razlikujejo, so Klasen idr. (2010) preučili simptome 330. ugandskih otrok, ki so se borili v vojni. Ugotovili so, da je 78,2 % teh otrok izpolnilo merila za RTM, med njimi pa jih je 33 % izpolnjevalo tudi merila za PTSM. Zgolj 1 % otrok je izpolnjeval merila izključno za PTSM. Tako se je pri opisu simptomatike tudi v medkulturnem okolju diagnoza RTM pokazala kot natančnejša od diagnoze PTSM.

Podobno so ugotovili tudi Foster idr. (2019). Na vzorcu 48 hispanoameriških in afroameriških mladostnikov iz Bronxa v New Yorku, ki so bili žrtve poliviktimizacije, so RTM ugotovili pri 47 % mladostnikov, medtem ko so PTSM po merilih DSM-IV (Ameriško psihiatrično združenje, 1994) ugotovili pri 19 %, po kriterijih DSM-5 pa pri 30 % mladostnikov. Rezultati so poleg tega pokazali, da mladi, ki so izpolnjevali merila za RTM, niso nujno dosegali tudi diagnostičnega praga za PTSM. Obenem pa so ob odsotnosti uporabe diagnostičnih meril za RTM mladi v povprečju izpolnjevali najmanj tri merila za druge duševne motnje, pri čemer je bila PTSM šele peta najpogostejša diagnoza. Kljub zavedanju, da raziskovanje uporabnosti diagnostičnih kategorij lahko zabriše posledice kulturnega vpliva na razvoj duševnih motenj, pa je ta raziskava pokazala, kako pomembna je uporaba primernih diagnostičnih meril.

Ne glede na to pa je ob ocenjevanju uporabnosti RTM ali drugih diagnoz v medkulturnem okolju treba razumeti tudi ostale dejavnike tveganja in odpornosti. Kultura vpliva na posameznikovo interpretacijo in pripisovanje pomena travmatskemu dogajanju ter določa načine, na katere človek z vedenjem, čustvi in razmišljanjem prenaša travmatski stres. Kultura tudi vpliva na zakonsko ureditev, ki narekuje oblike skrbi za zdravje, in na to, kateri simptomi upravičujejo pomoč. Po drugi strani pa kultura lahko zagotavlja tudi edinstvene strategije spoprijemanja in posebne vire moči, kot so npr. duhovne prakse, tradicionalne vrednote, skupnostni duh ipd.

## 7. Prikaz primera

Moški, star 28 let, se vključi v psihoterapevtsko obravnavo zaradi tesnobe, apatičnosti, težav s spanjem, pomanjkanja energije in koncentracije ter samomorilnih misli. Je razdražljiv, večkrat posega po alkoholu, pogosto ima glavobole in bolečine v mišicah. Ni v partnerski zvezi, z družino skorajda nima stikov, z ljudmi se ne druži. Težave so se pričele v osnovni šoli. Težko se je zbral, bil je nemiren, imel je učne težave in se večkrat pretepal. Popoldneve je najraje preživljal ob igranju računalniških igrin in se le redko družil z vrstniki. V 5. razredu je šolska psihologinja družino usmerila na Svetovalni center za otroke

in mladostnike, kjer so opravili psihodiagnostično oceno. Nato je bil napoten k pedopsihiatru, ki mu je diagnosticiral ADHD in predpisal Concerto. Zdravil ni jemal redno. Popuščanje v šoli se je stopnjevalo, veliko je spal, njegova stiska je naraščala, še bolj se je zapiral vase. Kasneje mu je bila diagnosticirana še depresivno-anksiozna motnja. Predpisan mu je bil escitalopram, nato še duloksetin. Srednjo šolo je zaključil s težavo. Zaposlil se je v manjšem podjetju, kjer opravlja preprostejša dela. Pred petimi leti je bil za krajši čas hospitaliziran in dodatno dobil kvetiapin. Koktejl zdravil je zmanjšal tesnobo, povečal pa se je občutek otopelosti, manjvrednosti in zmede, postal je še bolj pasiven. Občutek ima, da je življenje brez perspektive. Prepričan je, da so za to kriva zdravila, zato jih je brez dogovora s psihiatrom prenehal jemati. V psihoterapiji doslej še ni bil.

