

STUDIJA NEGATIVNIH ISKUSTAVA U DETINJSTVU (ACE STUDIJA)

Istraživanje o negativnim
iskustvima u detinjstvu u Srbiji



STUDIJA NEGATIVNIH ISKUSTAVA U DETINJSTVU (ACE STUDIJA)

Istraživanje o negativnim iskustvima
u detinjstvu u Srbiji

Studija negativnih iskustava u detinjstvu (ACE studija)

Istraživanje o negativnim iskustvima u detinjstvu u Srbiji

Izdavač:

UNICEF u Srbiji

Za izdavača:

Ređina De Dominićis, direktorka UNICEF-a u Srbiji

Urednici:

Milica Pejović Milovančević i Oliver Tošković

Autori i autorke po azbučnom redu:

Milutin Kostić, Ljiljana Lazarević, Vanja Mandić Maravić, Marija Mitković Vončina, Jelena Radosavljev Kirćanski, Ana Stojković, Marina Videnović

Prevod:

Jelena Gledić

Dizajn:

Rastko Toholj

Štampa:

Igam, Beograd

Tiraž: 100

ISBN 978-86-80902-09-8

Beograd, mart 2019.

Sadržaj i stavovi izneti u publikaciji su stavovi autora i ne odražavaju stavove UNICEF-a.

Publikacija se može slobodno citirati. Zahteve za korišćenjem većih delova teksta treba uputiti UNICEF-u u Srbiji.

Za čitaoce koji žele da citiraju ovaj dokument, predlažemo da se koristi sledeća formulacija: UNICEF (2019).

Istraživanje o negativnim iskustvima u detinjstvu u Srbiji (ACE studija). Beograd: UNICEF, 2019.

Copyright © UNICEF u Srbiji

Zahvalnost

Brojni saradnici dali su svoj doprinos u pripremi ovog izveštaja.

Kvalitetu istraživanja i kontroli kvaliteta izveštaja doprineo je Upravni odbor istraživanja u sledećem sastavu: prof. dr Veronika Išpanović, prof. Nevenka Žegarac, dr Aleksandar Bojović, Božidar Dakić, dr Mirjana Živković Šulović, Vesna Nedeljkić i dr Vesna Knjeginjić. Zahvaljujemo Yongjije Yon i drugim kolegama i kolegicama iz Svetske zdravstvene organizacije koji su revidirali izveštaj.

Zahvalnost za sprovođenje terenskog dela istraživanja dugujemo velikoj grupi studenata i studentkinja psihologije koji su pravovremeno i kompetentno anketirali učesnike. Zahvaljujemo i svim učesnicima na otvorenosti za učestvovanje u anketi i vremenu koje su odvojili za nju.

Sadržaj

Predgovor	5
1. REZIME	7
1.1. Svrha studije	7
1.2. Metodologija	8
1.3. Glavni zaključci	8
1.4. Preporuke	9
2. TEORIJSKI OKVIR	11
2.1. Nacionalni kontekst ACE-a	11
2.2. Definicije ACE-a	14
2.3. Varijable povezane sa ACE-ima	17
2.3.1. Socio-demografski faktori i ACE-i	18
2.3.2. Fizičko zdravlje i ACE-i	18
2.3.3. Mentalno zdravlje i ACE-i	19
2.3.4. Ličnost i ACE-i	20
2.3.5. Vezivanje i ACE-i	21
2.3.6. Pozitivna iskustva u detinjstvu i ACE-i	22
2.3.7. Disciplinske prakse roditelja i ACE-i	22
2.3.8. Obrazovanje i ACE-i	22
2.3.9. ACE-i i blagostanje	24
2.4. Ciljevi studije	24
3. METODE	25
3.1. Instrumenti	26
3.1.1. ACE međunarodni upitnik	26
3.1.2. Upitnik za procenu zdravlja	27
3.1.3. Upitnik o porodičnoj zdravstvenoj istoriji	27
3.1.4. Kontrolna lista simptoma traume (TSC-40)	27
3.1.5. Skala pozitivnih iskustava u detinjstvu (BCE)	27
3.1.6. Iskustva u bliskim odnosima — revidirano (ECR-R)	27
3.1.7. Osnovne crte ličnosti — HEXACO	27
3.1.8. Crta Dezintegracije — skala DELTA	28
3.1.9. Upitnik o nesuicidalnom samopovređivanju (NSSI)	28

3.2. Pilot studija	28
3.3. Fokus grupa sa asistentima koji su radili na istraživanju	28
3.4. Ograničenja	29
3.5. Proces revizije	29
3.6. Etika	30
3.7. Upravljanje	30
4. REZULTATI	31
4.1. Opis uzorka	31
4.2. Negativna iskustva u detinjstvu	34
4.2.1. Odnos između različitih vrsta ACE-a	38
4.2.2. Socio-demografski korelati ACE-a	41
4.2.3. Fizičko zdravlje i ACE-i	44
4.2.4. Rizična ponašanja i ACE-i	48
4.2.5. Mentalno zdravlje i ACE-i	50
4.2.6. ACE-i i ličnost	53
4.2.7. Pozitivna iskustva u detinjstvu	55
4.2.8. Stavovi o telesnom kažnjavanju	58
4.2.9. Vezivanje u partnerskim odnosima	60
4.3. ACE-i i obrazovanje	62
4.3.1. ACE-i i napuštanje školovanja	62
4.3.2. ACE-i i nivo obrazovanja	63
5. PREPORUKE — KAKO PREKINUTI KRUG NASILJA	65
5.1. Univerzalna (primarna) prevencija ACE-a	65
5.2. Selektivna (sekundarna) prevencija	66
5.3. Indikovana (tercijarna) prevencija	67
5.4. Preporuke za buduća istraživanja ACE-a	68
Literatura	69
Prilog	80
Spisak učesnika	107

Predgovor

Studija je istraživala negativna iskustva u detinjstvu (ACE — Adverse Childhood Experience) kao traumatična životna iskustva koja se događaju pre 18. godine, a koja osoba pamti kada odraste:

- Različite oblike zlostavljanja dece
- Druge nepovoljne okolnosti u domaćinstvu ili široj okolini deteta.

Studija je obuhvatila 2.792 ispitanika koja su pristala da učestvuju u istraživanju, i kojima se zahvaljujemo na vremenu i dobroj volji.

Koliko osoba je iskusilo svaki od različitih oblika ACE-a?

- Fizičko zlostavljanje 13,6% (višestruko)
- Psihološko zlostavljanje 26,3% (višestruko)
- Zlostavljanje majke od strane partnera 12,1% (višestruko)
- Zlostavljanje oca od strane partnera 5,6% (višestruko)
- Seksualno zlostavljanje 2,8%
- Fizičko zanemarivanje 5,6% (višestruko)
- Psihološko zanemarivanje 10,5% (višestruko)
- Alkoholizam u porodici 16,7%
- Zloupotreba droga u porodici 1,9%
- Depresija u porodici 13,0%
- Samoubistvo u porodici 4,6%
- Član porodice u zatvoru 5,6%
- Rastavljeni roditelji 15,1%
- Nasilničko ponašanje 11,0% (višestruko)
- Učešće u tuči 19,7% (višestruko)
- Nasilje u zajednici 37,7% (višestruko)
- Kolektivno nasilje 3,3% (višestruko)

Na svakih 100 odraslih osoba u Srbiji, njih oko 70 je više puta iskusilo barem jedan od oblika ACE-a tokom detinjstva, a njih oko 20 je iskusilo 4 ili više:

- 0 ACE-a 28,8%
- 1 ACE 25,0%
- 2–3 ACE-a 26,5%
- 4+ ACE-a 19,7%

Ko su osobe sa većim brojem ACE-a?

- ▶ osobe iz **urbanih sredina**
- ▶ osobe koje **nisu u partnerskom odnosu**
- ▶ osobe **muškog pola**
- ▶ **mlađi** ispitanici (uzrasta od 18 do 29 godina)
- ▶ osobe **nižeg nivoa obrazovanja**, koje su **napuštale školovanje, izostajale iz škole**, koje su bile žrtve ili počinioci **nasilja u školi**
- ▶ osobe sa **manje pozitivnih iskustava u detinjstvu** (BCE — *Benevolent Childhood Experiences*)
- ▶ osobe sa određenim crtama ličnosti — posebno sa **više izraženom crtom Dezintegracije** (neobični, čudni, skloni kršenju pravila, tvrdoglavi, osećaju se nepopularnim, skloniji tome da se osećaju manje živo i optimistično).

Na koje psihosocijalne i zdravstvene probleme nailazimo kod onih koji su iskusili veći broj ACE-a?

- ▶ **abortusi**
- ▶ **zloupotreba supstanci** — pušenje, konzumiranje alkohola, zloupotreba droga
- ▶ **samodestruktivno ponašanje** — pokušaji samoubistva, nesuicidalno samopovređivanje
- ▶ **simptomi povezani sa mentalnim zdravljem** — disocijacija, problemi sa spavanjem, seksualna disfunkcija, panika, nekontrolisani bes
- ▶ **fizička oboljenja** — respiratorni, gastrointestinalni i kardiovaskularni problemi, dijabetes, neurološki simptomi
- ▶ snažnija podrška **telesnom kažnjavanju** kao načinu disciplinovanja (među onima koji su roditelji)
- ▶ više izraženo **nesigurno vezivanje** u partnerskim odnosima, što dovodi do lošijeg kvaliteta veze.

1. REZIME

1.1. SVRHA STUDIJE

Po izveštaju Svetske zdravstvene organizacije (SZO) (WHO, 2014), jedna četvrtina svih odraslih osoba tvrdi da su bili fizički zlostavljani u detinjstvu, a jedna od pet žena tvrde da su bile seksualno zlostavljane u detinjstvu. Prvi izveštaj SZO-a o sprečavanju zlostavljanja dece ukazao je na potrebu da se ulaže u prevenciju nasilja, jer ono predstavlja ozbiljan problem za javno zdravlje i ima celoživotne posledice. Većina stručnih mišljenja o dobrim praksama zaključuje da je multi-sektorski, interdisciplinarni pristup najefikasniji način zajedničkog rada na pružanju zaštite deci (npr. Department of Health for England and Wales Audit Office, 2015; Gilbert, Widom, Browne et al., 2009).

Negativno iskustvo u detinjstvu (ACE — *Adverse Childhood Experience*) označava traumatično životno iskustvo koja se događa pre 18. godine, a koje osoba pamti kada odraste. Primeri ACE-a su: fizičko zlostavljanje, emocionalno zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, alkoholizam u porodici, zloupotreba droga u porodici, depresija ili bilo koje drugo mentalno oboljenje u porodici, samoubistvo u porodici, član porodice u zatvoru, zlostavljanje majke od strane partnera, zlostavljanje oca od strane partnera, rastavljeni roditelji, psihološko zanemarivanje, fizičko zanemarivanje, nasilničko ponašanje, učešće u tuči, nasilje u zajednici i kolektivno nasilje.

Svrha studije je bila istraživanje rasprostranjenosti faktora rizika, ACE-a i njihovih posledica u smislu zdravstvenih i obrazovnih ishoda na nacionalno reprezentativnom uzorku odraslih osoba uzrasta 18–65 godina u Srbiji. Imajući u vidu značaj posledica ACE-a u smislu njihovog negativnog uticaja na zdravstvene i druge ishode, bilo je važno dopuniti postojeće nalaze istraživanjem rasprostranjenosti faktora rizika, ACE-a i njihovih posledica u smislu mentalnog i somatskog zdravlja i obrazovnih ishoda na nacionalno reprezentativnom uzorku odraslih osoba u Srbiji. Takođe je bilo veoma važno istražiti povezanosti ACE-a sa načinom funkcionisanja u bliskim odnosima i sa roditeljskim postupcima, jer bi se time dobile specifične smernice za prevenciju zlostavljanja dece. Bilo je nužno i razdvajanje posledica ACE-a od drugih značajnih životnih događaja.

Specifični oblici negativnih iskustava procenjivani su pomoću više pitanja, a ključni ciljevi istraživanja odnosili su se na:

- ▶ rasprostranjenost ACE-a tokom prvih 18 godina života u srpskom reprezentativnom uzorku;
- ▶ istraživanje rasprostranjenosti izloženosti različitim vrstama zlostavljanja i zanemarivanja (fizičko zlostavljanje i zanemarivanje, psihološko (emocionalno) zlostavljanje i zanemarivanje, seksualno zlostavljanje);
- ▶ utvrđivanje rasprostranjenosti izloženosti različitim vrstama disfunkcionalnosti u domaćinstvu (alkohol i droga, zlostavljanje u porodici, rastavljeni ili razvedeni roditelji, nasilje u porodici i sl.);
- ▶ utvrđivanje rasprostranjenosti različitih oblika zdravstveno-rizičnih ponašanja (zloupotreba alkohola i droga, samoubilačko ponašanje i sl.);
- ▶ istraživanje mogućeg uticaja ACE-a na zdravstveno-rizična ponašanja;
- ▶ uočavanje međupovezanosti između različitih oblika ACE-a;
- ▶ određivanje kumulativnog uticaja više kategorija ACE-a na ponašanja štetna po zdravlje;
- ▶ određivanje povezanosti ACE-a sa problemima vezanim za somatsko i mentalno zdravlje, ličnost, vezivanje i stavove o roditeljstvu (uz kontrolu uticaja drugih životnih događaja);
- ▶ uočavanje uticaja ACE-a i povezanosti ACE-a sa obrazovnim ishodima i trenutnim socio-ekonomskim statusom ispitanika.

1.2. METODOLOGIJA

Istraživanje ACE-a izvršeno je kao studija preseka, sprovedena metodologijom prikupljanja podataka licem-u-lice, putem računarski potpomognutog ličnog intervjuisanja (CAPI — *computer-assisted personal interviewing*). Studija je rađena na reprezentativnom uzorku dobijenom višestepenim slučajnim uzorkovanjem, sa stratifikovanim klaster uzorkom u prvoj fazi i slučajnim uzorkom u drugoj fazi. Konačni uzorak obuhvatao je 2.792 ispitanika, a ispitanici iz urbanih i ruralnih sredina su gotovo podjednako zastupljeni u uzorku.

Osnovni paket istraživačkih instrumenata razvijen je na osnovu metodologije koju su preporučili američki Centri za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC — *The Centers for Disease Control and Prevention*) i SZO (verzija koja je adaptirana za potrebe ranije sprovedene ACE studije u Srbiji). Paket je obuhvatao upitnike koji procenjuju ACE i ličnu i porodičnu zdravstvenu istoriju. Određeni oblici negativnih iskustava su procenjivani pomoću više pitanja i ocenjivani na dva načina, kao „ikada” i „često” doživljeni ACE, tj. koristeći kriterijum *blaže* (iskustvo koje se dogodilo jednom ili dva puta), odnosno *teže* (iskustvo koje se dogodilo mnogo puta). Ostali oblici ACE-a su ocenjivani kao binarne varijable. Ukupni ACE skorovi („ikada” i „često”) predstavljaju broj različitih oblika ACE-a koji su se dogodili u detinjstvu i adolescenciji ispitanika. Dodatni upitnici su za cilj imali procenu psihijatrijskih simptoma, osnovnih crta ličnosti, vezivanja u partnerskim odnosima, stavova vezanih za roditeljstvo (telesno kažnjavanje), pozitivnih iskustava u detinjstvu (BCE — *benevolent childhood experiences*), obrazovanja (rasprostranjenost napuštanja školovanja, učestalost problema u školi, postignuti nivo obrazovanja i radni status), kao i drugih socio-demografskih varijabli, kako bi se dobila dublja slika uticaja i posledica ACE-a. Svi instrumenti su administrirani u obliku samoprocene, sa rodno-specifičnim pitanjima kod osnovnih instrumenata.

Uspostavljen je Upravni odbor (UO) kojim je predsedavao Institut za psihologiju, sa članovima iz Instituta za mentalno zdravlje, SZO-a, Ministarstva zdravlja Republike Srbije i UNICEF-a. UO je služio kao referentna grupa za ovo istraživanje i omogućio da se proces revizije rada sprovede na sistematičan, konsultativan način. Etičke mere zaštite su implementirane u skladu sa UNICEF-ovom procedurom za etičke standarde u istraživanju (*UNICEF Procedure for Ethical Standards in Research, Evaluation, Data Collection and Analysis*), a prateći UNICEF-ova uputstva za primenu etičkih praksi u istraživanju (*Strategic Guidance Note on Institutionalizing Ethical Practice for UNICEF Research*).

1.3. GLAVNI ZAKLJUČCI

Četiri ili više ACE-a su zabeležena u oko 40% ispitanika, po kriterijumu blaži ACE (ikada doživljeni ACE), i u oko 20% po kriterijumu teži ACE (česti ACE). Osobe muškog pola su češće doživljavale različite oblike ACE-a: češće su bili žrtve nasilničkog ponašanja, učestvovali u tučama, bili svedoci nasilja u zajednici i svedoci kolektivnog nasilja. Žene su češće doživljavale suživot sa osobom koja boluje od depresije. Ekonomski status nije bio povezan sa rasprostranjenošću ACE-a, bez obzira na metod ocene. Ispitanici iz urbanih sredina su bili više izloženi različitim oblicima ACE-a, kao što su fizičko zlostavljanje, psihološko zlostavljanje, rastava roditelja, nasilničko ponašanje i nasilje u zajednici. Veći broj registrovanih ACE-a u detinjstvu bio je povezan sa samačkim statusom u vreme sprovođenja studije (psihološko zlostavljanje, psihološko zanemarivanje, fizičko zanemarivanje i nasilničko ponašanje). Viši broj ACE-a značajno je korelirao sa nizom ponašanja vezanih za zdravlje i zdravstvenih problema (respiratorni, gastrointestinalni i kardiovaskularni problemi; neurološki simptomi), što pokazuje da je veća raznolikost ACE-a povezana sa većom verovatnoćom pojave fizičkih zdravstvenih problema. Suprotno očekivanjima, dijabetes je bio samo slabo povezan sa češćim ACE-ima. Više doživljenih ACE-a je dalje bilo povezano sa lošijom percepcijom sopstvenog zdravlja.

Viši broj ACE-a je takođe bio značajno povezan sa većim intenzitetom različitih problema mentalnog zdravlja povezanih sa traumom, kao što su disocijacija, poremećaji sna i seksualni problemi. Osim toga, oni koji su iskusili više ACE-a poput fizičkog zlostavljanja, psihološkog zlostavljanja, zlostavljanja majke od strane partnera, nasilničkog ponašanja, učešća u tuči i nasilja u zajednici i sl. obično su više konzumirali alkohol i droge. Zanimljivo je da konzumacija alkohola nije bila u korelaciji sa porodičnom istorijom alkoholizma ili zloupotrebe droga. Ispitanici koji

su doživeli više ACE-a su češće pokušavali samoubistvo, kao i nesuicidalno samopovređivanje (NSSI — *non-suicidal self-injury*) (viši ACE skor po kriterijumu „ikada” predvideo je više NSSI-a pre 18. godine, a viši ACE skorovi i za „ikada” i za „često” predviđali su veću učestalost NSSI-a nakon 18. godine). Od svih ACE-a, samo tri se javljaju kao značajni korelati NSSI-a — seksualno zlostavljanje, član porodice u zatvoru i zlostavljanje oca od strane partnera.

Određeni broj ACE-a je takođe bio značajno povezan sa crtama ličnosti (dimenzijom Dezintegracije). Osobe sa najvišim ACE skorovima se mogu opisati kao neobične, čudne, sklone kršenju pravila radi lične koristi i motivisane materijalnom dobiti, kao i sklone laskanju kako bi dobile ono što žele. Kad su u pitanju oni koji su im naudili, ove osobe zlopamte. Tvrdo glave su i svadljive, često smatraju da nisu popularne, ne vole da budu u centru pažnje, a i skloniji su tome da se osećaju manje živo i optimistično.

Viši ACE skorovi su takođe bili povezani sa nesigurnim vezivanjem u partnerskim odnosima (viša anksioznost i, u manjoj meri, izbegavanje kod vezivanja). Dimenzije vezivanja su donekle posredovale u vezi između višeg ACE skora (česti ACE) i kvaliteta partnerskog odnosa, kao i višeg ACE skora (česti ACE) i problema mentalnog zdravlja povezanih sa traumom.

Pored ACE-a, određena pozitivna iskustva u detinjstvu (BCE) bila su prediktori psihijatrijskih simptoma povezanih sa traumom, u smislu njihovog zaštitnog dejstva. Simptomi povezani sa traumom bili su najmanje teški kod onih sa niskim ACE-ima i visokim BCE-ima; bili su teži kod onih sa niskim i ACE-ima i BCE-ima, još teži kod onih sa visokim ACE-ima i visokim BCE-ima, a najteži kod onih sa visokim ACE-ima i niskim BCE-ima. Nezavisni efekti BCE-a nisu u potpunosti kompenzovali negativni uticaj ACE-a na simptome povezane sa traumom.

U ovoj studiji, više od polovine ispitanika se nije slagalo da je udaranje dece korisna roditeljska disciplinska praksa, dok se oko 70% nije slagalo sa izjavom: „batina je iz raja izašla” kad je u pitanju podizanje dece. Broj ACE-a (skor „ikada” doživljeni ACE) bio je u veoma slaboj korelaciji sa podrškom telesnom kažnjavanju. Međutim, oni koji su češće dobijali batine u detinjstvu bili su skloniji podržavanju telesnog kažnjavanja. I ovaj efekat je bio slab, ali veći od ACE skora.

Kad je u pitanju obrazovanje, oko 18% ispitanika je napustilo školu ili fakultet. Rasprostranjenost napuštanja školovanja se povećavala sa brojem ACE-a. Skoro jedna od pet osoba koje su iskusile četiri ili više ACE-a su navele da su napustile školovanje pre završetka. ACE skorovi po oba kriterijuma („ikada” i „često”) bili su viši kod onih sa većim brojem problema u školi (izostajanje, izloženost školskom nasilju i javljanje nasilnog ponašanja), sa srednjom veličinom efekta. Deca koja su bila izložena nasilju kod kuće ili na nivou zajednice su takođe bila izložena nasilju i/ili ispoljavala nasilno ponašanje u školskom okruženju. Viši skorovi za česte ACE-e su bili slabo povezani sa višim nivoom obrazovanja. Suprotno očekivanjima, ACE skorovi nisu bili povezani sa radnim statusom.

1.4. PREPORUKE

Sprečavanje ACE-a može da poboljša zdravlje tokom čitavog života, unapređujući blagostanje i produktivnost osobe. Zdravstveni, socijalni, krivičnopravni i obrazovni sistemi bi verovatno svi imali bolje rezultate kad je u pitanju populacija Srbije ako bi se sprečili ACE-i. Rezultati ovog istraživanja su namenjeni donosiocima odluka i stručnjacima odgovornim za kreiranje i sprovođenje politika i programa za prevenciju i zaštitu od nasilja. Rezultati pružaju dokaz o razmeri ovog problema u Srbiji, što je osnova za zalaganje za dalja ulaganja u prevenciju nasilja. Ukupni nalazi su smernica za buduće planiranje i razvoj intervencija koje bi za cilj imale sprečavanje nasilja, kao i za razvoj programa podrške žrtvama nasilja. Rezultati ovog istraživanja će biti značajni za stručna lica koja se bave pitanjima vezanim za ACE-e, kao i za širu javnost, kako bi se podigla svest o uticaju zlostavljanja i zanemarivanja u detinjstvu. Nalazi će biti od ključnog značaja za sistem socijalne zaštite, jer mogu doprineti unapređenju alata i procedura za procenu rizika, kao i oblikovanju službi koje se ciljano bave porodicama koje žive u uslovima višestruke deprivacije, gde su deca „na ivici” sistema zaštite i pod rizikom od stavljanja pod starateljstvo.

Treba da postoji saradnja i razmena informacija između stručnjaka i institucija uključenih u prevenciju kad su u pitanju posledica ACE-a. Na primer, bilo koji stručnjak ili stručno lice koje je u kontaktu sa detetom izloženim ACE-ima treba da obavesti lekara opšte prakse tog deteta, kako bi se sproveli određeni preventivni koraci, kao i

određeni redovni pregledi, i tako sprečile moguće zdravstvene posledice ACE-a. Iako bi obrazovanje o negativnim posledicama zloupotrebe droga ili problemima mentalnog zdravlja trebalo da postoji u svim školama ili socijalnim i zdravstvenim ustanovama za decu i mlade, potrebno je i posebno se fokusirati na onu decu za koju je ustanovljeno da imaju više ACE-a, ili koja su žrtve zlostavljanja i zanemarivanja.

Neophodno je staviti veći naglasak na pozitivna iskustva u detinjstvu u smislu procene i intervencije, pošto ona imaju zaštitno dejstvo na razvoj i rezilijentnost. Treba preporučiti svim stručnim licima da procenjuju pozitivna iskustva kod dece, jer su pozitivna iskustva sastojci lične zaštite od maladaptacije. Neophodno je obrazovanje roditelja, budućih roditelja, kao i stručnih lica koja rade sa decom i adolescentima u domenu prepoznavanja prisustva zaštitnih faktora. Obrazovanje adolescenata o zaštitnim faktorima i pružanju pomoću u jačanju tih faktora bi bilo od velikog značaja (npr. podizanje njihove svesti o pozitivnim iskustvima u detinjstvu, podsticanje da traže pomoć kada im nedostaje takvih iskustava i sl.).

Eksplicitna zabrana telesnog kažnjavanja dece i adolescenata u okviru nacionalnog zakonodavstva o porodičnom pravu je nužna. Neophodno je dalje obrazovanje stručnih lica koja rade sa decom i adolescentima, kao i roditelja, sa ciljem podizanja svesti, sposobnosti prepoznavanja i volje da se reaguje u slučajevima telesnog kažnjavanja. Roditeljstvo može biti prekretnica u sprečavanju telesnog kažnjavanja u sledećoj generaciji.

Obrazovni sistem treba osnažiti kako bi uspešnije kompenzovao ili umanjio efekte ACE-a. Potrebne su međusektorske saradnje i organizacija zajedničkih aktivnosti kako bi se postiglo puno dejstvo interventnih programa. Kada se razmatraju načini za sprečavanje napuštanja školovanja, deo intervencija bi trebao da bude fokus na zlostavljanu decu i njihove specifične obrazovne potrebe.

Strategije za sprečavanje ACE-a treba da budu usmerene na sve nivoe prevencije — univerzalnu (koja se odnosi na opštu populaciju), selektivnu (koja se odnosi na rizične populacije) pre nego što dođe do ACE-a; kao i indikovano prevenciju (kojom se sprečavaju nastavak i posledice ACE-a) nakon što dođe do negativnih iskustava. Nacionalni koraci za prevenciju bi trebalo implicitno da uzmu u obzir izveštaj SZO-a o globalnom stanju prevencije nasilja iz 2014. godine (*Global Status Report on Violence Prevention*), u kojem se predlažu sledeći načini za sprečavanje nasilja:

- razvijanje bezbednih, stabilnih i negujućih odnosa između dece i njihovih roditelja i staratelja;
- razvijanje životnih veština kod dece i adolescenata;
- smanjivanje dostupnosti i štetne upotrebe alkohola;
- smanjivanje pristupa pištoljima i noževima;
- promovisanje rodne ravnopravnosti kako bi se sprečilo nasilje nad ženama;
- menjanje kulturnih i društvenih normi koje podržavaju nasilje;
- programi za identifikaciju žrtava i njihovu negu i podršku.

Kako bi se postigli gorepomenuti ciljevi, treba da se uključe različiti sektori i zainteresovane strane. Izveštaj SZO-a iz 2016. godine o sedam strategija za sprečavanje nasilja nad decom (*INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence Against Children*) elaborira pomenuto, pružajući specifične strategije za prevenciju koje uključuju niz državnih sektora: Primena i sprovođenje zakona (sektor pravde); Norme i vrednosti (sektori zdravlja, obrazovanja i socijalne zaštite); Bezbedna okruženja (ministarstva za unutrašnje poslove i plan i razvoj); Podrška roditeljima i starateljima (sektori zdravlja i socijalne zaštite); Prihodi i ekonomsko osnaživanje (ministarstva finansija i rada); Službe za odziv i podršku (sektori zdravlja, pravde i socijalne zaštite); Obrazovanje i životne veštine (obrazovni sektor).

2. TEORIJSKI OKVIR

2.1. NACIONALNI KONTEKST ACE-a

Prevenција i suzbijanje nasilja nad decom je prioritet nacionalnih politika u Srbiji. Prema Ustavu Republike Srbije, deca imaju ljudska prava primereno svom uzrastu i mentalnoj zrelosti; deca su zaštićena od mentalnog, fizičkog, ekonomskog i bilo kog drugog oblika iskorišćavanja i zlostavljanja (Član 64, stav 1 i 3). Uz to, porodice, majke, samohrani roditelji i deca imaju posebnu zaštitu (Član 66). Pravo na zaštitu od bilo kog oblika nasilja je osnovno pravo svakog deteta i definisano je Konvencijom o pravima deteta, kao i mnogim drugim međunarodnim i regionalnim sporazumima koje je Srbija ratifikovala, a kojima se regulišu pitanja zaštite ljudskih prava.

Ratifikovanjem Konvencije o pravima deteta, koje je stupilo na snagu 2. novembra 1990. godine, Srbija je preuzela obavezu primene mera kojima se sprečava nasilje nad decom, kao i pružanja zaštite deci od svih oblika nasilja u porodici, institucijama i širem društvenom okruženju. Članovi Konvencije o pravima deteta pokrivaju zaštite dece od:

- Fizičkog i mentalnog nasilja, iskorišćavanja i zlostavljanja (Član 19);
- Svih oblika seksualnog iskorišćavanja i zlostavljanja (Član 32);
- Otmice, prodaje ili trgovine decom (Član 35);
- Svih drugih oblika iskorišćavanja koja štete dobrobiti deteta (Član 36);
- Nehumanog i ponižavajućeg tretiranja i kažnjavanja (Član 37).

Konvencija takođe navodi obavezu države da pruži mere podrške za fizički i psihološki oporavak deteta koje je žrtva nasilja i za njegovu ili njenu reintegraciju u društvo (Član 39).

Po zvaničnom popisu stanovništva iz 2011. godine, u Srbiji ima 1.263.128 dece (Popis stanovništva, 2011), što je 17,3% populacije. Prevenција i suzbijanje nasilja nad decom i zaštita dece od nasilja su deo osnovnih prioriteta srpskih nacionalnih politika. Nacionalni plan akcije za decu koji je definisan za period od 2004. do 2015. godine sadržao je opšti okvir politika koje se odnose na decu. Kao deo tog plana, 2005. godine Vlada Srbije je usvojila Opšti protokol za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Cilj tog protokola je bilo obezbeđivanje okvira za postavljanje efikasne, operativne mreže za zaštitu dece od zlostavljanja, zanemarivanja, iskorišćavanja i nasilja. Uz Opšti protokol, usvojeni su i posebni sektorski protokoli kojima su definisane specifične uloge i procedure u procesu zaštite dece od zlostavljanja i zanemarivanja za svaki sektor u sistemu zaštite — agencije za rad i socijalnu zaštitu, obrazovanje, policija, zdravstvena zaštita i pravda.

Srbija je ratifikovala dva dodatna protokola uz Konvenciju o pravima deteta: Fakultativni protokol o prodaji dece, dečjoj prostituciji i dečjoj pornografiji, i Fakultativni protokol o učešću dece u oružanim sukobima, iz 2002. godine.

Pored Konvencije o pravima deteta, Srbija poštuje mnoge druge međunarodne dokumente i konvencije:

- Konvencija protiv mučenja i drugih svirepih, nehumanih ili ponižavajućih kazni ili postupaka (1984);
- Konvencija protiv transnacionalnog organizovanog kriminala (2000);
- Protokol za prevenciju, suzbijanje i kažnjavanje trgovine ljudskim bićima, naročito ženama i decom (2000);
- Konvencija Saveta Evrope o zaštiti dece od seksualnog iskorišćavanja i seksualnog zlostavljanja (Lansarotska konvencija) (2007/2010);
- Konvencija o sprečavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici (Istanbulska konvencija);
- Konvencija o visokotehnoškom kriminalu (Budimpeštanska konvencija) Saveta Evrope (2001);
- Konvencija Međunarodne organizacije rada (MOR) br. 138 (1973);
- Konvencija MOR br. 182 o najgorim oblicima dečijeg rada (1999);
- Evropska konvencija o ostvarivanju dečjih prava (1996, na snazi od 2000. godine);
- Strategija EU o pravima deteta; Smernice EU za promociju i zaštitu prava deteta (2007);
- Agenda EU za prava deteta (2011).

Srbija je bila izložena mnogim intenzivnim stresorima tokom poslednjih 20 godina, kao što su građanski rat u njenom okruženju, ekonomske sankcije Ujedinjenih nacija koje su trajale tri i po godine i 11 nedelja NATO bombardovanja 1999. godine. Posledice ovih događaja su uništena infrastruktura, veliki broj izbeglica i interno raseljenih lica, društvena nestabilnost, ekonomske poteškoće i propadanje zdravstvenog sistema (Lecic Tosevski & Draganic Gajic, 2005). Jedna od ozbiljnih posledica je takozvani odliv mozgova, jer je 300.000 mladih napustilo zemlju. U Srbiji BDP po glavi stanovnika iznosi oko 6.500 američkih dolara (UNICEF, 2017), a stopa nezaposlenosti je visoka i iznosi 12,9% (Statistical Office of the Republic of Serbia, 2018). Godine 2014. javni rashodi za zdravstvo su iznosili 10,4% BDP-a (WHO, 2016).

Vlada Srbije je 2008. godine usvojila Nacionalnu strategiju za prevenciju i zaštitu dece od nasilja za period 2009–2015. godine, a 2010. usvojen je akcioni plan za sprovođenje te strategije. Uz strategiju i akcioni plan, poboljšani su i zakoni vezani za nasilje nad decom kako bi se promovisalo njihovo sprovođenje. Iako nije izvršena formalna evaluacija, kojom bi se procenio uticaj Nacionalne strategije nakon njenog isteka, mnoge studije su pokazale da je nasilje nad decom u Srbiji i dalje široko rasprostranjeno.

U Srbiji je u toku obiman proces društvenih, političkih i ekonomskih reformi. Vremenom je izvršena temeljna reforma Srpskog pravnog sistema. Usvojeni su brojni materijalni i procesni zakoni zbog kojih je značajno poboljšan međunarodni ugled Srbije. Srbija je postala kandidat za članstvo u EU marta 2012. godine, a u januaru 2014. je održana međuvladina konferencija između Srbije i EU, čime je obeležen početak pregovora o pridruživanju. Ovaj proces zahteva dalju harmonizaciju nacionalnog zakonodavstva sa standardima i propisima EU, kao i njihovu punu primenu. To se odnosi i na oblast prevencije i zaštite dece od nasilja, gde su sprovedene brojne značajne reforme koje treba nastaviti i u budućnosti.

U procesu evrointegracija, u julu 2016. godine Srbija je otvorila Poglavlje 23. Primena Akcionog plana za Poglavlje 23 je jedan od prioriteta Vlade. Ovaj plan predviđa pravljenje nacrtu Strateškog okvira za prevenciju i zaštitu dece od nasilja 2017. godine, kao i pregled takozvanog mekog zakonodavstva.

Empirijski dokazi iz nacionalnog izveštaja Procesu istraživanja za politike i prakse (R3P) (UNICEF, 2017) ukazuju da su zanemarivanje i različiti oblici zlostavljanja i nasilja nad decom prisutni u svim segmentima društvenog života u Srbiji: unutar porodice, u vrtiću, u školi, u institucijama (za decu bez roditeljskog staranja, decu sa smetnjama u razvoju i/ili invaliditetom, decu u sukobu sa zakonom) i sl. Deca su takođe izložena manje direktnim ali složenim oblicima nasilja, kao što su na primer različiti oblici diskriminacije, dečiji brak, dečiji rad ili drugi oblici iskorišćavanja, kao i kroz višestruko socijalno isključivanje (Babović, 2015).

Srbija ima dobro razvijene programe za prevenciju nasilja u školama, koji su sada suštinski integrisani u nacionalne politike i prakse. Međutim, postoji značajan jaz kad je u pitanju situacija sa nasiljem koje se događa unutar porodice. Praktični alati za procenu rizika i porodične intervencije su slabo razvijeni i/ili slabo korišćeni; međusektorski pristupi koji uključuju celu porodicu nisu deo uobičajene prakse; postoji opšti nedostatak svesti o tome u kojoj meri roditeljske sposobnosti i porodični odnosi utiču na blagostanje, što dovodi do neadekvatne dodele sredstava u tim oblastima.

Balkanska epidemiološka studija o zlostavljanju i zanemarivanju dece navodi da je gotovo 70% dece (Hanak, Tenjović, Išpanović Radojković, Vlajković & Beara, 2012) u Srbiji bilo izloženo nekom obliku fizičkog ili emocionalnog zlostavljanja. Studija takođe navodi da je 38% dece prisustvovalo nasilju između odraslih unutar svoje porodice. Između 8% i 10% dece je bilo izloženo nekom obliku seksualnog zlostavljanja, a 3,7% je iskusilo direktno seksualno nasilje tokom prethodne godine. Isto istraživanje je pokazalo da je jedna trećina dece bila pogođena dvema ili tri vrstama nasilnog ponašanja, dok je 5,4% dece bilo izloženo svim vrstama nasilja (fizičko, emocionalno, seksualno i prisustvovanje nasilju u porodici). Podaci pokazuju da je telesno kažnjavanje dece u porodici, koje se koristi kao disciplinska mera, najrasprostranjeniji oblik nasilja nad decom. Drugim rečima, odrasli često ne prepoznaju ili ne prihvataju da je telesno kažnjavanje, zapravo, oblik nasilja — kojim se dete ponižava, i koje dovodi do fizičkih povreda i pogoršanja opšteg zdravlja deteta.

Prema podacima iz Istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS — *Multiple Indicator Cluster Surveys*), registrovan je postepeni pad nasilnih metoda disciplinovanja dece u Srbiji, sa 72,8% 2005. godine (Republički zavod za statistiku i Istraživačka agencija, 2006) na 67% 2010. godine (UNICEF, 2011). MICS 2014 (UNICEF, 2015) pokazuje dalji pad na

43%. Iako je teško telesno kažnjavanje i dalje široko rasprostranjeno u svim etničkim grupama u Srbiji (sa najvišim procentima zabeleženim u romskoj populaciji), novi dokazi pokazuju da je i ova rasprostranjenost u padu. Nasilne metode disciplinovanja opadaju i kod romske populacije (81,5% 2005. godine, 86% 2010. i 66% 2014. godine), i to posebno teži oblici (20,7%, 6% odnosno 8%) (Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF, 2014). Teži oblici telesnog kažnjavanja se češće primenjuju kod devojčica, a najviše zabrinjava činjenica da su veoma mala deca, uzrasta 1–4 godina, češće žrtve telesnog kažnjavanja nego starija deca. Sedam posto ispitanika koji su odgovarali na upitnik za domaćinstva veruju da je fizičko kažnjavanje neophodan deo odgoja dece, što ukazuje na zanimljivi kontrast sa stvarnom rasprostranjenošću fizičkog disciplinovanja. Uzrast ispitanika je negativno povezana sa verovatnoćom da smatraju fizičko kažnjavanje neophodnim načinom disciplinovanja dece, pa je tako procenat ispitanika koji veruju u neophodnost fizičkog kažnjavanja u rasponu od 13% kod onih mlađih od 25 godina do 3% kod onih uzrasta 60 i više godina.

Nalazi mapiranja u nacionalnom izveštaju R3P-a (UNICEF, 2017) ukazuju da se intervencije sprovedene tokom proteklih 10 godina mogu grupisati u tri osnovna tipa. Prvi tip predstavlja intervencije usmerene ka poboljšanju institucionalnih i organizacionih mehanizama, druge intervencije bile su fokusirane na stavove, vrednosti i sposobnosti, dok su se preostale bavile organizacijom direktnih službi za zaštitu i podršku deci žrtvama nasilja i njihovim porodicama. Osnovna logika je uključivala razvoj sistema od vrha nadole, od kreiranja pravnog okvira i operativnih politika u akcionom planu, usvajanja opštih i specifičnih protokola, i izgradnje kapaciteta tako da svaki sektor može da operiše u okviru svojih ovlašćenja, pa do mehanizama međusektorske saradnje i uspostavljanja operativnih timova u lokalnim zajednicama koji bi obuhvatili trenirane i koordinirane stručnjake iz različitih delova sistema. Aktivnosti fokusirane na promenu vrednosti, stavova i sposobnosti su bile posebno čest oblik intervencija u Srbiji u prethodnom periodu (ali ih je potrebno još), dok je bilo značajno manje intervencija sa ciljem pružanja direktne zaštite i podrške deci izloženoj nasilju ili riziku od nasilja. Jedan od značajnih nalaza R3P-a je uticaj strukturnog nasilja na koji se ne obraća dovoljno pažnje ili se ne razmatra, a ima ozbiljne posledice, posebno po pitanju ACE-a, jer ne uključuje samo nasilje prema deci.

Mapiranjem intervencija i konsultovanjem određenog broja relevantnih aktera u procesu istraživanja za politike i prakse u okviru nacionalne studije, uočene su neke slabosti sistema za prevenciju i zaštitu dece od nasilja. Ne postoji funkcionalno, efikasno centralno višesektorsko telo odgovorno za koordinaciju, nadzor i evaluaciju efekata politika i mera za prevenciju i zaštitu, kao i za redovno izveštavanje o postignutim rezultatima, nedostacima i koordinaciju zainteresovanih strana. Ne postoji razvijena metodologija za sistematski nadzor primene postojećih protokola; nema centralizovane administrativne evidencije svih relevantnih sistema koja bi omogućila lak, pouzdan pristup podacima raznim zainteresovanim stranama, bilo zarad zaštite dece od nasilja u praksi ili analiziranja situacije. Procesi nadzora i evaluacije intervencija (zakona, politika, mera, programa, službi) su retki i nesistematični, a nisu ni uslov ni osnov za (re)definisanje politika i mera na adekvatan način, tako da budu inkorporirane u sistem prevencije i zaštite. Intervencije nisu uvek prilagođene specifičnim uslovima pojedinačnih sredina, a sistem je više fokusiran na zaštitu deteta kada se nasilje već dogodi, umesto na prevenciju i borbu protiv nasilja nad detetom. Programi prevencije su retki, nisu kontinuirani ni sistematični, a obično nemaju ni široku primenu.

Prva sprska studija o rasprostranjenosti ACE-a (*Survey of adverse childhood experiences among Serbian university students* (Paunovic et al., 2015)) sprovedena je na reprezentativnom uzorku studenata sa svih šest državnih univerziteta u Srbiji. Ciljevi su bili ispitivanje rasprostranjenosti ACE-a u populaciji mladih i uočavanje mogućih povezanosti između različitih oblika ACE-a i zdravstveno-rizičnih ponašanja. Rezultati su pokazali da su studenti koji su pretrpeli fizičko zlostavljanje imali 1,5 puta veću verovatnoću da budu pušači, dva puta veću verovatnoću da koriste droge, a 4,2 puta veću verovatnoću da pokušaju samoubistvo. Pored toga, ispitanici su najčešće bili izloženi psihološkom zlostavljanju (36,7%; od toga njih 17,3% više od nekoliko puta), fizičkom zlostavljanju (27,8%; 10,9% više od nekoliko puta) i psihološkom zanemarivanju (15,7%; 7,7% više od nekoliko puta). Seksualno zlostavljanje je zabeleženo kod 4,3%, a fizičko zanemarivanje kod 8,9% ispitanika. Muški ispitanici su imali veću rasprostranjenost izloženosti fizičkom zlostavljanju i zanemarivanju, psihološkom i seksualnom zlostavljanju, a ženski ispitanici psihološkom zanemarivanju. Rezultati su takođe pokazali da se verovatnoća za javljanje zdravstveno-rizičnih ponašanja povećava kada je osoba izložena većem broju ACE-a.

U prethodnom periodu, intervencije za prevenciju i suzbijanje nasilja nad decom i za zaštitu dece izložene nasilju bile su usmeravane strateškim ciljevima Nacionalne strategije za prevenciju i zaštitu dece od nasilja za period 2009–2015 i pratećeg Akcionog plana (2010–2012). Savet za prava deteta je bio delegiran da koordinira, nadgleda i evaluira efekte primene strategije, ali taj cilj je samo delimično postignut. Radna grupa Saveta za prava deteta je sprovedla nadzor i objavila izveštaj o rezultatima primene Akcionog plana za period 2010–2012. Međutim, efekti Akcionog plana nikad nisu ocenjeni.

Prevencija i zaštita dece od nasilja je jedan od ključnih prioriteta nacionalnih politika već više od jedne decenije. Godine 2017. započet je novi ciklus politika za prevenciju i zaštitu dece od nasilja, koji bi trebalo da rezultira usvajanjem nove Nacionalne strategije za zaštitu dece od nasilja do kraja 2018. godine.

2.2. DEFINICIJE ACE-a

Iskustva tokom detinjstva mogu da utiču na zdravlje tokom čitavog života. Deca čije detinjstvo je stresno ili loše imaju veću verovatnoću da usvoje ponašanja štetna po zdravlje tokom adolescencije, koja sama po sebi mogu da dovede do mentalnih oboljenja ili bolesti poput raka, srčanih oboljenja i dijabetesa kasnije u životu. ACE-i ne predstavljaju opasnost samo za zdravlje. Osobe koje iskuse ACE češće imaju loše rezultate tokom školovanja, češće su uključeni u kriminalne aktivnosti i, napokon, manja je verovatnoća da postanu produktivni članovi društva (Jaffee et al. 2018; Reavis, Looman, Franco & Rojas, 2013).