V naslednjih srečanjih terapevt razišče družinsko zgodovino. Klient pove, da je bil oče veliko zdoma, tudi mati je veliko delala, zato je bil po šoli pogosto sam, čeprav je imel šest let starejšega brata. Kadar so bili ob koncih tedna skupaj, sta se oče in mati večino časa prepirala, občasno tudi pretepala, zato se je kot otrok najraje umikal v svojo sobo. Oče je večkrat kaj popil, ga kritiziral in dajal v nič, velikokrat ga je tudi udaril. Tudi mati je bila stroga, pogosto nedostopna, nihala je med izbruhi jeze in depresivnostjo. Nikoli ni vedel, na kaj naj bo pripravljen. Ne spomni se, da bi bilo kdaj drugače. Staršev se je bal, doma se ni počutil dobro, večkrat je razmišljal o tem, da bi zbežal. Svojih občutkov nikoli nikomur ni zaupal. Očetove starše so le redko obiskali, mati svojega očeta ni poznala, mater pa je izgubila pri svojih sedemnajstih letih. Na zunaj je družina delovala normalno, materialno so bili nadpovprečno preskrbljeni. Ko je bil star petnajst let, sta se starša ločila. Po tem stikov z očetom skorajda ni več imel.

Prikazan je klient, ki je kot otrok lahko izpolnjeval merila za RTM, saj je bil vse svoje otroštvo izpostavljen medosebnemu nasilju in nevarni navezanosti. Kazal je znake čustvene disregulacije, motnje pozornosti in vedenja ter motnje v odnosih in samoregulaciji. Strokovna obravnava, ki je je bil deležen kot otrok, ni bila uspešna, saj je le še dodatno zmanjšala občutek lastne vrednosti, obsežna medikamentozna terapija pa je pomembno prizadela njegovo funkcionalnost.

## 8. Zaključek

Izpostavljenost škodljivemu ravnanju v otroštvu pogosto resno ogroža otrokov biopsihosocialni razvoj ter rušilno vpliva na to, kar je v svojem razvoju že dosegel. Med posledicami so najpogostejše nevarni oz. še posebej dezorganizirani stil navezanosti, težave s čustvenim in fiziološkim uravnavanjem, motnje pozornosti in vedenja, motnje v medosebnih odnosih in negativna samopodoba (Ford

idr., 2018). Vse to nakazuje na prepoznaven vzorec duševnega trpljenja, ki ga je možno zajeti v diagnozo RTM, v katere središču so težave v procesiranju čustev.

Raziskave o RTM utemeljujejo upravičenost razlikovanja med posledicami izpostavljenosti škodljivemu ravnanju v otroštvu in posledicami travmatskih dogodkov, ki jim je žrtev izpostavljena kasneje v življenju. Pri prvi skupini se posledice pogosteje kažejo v simptomatiki RTM, pri drugi pa v simptomatiki PTSM ali KPTSM. RTM predstavlja razvojno občutljivo diagnostično dopolnitev za otroke z več sočasno diagnosticiranimi duševnimi motnjami, ki jih do sedaj številni strokovnjaki niso povezovali z zgodnjo travmo kot ključnim vzročnim dejavnikom. Poleg natančnejše diagnostike opredelitev RTM omogoča razvoj učinkovitejše klinične prakse ter raziskovanje o travmatiziranosti in odpornosti otrok.