ACE je izraz koji se koristi za opisivanje svih vrsta zlostavljanja, zanemarivanja i drugih traumatičnih iskustava koja se dogode osobi mlađoj od 18 godina. Prva studija u ovoj oblasti bila je revolucionarna CDC–Kaiser Permanente ACE studija koja je istraživala veze između ovih iskustava tokom detinjstva i lošijeg zdravlja i blagostanja kasnije u životu: iskustva u detinjstvu imaju ogroman, celoživotni uticaj na naše zdravlje i kvalitet naših života (Centers for Disease Control and Prevention, Kaiser Permanente, 2016). ACE studija je pokazala dramatičnu povezanost između ACE-a i rizičnih ponašanja, psiholoških problema, ozbiljnih bolesti i najčešćih uzroka smrti. Studija je pokazala da izloženost ACE-ima može da izmeni razvoj neurološkog, imunološkog i hormonskog sistema. Posledično, osobe sa većom izloženosti ACE-ima imaju veću verovatnoću za ponašanja štetna po zdravlje i antisocijalna ponašanja, poput konzumiranja alkohola, pušenja i zloupotrebe droga. Oni su takođe češće uključeni u nasilje i druga antisocijalna ponašanja i imaju loše rezultate tokom školovanja. Osobe slabijeg zdravlja i problematičnog ponašanja imaju veću sklonost dobijanju dijabetesa, raka, kardiovaskularnih oboljenja i mentalnih oboljenja.

Globalno istraživanje (CDC–Kaiser ACE Study) pokazalo je da iskustva u detinjstvu, i pozitivna i negativna, imaju ogroman uticaj na celoživotno zdravlje i mogućnosti, kao i na šanse da osoba u budućnosti bude žrtva ili počinilac nasilja. Stoga su rana iskustva značajno pitanje javnog zdravlja.

Zlostavljanje dece je globalno prisutan fenomen sa dugoročnim posledicama za žrtve, porodice i društvo (Thorntberry, Knight, & Lovegrove, 2012). Najnoviji podaci otkrivaju da je godišnja stopa ubistava dece mlađe od 15 godina 41.000 (WHO, 2018). Stope nasilja nad decom na globalnom nivou za 2017. godinu pokazuju da je 23% dece fizički zlostavljano, 36% je emocionalno zlostavljano, 16% je fizički zanemareno, a 12% je seksualno zlostavljano (WHO, 2018). Posledice zlostavljanja dece počinju u detinjstvu, ali mogu da se nastave i tokom adolescencije i kada osoba odraste, i da utiču na različite domene funkcionisanja — fizičkog, mentalnog i socijalnog (Mitkovic Voncina, Pejovic-Milovancevic, Mandic-Maravic, & Lecic-Tosevski, 2017; WHO, 1999).

S obzirom na negativan uticaj ACE-a na fizičko i mentalno zdravlje i druge životne ishode, veoma je značajno dopuniti postojeće nalaze rezultatima studije sprovedene na uzorku reprezentativnom za Srbiju.

Kriterijumi ACE-a korišćeni u ovom istraživanju ACE-a odražavaju samo odabrani spisak iskustava. Spisak ACE-a donekle varira u različitim studijama (Felitti et al., 1998; Merrick et al., 2017; Shonkoff et al., 2012; Paunovic et al., 2015). Glavni ACE-i su:

- fizičko zlostavljanje
- seksualno zlostavljanje
- emocionalno zlostavljanje

- ▶ vršnjačko seksualno zlostavljanje
- ▶ alkoholizam u porodici
- ▶ zloupotreba droga u porodici
- ▶ depresija ili bilo koje drugo mentalno oboljenje u porodici
- ▶ samoubistvo u porodici
- ▶ član porodice u zatvoru
- ▶ zlostavljanje majke od strane partnera
- ▶ zlostavljanje oca od strane partnera
- ▶ rastavljeni roditelji ili smrt roditelja
- ▶ psihološko zanemarivanje
- ▶ fizičko zanemarivanje
- ▶ nasilničko ponašanje
- ▶ učešće u tuči
- ▶ nasilje u zajednici
- ▶ kolektivno nasilje.

Procenjuje se da je 40 miliona dece širom sveta izloženo zlostavljanju i/ili zanemarivanju; rizik od ubistva je duplo veći u uzrastu od 0 do 4 nego u uzrastu od 5 do 14 godina. Tokom adolescencije, osim trauma povezanih sa saobraćajem, zlostavljanje je vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta. Prema definiciji SZO-a (WHO, 1999), zlostavljanje dece odnosi se na „sve oblike fizičkog i/ili emocionalnog maltretiranja, seksualnog zlostavljanja, zanemarivanja ili nemarnog ophođenja ili komercijalnog ili drugog iskorišćavanja, koji za posledicu imaju stvarnu ili potencijalnu štetu po zdravlje, život, razvoj ili dostojanstvo deteta, u kontekstu odnosa zasnovanog na odgovornosti, poverenju ili moći“ (str. 13).

Fizičko zlostavljanje uključuje stvarno ili moguće fizičko povređivanje prouzrokovano ponašanjem ili nedostatkom zaštite pružaoca nege, u razumnim okvirima (WHO, 1999). Često se fizičko zlostavljanje javlja u obliku „ne-slučajne povrede“ (NAI — *non-accidental injury*) (Jayakumar, Barry, & Ramachandran, 2010) različitih tkiva, dok se određeni oblici odnose na „sindrom treskanja bebe“ (Matschke, Herrmann, Sperhake, Körber, Bajonowski & Glatzel, 2009), sindrom indukovano oboljenja („Minhauzenov sindrom preko posrednika“) (Galvin, Newton & Vandeven, 2005; Pejović-Milovančević et al., 2012).

Emocionalno zlostavljanje odnosi se na ponavljano ponašanje ili izostanak ponašanja pružaoca nege koje prouzrokuje poremećaje u emocionalnom i socijalnom razvoju deteta (WHO, 1999). To mogu biti različiti oblici ponašanja, poput odbijanja, obezvređivanja, terorisanja, izolacije, podsticanja na loše ponašanje, eksploatacija, uskraćivanja osnovne stimulacije, emocionalne razmene i raspoloživosti, kao i nepouzdanog i nekonzistentnog roditeljstva (Pejović-Milovančević et al., 2012). Prisustvovanje nasilju u porodici je još jedan oblik emocionalnog zlostavljanja koje može imati štetan uticaj na mentalno zdravlje i razvoj deteta (UNICEF, 2006).

Seksualno zlostavljanje uključuje bilo koju seksualnu aktivnost (sa ili bez dodira, sa ili bez penetracije) između deteta i odrasle osobe, ili između deteta i drugog deteta/adolescenta koje je dominantno u pogledu uzrasta ili razvoja; ako je dete mlađe od 14 godina, čak se i seksualna aktivnost uz pristanak smatra seksualnim zlostavljanjem (WHO, 1999; Ministry of Health of the Republic of Serbia, 2009; Pejović-Milovančević et al., 2012).

Zanemarivanje se odnosi na hroničan neuspeh pružaoca nege da zadovolji osnovne potrebe deteta, što dovodi do ozbiljne stvarne ili potencijalne štete po zdravlje i razvoj deteta u bilo kom ključnom domenu, i stoga se može manifestovati kao fizičko, obrazovno, emocionalno ili medicinsko zanemarivanje (WHO, 1999; Pejović-Milovančević et al., 2012). Prilikom analiziranja i razmatranja zanemarivanja kao oblika zlostavljanja, moramo uzeti u obzir da je nekad teško razlikovati zanemarivanje od ograničenja porodice da pruži neophodne uslove za život zbog siromaštva (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002).

Zlostavljanje i neadekvatno staranje o deci je, generalno, blisko povezano sa drugim ACE-ima u detinjstvu i tokom adolescencije. Kada **član porodice ima neko mentalno oboljenje**, posebno ako je to roditelj, to može da ima različite negativne posledice na život deteta. **Depresija** majke je povezana sa više neprijateljskim, negativnim ili neangažovanim roditeljstvom, kao i sa nižom roditeljskom toplinom. Podaci pokazuju da čak i nakon oporavka

od depresivne epizode poboljšani kvalitet roditeljstva možda neće dostići nivo koji je uporediv sa roditeljima koji nikad nisu iskusili depresiju (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). Nije sproveden dovoljan broj istraživanja na očevima da bi se došlo do nedvosmislenih zaključaka, ali dostupni podaci se uglavnom poklapaju sa rezultatima dobijenim za majke. Štaviše, roditeljska depresija je povezana sa različitim ishodima kod dece: lošijim fizičkim zdravljem i blagostanjem, stanjima povezanim sa stresom i različitim ranim ranjivostima mentalnog zdravlja kao što su „težak“ karakter, nesigurno vezivanje, disregulacija emocija, agresija, slabije funkcionisanje u međuljudskim odnosima, slabije kognitivne performanse i akademsko postignuće, kao i kognitivna podložnost depresiji.

Slično depresiji, rezultati istraživanja pokazuju da i roditelji sa **anksioznim poremećajima** takođe mogu imati veće šanse da zlostavljaju decu (Kalebić-Jakupčević & Ajduković, 2011). **Alkoholizam i zloupotreba droga** kod roditelja su još jedan faktor rizika za zlostavljanje dece (Elwyn & Smith, 2013) i za niz negativnih ishoda kod dece (Solis et al., 2012). Ti ishodi su uglavnom lošije akademsko funkcionisanje (tj. prekid školovanja nakon osnovne škole, slabija postignuća kod čitanja, pisanja i matematike, i sl.), problematično emocionalno funkcionisanje (anksioznost, depresija, problemi u ponašanju, socijalna nekompetentnost), kao i zloupotreba supstanci (Solis et al., 2012). **Samo-ubistvo** roditelja, kao još jedan oblik negativnog iskustva u životu deteta, dovodi do većeg rizika od psihijatrijske hospitalizacije i samoubistva kod dece, u poređenju sa mladima kojima su roditelji živi (Kuramoto et al., 2010).

ACE vezani za **izazove u domaćinstvu** (izloženost nasilnom tretiranju roditelja (obično majke), razvod ili rastava roditelja, roditelj u zatvoru, član domaćinstva sa problemima zloupotrebe supstanci i član domaćinstva sa mentalnim oboljenjem) povezani su sa budućim vršenjem ili trpljenjem nasilja, zdravstveno-rizičnim ponašanjima, hroničnim zdravstvenim stanjima, mentalnim oboljenjima, sniženim životnim potencijalom i preranom smrću (Gilbert et al., 2015; Metzler, Merrick, Klevens, Ports & Ford, 2017).

Ako je tokom detinjstva **član domaćinstva u zatvoru (član porodice u zatvoru)**, postoji viši rizik od slabog kvaliteta života u smislu zdravlja kada osoba odraste, što sugeriše da je kolateralna šteta zatvora za decu dugoročna (Cunningham, Merrilees, Taylor & Mondri, 2017).

Izloženost iskustvu **rastavljenih/razvedenih roditelja** povezana je sa povećanim rizikom od poremećaja pozitivnih razvojnih ishoda u nizu domena, a povezana je i sa negativnim ishodima kada osoba odraste, posebno u domenu partnerskih odnosa (Friesen, John Horwood, Fergusson & Woodward, 2017). U poređenju sa osobama iz porodica sa stabilnim roditeljskim odnosima, mladi koji su bili izloženi rastavi/razvodu roditelja češće imaju negativnije stavove o braku (Riggio & Weiser, 2008) i radije žive sa partnerom nego što stupaju u brak (Valle & Tillman, 2014). Kada stupe u brak, mladi koji su bili izloženi rastavi/razvodu roditelja češće pronađu partnera koji takođe potiče iz nestabilne porodice (Wolfinger, 2003) i njihov odnos može se odlikovati nižom privrženosti (Amato & DeBoer, 2001), slabijim kvalitetom veze, posebno kod žena, i povećanom verovatnoćom ponavljanja obrasca rastavljanja i razvoda kojem su bili svedoci u detinjstvu (Mustonen, Huurre, Kiviruusu, Haukkala & Aro, 2011). Kako se povećava broj ACE-a koje je osoba iskusila ili kojima je bila izložena, tako se povećava i rizik od lošijih životnih ishoda kada osoba odraste. Istraživači navode da su deca koja se nose sa **smrću roditelja** podložna dugoročnim emocionalnim problemima kao što su simptomi depresije, oni su anksiozniji i više povučeni, imaju više problema u školi i generalno lošije akademsko postignuće od dece koja nisu ožalošćena (Hoeg et al., 2018).

Negativni efekti su još izraženiji kada je dete izloženo **nasilju u porodici**. Nasilje u porodici je obrazac nasilnih i primoravajućih ponašanja koja se javljaju u kontekstu partnerskih odnosa. Istraživanja su pokazala da je izloženost nasilju u porodici nedvosmisleno najbolji prediktor prenošenja nasilja kroz generacije. Deca izložena nasilju u porodici češće trpe zlostavljanje nego deca koja nisu u toj situaciji; rizik od fizičkog i seksualnog zlostavljanja dece se dramatično povećava sa 30% nad 60% kod onih koji su bili svedoci nasilja u porodici. Majke koje tuku njihovi partneri duplo češće zlostavljaju svoju decu, a očevi koji često tuku svoje žene češće tuku i svoju decu (Van Horn & Lieberman, 2010). Prisustvovanje nasilju u porodici je pitanje čijim se rešavanjem već dugo niko ne bavi, iako sve veći broj istraživanja ukazuje da to utiče na decu u različitim domenima, uključujući njihovo fizičko ili biološko funkcionisanje, ponašanje, emocije, kognitivni razvoj i socijalno prilagođavanje.

Prema izveštaju UNICEF-a (2009), oko 535 miliona dece mlađe od 18 godina odrasta u regionima u kojima se događa političko nasilje i oružani sukobi. Istraživanja pokazuju da je biti svedok ili žrtva **nasilja u zajednici ili**

diskriminacije povezano sa istovremenim negativnim zdravstvenim efektima i povećanim učešćem u rizičnim ponašanjima (Cronholm et al., 2015). Istraživači su otkrili da nasilje u zajednici, kao što je svedočenje napadu, krađa u domaćinstvu, ubistvo bliske osobe, svedočenje ubistvu, učešće u nemirima ili boravak u ratnoj zoni (Cronholm et al., 2015; Cummings, 2016), ima negativan uticaj na mentalno zdravlje dece. Druga studija je takođe utvrdila visoke stope negativnih efekata po fizičko/mentalno zdravlje, uključujući vršnjačko nasilje, uništavanje ili krađu imovine, izloženost nasilju u zajednici, ukoliko je bliska osoba doživela tešku bolest ili nesreću, ili ako je bliska osoba umrla od posledica bolesti ili nesrećnih okolnosti (Finkelhor, Shattuck, Turne & Hamby, 2013).

Istraživanja sugerišu da izloženost političkom nasilju i oružanim sukobima povećava rizik od nespecifičnih bihevioralnih i emocionalnih simptoma, hiperaktivnosti i problema sa vršnjacima kod dece predškolskog uzrasta (Thabet, Karim & Vostanis, 2006). Istraživanja sprovedena na starijoj deci izloženoj političkom nasilju i oružanim sukobima pokazuju povišenu agresiju (Al-Krenawi & Graham, 2012), povećanje rizičnih oblika ponašanja (Pat-Horenczyk et al., 2007), konzumiranje alkohola i probleme kod internalizovanja, vezivanja, somatskog zdravlja i spavanja (npr. Sagi-Schwartz, Seginer & Aldeen, 2008; Qouta, Punamäki & El Sarraj, 2008).

Izloženost nasilju i viktimizacija su povezani sa problemima mentalnog zdravlja i traumatskom simptomatologijom (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007; Moylan et al., 2010), kao i sa delinkvencijom i nasiljem (Margolin, Vickerman, Oliver & Gordis, 2010; Mrug et al., 2010). Većina studija je pokazala da je izloženost različitim oblicima nasilja, uključujući roditeljsko nasilje (Holt et al., 2008; Wolf et al., 2003), nasilje u školi (Eisenbraun, 2007) i nasilje u zajednici ili komšiluku (Lynch, 2003) povezana sa negativnim ishodom kod dece i adolescenata.

Najnoviji dokazi takođe sugerišu da je kod mladih česta **višestruka viktimizacija**, i da mladi koji su izloženi nasilju u jednom kontekstu ili okruženju (npr. školi, komšiluku, porodici) češće dožive izloženost i u drugim okruženjima (Finkelhor et al., 2007; Mrug et al., 2008). Štaviše, postoje dokazi da su kumulativni efekti izloženosti nasilju i viktimizacij štetniji po mlade od doživljavanja jedne vrste nasilja (Moylan et al., 2010; Mrug & Windle, 2010). Naime, ovi nalazi su pokazali da kumulativni efekti izloženosti nasilju u školi, domaćinstvu i komšiluku dovode do povećane anksioznosti, depresije, agresivnih fantazija, delinkvencije i agresije.

2.3. VARIJABLE POVEZANE SA ACE-ima

Pokazano je da ACE-i, posebno zlostavljanje i zanemarivanje dece, ostavljaju trajne posledice na mentalno funkcionisanje (psihijatrijski poremećaji, problemi ličnosti) i opšte zdravlje tokom života (Mitkovic-Voncina et al., 2017); te posledice se takođe odnose na probleme u iskustvima u bliskim odnosima, ka i na probleme u roditeljskim sposobnostima, što dovodi do ponavljanja zlostavljanja dece u narednoj generaciji. Više od polovine odraslih (51%) koji su zlostavljani kao deca su iskusili nasilje u porodici kasnije tokom života (Office for National Statistics, 2017a). Prema anketi o kriminalu u Engleskoj i Velsu (CSEW — *Crime Survey for England and Wales*) za godinu zaključno sa martom 2016. (Office for National Statistics, 2017b), oko jedan u pet odraslih uzrasta 16 do 59 godina (procenjuje se da je to 6,2 miliona ljudi) iskusilo je neki oblik zlostavljanja u detinjstvu. Više od trećine (36%) onih koje su zlostavljali članovi porodice kad su bili deca su zlostavljani i od strane partnera kad su odrasli. Podaci takođe pokazuju da su osobe koje su kao deca bili svedoci porodičnog nasilja u svom domaćinstvu češće zlostavljali partneri kada su odrasle (34% u poređenju sa 11% onih koji nisu bili svedoci nasilja u porodici). Gotovo trećina osoba (31%) koje su zlostavljane kao deca navodi da su bile seksualno zlostavljane kada su odrasle, dok samo 7% onih koji nisu iskusili zlostavljanje u detinjstvu navodi da je do zlostavljanja došlo u zreloom dobu. Porodično nasilje može da ima duboke posledice tokom celog života osobe — od najranijeg detinjstva, kroz odrastanje i adolescenciju, pa čak i do zrelog doba — kao i dugoročne implikacije za samopouzdanje, odnose, fizičko i mentalno zdravlje i svakodnevno funkcionisanje. Po nedavnom izveštaju koje je poručila ASCA, osoba koja je zlostavljana ili na drugi način traumatizovana u detinjstvu je pod značajno većim rizikom od oštećenja socijalnog, emocionalnog i kognitivnog blagostanja kada odraste (Kezelman, Hossack, Stavropoulos & Burley, 2015). Kad je u pitanju uticaj zlostavljanja dece na roditeljstvo žrtve kada odraste, u smislu zlostavljanja sopstvene dece, određeni broj studija potvrđuje taj rizik (Thornberry et al., 2012). Oko jedna trećina žrtava zlostavljanja dece nastavlja ciklus zlostavljanja u sledećoj generaciji, jedna trećina prekida taj ciklus, dok je preostala trećina

osetljiva na socijalni stres (Oliver, 1993). Na taj način rana traumatizacija može da se reprodukuje kroz „prostor i vreme“, utičući ne samo na žrtvu, već i na druge ljude i druge generacije iz društvenog okruženja žrtve.

2.3.1. Socio-demografski faktori i ACE-i

Određivanje specifičnih socio-demografskih faktora koji su povezani sa ACE-ima je važno iz više razloga. Kao prvo, oni su važni faktori rizika za ACE, a kao drugo, prema Enlou, Blad i Egelandu (Enlow, Blood & Egeland 2013), socio-demografski uslovi mogu imati aditivna dejstva, čime se dodatno povećava rizik od loših ishoda u odnosu na izloženost traumi (Briggs Gowan, Carter & Ford, 2012). Socio-demografski status takođe može da igra ulogu moderatora, tako da izloženost traumi ima štetniji uticaj na decu nižeg socio-ekonomskog statusa (Enlow et al., 2013).

Nekoliko studija je istraživalo složen odnos između ACE-a i socio-demografskih faktora. U radu Sugaje i saradnika (Sugaya et al. 2012), fizičko zlostavljanje dece (FZD) se značajno češće javljalo kod osoba ženskog nego kod onih muškog pola, kod ispitanika rođenih u Sjedinjenim Američkim Državama nego kod onih koji žive u Sjedinjenim Američkim Državama ali su rođeni negde drugde, kao i među američkim starosedeoćima, crncima i Hispancima, u odnosu na belce ne-hispanskog porekla. Ispitanici sa istorijom FZD-a su takođe češće bili udovice i udovci, rastavljeni ili razvedeni nego u braku, češće su imali niža nego viša obrazovna postignuća, kao i državno češće nego privatno osiguranje. Međutim, postoje mnogi drugi faktori koji utiču na to da li će loše iskustvo ostaviti posledice na osobu. Veći rizik za izloženost FZD-u pronađen je kod devojčica, među adolescentima koji žive u jednoroditeljskom domaćinstvu, kao i među adolescentima sa hroničnim invaliditetom (Mansbach-Kleinfeld, Ifrah, Apter & Farbstein, 2015). Međutim, nije bilo znančajnih razlika u pogledu pojave FZD-a između urbanih i ruralnih populacija (Sugaya et al., 2012).

Podaci o vezi između starosti i rizika od zlostavljanja nisu usaglašeni — neki rezultati pokazuju da starost roditelja nije značajna (Milner, Robertson & Rogers, 1990; Milner & Chilamkurti, 1991), dok drugi pokazuju da mlađi roditelji imaju veći rizik od zlostavljanja svoje dece (Haskett, Johnson & Miller, 1994; Krug et al., 2002). Većina rezultata pokazuje da se zlostavljanje češće događa u slabom „ekološkom kontekstu“, što znači niži socio-ekonomski status, jednoroditeljske porodice, niže obrazovanje roditelja (Krug et al., 2002).

2.3.2. Fizičko zdravlje i ACE-i

Pokazalo se da su nepovoljne okolnosti u ranom periodu, posebno zlostavljanje dece, povezane sa različitim nepovoljnim ishodima u pogledu fizičkog zdravlja tokom čitavog života. Zlostavljanje tokom detinjstva je povezano sa endokrinološkim oboljenjima poput gojaznosti (Danese & Tan, 2014) i dijabetesa tipa 2 (Thomas, Hypponen & Power, 2008). Uz to, utvrđena je veza između nepovoljnih okolnosti u ranom detinjstvu sa kardiovaskularnim oboljenjima kasnije tokom života, posebno sa hipertenzijom (Alastalo et al., 2009) i ishemijskom bolesti srca (Dong et al., 2004). Takođe, studija koja je istraživala uticaj ACE-a na razvoj raka tokom čitavog života žrtve pokazala je pozitivnu povezanost, posebno za slučajeve seksualnog zlostavljanja (Brown, Thacker & Cohen, 2013).

Postoji nekoliko hipoteza koje objašnjavaju odnos između ACE-a i dugoročnih fizičkih oboljenja. Prva hipoteza odnosi se na zdravstveno-rizična ponašanja kao medijatore između ranih nepovoljnih okolnosti i hroničnih oboljenja, jer se ACE povezuje sa ponašanjima poput pušenja (Jun et al., 2008) i konzumiranja alkohola (Ramiro, Madrid & Brown, 2010). Na primer, studija Brauna i saradnika (Brown et al., 2010) pokazala je da se veza između ACE-a i raka pluća može delimično objasniti preko pušenja.

Druga hipoteza predlaže biološke mehanizme koji se odnose na poremećaj sistema fiziološke stabilnosti, preko neuro-endokrino-imunoloških mehanizama (Danese & McEwen, 2012; Nusslock & Miller, 2016) i stalne inflamacije niskog stepena koja je u vezi sa nekoliko oboljenja povezanih sa starenjem (Hostinar, Nusslock & Miller, 2017). Mogući dodatni biološki mehanizmi povezani su sa efektima ranih nepovoljnih okolnosti na biološko starenje i interakcije sa genetskom ranjivošću (videti Mitkovic Voncina et al., 2017).

2.3.3. Mentalno zdravlje i ACE-i

Revolucionarne studije poput CDC–Kaiser Permanente ACE studije ukazale su da su ACE-i česti i povezani sa zdravstveno-rizičnim ponašanjima, mentalnim oboljenjima, smanjenim životnim potencijalom i preranom smrću (Felitti et al., 1998). Utvrđena je povezanost sa dozom — ako se broj ACE-a koje osoba iskusi poveća, njihov rizik od lošijih ishoda kada odrastu se takođe poveća (Merrick et al., 2017).

Izloženost ACE-ima je jasno utvrđeni faktor rizika za funkcionisanje mentalnog zdravlja odraslih (Merrick et al., 2017). Uz to, rana izloženost ACE-ima je povezana sa oštećenim fiziološkim odgovorima, uključujući oštećen odgovor na stres (Shonkoff et al., 2012), koji može da, onda, doprinese oštećenju mentalnog zdravlja i blagostanja. ACE-i se vezuju za nekoliko psihijatrijskih poremećaja, poput depresivnog afekta i depresije (Chapman et al., 2004; Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003; Merrick et al., 2017) i samoubistva i suicidalnog ponašanja (Dube et al., 2001; Bruwer et al., 2014).

Izloženost seksualnom zlostavljanju u detinjstvu povezana je sa povećanim stopama kliničke depresije, anksioznog poremećaja, suicidalne ideacije, pokušaja samoubistva, zavisnosti od alkohola i zavisnosti od nedozvoljenih droga (Fergusson, McLeod & Horwood, 2013). Druga studija je ukazala na veze između emocionalnog zlostavljanja u detinjstvu i povećanja šansi za kliničku depresiju. Iskustvo i emocionalnog zanemarivanja i emocionalnog zlostavljanja je povezano sa povećanom verovatnoćom kliničke depresije, distimije, manije, bilo kojih poremećaja raspoloženja, paničnog poremećaja, socijalne fobije, generalizovanog anksioznog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja i bilo kog poremećaja osovine I (Tailleu, Brownridge, Sareen & Afifi, 2016). Pored toga, studija sprovedena na heterogenom uzorku psihijatrijskih poremećaja je pokazala da fizičko zanemarivanje i emocionalno zanemarivanje obično koreliraju sa simptomima disocijacije, u uzrastima 3–6 i 12–14 godina (Schalinski et al., 2015).

Pored različitih nepovoljnih ishoda ACE-a u smislu mentalnih poremećaja, istraživanja iznova pokazuju da su ACE-i povezani sa rizičnim ponašanjima koja su štetna po zdravlje, kao što su zloupotreba supstanci, disfunkcionalne dijete, nasilna ponašanja i adolescentske trudnoće. Studija nedavno sprovedena u Engleskoj pokazala je model logističke regresije najboljeg podudaranja za ACE i ponašanja štetna po zdravlje. Iako se u ovoj studiji nije mogla utvrditi kauzalnost, modeliranjem je procenjeno da se na nacionalnom nivou rasprostranjenost 11,9% pijanstva, 13,6% loše ishrane, 22,7% pušenja, 52,0% vršenja nasilja, 58,7% upotrebe heroina/krek kokaina i 37,6% neplaniranih tinejdžerskih trudnoća može pripisati ACE-ima (Bellis, Hughes, Leckenby, Perkins, & Lowey, 2014). Druga studija je ukazala na vezu između ACE-a i zavisnosti od alkohola; konkretno, iskustvo dva ili više ACE-a, u poređenju sa nijednim, značajno je povećalo rizik od zavisnosti od alkohola, čak i nakon kontrolisanja socio-demografskih varijabli i potencijalno konfundirajućih varijabli vezanih za specifične poremećaje (Pilovski, Keies & Hasin, 2009).

Još jedna vrta rizičnog ponašanja povezana sa ACE-ima je nesuicidalno samopovređivanje (NSSI). Ono se definiše kao ponašanje koje je usmereno ka sebi i namerno, koje dovodi do povrede ili potencijalne povrede, bez suicidalne namere (O'Connor & Nock, 2014), iako konzistentno korelira sa suicidalnošću (npr. Kiekens et al., 2018). Poslednjih godina broj studija koje istražuju NSSI neprestano raste, posebno zato što je NSSI uključeno u peto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (American Psychiatric Association, 2013). Uobičajeni oblici NSSI-a uključuju sečenje, pečenje, grebanje, lupanje, udaranje, grizenje itd. Meta-analiza je pokazala da žene značajno češće navode istoriju NSSI-a nego muškarci, kao i da su sklonije sečenju u poređenju sa muškarcima (Bresin & Schoenleber, 2015). Studije pokazuju da NSSI služi različitim svrhama, kao što su kratko olakšanje, samokažnjavanje, privlačenje pažnje kako bi se tražila pomoć, navođenje drugih da se osećaju odgovornim za probleme osobe koja se povređuje, a i kao način iskazivanja pripadnosti koji omogućava pojedincima da se povežu sa vršnjacima koji se takođe samopovređuju (Vilkinson & Goodier, 2011). Uprkos kratkoročnom olakšanju koje donosi NSSI, ono dovodi do dugoročnih negativnih posledica. Iako se NSSI često može javiti zajedno sa nekim mentalnim oboljenjima, najčešće sa depresijom i anksioznošću, ono je takođe sve više prisutno kod osoba bez drugih mentalnih oboljenja (Nock, 2014). Istraživanja su pokazala rasprostranjenost NSSI-a od 17,1% do 38,6% u evropskim zemljama (Brunner et al., 2014), 15% u Kini (You et al., 2011; Tang et al., 2011) i 8,1% u Australiji (Taylor et al., 2011). Podaci iz meta-analize prikazuju rasprostranjenost NSSI-a u šest geografskih regiona (Azija, Australija/Novi Zeland, Kanada, Evropa, Velika Britanija, Sjedinjene Američke Države) od 17,2% među adolescentima, 13,4%

među mladima i 5,5% među odraslim osobama (Swannell, Martin, Page, Hasking & St John, 2014). Međutim, nedostaju podaci o rasprostranjenosti NSSI-a u Srbiji.

Brojne studije nas upozoravaju o vezi između ACE-a i NSSI-a (Baiden et al., 2017; Kaess, 2013). Meta-analiza je pokazala da je ukupno zlostavljanje u detinjstvu povezano sa NSSI-em, posebno u slučaju emocionalnog zanemarivanja ili emocionalnog zlostavljanja u detinjstvu (Liu, Scopelliti, Pittman & Zamora, 2018). Svaki oblik zlostavljanja u detinjstvu, koje se javi bilo kada tokom prvih 16 godina života, značajno je povezan sa NSSI-em (Wan et al., 2015). Loše funkcionisanje u porodici u uzrastu od 14 godina posreduje u vezi između nepovoljnih porodičnih okolnosti u detinjstvu pre uzrasta od 5 godina i kasnije pojave NSSI-a između 14 i 17 godina (Cassels et al., 2018). Visoko smrtonosno samopovređivanje povezano je sa vršnjačkom fizičkom viktimizacijom, seksualnim zlostavljanjem, emocionalnim zlostavljanjem i emocionalnim zanemarivanjem u detinjstvu (Han et al., 2018). Istraživanja su pokazala da su osobe koje navode 4 i više ACE-a značajno češće u grupi onih koji su se više puta samopovređivali, u poređenju sa onima koji su iskusili 0–3 ACE-a (Cleare et al., 2018).

Pokazalo se da zlostavljanje dece dramatično negativno utiče na nivo zrelosti i odgovornosti u seksualnim odnosima. Žrtve zlostavljanja u detinjstvu dvostruko češće imaju 50 ili više seksualnih partnera (Felitti et al., 1998). Žrtve seksualnog zlostavljanja imaju povećan rizik od problematičnog seksualnog ponašanja, sa do osam puta češćim javljanjem ponašanja kojim se rizikuje dobijanje HIV-a (Bensley, Van Eenwyk & Simmons, 2000). Problematično seksualno ponašanje dovodi do dvostrukog povećanja broja adolescentskih trudnoća kod žrtava seksualnog zlostavljanja (Noll, Shenk & Putman, 2009), made je i fizičko zlostavljanje u ovom slučaju snažan prediktor (Madigan, Wade, Tarabulsz, Jenkins & Shoulddlice, 2014). Utvrđeno je da rana seksualna aktivnost posreduje u odnosu između zlostavljanja i zanemarivanja dece i bavljenja prostitucijom kasnije tokom života (Wilson & Widom, 2010). Autori ove studije su razmatrali kako ovi nalazi naglašavaju važnu ulogu rane seksualne inicijacije kod uključivanja u prostituciju među zlostavljanim i zanemarenom decom, te naveli kako podržavaju potrebu za intervencijama kojim bi se smanjilo preuzimanje seksualnih rizika i promovisalo zdravo seksualno ponašanje među zlostavljanim decom tokom njihovog odrastanja. Nalazi ovih studija ukazuju na to da je zlostavljanje dece povezano sa neodgovornim seksualnim ponašanjem, koje utiče na zdravstveni i ekonomski status osobe i stvara ekonomski teret za društvo u celini.

2.3.4. Ličnost i ACE-i

Savremeni nalazi pokazuju da se ličnost može opisati pomoću nekoliko karakteristika ličnosti. Jedan od veoma uobičajenih modela koji se koriste za opis ličnosti je HEXACO (Ashton & Lee, 2005), koji obuhvata šest osnovnih karakteristika ili crta ličnosti:

1. Poštenje-Poniznost: osobe koje imaju visok skor na skali Poštenje-Poniznost izbegavaju manipulisanje drugima radi lične koristi, ne osećaju veliko iskušenje da krše pravila, ne osećaju da imaju posebno pravo na viši socijalni status i nisu zainteresovani za bogatstvo i luksuz;
2. Emocionalnost ili Neuroticizam naspram Emocionalne stabilnosti: osobe sa visokim skorom Emocionalnosti su sklone negativnim emocijama, sklone osećaju anksioznosti kao odgovoru na životne stresove i osećaju potrebu za emocionalnom podrškom drugih;
3. Ekstraverzija naspram Introverzije: osobe se visokim skorom Ekstraverzije su sklone pozitivnim emocijama, entuzijastične i pune energije, imaju pozitivan stav o sebi, osećaju se samopouzdana kada se obraćaju grupi i uživaju u društvenim okupljanjima i interakcijama;
4. Saradljivost naspram Besa: osobe sa visokim skorom Saradljivosti su sklone opraštanju za loše stvari koje su im učinjene, blage kada sude drugima, voljne da sarađuju i postignu kompromis i lako kontrolišu svoju narav;
5. Savesnost naspram Impulsivnosti: osobe sa visokim skorom Savesnosti su dobre u organizovanju svog vremena, disciplinovano rade na postizanju svojih ciljeva, teže ka tačnosti i savršenosti u obavljanju zadataka i promišljeno donose odluke;
6. Otvorenost ka iskustvima naspram Rigidnosti: osobe sa visokim skorom Otvorenosti imaju sklonost da budu obuzete lepotom, umetnošću i prirodom i radoznale su o različitim domenima znanja, sklone korišćenju mašte i zainteresovane za neobične ideje ili ljude.

Za razliku od Velikih pet, HEXACO model uključuje crtu Poštenje-Poniznost, koja se smatra veoma značajnom za razvoj i ispoljavanje različitih maladaptivnih ponašanja (Ashton & Lee, 2008).

Istraživanja pokazuju da su crte ličnosti i maltretiranje, zlostavljanje ili zanemarivanje u detinjstvu nezavisno povezani sa različitim negativnim zdravstvenim ishodima kasnije tokom života (Karmakar, Elhai, Amialchuk & Tiejien, 2017). Međutim, studije koje istražuju odnose između adaptivne ličnosti odraslih i različitih oblika ACE-a su retke (videti Hengartner et al., 2016). Nalazi ukazuju na to da je među normalnim crtama ličnosti Neuroticizam najdoslednije povezan za zdravljem i psiho-socijalnim funkcionisanjem (Hengartner et al., 2015; Karmakar et al., 2017; Krueger, Caspi, Moffitt, Silva & McGee, 1996; Lahey, 2009). Studija Hengartnera i saradnika (Hengartner et al., 2016), sprovedena na velikom uzorku zajednice zasnovanom na opštoj populaciji, utvrdila je da je emocionalno zlostavljanje povezano sa povišenim Neuroticizmom i Otvorenošću, i niskom Saradljivošću. Visoki Neuroticizam, niska Ekstraverzija i Saradljivost povezani su sa emocionalnim zanemarivanjem. Visoki Neuroticizam bio je povezan sa fizičkim zlostavljanjem, zanemarivanjem i seksualnim zlostavljanjem. Uz to, ova studija je utvrdila da su među različitim oblicima ACE-a emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje u najvećoj meri povezani sa crtama ličnosti Velikih pet (Hengartner et al., 2016).

Među naučnicima postoji konsenzus da crte ličnosti, posebno Neuroticizam, posreduju u odnosu između ACE-a i različitih (mentalnih) zdravstvenih ishoda, kao što su zloupotreba supstanci, depresija, psihološki stres (za pregled videti Karmakar et al., 2017). Međutim, prema našim saznanjima, nema studija koje istražuju odnos između ACE-a i osnovnih crta ličnosti, definisanih HEXACO modelom. Konkretno, nalazi ukazuju da osobe sa niskim skorom Poštenja ispoljavaju delinkventno ponašanje, sklonije su zloupotrebi supstanci, seksualnom uznemiravanju, neograničenoj socio-seksualnosti itd. (za pregled videti Ashton & Lee, 2008). Stoga bi bilo važno uključiti crtu Poštenje-Poniznost u studiju širokog opsega koja bi istražila ACE-e i njihov odnos sa raznim drugim karakteristikama i ishodima.

Nedavno je sklonost ka psihozi rekonceptualizovana kao osnovna crta ličnosti i nazvana Dezintegracija (Knezevic, Savic, Kutlesic & Opacic, 2017). U toj studiji je otkrivena hijerarhijska struktura date crte, za koju je pokazano da se sastoji od devet crta nižeg-reda — Opšta egzekutivna disfunkcija, Perceptivna distorzija, Pojačana svesnost, Depresija, Paranoja, Manija, Zaravnjeni afekat, Somatoformna disregulacija i Magijsko mišljenje — koje imaju visoku konvergenciju ka faktoru višeg reda, Dezintegraciji. U nizu faktorskih analiza ustanovljeno je da one formiraju faktor odvojen od modela Pet faktora (FFM — Five Factor model) (Costa & McCrae, 1992). Odvojenost Dezintegracije od Velikih pet crta je replicirana sa različitim informantima (samoprocena, procena majke i oca), uzorcima (studenti osnovnih studija i opšta populacija) i jedinicama analize (aspekti i zadaci). Odvojenost psihotičnih fenomena od Velikih pet (ali i drugih modela ličnosti) potkrepljena je i nedavnim nalazima meta-analize (Knezevic et al., 2016; Lazarevic et al., 2016). Utvrđeno je da Dezintegracija ima normalnu distribuciju u opštoj populaciji. Imajući u vidu prethodne nalaze koji ukazuju na pozitivan odnos između ACE-a i većeg rizika za razvoj psihotičnih simptoma (za pregled videti Pos et al., 2016), veoma je važno vršiti sveobuhvatne procene ličnosti koje bi obuhvatale Dezintegraciju, kao crtu koja predstavlja ranjivost za razvoj psihotičnih fenomena.

2.3.5. Vezivanje i ACE-i

Vezivanje se odnosi na urođeni psihobiološki sistem koji navodi ljude da traže blizinu partnera (tj. roditeljskih figura), u potrazi za sigurnošću. U pitanju je „unutrašnji radni model“ ličnosti i sebe-u-odnosu na druge (Bowlby, 1969), ukorenjen u prvom odnosu između bebe i pružaoca nege. Oblikovan je kroz odnos sa značajnim osobama i usko je povezan sa recipročnim ponašanjem pružaoca nege i roditeljskom osetljivošću (Bowlby, 1969; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Ako je rana socijalna razmena sa pružaocima nege kompromitovana, dete možda neće uspeli da razvije sigurne veze sa partnerima tokom života, što će rezultirati nesigurnim vezivanjem koje je utvrđeno kod žrtava zlostavljanja dece (Özcan, Bozacioglu, Enginkaza, Bilgin & Tomruk, 2016). S druge strane, utvrđeno je da je nesigurno vezivanje faktor rizika za različite maladaptivne ishode kod odraslih, kao što su depresija (Dagan, Facompre & Bernard, 2018), traumatski simptomi (Barazzone, Santos, McGowan & Donaghay-Spire, 2018), pa čak i problemi fizičkog zdravlja (Davis et al., 2014; Balint et al., 2016). Štaviše, iznova se pokazuje da vezivanje utiče na i posreduje u odnosu između traumatskih iskustava i posttraumatskog stresa (Barazzone et al., 2018), a konkretnije

i između nepovoljnih okolnosti u detinjstvu s jedne strane i psihološkog stresa i problema blagostanja sa druge strane (Corcoran & McNulty, 2018). Vezivanje je operacionalizovano kroz dve dimenzije: anksioznost (negativna percepcija sebe, pozitivna percepcija drugih, ukazuje na hiperaktivaciju interpersonalne strategije) i izbegavanje (pozitivna percepcija sebe, negativna percepcija drugih, ukazuje na deaktivaciju interpersonalne strategije), kao i kombinaciju (negativna percepcija i sebe i drugih), tako da više vrednosti na ovim dimenzijama ukazuju na nesigurnije vezivanje (Wood & Riggs, 2009). Budući da obrasci vezivanja mogu imati kontinuitet kroz vreme i u različitim društvenim kontekstima (Behrens, Hart & Parker, 2012), rano nesigurno vezivanje može da se održi i kada osoba odraste i da tako utiče na veze u zreloom dobu, kao što su partnerski odnosi, kroz nesigurne stilove partnerskog vezivanja. Ovo može biti povezano sa ozbiljnim partnerskim disfunkcijama, kao što su nezadovoljstvo vezom i čak i nasiljem u vezi (Lassri, Luyten, Cohen & Shahar, 2016; Godbout et al., 2017), što doprinosi daljim problemima opšteg funkcionisanja.

2.3.6. Pozitivna iskustva u detinjstvu i ACE-i

Savremena literatura poklanja više pažnje pozitivnim iskustvima u detinjstvu koja imaju povoljna dejstva na razvoj deteta i koja čak mogu da ponište štetne efekte negativnih iskustava (Narayan, Rivera, Bernstein, Harris & Lieberman, 2018). Pod pozitivnim iskustvima u detinjstvu se misli na pozitivne rane društvene veze kao što su dobar odnos i sigurno vezivanje sa pružaocem nege, kao i pozitivan osećaj sebe, što sve predstavlja osnovu za buduće zdrave odnose (Cicchetti & Toth, 2009; Narayan et al., 2018). Pored toga, misli se i na imanje predvidljive kućne rutine, kao što su redovni obroci ili vreme odlaska na spavanje (Narayan et al., 2018). Iz ekološko-transakcione perspektive, pogodnosti za razvoj ne zavise samo od unutrašnjih i porodičnih faktora, već i od odnosa sa prijateljima, vršnjacima u školi, nastavnicima, komšijama, mentorima i osobama u zajednici (Annan, Blattman & Horton, 2006; Narayan et al., 2018). Stoga se takozvana pozitivna iskustva u detinjstvu (BCE — *Benevolent Childhood Experiences*) opisuju kao pospešujući faktori koji direktno smanjuju rizik za psihopatologiju i stres, i kod onih sa niskim i kod onih sa visokim stepenom nepovoljnih okolnosti tokom odrastanja. Zbog toga BCE treba smatrati nezaobilaznim pratiocem bilo kojeg istraživanja uticaja ACE-a na funkcionisanje odraslih.

2.3.7. Disciplinske prakse roditelja i ACE-i

Iako je stroga roditeljska disciplina, kao što je fizička disciplina, prepoznata kao faktor rizika za različite negativne ishode u detinjstvu i zreloom dobu, sa veoma tankom i nejasnom linijom između ovog načina disciplinovanja deteta i zlostavljanja deteta, ova disciplinska strategija je i dalje prisutna širom sveta, pa čak i u zemljama koje su zakonski zabranile takvu praksu (Witt et al., 2017). Sugerisano je da se batine prenose kroz generacije (Witt et al., 2017; Wang, Hing & Xing, 2018), što stvara mogući rizik od međugeneracijskog prenošenja zlostavljanja djece (Mitkovic Voncina et al., 2017). Čak i pre nego što neko postane roditelj, stvaraju se stavovi prema roditeljskim praksama (Mitkovic Voncina et al., 2017). To može služiti kao osnova za međugeneracijsko prenošenje, jer je pokazano da stavovi prema telesnom kažnjavanju posreduju u vezi između doživljavanja i vršenja ovog oblika disciplinovanja (Wang et al., 2018) i da negativne roditeljske atribucije majke posreduju u odnosu između roditeljskog stresa i strogog/nasilnog disciplinovanja deteta (Beckerman, van Berkel, Mesman & Alink, 2017). Razlog zašto bi batine bile internalizovane kao pozitivne nakon zlostavljanja može biti u vezi sa neprilagođenošću sopstvenom ranom negativnom iskustvu, bilo u smislu pripisivanja odgovornosti za zlostavljanje samom sebi („to je moja krivica“) ili pokušaja da se smanji značaj zlostavljanja negiranjem da je do njega došlo („to nije stvarno bilo zlostavljanje, naučilo me lekciju“) (Murphy et al., 2014). Stoga je nužno procenjivanje stavova prema telesnom kažnjavanju u kontekstu sopstvenih negativnih iskustava u detinjstvu, čak i pre nego što osoba postane roditelj.