Nenazadnje pa ne smemo pozabiti odpornosti otrok, da ne bi, tudi s pomočjo nove diagnostične kategorije RTM, zašli v pretirano patologizacijo in psihiatrizacijo. Zgodnja izpostavljenost pretiranemu stresu oz. travmam resda vpliva na ranljivost otroka za razvoj težav in motenj v duševnem zdravju, vendar pa odziv na stres in travme odraža prilagoditveni in ne a priori patološki vzorec. Mnogi otroci kljub izpostavljenosti prekomernemu stresu in travmam ne le preživijo, temveč celo uspevajo. Transdiagnostični pristopi (The British Psychological Society, 2013; Ledford, 2013; Kotov idr., 2017; Fusar-Poli idr., 2019; Lynch, 2021; Stein idr., 2022) vse bolj obetajo, da bomo z njihovo pomočjo bolje kot s kategorialno diagnostiko razumeli tako rizične kot varovalne dejavnike, ki odločilno vplivajo na psihopatološki ali salutološki razvoj otrok.

## Viri

- Abram, K. M., Teplin, L. A., Charles, D. R., Longworth, S. L., McClelland, G. M. in Dulcan, M. K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61, 403–410.
- Abram, K. M., Washburn, J. J., Teplin, L. A., Emanuel, K. M., Romero, E. G. in McClelland, G. M. (2007). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity among detained youths. *Psychiatric services*, 58(10), 1311–1316.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. izd.). American Psychiatric Association.
- Andersen, S. L., Tomada, A., Vincow, E. S., Valente, E., Polcari, A. in Teicher, M. H. (2008). Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20(3), 292–301.
- Aničić, K., Hrovat Svetičić, T., Hrovat, T. in Sušnik, A. (2015). *Nasilje nad otroki. Strokovne smernice za delo z otroki, ki doživljajo zanemarjanje in/ali nasilje*. Društvo za nenasilno komunikacijo.
- Becker-Blease, K. A. in Freyd, J. J. (2005). Beyond PTSD: An evolving relationship between trauma therapy and family violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 403–411. doi: 10.1177/0886260504269485
- Benedik, E. (2004). Psihologija agresije – psihične motnje kot posledica doživljanja nasilja v otroštvu. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 55(1), 31–39.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B. in Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and anxiety*, 35(3), 264–274. https://doi.org/10.1002/da.22723
- Bevans, K., Cerbone, A. in Overstreet, S. (2008). Relations between recurrent trauma exposure and recent life stress and salivary cortisol among children. *Development and Psychopathology*, 20(1), 257–272.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678.
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M. in Bellino, S. (2021). The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Frontiers in psychiatry*, 12, 721361. https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361
- Bregant, T. (2012). Razvoj, rast in zorenje možganov. *Psihološka obzorja*, 21(2), 51–60.
- Bremner, J. D., Vermetten, E. in Kelley, M. E. (2007). Cortisol, dehydroepiandrosterone, and estradiol measured over 24 hours in women with childhood sexual abuse-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(11), 919–927.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L. V., Soufer, R., Garg, P. K., Ng, C. K., Staib, L. H., Duncan, J. S. in Charney, D. S. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160(5), 924–932.
- Bremness, A. in Polzin, W. (2014). Commentary: Developmental Trauma Disorder: A Missed Opportunity in DSM V. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 23(2), 142–145.
- Brett, E. A., Spitzer, R. L. in Williams, J. B. (1988). DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, 145(10), 1232–1236. https://doi.org/10.1176/ajp.145.10.1232
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M. in Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1–15. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Clark, C. R. in Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *The American journal of psychiatry*, 167(3), 312–320. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050617
- Buka, S. L., Stichick, T. L., Birdthistle, I. in Earls, F. J. (2001). Youth exposure to violence: Prevalence, risks, and consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 298–310.
- Razvojna travmatska motnja: o smiselnosti uvajanja nove diagnostične kategorije
- Carrión, V. G., Haas, B. W., Garrett, A., Song, S. in Reiss, A. L. (2010). Reduced hippocampal activity in youth with posttraumatic stress symptoms: an fMRI study. *Journal of pediatric psychology*, 35(5), 559–569.
- Cicchetti, D. in Rogosch, F. A. (2007). Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: A multilevel perspective. *Development and Psychopathology*, 19(3), 787–809.
- Cloitre M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 216(3), 129–131. https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43
- Cloitre, M., Brewin, C. R., Kazlauskas, E., Lueger-Schuster, B., Karatzias, T., Hyland, P. in Shevlin, M. (2021). Commentary: The need for research on PTSD in children and adolescents - a commentary on Elliot et al. (2020). *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 62(3), 277–279. https://doi.org/10.1111/jcpp.13361
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. in Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress*, 24(6), 615–627. https://doi.org/10.1002/jts.20697
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C. in Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119–124. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80060-7
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T. in Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. https://doi.org/10.1111/acps.12956
- Condly, S. J. (2006). Resilience in children: A review of literature with implications for education. *Urban Education*, 41(3), 211–236. doi: 10.1177/0042085906287902
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liatoud, J., Mallah, K., Olafson, E. in van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398.
- Corbin, T.J., Purtle, J., Rich, L.J., Rich, J.A., Adams, E.J., Yee, G. in Bloom, S.L. (2013). The prevalence of trauma and childhood adversity in an urban, hospital-based violence intervention program. *Journal of Health Care Poor Underserved* 24(3), 1021-30.
- Cozolino, L. (2017). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain* (3. izd.). W W Norton & Co.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B. in Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behavior, research and therapy*, 45(7), 1683–1691.
- Cruz, D., Lichten, M., Berg, K. in George, P. (2022). Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment. *Front. Psychiatry*, 13, 800687. https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.800687
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. in van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *The American journal of orthopsychiatry*, 82(2), 187–200. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., Hall, J. in Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a socio-demographically matched study. *Biological psychiatry*, 52(11), 1066–1078.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M. in Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 28, 771–84.
- Duhig, M., Patterson, S., Connell, M., Foley, S., Capra, C., Dark, F., Gordon, A., Singh, S., Hides, L., McGrath, J. J. in Scott, J. (2015). The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(7), 651–659.
- Ehrental, J. C., Levy, K. N., Scott, L. N. in Granger, D. A. (2018). Attachment-Related Regulatory Processes Moderate the Impact of Adverse Childhood Experiences on Stress Reaction in Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 32(Suppl), 93–114. https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.supp.93
- Endo, T., Sugiyama, T. in Someya, T. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 434–438.
- Erzar, T. in Kompan Erzar, K. (2011). *Teorija navezanosti*. Celjska Mohorjeva družba.