2.3.8. Obrazovanje i ACE-i

Postoji sve veća svest o uticaju nepovoljnih okolnosti tokom odrastanja i zlostavljanja na obrazovne (Goodman, Miller & West-Olatunji, 2012; Porche, Fortuna, Lin & Alegria, 2011) i radne ishode (Giovanelli, Reynolds, Mondini & Ou, 2016). Primećeno je, pre nekoliko decenija, da se akademski problemi pojavljuju zajedno sa javljanjem emocional-

nog stresa i maltretiranja (Roeser, Eccles & Srobel, 1998; Porche, Costello & Rosen-Reynoso, 2016). Rasprostranjenost akademskih poteškoća među zlostavljanom decom se smatra urgentnim problemom jer akademski uspeh veoma snažno doprinosi rezilijentnosti (Schelble, Franks & Miller, 2010).

Testirane su brojne hipoteze da bi se objasnila ova veza. Pretpostavljeno je da stresna iskustva tokom detinjstva mogu da doprinesu strukturnim promenama u mozgu (Deblinger, Mannarino, Cohen & Steer, 2006; Teicher et al., 2003; Weber & Reynolds, 2004) ili modifikaciji aktivnosti neurotransmitera (Bremner, Davis, Southwick, Krystal & Charney, 1994), što može doprineti problemima u učenju. Rouzer i saradnici (Roeser et al., 1998) navode da uporne negativne emocije koje mogu nastati kao posledica negativnih iskustava proizvode pristrasnost u pamćenju i pažnji. Prisustvo ovih emocija pojačava sećanja na prethodne akademske poteškoće ili neuspehe. U isto vreme, pažnja deteta je organizovana oko potencijalnog izvora budućeg neuspeha. Ova vrsta pristrasnosti kod pamćenja i pažnje može da izazove akademske poteškoće i povećano nezadovoljstvo učinkom u školi.

Uticaji ACE-a na učenje se mogu videti rano u obrazovnom procesu. U studiji Himeneza i saradnika (Jimenez, Wade, Lin, Morrow & Reichman, 2016) deca koja su iskusila ACE pre uzrasta od 5 godina su u vrtiću bila suočena sa ispodprosečnim akademskim veštinama i pismenošću, po izveštaju vaspitača, kao i problemima ponašanja. Epidemiološko istraživanje ACE-a kod američke dece u periodu 2011–2012. godine otkrilo je da adolescenti (6–17 godina) sa dva ili više negativnih iskustava u detinjstvu 2,67 puta češće ponavljaju razred u školi u poređenju sa decom bez takvih iskustava (Bethell, Newacheck, Hawes & Halfon, 2014). Štaviše, deca bez ACE-a imala su 2,59 veću šansu da budu angažovana u školi, u poređenju sa svojim vršnjacima sa dva ili više takvih iskustava. Zlostavljana deca zaostaju za svojim vršnjacima u školi, jer imaju znatno niže rezultate na standardizovanim testovima iz matematike i čitanja. Oni takođe češće budu identifikovani kao deca kojoj je potrebno specijalno obrazovanje i češće budu zadržani kod polaska u školu ili nastavka školovanja najmanje jednu godinu (Ryan et al., 2018). Povezanost između ACE-a i akademskih postignuća utvrđena je i kod studenata. Studenti koji su se upisali na koledž sa posttraumatskim stresnim poremećajem su imali poteškoće sa spavanjem i koncentracijom, što je uticalo na njihovu sposobnost da istraju u izvršavanju akademskih zadataka čak i kada su zadaci bili teški (Boyras, Granda, Baker, Tidwell & Waits, 2015).

Rezultati istraživanja među odraslima takođe pokazuju vezu između ACE-a i obrazovnih i radnih ishoda. To je očekivano, budući da poteškoće u učenju i nisko akademsko postignuće tokom detinjstva ugrožavaju mogućnost za uspeh u obrazovnim, profesionalnim i socio-ekonomskim domenima kada osoba odraste (Evans & Kim, 2010; Sansone, Leung, & Wiederman, 2012; Zielinski, 2009). Pokazano je da višestruki ACE-i rezultiraju nižim obrazovnim postignućima, što dovodi do finansijske nesigurnosti koja zatim povećava rizik od životnih problema odraslih, kao što su beskućništvo, bračni sukobi, povrede i nezaposlenost (Nurius et al., 2015). Odrasli koji su zlostavljani kao deca dvostruko češće imaju niske obrazovne kvalifikacije ili nisu uključeni u obrazovanje, rad ili obučavanje (Jaffee et al., 2018). Zlostavljani i zanemareni mladi imaju veću verovatnoću da ne završe srednju školu ili da se niti bave učenjem niti da rade u 21. godini života (Mills et al., 2018). Drugim rečima, samo 58% zlostavljanih adolescenata završi svoje obrazovanje, što je oko 15% manje od nacionalnog proseka obrazovnog učinka u Sjedinjenim Američkim Državama (Cage, 2018).

Faktori na nivou škole mogu poslužiti kao zaštita od negativnih uticaja ACE-a. Pozitivna školska iskustva, dobri odnosi sa nastavnicima i vršnjacima i angažovanost u školi bi mogli da povećaju otpornost na maltretiranje u detinjstvu (Gilligan, 2000; Williams & Nelson-Gardell, 2012). Pomaganje zlostavljanoj deci da regulišu svoje emocije tokom vremena koje provedu u školi može imati dugoročne koristi povezane sa akademskim učinkom (Schelble, Franks & Miller, 2010). Angažovanje u vannastavnim aktivnostima, zadovoljstvo školom i izostanak nasilničkog ponašanja su najvažniji elementi u pospešivanju rezilijentnosti kod obrazovnog postignuća, samopouzdanja i blagostanja, te se preporučuju intervencije u školama kako bi se promovisala pozitivna adaptacija nakon roditeljskog zlostavljanja (Khambati, Mahedy, Heron & Emond, 2018). Vannastavne aktivnosti u školama takođe pružaju mogućnosti za postavljanje ciljeva, vežbanje nezavisnosti i povezivanje sa drugim vršnjacima (Peck, Roeser, Zarrett & Eccles, 2008), što podstiče akademsku rezilijentnost.

2.3.9. ACE-i i blagostanje

Kao što je ranije pomenuto, sve veći broj istraživanja potvrđuje da su ACE-i značajno povezani sa različitim mentalnim i fizičkim oboljenjima. Međutim, zdravlje se ne može definisati samo kroz odsustvo bolesti ili nemoći, već se mora operacionalizovati kroz stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja (Jahoda, 1958). Mentalno blagostanje uključuje nekoliko domena kao što su: optimističan pogled na budućnost, osećaj sopstvene korisnosti, osećaj opuštenosti, dobro rešavanje problema, jasno razmišljanje, osećaj bliskosti s drugim ljudima, sposobnost odlučivanja o stvarima (Hughes, Lowel, Quigg & Bellis, 2016).

Nacionalno reprezentativno istraživanje sprovedeno u domaćinstvima odraslih Engleza, koje je koristilo ACE okvir, utvrdilo je vezu između nepovoljnih okolnosti tokom odrastanja i markera mentalnog blagostanja i zadovoljstva životom (Hughes et al., 2016; Nurius, Green, Logan-Greene & Borja, 2015). Slično tome, reprezentativno zdravstveno istraživanje populacije koje su sprovedli Nurius i saradnici (Nurius et al., 2015) pokazalo je vezu između ACE-a i percepcije blagostanja, tako da su viši ACE skorovi bili povezani sa lošijim ishodima kod odraslih, uključujući nizak socio-ekonomski status i smanjene resurse za rezilijentnost, što je sve uticalo na percepciju blagostanja. Blagostanje je povezano sa samoprocenjenim zdravljem, dugovečnošću, zdravim oblicima ponašanja, mentalnim i fizičkim oboljenjima, društvenom povezanošću, produktivnošću i faktorima u fizičkom i društvenom okruženju. Blagostanje integriše mentalno zdravlje (um) i fizičko zdravlje (telo), što vodi do više holističkih pristupa prevenciji bolesti i promociji zdravlja (Diener et al., 2009; Dunn, 1973).

2.4. CILJEVI STUDIJE

Svrha studije je bilo istraživanje rasprostranjenosti ACE-a i njihovih psiholoških, medicinskih i obrazovnih ishoda na nacionalno reprezentativnom uzorku odraslih uzrasta 18–65 godina u Srbiji.

Glavni ciljevi studije su:

- istraživanje rasprostranjenosti ACE-a tokom prvih 18 godina života, njihove međusobne povezanosti i socio-demografskih korelata;
- istraživanje veza ACE-a i ACE skorova sa problemima fizičkog zdravlja;
- istraživanje veza ACE-a i ACE skorova sa problemima mentalnog zdravlja povezanim sa traumom, zloupotrebom supstanci, samoubistvom, nesuicidalnim samopovređivanjem (NSSI);
- istraživanje veza ACE-a i ACE skorova sa crtama ličnosti;
- istraživanje veza ACE-a i ACE skorova sa vezivanjem u partnerskim odnosima;
- istraživanje rasprostranjenosti i zaštitnih dejstava pozitivnih iskustava u detinjstvu na probleme mentalnog zdravlja povezane sa traumom;
- istraživanje veza ACE-a i ACE skorova sa stavovima o telesnom kažnjavanju kao roditeljskoj disciplinskoj praksi;
- istraživanje veza ACE-a i ACE skorova sa obrazovnim i radnim varijablama.

3. METODE

Istraživanje ACE-a izvršeno je kao studija preseka, sprovedena metodologijom prikupljanja podataka licem-u-lice, putem računarski potpomognutog ličnog intervjuisanja (CAPI). Za prikupljanje podataka angažovani su obučeni istraživači-asistenti (30). Za administraciju upitnika korišćena je onlajn platforma, koju su vodili obučeni istraživači asistenti (IA). Nakon uvoda, ispitanici su popunjavali upitnik pomoću tableta, a onima koji nisu bili naviknuti na upotrebu tableta data je papirna forma upitnika. Ako bi ispitanici imali poteškoća sa čitanjem, IA-ovi su im pomagali da ispune upitnik putem intervjua „licem-u-lice“. Za ove ispitanike, IA-ovi su uneli odgovore u bazu podataka. Odrasli ispitanici koji nisu mogli da razumeju pitanja zbog mentalnog/intelektualnog invaliditeta isključeni su iz istraživanja.

Upitnik je administriran na reprezentativnom uzorku za populaciju odraslih Srba, starosti 18–65 godina. Ova vrsta uzorka obezbeđuje pouzdanu analizu na nivou kategorija regije, tipa naselja (urbano/drugo) i raznih socio-demografskih karakteristika ispitanika. U početku, plan je bio da se prikupe podaci o 3.000 odraslih osoba, uzrasta od 18 do 65 godina. Veličina uzorka je bila određena na osnovu nekoliko parametara, uključujući veličinu efekta, broj grupa za disagregaciju uzorka i pretpostavljenu stopu odgovora. S obzirom na to da je broj potencijalno uporedivih grupa relativno velik, a veličine efekta koje se navode u literaturi se smatraju malim, potrebna veličina uzorka je bila oko 2.000–2.500 ispitanika. Uzimajući u obzir poznate stope odgovora u Srbiji, od 39,7% do 66,7% za intervju licem-u-lice u nekim nedavnim studijama (Božnić et al., 2017; Kilibarda, Czech, Sieroslawski, Gudelj Rakić & Martens, 2014), procenjeno je da bi polaznih 3.000 ispitanika bilo dovoljno da se dostigne potrebni minimum od 2.000 ispitanika. Konačni uzorak obuhvatao je 2.792 ispitanika.

Plan uzorkovanja je uključivao višestepeno slučajno uzorkovanje, sa stratifikovanim klaster uzorkom u prvoj fazi i slučajnim uzorkom u drugoj fazi. U prvoj fazi korišćene su stratifikacione varijable regija i tip naselja (urbano-ruralno). Prvo smo podelili Srbiju na regione (Vojvodina, Beograd, Istočna i Južna Srbija, Zapadna Srbija i Šumadija). S obzirom na to da slučajni klaster uzorak zahteva uzorkovanje određenih grupa/klastera, koristili smo opštine u Srbiji kao klastere za uzorkovanje. Dalje, za svaki region su slučajno uzorkovane opštine, proporcionalno veličini regiona i tipu naselja (urbano-ruralno). Za slučajni izbor ispitanika, u svakoj opštini iz uzorka smo primenili tehniku slučajnog hoda. IA-ovi bi počeli sa intervjuiima u nekoj centralnoj tački u svakoj opštini, zatim skrenuli desno u svaku ulicu, ušli u svaku treću kuću/zgradu u toj ulici, a potom ušli u svaki drugi stan. Ako je u domaćinstvu bilo više osoba koje ispunjavaju uslove za učešće u istraživanju, za ispitanika je izabrana ona čiji je rođendan bio najbliži danu ispitivanja.

Statističke analize su uključivale deskriptivne metode (frekvencije, procenke, srednje vrednosti, standardne devijacije), metode ispitivanja razlika između grupa (ANOVA, t-testovi) i asocijacije kategoričkih ili kvantitativnih varijabli (hi-kvadrat, Pirsonova i Spirmanova korelacija), kao i multivarijantno testiranje (linearne i logističke regresije, kano-nička korelaciona analiza, analiza moderacije i medijacije na osnovu regresije običnih najmanjih kvadrata u okviru metode analize putanje, primenom butstreping intervala poverenja (makro PROCESS (Hayes, 2013))). Sve analize su sprovedene u softveru SPSS, verzija 20.

Ako je određen rezultat statistički značajan, to znači da se on može smatrati efektom koji zaista postoji u populaciji, a ako nešto nije statistički značajno, to znači da su ti rezultati dobijeni slučajno na ispitivanom uzorku, te da se ne može smatrati da dati efekat zaista postoji u populaciji. Statistički značajni rezultati su označeni zvezdicama (*) i sledeće oznake su korišćene za označavanje uobičajenih nivoa statističke značajnosti:

- ▶ jedna zvezdica (*) ukazuje na statističku značajnost na nivou 0,05; to pruža sigurnost pravog efekta od 95%;
- ▶ dve zvezdice (**) ukazuju na statističku značajnost na nivou 0,01; to pruža sigurnost pravog efekta od 99%.

Bonferonijeva korekcija nivoa statističke značajnosti (nivo statističke značajnosti se postiže deljenjem 0,05 sa brojem poređenja) sprovedena je u slučajevima kada su testirane višestruke razlike ili korelacije, kako bi se izbegli slučajni efekti.

3.1. INSTRUMENTI

Osnovni paket istraživačkih instrumenata razvijen je na osnovu metodologije koju su preporučili američki Centri za kontrolu i prevenciju bolesti i SZO. Paket je obuhvatao upitnike koji procenjuju ACE-e i ličnu i porodičnu zdravstvenu istoriju. Svi instrumenti su administrirani u obliku samoprocene, a pitanja su formulisana tako da budu rodno-specifična.

3.1.1. ACE međunarodni upitnik

Da bismo procenili negativna iskustva u detinjstvu, koristili smo dve verzije ACE upitnika: ACE međunarodni upitnik (ACE-IQ — *ACE-International Questionnaire*) (dostupan na: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/questionnaire.pdf) i modifikovanu verziju ACE-IQ-a koja je korišćena za potrebe prethodne ACE studije sprovedene na studentskoj populaciji u Srbiji (Paunovic et al., 2015). Za analizu u ovom izveštaju koristili smo podatke iz drugog upitnika, koji predstavlja modifikaciju ACE-IQ-a. Sva pitanja koja su korišćena u ovoj studiji kako bi se utvrdila iskustva iz detinjstva započeta su frazom „Dok ste odrastali, tokom prvih 18 godina života...“ (Felitti et al., 1998). Upitnik omogućava procenu 18 oblika ACE-a. Međutim, zbog tehničkih problema uzrokovanih aplikacijom koja se koristila za onlajn upitnike, pitanja koja se odnose na vršnjačko seksualno nasilje i smrt roditelja su izostavljena. Na kraju je procenjeno 17 različitih oblika ACE-a: fizičko zlostavljanje, psihološko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, alkoholizam u porodici, zloupotreba droga u porodici, depresija ili bilo koje drugo mentalno oboljenje u porodici, samoubistvo u porodici, član porodice u zatvoru, zlostavljanje majke od strane partnera, zlostavljanje oca od strane partnera, rastavljeni roditelji, psihološko zanemarivanje, fizičko zanemarivanje, nasilničko ponašanje, učešće u tuči, nasilje u zajednici i kolektivno nasilje.

ACE skor je mera kumulativne izloženosti nepovoljnim okolnostima tokom detinjstva. Izloženost bilo kom pojedinačnom obliku ACE-a računa se kao jedan poen. Poeni se zatim sabiraju da bi se dobio konačni ACE skor. Ako osoba tokom detinjstva nije imala nijedno negativno iskustvo, ACE skor je nula. Važno je napomenuti da ACE skor ne beleži učestalost ili težinu bilo kog ACE-a u životu osobe, već se fokusira na broj doživljenih ACE-a.

Svaki ACE predstavljen je binarnom varijablom u skladu sa datim ključevima za ocenjivanje. Pitanja o različitim oblicima zlostavljanja dece (osim seksualnog zlostavljanja), nasilju u zajednici i kolektivnom nasilju, kao i učešća u tuči, imala su četvorostepenu Likertovu skalu za odgovor (*nikad, jednom ili dvaput, nekoliko puta i mnogo puta*), dok je na preostala pitanja o ACE-ima odgovarano dihotomno (*da/ne*). Pojedinačni oblici negativnih iskustava predstavljeni Likertovom skalom odgovora su procenjivani na osnovu nekoliko pitanja i ocenjivani na dva načina, kao **ikada** i **često** doživljeni ACE, tj. upotrebom kriterijuma *blažeg*, odnosno *težeg* iskustva.

Pod *blažim* kriterijumom, smatrali smo da je ispitanik iskusio određeni oblik ACE-a ako su on ili ona naveli da su doživeli događaj iz datog domena barem „*jednom ili dvaput*“. Varijable koje predstavljaju svaki od oblika ACE-a su zatim označene kao „**ikada** (doživljeni) **ACE**“ (što znači da su uzeti u obzir bilo koji, čak i povremeni negativni događaji).

Pod *težim* kriterijumom, smatrali smo da je ispitanik iskusio određeni oblik ACE-a samo ako su on ili ona naveli da su doživeli događaje iz datog domena „*mного puta*“. Varijable koje predstavljaju svaki od oblika ACE-a su zatim označene kao „**često** (doživljeni) **ACE**“ (što znači da su uzeti u obzir samo česti, tj. teški negativni događaji).

Ove različite metode ocenjivanja korišćene su samo za oblike ACE-a koji su procenjivani kroz pitanja sa rednim odgovorima (*nikada, jednom ili dvaput, nekoliko puta, mnogo puta*), dok su oblici ACE-a predstavljeni pitanjima sa binarnim odgovorima (*da ili ne*) ocenjivani pozitivno ako je odgovor bio *da*, kod obe metode ocenjivanja. Drugim rečima, svi oblici ACE-a su imali skor *ikada*, ali samo oni koji su predstavljeni kroz skalirane odgovore imali su i skor *često*. U nekim analizama, kako bismo imali čitav niz različitih ACE-a sa skorom često, dodali smo binarne skorove za one oblike koji nisu imali skor često. Na primer, kada smo računali ukupni skor za česti ACE, osim skora često uključili smo i binarne skorove za one oblike ACE-a koji su imali samo tu vrstu ocene, kako bismo uključili sve oblike ACE-a.

Svako navedeno javljanje ACE-a ocenjeno je jednim poenom. Ukupni ACE skorovi, „skor ikada (doživljeni) ACE“ i „skor često (doživljeni) ACE“ su zatim izračunati kao zbir poena, prema dva gore pomenuta načina ocenjivanja, čime je predstavljena razlika između blažih (ikada) ili težih (čestih) ACE-a.

3.1.2. Upitnik za procenu zdravlja

Pitanja o ponašanjima vezanim za zdravlje i zdravstvenim problemima preuzeta su iz anketa o zdravlju koje sprovodi CDC (*The Behavioural Risk Factor Surveys* (Siegel et al., 1992) i *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (Andersen et al., 1998)). Upitnik je neznatno izmenjen pitanjima o depresiji koja su preuzeta iz plana dijagnostičkog intervjua (*Diagnostic Interview Schedule*) Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje (NIMH — *National Institute of Mental Health*) (Robins et al., 1981).

3.1.3. Upitnik o porodičnoj zdravstvenoj istoriji

Ovaj upitnik je prevashodno osmišljen da olakša i ubrza prikupljanje podataka o trenutnom fizičkom i mentalnom stanju pacijenata (Pecoraro, Inui, Chen, Plorde & Heller, 1979). Sastoji se od spiskova fizičkih i mentalnih oboljenja, nezdravih navika itd. Za svaku stavku, ispitanici odgovaraju da li su ikada iskusili navedenu bolest ili problem. Neke od stavki se odnose na zdravstvene probleme članova njihovih porodica. Prosečni Koenov kapa koeficijent iznosi 0,794. Uz to, upitnik je imao za cilj da proceni psihijatrijske simptome, osnovne crte ličnosti, vezivanje i roditeljske sposobnosti.

3.1.4. Kontrolna lista simptoma traume (TSC-40)

TSC-40 je istraživačka mera koja procenjuje simptomatologiju povezanu sa traumatskim iskustvima tokom detinjstva ili u zreloom dobu kod odraslih (Elliott & Briere, 1992). U pitanju je revizija ranije verzije, TSC-33 (Briere & Runtz, 1989). TSC-40 procenjuje simptome traume kao što su anksioznost, depresija, disocijacija, seksualni problemi i poremećaj spavanja. Sadrži 40 stavki sa zajedničkom četvrosotepenom skalom Likertovog tipa, sa rasponom od 1 (nikada) do 4 (često). Pored ukupnog TSC-40 skora, upitnik omogućava izračunavanje šest podskorova: Anksioznost ($a=0,66$), Depresija ($a=0,70$), Disocijacija ($a=0,64$), Indeks traume seksualnog zlostavljanja ($a=0,62$), Seksualni problemi ($a=0,73$) i Poremećaj spavanja ($a=0,77$). Ukupni TSC-40 skor ima visoku pouzdanost (Kronbahova alfa = 0,90).

3.1.5. Skala pozitivnih iskustava u detinjstvu (BCE)

Sadrži kontrolnu listu od 10 stavki o pozitivnim iskustvima u periodu od 0–18 godina. Stavke procenjuju percipiranu relaciju i unutrašnju sigurnost i bezbednost (npr. barem jedan siguran pružalac nege, verovanja koja su pružala utehu), pozitivan i predvidiv kvalitet života (npr. uživanje u školi, redovni obroci i vreme odlaska na spavanje) i interpersonalnu podršku (npr. nastavnik kojem je bilo stalo, odrasla osoba koja je pružala podršku a nije glavni pružalac nege) (Narayan et al., 2017).

3.1.6. Iskustva u bliskim odnosima — revidirano (ECR-R)

Procenjuje vezivanje u partnerskim odnosima odraslih, kroz 36 stavki sa sedmostepenom skalom za ocenu Likertovog tipa u rasponu od 1 (uopšte se ne slažem) do 7 (potpuno se slažem) (Fraley, Waller & Brennan, 2000). Dve dimenzije vezivanja, Anksioznost (nivo nesigurnosti povezan sa dostupnošću ili stepenom uzvraćanja partnera) i Izbegavanje (nivo nelagode uzrokovan bliskošću ili zavisnošću od partnera), procenjuju se putem 18 stavki. Kronbahova alfa za skalu Anksioznost iznosi 0,90, a za skalu Izbegavanja 0,89.

3.1.7. Osnovne crte ličnosti — HEXACO

Za merenje šest osnovnih crta ličnosti korišćen je HEXACO-60 (Ashton & Lee, 2005). Svaka od šest crta (Poštenje-Poniznost, Emocionalnost, Ekstraverzija, Saradljivost, Savesnost i Otvorenost ka iskustvima) procenjuje se putem 10 stavki sa zajedničkom petostepenom skalom Likertovog tipa, u rasponu od 1 (uopšte se ne slažem) do 5 (potpuno se slažem). Unutrašnja konzistentnost je u rasponu od 0,77 do 0,80 na studentskom uzorku, a od 0,73 do 0,80 na uzorku zajednice (Ashton & Lee, 2009).

3.1.8. Crta Dezintegracije — skala DELTA

Uz HEXACO, procenjivali smo i crtu Dezintegracije pomoću DELTA skale koja se sastoji od 20 stavki sa zajedničkom petostepenom skalom Likertovog tipa (Knežević et al., 2017). Utvrđeno je da su Kronbahove alfe DELTA subskala visoke, u rasponu od 0,76 (za Zaravnjeni afekat) do 0,89 (Perceptivna distorzija i Depresija), dok je Kronbahova alfa za celu skalu 0,90.

3.1.9. Upitnik o nesuicidalnom samopovređivanju (NSSI)

NSSI upitnik je dizajniran za ovu studiju. Zasnovan je na nekoliko upitnika kao što su inventar namernog samopovređivanja (DSHI — *Deliberate Self-Harm Inventory*) (Gratz, 2001; Lundh, Karim & Quilisch, 2007), inventar izjava o samopovređivanju (ISAS — *Inventory of Statements About Self-Injury*) (Klonsky & Glenn, 2009), otavski inventar samopovređivanja (OSI — *Ottawa Self-Injury Inventory*) (Martin et al., 2013) i upitnik o samopovređujućem ponašanju (SHBQ — *Self-Harm Behaviour Questionnaire*) (Gutierrez et al., 2001). Upitnik počinje sa opštim pitanjem „Da li ste ikada namerno sebi naneli fizičku povredu bez želje da se ubijete?“, nakon čega su navedeni najčešći oblici ovih ponašanja. Upitnik se završava pitanjem „Da li ste ikada namerno sebi naneli neke od ovih povreda, a da je to dovelo do medicinske intervencije ili bolničkog lečenja?“. NSSI sadrži 12 stavki sa zajedničkim binarnim (da ili ne) i numeričkim (koliko puta) odgovorima. Ispitanici su morali da daju odgovore za svaku stavku po pitanju dva vremenska perioda: pre i nakon navršene 18. godine. NSSI ponašanja se najčešće javljaju u adolescenciji (Brown & Plener, 2017). Drugi vremenski period, nakon 18. godine, određen je početkom punoletstva u Srbiji, kada adolescentima postaje zakonski dozvoljeno da vrše određene radnje (npr. da voze), a neke od tih radnji su rizične, poput pušenja, konzumiranja alkohola. Iako se mladi upuštaju u ova rizična ponašanja i pre navršene 18. godine života, kada napune 18 godina rizične aktivnosti im postaju lakše dostupne.

Stavke koje se odnose na **opšte informacije, socio-demografske karakteristike i obrazovanje** koje nisu obuhvaćene drugim upitnicima, kao i pitanja **o roditeljskim stavovima kao što je podržavanje telesnog kažnjavanja**, kreirani su za potrebe ove studije i dodati pomenutim instrumentima.

Stručnjaci koji tečno govore i Engleski i Srpski jezik su upitnike prevodili na ciljani jezik i onda ponovo unazad na izvorni jezik. Analizirana je ekvivalentnost prevoda i stavke su prilagođene lokalnim zahtevima.

3.2. PILOT STUDIJA

Sprovedeno je pred-testiranje upitnika na probnom uzorku od 64 volontera. Hiperveza ka istraživanju je podeljena onlajn studentima i njihovim prijateljima i rođacima. Prosečna starost ispitanika u pilot studiji bila je 30,13 (SD=11,95), 81,25% ženskih osoba. Prosečno vreme potrebno za završetak ispitivanja je bilo 58,24 minuta, dok je najkraće bilo 23 minuta. Samo je kod dvoje od 64 ispitanika ispunjavanje svih upitnika trajalo oko 3 sata (183 i 189 minuta), ali su to bile vrednosti koje odudaraju jer je treće najduže potrebno vreme bilo oko 2 sata. Većina ispitanika nije naišla na ozbiljnije prepreke prilikom ispunjavanja obrazaca: u proseku su ocenili složenost upitnika 1,94 (na skali od 1 do 5), a napor prosečno 2,4 (na skali od 1 do 5). Na osnovu podataka prikupljenih u pilot studiji i dobijenih rezultata, instrumenti su revidirani i konačno uobličeni po prijemu povratnih informacija o protokolu istraživanja.

3.3. FOKUS GRUPA SA ASISTENTIMA KOJI SU RADILI NA ISTRAŽIVANJU

Fokus grupa sa istraživačima asistentima (IA) organizovana je kako bi se prikupile informacije o njihovim pozitivnim i negativnim iskustvima tokom tri meseca terenskog rada. Većina IA-ova (26 od 30) je učestvovala u fokus grupama. Fokus grupe su organizovane sa dva cilja: 1) da se prikupe kvalitativni podaci o samoj proceduri istraživanja (npr. procena stope odbijanja i potencijalna rešenja za taj problem, odgovori koji su mogli da utiču na validnost podataka, neprijatne situacije sa kojima su se IA-ovi suočavali i lična iskustva IA-ova i evaluacija obuke);

i 2) kao dibrifing procedura za IA-ove. IA-ovi su procenili da je stopa odbijanja bila veća u urbanim sredinama (u rasponu od 83% do 96%) nego u ruralnim sredinama (u rasponu od 50% do 86%), ali obe stope su bile veoma visoke, što nije bilo očekivano. IA-ovi su naveli da je neka vrsta podsticaja uaturi mogla da poboljša stopu odgovora. Drugo važno pitanje koje se pojavilo je bio otpor prema upotrebi tableta, uglavnom kod starijih ispitanika iz ruralnih područja. Stoga su podaci u ruralnim oblastima češće prikupljeni pomoću papira i olovke, posebno kod starijih ispitanika u ovim oblastima. U većini slučajeva, ispitanici su komentarisali dužinu istraživanja (ocenili su ga kao predugo) i sličnost nekih pitanja u upitnicima ECR-R i HEXACO. Pored toga, IA-ovi su izrazili određenu zabrinutost po pitanju pristrasnosti odgovora (društveno poželjno odgovaranje i upravljanje utiskom) i odgovora u nizu (nasumično popunjavanje, da- i ne-osobe itd.).

Drugi deo fokus grupe je imao za cilj da služi kao dibrifing procedura za IA-ove. Navodili su da je ispitanicima bilo neprijatno prilikom odgovaranja na pitanja sa uznemirujućim sadržajem (silovanje, zlostavljanje, smrt). Druga stvar koja se javila je bio problem neadekvatnog tretiranja IA-ova od strane potencijalnih ispitanika (uvrede, neznanje itd.). IA-ovi su ocenili da im je program obuke bio veoma koristan tokom pripreme za rad na terenu, ali su takođe predložili da bi za IA-ove bilo korisno da se tokom terenskog rada organizuju grupe za podršku sa stručnim licima (npr. jednom mesečno).

3.4. OGRANIČENJA

Uz jake strane, ova studija je imala i određena metodološka ograničenja. Prvo ograničenje se odnosi na dizajn studije preseka, koji ne dozvoljava zaključke o kauzalnim vezama. Drugim rečima, procena istorije ACE-a i varijabli vezanih za ishode u istom trenutku ne može dati informaciju o tome šta je uzrok, a šta posledica. Stoga se ispitanici efekti razmatraju samo kao korelacije, bez kauzalnih interpretacija.

Pored toga, korišćenje retrospektivne samoprocene kao metode prikupljanja podataka dovodi do opasnosti od pristrasnosti sećanja, što znači da trenutna sećanja na prošla iskustva ne moraju biti tačna i objektivna. To je naročito ograničavajuće kod ranih iskustava ACE-a koja su se mogla dogoditi u ranim godinama života i kojih se ispitanici ne sećaju — ali koja su mogla da ostave ogromne posledice. Uz to, zbog prisustva istraživača asistenata, postojala je veća mogućnost za društveno poželjno odgovaranje i upravljanje utiskom. Takođe, metoda samoprocene povećava šanse za pristrasnost u smislu odgovora u nizu (nasumično popunjavanje, da- i ne-osobe itd.).

Iako je ACE upitnik korišćen veoma često na međunarodnom nivou, u ovoj studiji je upotrebljena delimično modifikovana verzija da bi se omogućilo poređenje sa prethodnom ACE studijom sprovedenom u Srbiji. Međutim, ta modifikacija znači ograničenu pouzdanost bilo kakvog direktnog poređenja sa ACE studijama iz drugih zemalja, koje su sprovedene sa različitim verzijama ACE upitnika. Ipak, pošto je korišćen upitnik prilično sveobuhvatan, postoji mogućnost da se skorovi izračunaju na različite načine, pa onda uporede sa drugim studijama. Osim toga, iako ACE upitnik pruža podatke o sećanjima na paletu negativnih iskustava, on ne daje kvantitativne informacije o stvarnom intenzitetu svakog negativnog iskustva (kao što su iskustva zlostavljanja dece) ili ukupnom skoru intenziteta nepovoljnih okolnosti.

Napokon, ova studija može biti ograničena pristranošću odabira, u smislu veće šanse za učestvovanje u studiji ako osoba provodi više vremena kod kuće (nezaposleni, penzioneri). Takođe smo utvrdili da je naš uzorak pristrasan prema obrazovnijim i zaposlenim osobama, zbog pristrasnosti odgovora prema ispitanicima sa višim obrazovanjem i stopom zaposlenosti.

3.5. PROCES REVIZIJE

Uspostavljen je Upravni odbor (UO) kojim je predsedavao Institut za psihologiju, sa članovima iz Instituta za mentalno zdravlje, SZO-a, Ministarstva zdravlja Republike Srbije i UNICEF-a. UO je služio kao referentna grupa za ovo istraživanje i organizovao proces revizije rada na sistematičan, konsultativan način. UO po potrebi pruža stalno tehničko i praktično vođstvo tokom istraživanja. Članovi UO-a su pregledali i dali komentare na konceptnu doku-

mentaciju (ToR), početni izveštaj (istraživački protokol), nacrt(e) izveštaja i konačni izveštaj pre nego što je odobren, predlagali su korake za poboljšanje ili druge radnje i preporučivali odgovarajuće dozvole/odobrenja. Protokol istraživanja (početni izveštaj) pregledala je nezavisna agencija koju je angažovao UNICEF, dok će nacrt izveštaja o istraživanju pregledati i angažovana agencija i tehnički savetnici Regionalne kancelarije UNICEF-a.

3.6. ETIKA

Etičke mere zaštite su implementirane u skladu sa UNICEF-ovom procedurom za etičke standarde u istraživanju (*UNICEF Procedure for Ethical Standards in Research, Evaluation, Data Collection and Analysis*), a prateći UNICEF-ova uputstva za primenu etičkih praksi u istraživanju (*Strategic Guidance Note on Institutionalizing Ethical Practice for UNICEF Research*).

Poverljivost i privatnost su garantovani svim ispitanicima, a date su im neophodne informacije o potencijalnim rizicima i koristima od učešća u ovom istraživanju pre nego što su dobili upitnike, kako bi svako mogao da donese odluku o učešću. Ispitanici su pre intervjuja potpisivali obrasce o saglasnosti i davana im je kopija tog obrasca. Drugi potpisani primerak se čuva u Institutu za psihologiju u zaključanom ormariću kojem pristup imaju samo članovi istraživačkog tima. Potpisani obrasci za pristanak će se čuvati do godinu dana nakon završetka terenskog rada, a nakon toga će biti uništeni pomoću rezača papir.

Ispitanici su anonimno učestvovali u studiji. Prikupljeni podaci se skladište u oblaku aplikacije. Samo članovi istraživačkog tima imaju pristup podacima. Aplikacija koristi Firebase Google skladištenje u oblaku, koje predstavlja bazu podataka u realnom vremenu, sa GDPR sigurnosnim standardima. Upitnici koji su prikupljeni u papirnom obliku (zbog nedostatka veštine upotrebe tableta) čuvaju se u Institutu za psihologiju u zaključanom ormariću kojem imaju pristup samo članovi tima.

Nijedan od ispitanika nije bio maloletan. Upitnik je bio rodno osetljiv. Podaci su bili potpuno anonimni. Svi ispitanici su potpisali obrasce za informisani pristanak i sve procedure su se pridržavale principa Helsinške deklaracije. Ispitanici mogu da povuku svoj pristanak u bilo kom trenutku i mogu zatražiti da se njihovi podaci izbrišu.

Protokol i istraživanje je odobrio institucionalni nadzorni odbor Instituta za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija.

3.7. UPRAVLJANJE

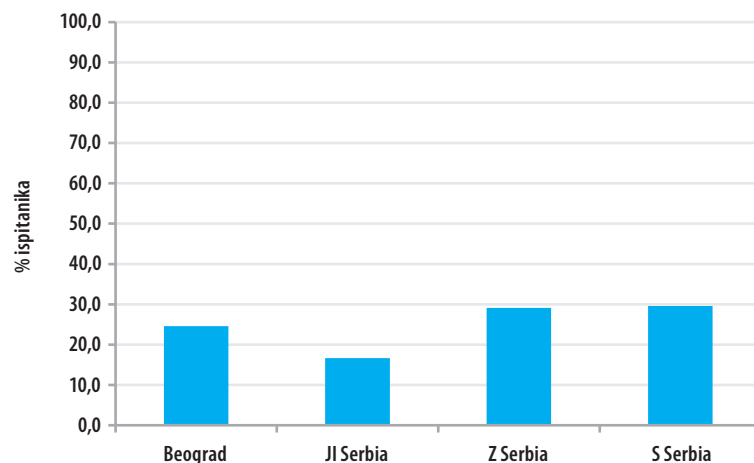
Istraživanje je realizovao Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, u periodu od novembra 2017. do novembra 2018. godine. Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija, bio je glavni partner Instituta za psihologiju i doprineo je kroz razvoj istraživačkih instrumenata i metodologije, uvide i učešće u obuci onih koji su sprovodili ispitivanje, analizu podataka, pisanje izveštaja i objavljivanje u časopisima. Ekspertska grupu činili su stručnjaci obe strane. Ekspertska grupa je učestvovala u izradi metodologije i istraživačkih instrumenata, u obuci onih koji su sprovodili ispitivanje i izradi završnog izveštaja. Glavni istraživač/koordinator ekspertske grupe vodio je razvoj istraživačkih instrumenata, davao uvide i učestvovao u obuci onih koji su sprovodili ispitivanje, vodio analizu podataka i pisanje izveštaja i sveobuhvatno upravljanje istraživanjem i koordinaciju svih istraživačkih timova i faza. Koordinator istraživanja je radio na sveobuhvatnom upravljanju istraživanjem i koordinaciji svih istraživačkih timova i faza, učestvovao u izradi metodologije i obuci onih koji su sprovodili ispitivanje. Stručnjak za uzorkovanje i obradu podataka radio je na odabiru uzorka, razvoju CAPI aplikacije i upravljanju obradom podataka. Terenski koordinator je organizovao i vodio obuku i terenski rad, logističku podršku onima koji su sprovodili intervjuje i organizaciju monitoringa na terenu.

4. REZULTATI

4.1. OPIS UZORKA

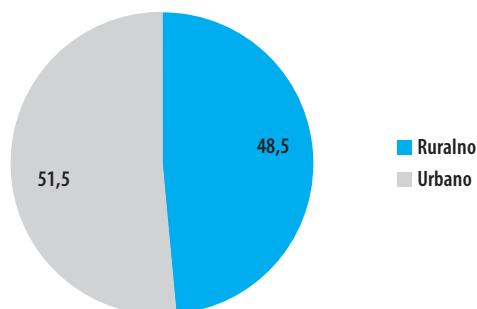
Studija je sprovedena na uzorku reprezentativnom za populaciju Srbije. Krajnji uzorak je imao ukupno 2.792 ispitanika. Među učesnicima studije, 25% (N=667) je bilo iz metro područja prestonice (Beograd i prigradske opštine), 17% iz jugoistočne Srbije (N=453), 28,3% iz zapadne (N=755) i 29,8% iz severne Srbije (region Vojvodine) (N=796) (videti sliku 1). Za preostale ispitanike nedostaju podaci o regionu.

Slika 1. Regionalna distribucija uzorka u procentima



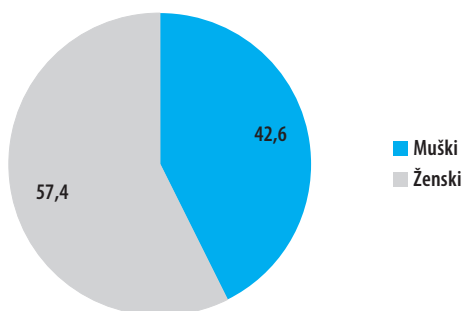
Ispitanici iz urbanih i ruralnih sredina su bili gotovo podjednako zastupljeni u uzorku (urbano N=1.378 (51,5%), ruralno N=1.293 (48,5%)), slika 2. Prema popisu iz 2011. godine, ruralne sredine su malo manje zastupljene (40,56%) nego u našem uzorku.

Slika 2. Urbano-ruralna distribucija uzorka u procentima



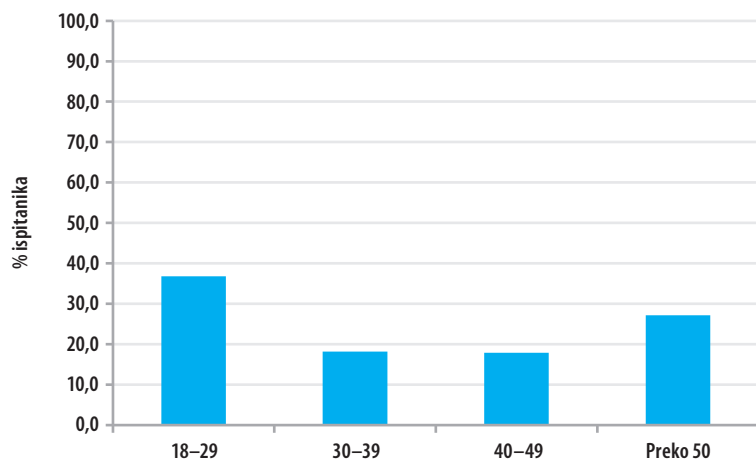
Žene su bile nešto više zastupljene u uzorku (57,4%, N=1.573), u poređenju sa muškarcima (42,6%, N=1.169), slika 3. Ovo pomalo odstupa od vrednosti za populaciju prema popisu iz 2011. godine, 48,69% muškaraca i 51,31% žena, što je verovatno posledica pristrasnosti u odgovaranju.

Slika 3. Odnos polova u uzorku u procentima

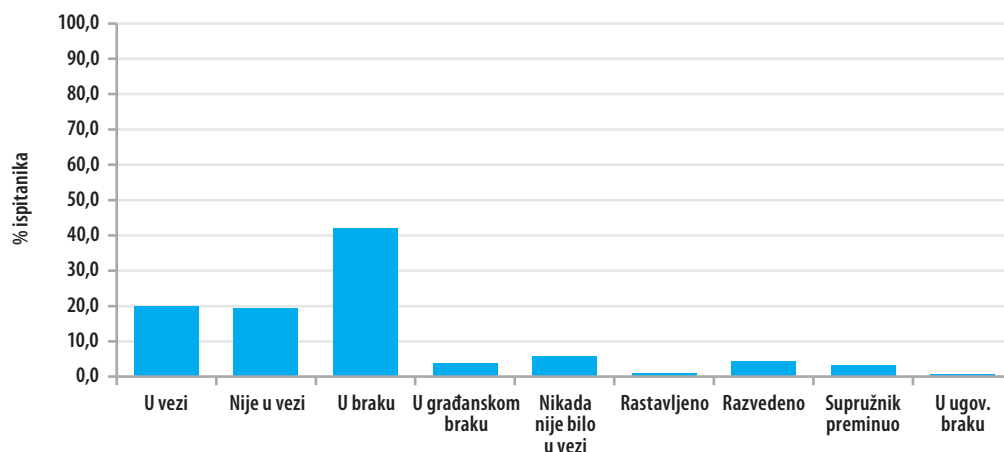


U pogledu uzrasta, podelili smo naš uzorak u četiri grupe (slika 4). Možemo videti da je najmlađa grupa (uzrasta 18–29) najzastupljenija (36,8%), a zatim ide najstarija grupa, stariji od 50 godina (27,1%). Dve srednje starosne grupe su nešto manje zastupljene, 18,2% za grupu uzrasta 30–39 i 17,9% za grupu uzrasta 40–49. Ova distribucija pomalo odstupa od populacije, prema popisu iz 2011. godine (23,68%, 21,63%, 20,83% odnosno 33,86% za svaku od četiri pomenute starosne grupe). To je verovatno posledica pristrasnosti u odgovaranju.

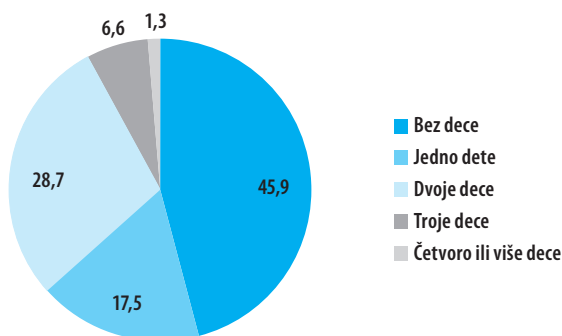
Slika 4. Distribucija starosnih grupa u našem uzorku (procenti)



Kad je u pitanju status partnerskog odnosa, 42% ispitanika je navelo da je u braku, 20,1% da je u vezi ali nije venčano, a 3,9% da je u građanskom braku, dok je 3,4% onih kojima je supružnik preminuo, 4,5% je razvedeno i 0,9% rastavljeno. Ispitanici koji trenutno nisu u vezi činili su 19,4% uzorka, dok njih 5,9% nikada nije bilo u partnerskom odnosu. Dvadeset tri osobe (0,8%) nisu izabrale svog supružnika, tj. njihovi brakovi su ugovoreni. Rezultati su prikazani na slici 5. Prema podacima popisa iz 2011. godine, u sličnoj starosnoj grupi trebalo bi očekivati da je 55,13% u braku, 9,95% onih kojima je supružnik preminuo, 4,98% razvedenih, 4,15% u građanskom braku i 25,79% osoba koje nisu u vezi, što je slično distribuciji u našem uzorku.