- Facer-Irwin, E., Karatzias, T., Bird, A., Blackwood, N. in MacManus, D. (2022). PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychological medicine*, 52(13), 2794–2804. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004936>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M.P. in Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. in Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect*, 31(1), 7–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Fisher, L., Ames, W. E., Chisholm, K. in Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20(1), 67–82.
- Forbes, D., Lloyd, D., Nixon, R. D., Elliott, P., Varker, T., Perry, D., Bryant, R. A. in Creamer, M. (2012). A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 442–452.
- Ford, J. D. (2008). Trauma, posttraumatic stress disorder, and ethnoracial minorities: Toward diversity and cultural competence in principles and practices. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(1), 62–67.
- Ford, J. D. in Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Ford, J. D. in Developmental Trauma Disorder Work Group (2011). *Developmental Trauma Disorder Semi-Structured Interview (DTD-SI)*. University of Connecticut Health Center, Center for the Treatment of Developmental Trauma Disorder.
- Ford, J. D., Fraleigh, L. A. in Connor, D. F. (2010). Child abuse and aggression among seriously emotionally disturbed children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(1), 25–34.
- Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B. in Chan, G. (2022). Toward an empirically based Developmental Trauma Disorder diagnosis and semi-structured interview for children: The DTD field trial replication. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(6), 628–639.
- Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B. in Grasso, D. J. (2018). Toward an Empirically Based Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children: Factor Structure, Item Characteristics, Reliability, and Validity of the Developmental Trauma Disorder Semi-Structured Interview. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(5), 17m11675. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11675>
- Foster, A. L., D'Andrea, W., Fehertoi, N., Healy, C. J. in Miller, A. (2019). Assessing the Validity and Clinical Utility of a Developmental Trauma Diagnosis in Ethnic Minority Adolescents. *Journal of Child & adolescent trauma*, 12(4), 479–488.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A. in Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750–769.
- Frydman, J. S. in McLellan, L. (2014). Complex trauma and executive functioning: Envisioning a cognitive-based, trauma-informed approach to drama therapy. V N. Sajjani in D. R. Johnson (Ur.), *Trauma-informed drama therapy: Transforming clinics, classrooms, and communities* (str. 179–205). Charles C Thomas.
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J. in McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Gekker, M., Coutinho, E. S. F., Berger, W., Luz, M. P. D., Araújo, A. X. G., Pagotto, L. F. A. D. C., Marques-Portella, C., Figueira, I. in Mendlowicz, M. V. (2018). Early scars are forever: Childhood abuse in patients with adult-onset PTSD is associated with increased prevalence and severity of psychiatric comorbidity. *Psychiatry research*, 267, 1–6.
- Giordano, A., Clarke, P. in Furter, R. (2014). Predicting Substance Abuse Relapse: The Role of Social Interest and Social Bonding. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 35. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1874.2014.00030.x>
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C. in Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical psychology review*, 80, 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>