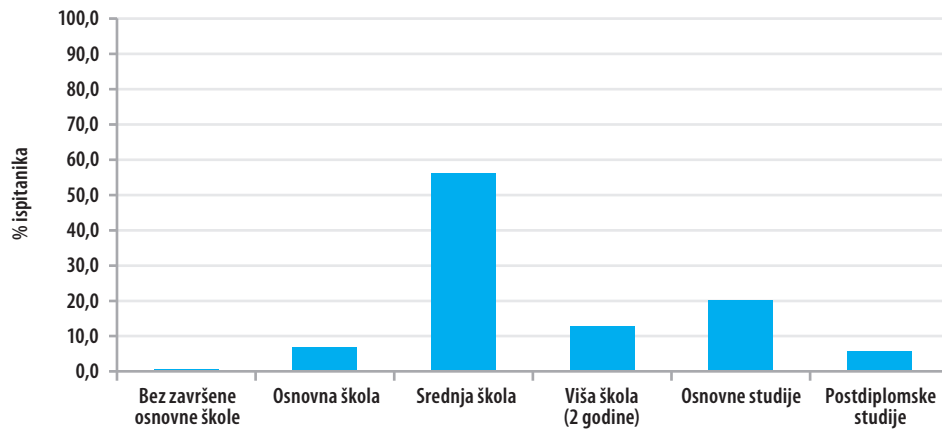
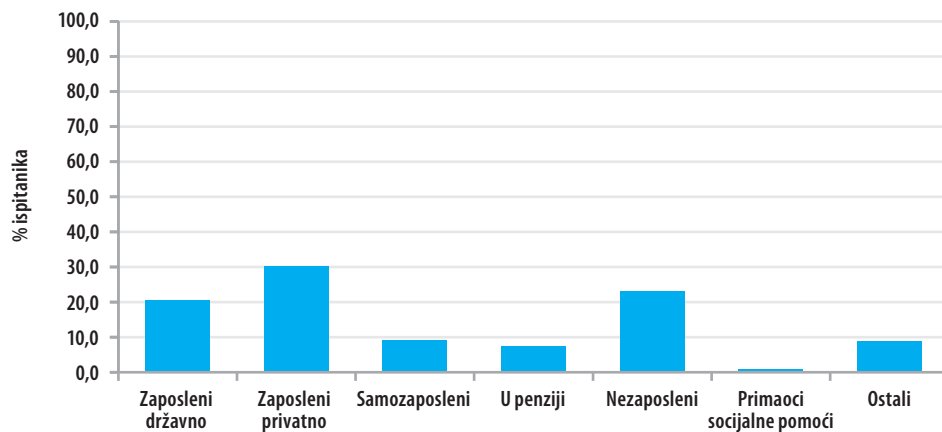
Slika 5. Distribucija uzorka u procentima po bračnom stanju


Gotovo polovina ispitanika (45,9%) nema dece. Jedna trećina uzorka (28,7%) ima dvoje dece, 17,5% jedno dete i 6,6% troje dece. Samo 1,3% ispitanika u našem uzorku ima više od troje dece. Rezultati su prikazani na slici 6.

Slika 6. Distribucija broja dece po ispitaniku, u procentima


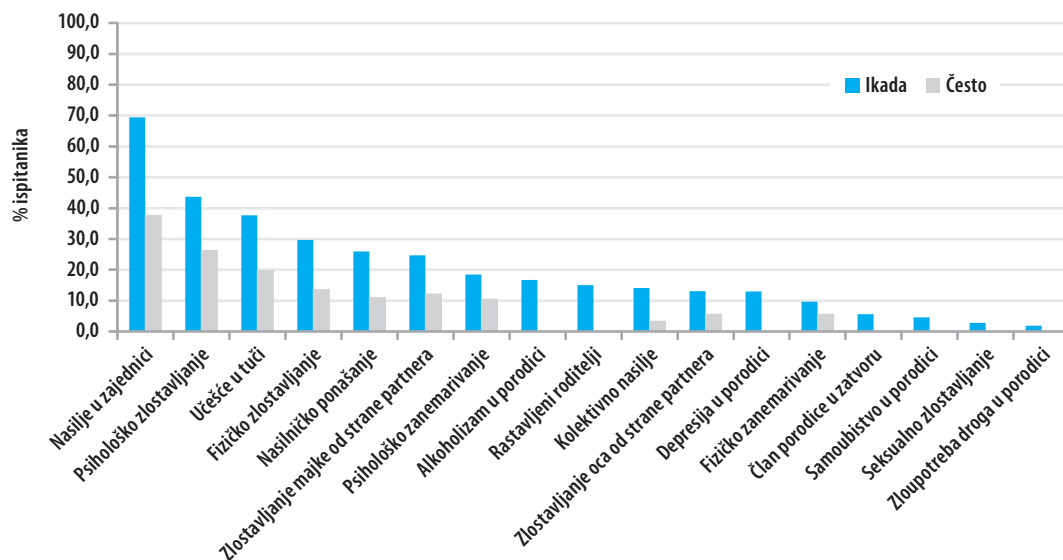
Samo 5 osoba (0,2%) nije završilo osnovnu školu, dok je njih 180 (6,6%) napustilo školovanje nakon osnovne škole. Većina ispitanika je završila srednju školu (55,9%), 12,4% je završilo višu školu — dvogodišnji program, 19,8% je završilo fakultet — četvorogodišnji program, a samo 5,1% ima diplomu master ili doktorskih studija. Rezultati su prikazani na slici 7 i oni odstupaju od distribucije nivoa obrazovanja u populaciji prema popisu iz 2011. godine (13,73% bez završene osnovne škole, 20,84% osnovna, 49,13% srednja škola, 5,68% viša i 10,63% fakultet i više). Odstupanja su uglavnom posledica izabrane starosne grupe (18–65 u našem uzorku), ali i pristrasnosti u odgovaranju kod ispitanika sa visokim obrazovanjem. To bi moglo da ima posledice na rezultate u smislu obrazovnih ishoda i radnog statusa.

Po radnom statusu, 59,59% uzorka je zaposleno (u državnim i privatnim preduzećima ili samozaposleno), 7,51% je u penziji, 23,2% opisuje sebe kao nezaposlene, dok 0,82% koristi socijalnu pomoć. Prema popisu iz 2011. godine, 42,57% populacije istog uzrasta kao u našem uzorku je zaposleno, što je manje nego u našim rezultatima.

Slika 7. Distribucija nivoa obrazovanja (procenti)**Slika 8.** Distribucija radnog statusa (procenti)

4.2. NEGATIVNA ISKUSTVA U DETINJSTVU

Najpre, predstavljena je ukupna distribucija za dve vrste ocene, ikada i često doživljeni ACE (slika 9 i tabela 1). Neki oblici ACE-a nemaju skorove za kriterijum „često” jer su mereni samo putem binarnih pitanja (0-nije prisutno ili 1-prisutno). U ovim podacima se može primetiti učestalost pojave svakog pojedinačnog tipa ACE-a u uzorku u punom rasponu. Nisu pronađene statistički značajne razlike u pogledu ACE skorova između različitih načina ispunjavanja upitnika (pomoću tablet računara ili u papirnom obliku).

Slika 9. Rasprostranjenost, u procentima, ACE-a dobijena pomoću dve metode ocenjivanja

Tabela 1. Rasprostranjenost pojedinačnih vrsta ACE-a u procentima, dobijena pomoću dve metode ocenjivanja (za neke vrste ACE-a ne postoje skorovi za kriterijum „često”)

Vrsta negativnog događaja	Ikada %	Često %
Fizičko zlostavljanje	29,7	13,6
Psihološko zlostavljanje	43,7	26,3
Seksualno zlostavljanje	2,8	-
Alkoholizam u porodici	16,7	-
Zloupotreba droga u porodici	1,9	-
Depresija u porodici	13,0	-
Samoubistvo u porodici	4,6	-
Član porodice u zatvoru	5,6	-
Zlostavljanje majke od strane partnera	24,7	12,1
Zlostavljanje oca od strane partnera	13,1	5,6
Rastavljeni roditelji	15,1	-
Psihološko zanemarivanje	18,5	10,5
Fizičko zanemarivanje	9,7	5,6
Nasilničko ponašanje	26,0	11,0
Učešće u tuči	37,7	19,7
Nasilje u zajednici	69,4	37,7
Kolektivno nasilje	14,1	3,3

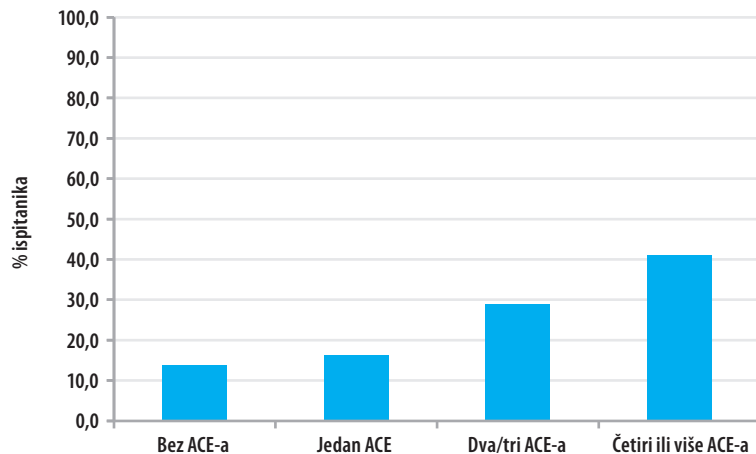
Dalje, broj ACE-a je kategorisan, u skladu sa uobičajenim graničnim skorovima, u četiri grupe:

- 1) bez ACE-a (učestalost je 0),
- 2) jedan ACE,
- 3) dva ili tri ACE-a,
- 4) četiri ili više ACE-a.

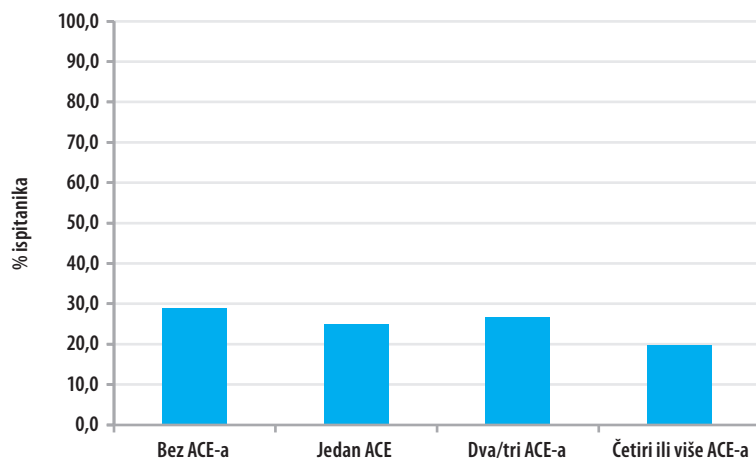
Ova vrsta kategorizacije izvršena je radi lakšeg poređenja rezultata sa prethodnim istraživanjima ACE-a.

Kada su podaci analizirani uzimajući u obzir čak i retke događaje („ikada“ doživljeni ACE), 13,7% (N=366) ispitanika nije navelo ni jedan jedini ACE. Jedan ACE je iskusilo 16,3% (N=434), dva ili tri njih 29,0% (N=771), dok su ostali ispitanici imali četiri ili više ACE-a (41,0%; N=1.091).

Slika 10. Procenti kategorija ACE-a primenom srednjeg kriterijuma



Slika 11. Procenti kategorija ACE-a kada se uzmu u obzir česti ACE-i

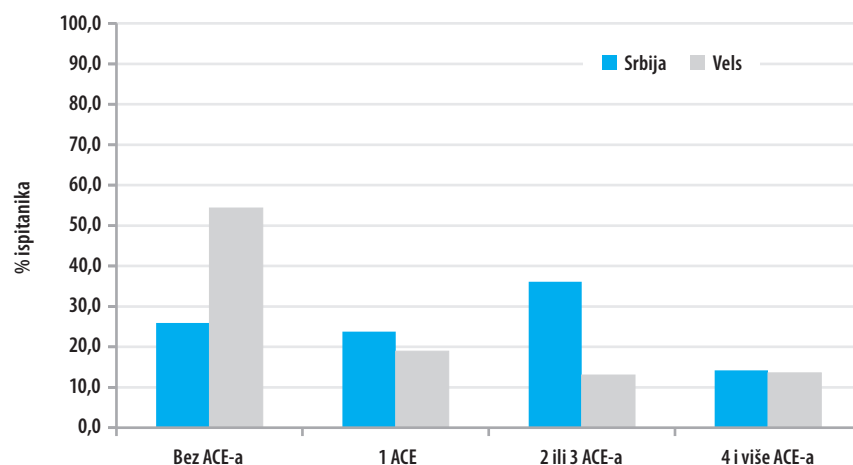


Kada se uzmu u obzir samo ponovljeni događaji („česti“ ACE), jedna trećina uzorka nije iskusila nijedan negativan događaj (28,8%, N=767), broj onih sa jednim čestim ACE-om je 25,0% (N=665), slično kao i onih sa dva ili tri ACE-a (26,5%, N=706). Jedna petina uzorka iskusila je četiri ili više čestih ACE-a (19,7%, N=524).

Bilo je moguće uporediti naše rezultate sa istraživanjem o ACE-ima među srpskim studentima iz 2013/2014. godine (WHO, 2015), jer su korišćeni isti upitnici i mere. U toj prethodnoj studiji, oko 50% ispitanika nije nikada iskusilo nijedan ACE, dok je u našem uzorku rezultat bio 13,7% za retke događaje (skor „ikada“) i 28,8% za ponovljene događaje (skor „često“). Razlika u rezultatima između dve studije može biti povezana sa razlikama u godinama i obrazovanju ispitanika. Naime, dok je prethodno istraživanje sprovedeno na studentima, ova studija je uključivala čitav starosni raspon odraslih, gde je samo 25% ispitanika bilo fakultetski obrazovano. Pošto je u ovoj studiji više ACE-a povezano sa nižim obrazovanjem i češćim napuštanjem školovanja (detalji su dati u odeljku rezultata ACE-i i obrazovanje), veća učestalost ACE-a možda zapravo potiče iz manje obrazovanog dela uzorka. Takođe, moguće je da se veća rasprostranjenost ACE-a u našoj studiji javlja kao posledica činjenice da je najveća rasprostranjenost zabeležena za nasilje u zajednici. To se dalje može objasniti u kontekstu zajedničkog iskustva ratova, građanskih nemira, demonstracija, nesigurnosti i sličnog, što se sve događalo u Srbiji u protekle tri decenije, a možda nije uticalo na trenutnu studentsku populaciju u istoj meri kao na druge grupe ispitanika. Stoga smo izračunali distribuciju kategorija ACE-a, na osnovu skorova po kriterijumu „često“, bez nasilja u zajednici, i podaci su mnogo bliži prethodnoj studiji (37,3% nije iskusilo nijedan negativan događaj, 24,3% navodi iskustvo jednog ACE-a, 23,1% dva ili tri, dok 15,2% navodi da je imalo četiri ili više ACE-a).

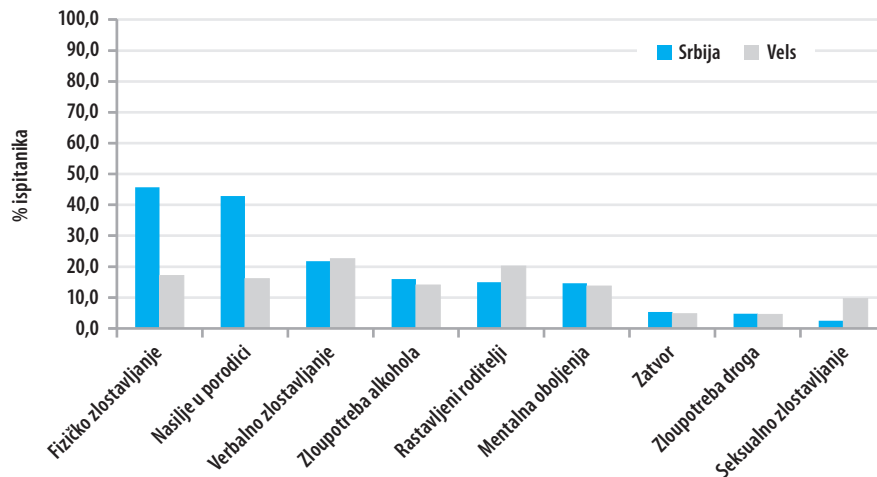
Kako bismo uporedili naše rezultate sa velškom ACE studijom (Wales Audit Office, 2015), preračunali smo ACE skorove na isti način na koji su to činili autori date studije. Za tako računate skorove, u velškoj studiji 54,9% ispitanika nije iskusilo nijedan ACE, dok u našoj studiji isto važi za 25,9%. Kategorija osoba koje su iskusile jedan ACE (18,98% u velškoj studiji u poređenju sa 23,8% u našoj) i četiri ili više ACE-a (13,61% u velškoj studiji u poređenju sa 14,2% u našoj) su bile slične, dok je kategorija onih koji su iskusili dva ili tri događaja bila zastupljenija u Srbiji (slika 12).

Slika 12. Poređenje kategorija ACE-a između Velsa i Srbije (procenti)
(skorovi su računati kao u velškoj studiji)



Ako uporedimo pojedinačne ACE-e između ove dve studije, možemo videti da se fizičko zlostavljanje (17,06% u velškoj studiji u poređenju sa 45,7% u našoj) i nasilje u porodici (16,07% u velškoj studiji u poređenju sa 42,9% u našoj) javlja u mnogo većoj meri u Srbiji nego u Velsu (slika 13). S druge strane, rastavljeni roditelji (20,12% u velškoj studiji u poređenju sa 14,9% u našoj) i seksualno zlostavljanje (9,67% u velškoj studiji u poređenju sa 2,5% u našoj) su nešto češći u velškom uzorku. Ostali oblici ACE-a su imali sličnu učestalost javljanja u obe studije.

Slika 13. Poređenje različitih oblika ACE-a između Velsa i Srbije (procenti)
(skorovi su računati kao u velškoj studiji)



Godine krize u Srbiji, koje su praćene brojnim akutnim i hroničnim stresorima, imale su negativan uticaj na mentalno zdravlje populacije. Produženi stres kojem su bili izloženi građani Srbije je izazvao značajne psihološke i društvene posledice, posebno kod ranjivih osoba. Učestalost poremećaja povezanih sa stresom, psihosomatskih oboljenja, zloupotrebe substanci i samoubistva je visoka, isto kao i delinkvencija i nasilje među mladima (Lecic Tosevski et al., 2007), što se može povezati sa nasiljem u zajednici. Nalazi međunarodne multicentrične studije koja je sprovedena sedam godina nakon velike traume su pokazali da je rasprostranjenost hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSD — *post-traumatic stress disorder*) i dalje veoma visoka u zemlji (trenutno 18,8%, tokom života 32,3%), a isto važi i za veliku depresivnu epizodu (trenutno 26,2%, periodično 14,4%) (Priebe et al., 2010). Uporni i hronični stres, rat, siromaštvo, stalna finansijska i egzistencijalna neizvesnost imaju i opšte i pojedinačne posledice. U pitanju je hronična, kolektivna traumatizacija koja može biti povezana sa nasiljem u zajednici.

4.2.1. Odnos između različitih vrsta ACE-a

ACE-i obuhvaćeni ovim istraživanjem su: fizičko zlostavljanje, emocionalno zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, alkoholizam u porodici, zloupotreba droga u porodici, depresija ili bilo koje drugo mentalno oboljenje u porodici, samoubistvo u porodici, član porodice u zatvoru, zlostavljanje majke od strane partnera, zlostavljanje oca od strane partnera, rastavljeni roditelji, psihološko zanemarivanje, fizičko zanemarivanje, nasilničko ponašanje, učešće u tuči, nasilje u zajednici i kolektivno nasilje. Provera različitih oblika ACE-a omogućila je i testiranje njihovih međusobnih odnosa. Analizirano je da li različiti oblici ACE-a imaju tendenciju da se grupišu na osnovu neke latentne sličnosti. Za proveru toga, korišćena je faktorska analiza, metoda glavnih komponenti, sa varimaks rotacijom glavnih osa. Kao kriterijum za ekstrakciju faktora korišćen je Katelov dijagram rasipanja.

Rezultati su pokazali da se istraživani oblici ACE-a grupišu u tri različita faktora ili grupe, bez obzira na primenjenu metodu ocene. Svi ACE-i koji se rasporede u jednu od ove tri grupe imaju relativno visoke interkorelacije (međusobno) i relativno niske, ili nemaju uopšte, korelacije sa ACE-ima iz druge dve grupe. Drugim rečima, ACE-i unutar jedne grupe su međusobno povezani, a postojanje jedne vrste povezano je s većim rizikom javljanja drugih vrsta iz iste grupe.

U prvoj fazi, ACE-i su analizirani prema metodi ocene „ikada“.

1. Prvi faktor ili grupa sastoji se od ACE-a koji se uglavnom odnose na fizičko zlostavljanje i nasilje, kao što su učešće u tuči, nasilničko ponašanje, nasilje u zajednici, fizičko zlostavljanje i kolektivno nasilje. Jedini oblika ACE-a koji odstupa od ostalih u ovoj grupi je psihološko zlostavljanje. Međutim, ono visoko korelira sa drugim datim

oblicima ACE-a. Imajući u vidu dominantni sadržaj ove grupe (faktora), tumačili smo je kao **nasilje** (tabela 2). Ovaj nalaz pokazuje da je pojava jedne vrste nasilja povezana sa pojavom drugih vrsta nasilja.

2. Drugi faktor uključuje ACE-e poput depresije u porodici, samoubistva u porodici, psihološkog zanemarivanja, seksualnog zlostavljanja i rastavljenih roditelja. Budući da se većina ovih oblika ACE-a odnosi na neku vrstu zanemarivanja ili uskraćivanja, ova grupa je tumačena kao ACE-i povezani sa **zanemarivanjem** (tabela 2). Na osnovu nalaza, jedna vrsta ponašanja povezanog sa zanemarivanjem praćena je i drugim vrstama. Za neke od oblika ACE-a u ovoj grupi je teško razumeti zašto tu pripadaju — na primer, seksualno zlostavljanje — ali ovaj nalaz ne znači da je seksualno zlostavljanje oblik zanemarivanja, već samo pokazuje da ono korelira sa oblicima ACE-a povezanim sa zanemarivanjem više nego sa drugim tipovima ACE-a. Može se zaključiti da se seksualno zlostavljanje često javlja zajedno sa različitim vrstama zanemarivanja, kao što su depresija u porodici, samoubistvo u porodici, psihološko zanemarivanje i rastavljeni roditelji.
3. Treći faktor je povezan sa negativnim iskustvima kao što su alkoholizam u porodici, zlostavljanje majke od strane partnera, zlostavljanje oca od strane partnera, član porodice u zatvoru, zloupotreba droga u porodici i fizičko zanemarivanje. Pošto se većina ovih oblika ACE-a odnosi na zlostavljačke društvene interakcije, ovu grupu ACE-a tumačili smo kao **zlostavljanje** (tabela 2). Kao i kod prethodnih faktora, možemo zaključiti da je jedna vrsta zlostavljanja povezana sa drugim oblicima ACE-a iz ove grupe. Kao i kod prethodne grupe, možda je teško razumeti kako se fizičko zanemarivanje tu uklapa — i to ne znači da je fizičko zanemarivanje vrsta zlostavljanja — već samo pokazuje da ono korelira sa oblicima ACE-a povezanim sa zlostavljanjem više nego sa drugim tipovima ACE-a. Fizičko zanemarivanje se često javlja sa različitim vrstama zlostavljanja (alkoholizam u porodici, zlostavljanje majke od strane partnera, zlostavljanje oca od strane partnera, član porodice u zatvoru, zloupotreba droga u porodici).