- Gustafsson, P. E., Nilsson, D. in Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 18(5), 274–283. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0728-2>
- Herman, J. L., Perry, J. C. in van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 146, 490–495.
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A. in Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3), e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M. in Cloitre, M. (2019). Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results From a United Kingdom Population Sample. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 855–863. <https://doi.org/10.1002/jts.22444>
- Jankovic, J., Bremner, S., Bogic, M., Lecic-Tosevski, D., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Morina, N., Popovski, M., Schützwohl, M. in Priebe, S. (2013). Trauma and suicidality in war affected communities. *European Psychiatry*, 28, 514–20.
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M. in Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality disorders*, 11(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>
- Kain, K. L. in Terrell, S. J. (2018). *Nurturing resilience: Helping clients move forward from developmental trauma*. North.
- Kaminer, D., Seedat, S. in Stein, D. J. (2005). Post-traumatic stress disorder in children. *World psychiatry*, 4(2), 121–125.
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, L., Shahly, V., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., Girolamo, G., Graaf, R., Demlyttenaere, K., Ferry, F., Florescu, S. E., Haro, J. M., He, Y., Karam, A. N., Kawakami, N. in Kovess-Masfety, V. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the world mental health surveys. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 31, 130–42.
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I. in Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and anxiety*, 36(9), 887–894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Karatzias, T., Jowett, S., Begley, A. in Deas, S. (2016). Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. *European journal of psychotraumatology*, 7, 30713. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30713>
- Kelley, A. N., Curtis, M. G., & Wieling, E. (2022). Expanding the Traumatic Stress Framework to Incorporate a Socioecological Family Systems Perspective. *Family process*, 61(2), 476–489. <https://doi.org/10.1111/famp.12682>
- Kilanowski, J. F. (2017). Breadth of the Socio-Ecological Model. *Journal of gromedicine*, 22(4), 295–297.
- Kilpatrick, D., Resnick, H., Freedy, J., Pelcovitz, D., Resick, P., Roth, S. in van der Kolk, B. (1998). Posttraumatic Stress Disorder Field Trial: Evaluation of the PTSD construct - criteria A through E. V T. Widiger, A. Frances, H. Pincus, R. Ross, M. First, W. Davis in M. Kline (ur.), *DSM-IV Sourcebook* (Vol. 4, str. 803–844). American Psychiatric Association.
- Kim, J. in Cicchetti, D. (2006). Longitudinal Trajectories of Self-System Processes and Depressive Symptoms Among Maltreated and Nonmaltreated Children. *Child Development*, 77(3), 624–639.
- Kim-Spoon, J., Cicchetti, D. in Rogosch, F. A. (2013). A longitudinal study of emotion regulation, emotion lability-negativity, and internalizing symptomatology in maltreated and non-maltreated children. *Child Development*, 84(2), 512–527.
- King, J. A., Mandansky, D., King, S., Fletcher, K. E. in Brewer, J. (2001). Early sexual abuse and low cortisol. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 55(1), 71–74.
- Kitayama, N., Brummer, M., Hertz, L., Quinn, S., Kim, Y. in Bremner, J. D. (2007). Morphologic alterations in the corpus callosum in abuse-related posttraumatic stress disorder: a preliminary study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12), 1027–1029.

- Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J. in Adam, H. (2010). Multiple trauma and mental health in former Ugandan child soldiers. *Journal of traumatic stress*, 23(5), 573–581.
- Kompan Erzar, K. (2006). *Ljubezen umije spomin*. Založba Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Kong, S. in Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of clinical nursing*, 18(13), 1897–1907. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kuhar, M., Jeriček Klanšček, H., Zager Kocjan, G., Hočevar, A., Drglin, Z. in Mešl, N. (2020). *Obremenjujoče izkušnje v otroštvu in posledice v odraslosti*. Univerza v Ljubljani in Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kuhar, M. in Zager Kocjan, G. (2022). Adverse childhood experiences and somatic symptoms in adulthood: A moderated mediation effects of disturbed self-organization and resilient coping. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 14(8), 1288–1298. <https://doi.org/10.1037/tra0001040>
- Lasič Andrejević, T. (2023). *Razvojna travmatska motnja: O smiselnosti uvajanja nove diagnostične kategorije*. Diplomska naloga. SFU Ljubljana.
- Ledford, H. (2013). Psychiatry framework seeks to reform diagnostic doctrine. *Nature*, 10 May 2013. <https://www.nature.com/articles/nature.2013.12972>
- LeDoux, J. (2015). *Anxious: The Modern Mind in the Age of Anxiety*. Oneworld Publications.
- Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C. in Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical psychology review*, 87, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102036>
- Maercker A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Martin, S. in Strodl, E. (2023). The relationship between childhood trauma, eating behaviours, and the mediating role of metacognitive beliefs. *Appetite*, 188, 106975. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106975>
- Maturana, H. R. in Varela, F. J. (1998). *Drevo spoznanja*. Studia Humanitatis.
- Maughan, A. in Cicchetti, D. (2002). Impact of Child Maltreatment and Inter-Adult Violence on Children's Emotion Regulation Abilities and Socio-Emotional Adjustment. *Child Development*, 73, 1525–1542.
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Humphreys, K. L., Belsky, J. in Ellis, B. J. (2021). The Value of Dimensional Models of Early Experience: Thinking Clearly About Concepts and Categories. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1463–1472.
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A. in Guinn, A. S. (2018). Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011–2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA pediatrics*, 172(11), 1038–1044.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Poole, C. in Tor, S. (1998). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry*, 173, 482–88.
- Moore, J. L., Houck, C., Hirway, P., Barron, C. E. in Goldberg, A. P. (2020). Trafficking Experiences and Psychosocial Features of Domestic Minor Sex Trafficking Victims. *Journal of interpersonal violence*, 35(15–16), 3148–3163. <https://doi.org/10.1177/0886260517703373>
- Niemantsverdriet, M. B. A., Slotema, C. W., Blom, J. D., Franken, I. H., Hoek, H. W., Sommer, I. E. C. in van der Gaag, M. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Scientific reports*, 7(1), 13920. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13108-6>
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neuro sequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14(4), 240–255.
- Perry, B. D., Griffin, G., Davis, G., Perry, J. A. in Perry, R. D. (2018). The impact of neglect, trauma, and maltreatment on neurodevelopment: Implications for juvenile justice practice,

- programs, and policy. V A. R. Beech, A. J. Carter, R. E. Mann in P. Rotshtein (ur.), *The Wiley Blackwell Handbook of forensic neuroscience* (str. 815–835). Wiley Blackwell.
- Pinheiro, P.S. (2006). *World Report on Violence against Children*. United Nations Secretary.
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K. in Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology*, 36(5), 679–688.
- Pressley, J. in Smith, R. (2017). No Ordinary Life: Complex Narratives of Trauma and Resilience in Under-Resourced Communities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(2), 137–154.
- Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I. in Vanderlinden, J. (2021). Mediating Factors between Childhood Traumatic Experiences and Eating Disorders Development: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(2), 114. <https://doi.org/10.3390/children8020114>
- Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fislis, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A. in Pitman, R. K. (2014). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. V van der Kolk, B. A., *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma* (str. 51 – 53). Viking.
- Reese, E. M., Barlow, M. J., Dillon, M., Villalon, S., Barnes, M. D. in Crandall, A. (2022). Intergenerational Transmission of Trauma: The Mediating Effects of Family Health. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 5944. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105944>
- Robinson, T. in Breaux, M. (2019). Theoretical frameworks for understanding child maltreatment. *Crime victim's institute report*, 6. [http://dev.cjcenter.org/\\_files/cvi/86-brief-2019-08.pdf](http://dev.cjcenter.org/_files/cvi/86-brief-2019-08.pdf)
- Rocha-Rego, V., Fiszman, A., Portugal, L. C., Garcia Pereira, M., de Oliveira, L., Mendlowicz, M. V., Marques-Portella, C., Berger, W., Freire Coutinho, E. S., Mari, J. J., Figueira, I. in Volchan, E. (2009). Is tonic immobility the core sign among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD? *Journal of affective disorders*, 115(1–2), 269–273
- Rogosch, F. A. in Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1071–1089.
- Romanowicz, M., McKean, A. J. in Vande Voort, J. (2017). A case of a four-year-old child adopted at eight months with unusual mood patterns and significant polypharmacy. *BMC Psychiatry*, 17, 330. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1492-y>
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205–209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.001>
- Samudra, M., Davis, S., Gupta, N., Chaudhury, S. in Saldanha, D. (2021). Association of childhood psychological trauma with eating disorders in undergraduate medical students. *Industrial psychiatry journal*, 30(Suppl 1), S120–S126. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.328802>
- Sapolsky, R. M. (2015). Stress and the brain: individual variability and the inverted-U. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1344–1346
- Scheeringa, M. S. (2006). Posttraumatic stress disorder: Clinical guidelines and research findings. V J. L. Luby (ur.), *Handbook of Preschool Mental Health: Development, Disorders, and Treatment* (str. 165–185). The Guilford Press.
- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W. in Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: an empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 359–367.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A. in Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 52–60. doi: 10.1097/00004583-200101000-00016
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J. in Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(2), 191–200. doi: 10.1097/00004583-199502000-00014
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H. in Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: Towards an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28(9), 770–782. doi: 10.1002/da.20736.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. in Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561–570. doi: 10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14
- Schore, J. R. in Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect

- regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9–20.
- Schore, A. N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(3), 388–397.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F. in Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. World Health Organization.
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R. in Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1419749. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2019). The mind in psychotherapy: An interpersonal neurobiology framework for understanding and cultivating mental health. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 92(2), 224–237.
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L.-J., Ford, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R., Briggs, E. C., Stolbach, B. in Kisiel, C. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 18–28.
- Spinazzola, J., van der Kolk, B. in Ford, J. D. (2018). When Nowhere Is Safe: Interpersonal Trauma and Attachment Adversity as Antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder. *Journal of traumatic stress*, 31(5), 631–642.
- Stein, D. J., Shoptaw, S. J., Vigo, D. V., Lund, C., Cuijpers, P., Bantjes, J., Sartorius, N. in Maj, M. (2022). Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World psychiatry*, 21(3), 393–414. <https://doi.org/10.1002/wps.20998>
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal world of the infant*. Basic Books.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L. in van Ijzendoorn, M. (2014). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50.
- SURS. (2023). *Kazalniki dohodka, revščine in socialne izključenosti, 2022: Več prebivalcev pod pragom tveganja revščine*. <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/10898>
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool. (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1504–1512.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P. in Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 27(1-2), 33–44.
- Teicher, M. H. in Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatr*, 57, 241–266.
- The British Psychological Society. (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift*. DCP Position Statement. <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/06/DCP-classification-of-behavior-and-experience.pdf>
- Tierney, A. L. in Nelson, C. A. (2009). Brain Development and the Role of Experience in the Early Years. *Zero to three*, 30(2), 9–13.
- Topitzes, J., Pate, D. J., Berman, N. D. in Medina-Kirchner, C. (2016). Adverse childhood experiences, health, and employment: A study of men seeking job services. *Child abuse & neglect*, 61, 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.012>
- Turner, H. A., Finkelhor, D. in Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American journal of preventive medicine*, 38(3), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World population prospects 2022*. <https://population.un.org/wpp/>
- Uradni list RS. (2008). *Zakon o preprečevanju nasilja v družini*. Uradni list RS, št. 16/08.

- <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/84974>
- van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Clinics of North America*, 12, 293–317.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- van der Kolk, B. (2016). Commentary: The devastating effects of ignoring child maltreatment in psychiatry—a commentary on Teicher and Samson 2016. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 57(3), 267–270. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12540>
- van der Kolk, B., Ford, J. D. in Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562841. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562841>
- van Dijke, A., Hopman, J. A. B. in Ford, J. D. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1400878. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1400878>
- Villalta, L., Khadr, S., Chua, K. C., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R. M., Stringaris, A. in Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents: the role of emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1710400.
- Walsh, B. (2015). *The Science of Resilience: Why Some Children Can Thrive despite Adversity*. Harvard Graduate School of Education. March 23. [www.gse.harvard.edu/news/uk/15/03/science-resilience](http://www.gse.harvard.edu/news/uk/15/03/science-resilience).
- Wamser-Nanney, R., Cherry, K. E., Campbell, C. in Trombetta, E. (2021). Racial Differences in Children's Trauma Symptoms Following Complex Trauma Exposure. *Journal of interpersonal violence*, 36(5-6), 2498–2520. <https://doi.org/10.1177/0886260518760019>
- Weathers, F. W., Huska, J. A. in Keane, T. M. (1991). *PCL-C for DSM-IV*. National Center for PTSD.
- Werner, E. E. in Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press.
- Westphal, M., Olsson, M., Bravova, M., Gameroff, M. J., Gross, R., Wickramaratne, P., Pilowsky, D. J., Neugebauer, R., Shea, S., Lantigua, R., Weissman, M. in Neria, Y. (2013). Borderline personality disorder, exposure to interpersonal trauma, and psychiatric comorbidity in urban primary care patients. *Psychiatry*, 76(4), 365–380. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.4.365>
- Wilde, J. L. in Dozois, D. J. A. (2019). A dyadic partner-schema model of relationship distress and depression: Conceptual integration of interpersonal theory and cognitive-behavioral models. *Clinical psychology review*, 70, 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.003>
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103–107.
- Woolgar, F., Garfield, H., Dalgleish, T. in Meiser-Stedman, R. (2022). Systematic Review and Meta-analysis: Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Preschool-Aged Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(3), 366–377.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11. izd.)*. <https://icd.who.int/>
- Yao, Z. F. in Hsieh, S. (2019). Neurocognitive mechanism of human resilience: a conceptual framework and empirical review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 5123. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245123>
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B. in McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(8), 510–518. <https://doi.org/10.1097/00005053-200208000-00003>