Tabela 2. Faktorska opterećenja ACE-a — metod ocenjivanja „ikada doživljeni ACE“

Ikada doživljeno nasilje	Učešće u tuči	,639
	Psihološko zlostavljanje	,602
	Nasilničko ponašanje	,586
	Nasilje u zajednici	,575
	Fizičko zlostavljanje	,559
	Kolektivno nasilje	,381
Ikada doživljeno zanemarivanje	Depresija u porodici	,705
	Samoubistvo u porodici	,615
	Psihološko zanemarivanje	,495
	Seksualno zlostavljanje	,435
	Rastavljeni roditelji	,340
Ikada doživljeno zlostavljanje	Alkoholizam u porodici	,668
	Zlostavljanje majke od strane partnera	,635
	Član porodice u zatvoru	,497
	Zlostavljanje oca od strane partnera	,462
	Zloupotreba droga u porodici	,293
	Fizičko zanemarivanje	,270

Napomena: Brojevi predstavljaju korelacije svakog oblika ACE-a sa grupom u celini

Primenjena je ista analitička strategija na rezultate dobijene drugom metodom ocenjivanja, tj. za „česte“ ACE-e. Za one oblike ACE-a koji nemaju skor često, koristili smo skorove „ikada“ da bismo imali pun niz ACE-a. Opet su se izdvojile tri grupe negativnih iskustava, veoma slične onima koje su utvrđene u prethodnoj analizi:

1. Prva grupa sastoji se od oblika ACE-a koji su uglavnom povezani sa fizičkim zlostavljanjem i nasiljem, kao što je učešće u tuči, nasilje u zajednici, kolektivno nasilje, nasilničko ponašanje, član porodice u zatvoru. Iako je bilo nekih odstupanja u odnosu na prethodnu analizu kada je primenjen metod ocene „ikada doživljeni ACE” (na primer, umesto psihološkog zlostavljanja koje je spadalo u prvi faktor u prethodnoj analizi, u ovoj analizi se oblik ACE-a član porodice u zatvoru grupisao u prvi faktor), sva ova iskustva su i dalje povezana sa nasiljem i nasilničkim ponašanjem. Slično prethodnoj analizi, ova grupa (faktor) je imenovana **nasilje** (tabela 3). Ovaj nalaz ukazuje da je pojava jedne vrste nasilja povezana sa pojavom drugih vrsta nasilja.
2. Drugi faktor je ponovo uključivao ACE-e kao što su depresija u porodici, samoubistvo u porodici, seksualno zlostavljanje i rastavljeni roditelji. Svi ovi oblici ACE-a se odnose na neku vrstu zanemarivanja ili uskraćivanja, i zato je ova grupa tumačena kao ACE-i povezani sa **zanemarivanjem** (tabela 3). Kao što je već pomenuto, ovaj nalaz sugeriše da je jedna vrsta ponašanja povezanog sa zanemarivanjem u vezi sa drugim oblicima ACE-a koji su povezani sa zanemarivanjem. Isto kao i kod rezultata dobijenih za ACE skor ikada, seksualno zlostavljanje korelira sa zanemarivačkim oblicima ACE-a više nego sa drugim tipovima ACE-a. Pošto je ovo relativno dosledan nalaz sa obe vrste skorova, može se zaključiti da se seksualno zlostavljanje često javlja sa različitim vrstama zanemarivanja.
3. Treći faktor (grupa) odnosi se na negativna iskustva kao što su zlostavljanje majke od strane partnera, zlostavljanje oca od strane partnera, fizičko zlostavljanje, psihološko zlostavljanje, psihološko zanemarivanje, fizičko zanemarivanje i alkoholizam u porodici. Uprkos malim razlikama u sadržaju ovog faktora i trećeg faktora dobijenog u prethodnoj analizi, kada je primenjen metod ocene „ikada doživljeni ACE” (konkretno, ovde su fizičko zlostavljanje, psihološko zlostavljanje i psihološko zanemarivanje grupisani u treći faktor, dok nedostaju član porodice u zatvoru i zloupotreba droga), svi izdvojeni oblici ACE-a su povezani sa zlostavljačkim društvenim interakcijama, te je ova grupa tumačena kao **zlostavljanje** (tabela 3). Isto kao i kod prethodnih faktora, može se zaključiti da je jedna vrsta zlostavljanja povezana sa drugim zlostavljačkim oblicima ACE-a. U ovoj grupi, psihološko i fizičko zanemarivanje koreliraju sa zlostavljačkim oblicima ACE-a više nego sa drugim tipovima ACE-a. Pošto je ovo takođe relativno dosledan nalaz sa oba tipa skorova, može se sumirati da se psihološko i fizičko zanemarivanje često javljaju zajedno sa različitim vrstama zlostavljanja.

Zanimljivo je da kada je korišćena metoda ocene „česti ACE” zloupotreba droga se nije pojavila ni u jednom od izdvojenih faktora (grupa). To je verovatno zbog relativno niske rasprostranjenosti učestale zloupotrebe droga u populaciji, te stoga ona nije u korelaciji sa drugim vrstama negativnih iskustava.

Tabela 3. Faktorska opterećenja ACE-a — metod ocenjivanja „često doživljen ACE”

Često nasilje	Učešće u tuči	,734
	Nasilje u zajednici	,670
	Kolektivno nasilje	,489
	Nasilničko ponašanje	,412
	Član porodice u zatvoru	,279
Često zanemarivanje	Depresija u porodici	,698
	Samoubistvo u porodici	,679
	Rastavljeni roditelji	,523
	Seksualno zlostavljanje	,320
Često zlostavljanje	Zlostavljanje majke od strane partnera	,667
	Fizičko zlostavljanje	,634
	Zlostavljanje oca od strane partnera	,616
	Psihološko zlostavljanje	,610
	Psihološko zanemarivanje	,519
	Fizičko zanemarivanje	,502
	Alkoholizam u porodici	,452

Napomena: Brojevi predstavljaju korelacije svakog ACE-a sa grupom u celini

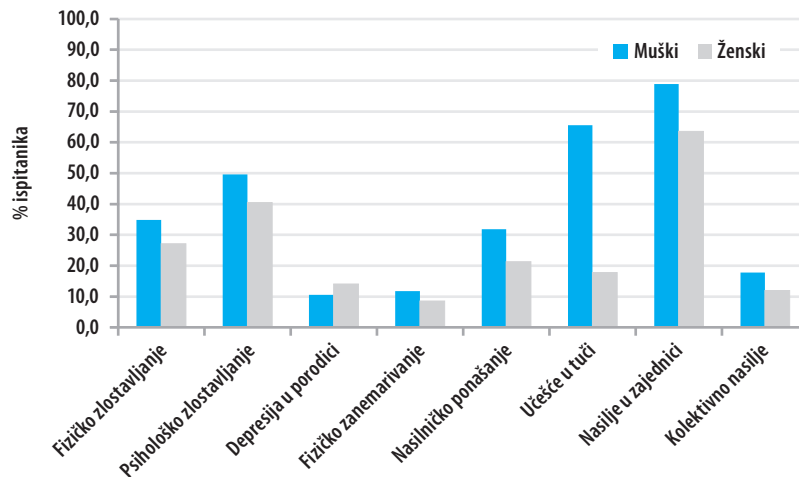
Da zaključimo, različiti oblici ACE-a su međusobno povezani, tako da se razvrstavaju u tri grupe, koje smo nazvali i protumačili kao: ACE-i povezani sa nasiljem, povezani sa zanemarivanjem i povezani sa zlostavljanjem. Bez obzira na metod ocenjivanja, ACE-i se razvrstavaju u ove grupe. Na osnovu oba pristupa ocenjivanju i gore navedenih rezultata, može se zaključiti da bi se iskustva kao što su učešće u tuči, nasilje u zajednici, kolektivno nasilje, nasilničko ponašanje, član porodice u zatvoru i psihološko zlostavljanje često javljala zajedno, kao i da ako bismo utvrdili jedno od njih, mogli bismo da očekujemo pojavu i drugih oblika. Osim toga, iskustva kao što su depresija u porodici, samoubistvo u porodici, psihološko zanemarivanje, seksualno zlostavljanje i rastavljeni roditelji, takođe imaju tendenciju da se pojavljuju zajedno. U skladu s tim, pojava jednog od ovih oblika ACE-a može ukazati da su prisutni i drugi oblici. Napokon, iskustva kao što su zlostavljanje majke od strane partnera, zlostavljanje oca od strane partnera, fizičko zlostavljanje, psihološko zlostavljanje, psihološko zanemarivanje, fizičko zanemarivanje, alkoholizam u porodici, član porodice u zatvoru i zloupotreba droga, vrste su iskustava koja se često pojavljuju zajedno. Opet, to pokazuje da ako su prisutni neki od oblika ACE-a iz ove grupe, verovatno je da će biti prisutni i ostali.

4.2.2. Socio-demografski korelati ACE-a

Polne razlike. Podaci iz ovog istraživanja pokazuju da dečaci češće doživljavaju različite oblike ACE-a. Ako analiziramo specifične ACE-e, primenom obe metode ocenjivanja, dečaci su češće:

- ▶ žrtve nasilničkog ponašanja: ikada doživljeni ACE ($\varphi_c^1=0,121^{**}$) i česti ACE ($\varphi_c=0,085^{**}$),
- ▶ učesnici u tučama: ikada doživljeni ACE ($\varphi_c=0,485^{**}$) i česti ACE ($\varphi_c=0,409^{**}$),
- ▶ svedoci nasilja u zajednici: ikada doživljeni ACE ($\varphi_c=0,173^{**}$) i česti ACE ($\varphi_c=0,165^{**}$),
- ▶ svedoci kolektivnog nasilja: ikada doživljeni ACE ($\varphi_c=0,083^{**}$) i česti ACE ($\varphi_c=0,074^{**}$).

Slika 14. Značajne polne razlike u ACE-ima: blaži kriterijum (ikada doživljeni ACE)

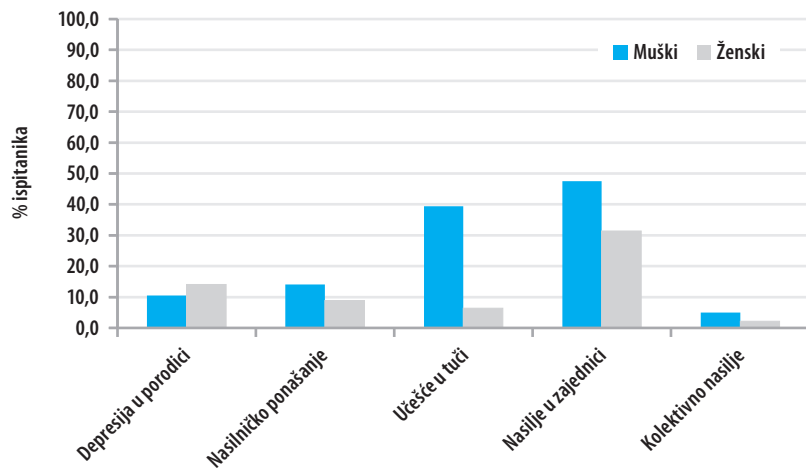


Pored toga, kada se uzme u obzir ACE skor ikada (koji uključuje retke događaje), dečaci su češće:

- ▶ žrtve fizičkog zlostavljanja ($\varphi_c=0,080^{**}$),
- ▶ žrtve psihološkog zlostavljanja ($\varphi_c=0,090^{**}$),
- ▶ izloženi fizičkom zanemarivanju ($\varphi_c=0,061^{**}$).

Devojčice češće iskuse suživot sa osobom koja boluje od depresije ($\varphi_c=0,064^{**}$).

1 Simbol se odnosi na Kramerov V-koeficijent u celom tekstu.

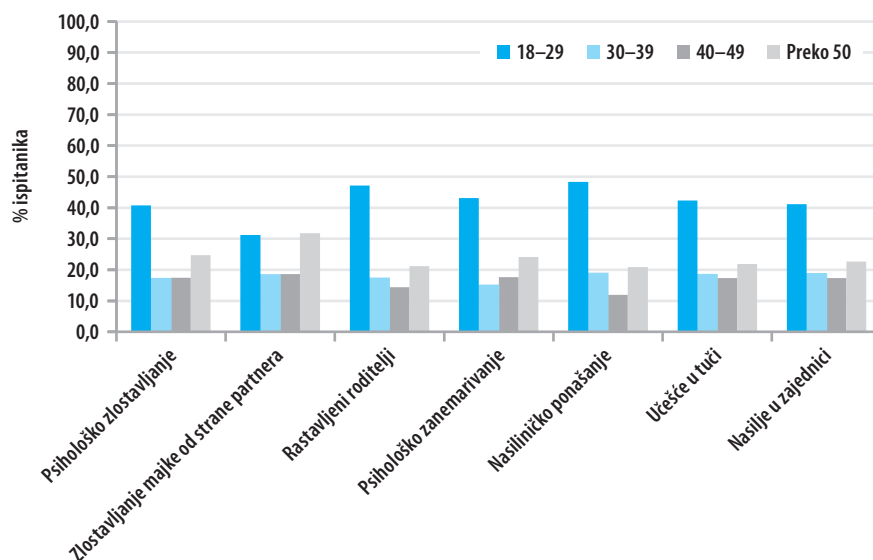
Slika 15. Značajne polne razlike u ACE-ima: teži kriterijum (česti ACE)

Kada se rezultati ovog istraživanja uporede sa ACE studijom sprovedenom na studentima u Srbiji (WHO, 2015), uočljive su određene razlike. U ovom istraživanju nije pronađena veza između pola i zloupotrebe alkohola, koja je utvrđena u sprskoj studentskoj ACE studiji. U istraživanju sprovedenom na uzorku studenata univerziteta u Srbiji nije bilo polnih razlika kada je posmatrani ACE bio suživot sa osobom sa mentalnim oboljenjem, dok su u ovoj studiji žene češće navodile iskustvo suživota sa osobom sa depresijom tokom detinjstva. Iako bi jedno od mogućih objašnjenja ovih razlika moglo biti povezano sa različitim uzrastom i obrazovanjem ispitanika, potrebno je sprovesti dalja ispitivanja kako bi se istražili ostali razlozi za ove razlike između rezultata dobijenih u dve date studije.

U istraživanju ACE-a među studentima srpskih univerziteta, ispitanici muškog pola su češće navodili da su imali iskustvo fizičkog zlostavljanja i teškog telesnog kažnjavanja, u odnosu na osobe ženskog pola (WHO, 2015). Fizičko zanemarivanje i psihološko zlostavljanje su bili češći kod muškaraca u obe studije. Kada je u Sjedinjenim Američkim Državama istraživana rasprostranjenost fizičkog zlostavljanja dece, utvrđena je veća učestalost kod osoba ženskog pola (Sugaya et al., 2012).

Starosne razlike. Utvrdili smo statistički značajne razlike između ispitanika različitih starosnih grupa kod nekoliko oblika ACE-a. Najmlađi ispitanici, uzrasta 18 do 29 godina, češće su od drugih starosnih grupa navodili sledeće ACE-e: psihološko zlostavljanje ($\varphi_c=0,082^{**}$ za ikada i $\varphi_c=0,058^*$ za česti ACE skor), zlostavljanje majke od strane partnera ($\varphi_c=0,069^{**}$ za ikada i $\varphi_c=0,111^{**}$ za česti ACE skor), rastavljeni roditelji ($\varphi_c=0,094^{**}$), psihološko zanemarivanje ($\varphi_c=0,069^{**}$ za ikada doživljeni ACE skor), nasilničko ponašanje ($\varphi_c=0,159^{**}$ za ikada i $\varphi_c=0,115^{**}$ za česti ACE skor), učešće u tuči ($\varphi_c=0,114^{**}$ za ikada doživljeni ACE skor) i nasilje u zajednici ($\varphi_c=0,189^{**}$ za ikada i $\varphi_c=0,116^{**}$ za česti ACE skor). Jedini oblik ACE-a gde je, osim najmlađe grupe, i najstarija grupa takođe navodila više stope bilo je zlostavljanje majke od strane partnera.

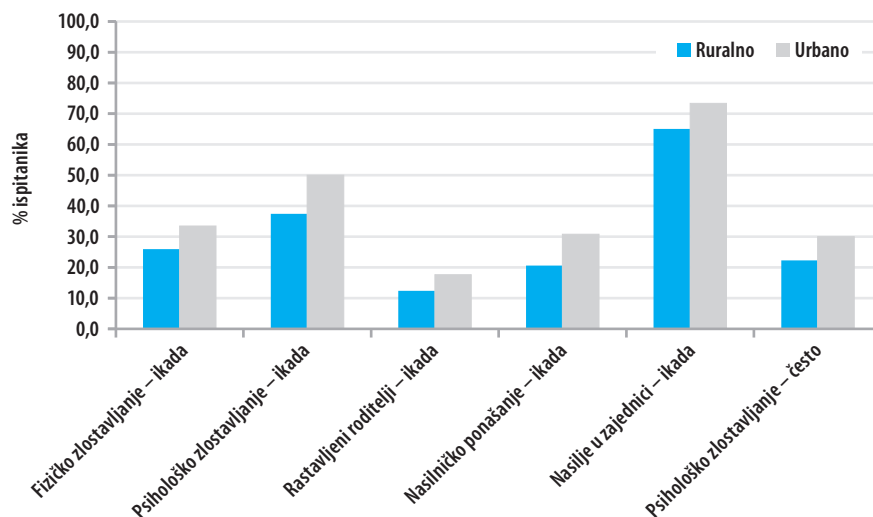
Mogli bismo tvrditi da su više stope kod najmlađe grupe barem delimično posledica boljeg pamćenja, jer su im se ACE-i dogodili najskorije. S druge strane, može se desiti da su gore pomenuti oblici ACE-a zaista izraženiji kod mlađih grupa ili da su ispitanici iz ove grupe osetljiviji te više primećuju i prijavljuju takva iskustva. Utvrđena viša stopa zlostavljanja majke od strane partnera kod najstarije grupe mogla bi biti posledica promena koje se događaju u društvu. Naime, moguće je da je nasilje u porodici nekada bilo učestalije i da su ga stoga najstariji ispitanici češće doživljavali tokom detinjstva.

Slika 16. Značajne starosne razlike po ACE-ima (ikada doživljeni ACE skor)


Materijalni status ispitanika. Materijalni status izražen je kao samoprijavljeni prosečni prihod domaćinstva ili kao nivo ličnog dohotka u vreme administracije upitnika. Ova mera nije bila povezana sa rasprostranjenošću ACE-a, bez obzira na metod ocenjivanja; međutim, pokazana je izvesna slaba povezanost sa nekim oblicima negativnih iskustava kada se uzmu u obzir retki događaji, tj. ako se računaju ikada doživljeni ACE skorovi. Na primer, osobe sa višim ličnim dohotkom su ređe bile izložene psihološkom zlostavljanju ($r_{pbis} = -0,078^{**}$), dok su oni sa višim porodičnim prihodima ređe bili psihološki zanemareni ($r_{pbis} = -0,071^{**}$). S druge strane, ove veze su veoma slabe i stoga je pravilnost koju one predstavljaju jedva приметna.

Urbane–ruralne sredine. Rezultati pokazuju da su ispitanici iz urbanih sredina izloženi ACE-ima, bez obzira na metodu ocenjivanja: ikada doživljeni ACE skor ($r = 0,115^{**}$) i česti ACE skor ($r = 0,051^{**}$). Kada analiziramo prevagu različitih oblika ACE-a u urbanim i ruralnim sredinama, rezultati pokazuju da su ispitanici iz urbanih sredina bili izloženi:

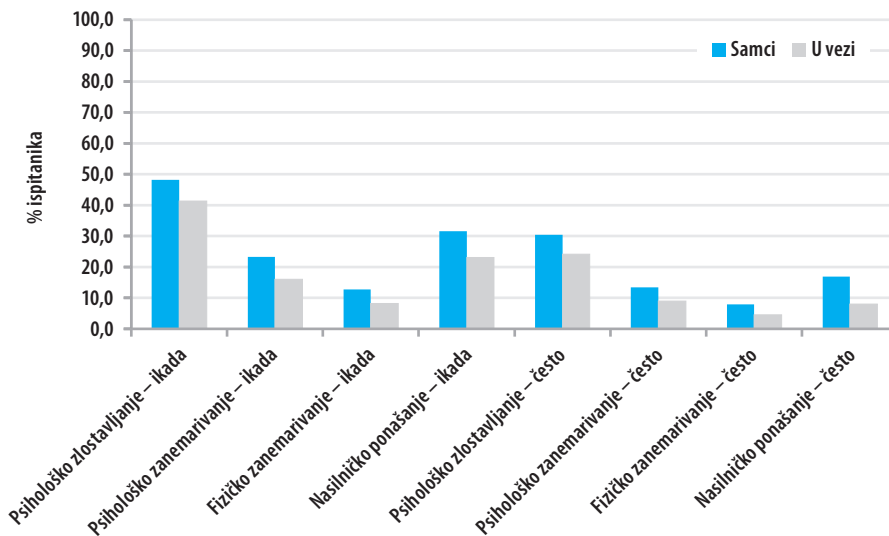
- fizičkom zlostavljanju: samo ikada doživljeni ACE skor ($\varphi_c = 0,082^{**}$),
- psihološkom zlostavljanju: ikada doživljeni ACE skor ($\varphi_c = 0,127^{**}$) i česti ACE skor ($\varphi_c = 0,088^{**}$),
- rastavljenim roditeljima ($\varphi_c = 0,072^{**}$),
- nasilničkom ponašanju: ikada doživljeni ACE skor ($\varphi_c = 0,116^{**}$),
- nasilju u zajednici: ikada doživljeni ACE skor ($\varphi_c = 0,089^{**}$).

Slika 17. Značajne urbano–ruralne razlike u ACE-ima: ACE skorovi ikada i često


Status partnerskog odnosa. Osobe koje trenutno nisu u vezi češće su navodile iskustvo ACE-a od onih koji su trenutno u nekoj vrsti partnerskog odnosa, tačnije, ikada doživljeni ACE skor ($r=0,089^{**}$) i česti ACE skor ($r=0,1^{**}$). Pored toga, rezultati ukazuju da su ispitanici koji su naveli samački status češće imali iskustva:

- psihološkog zlostavljanja: ikada doživljeni ACE skor ($\varphi_c=0,066^{**}$) i česti ACE skor ($\varphi_c=0,068^{**}$),
- psihološkog zanemarivanja: ikada doživljeni ACE skor ($\varphi_c=0,088^{**}$) i česti ACE skor ($\varphi_c=0,069^{**}$),
- fizičkog zanemarivanja: ikada doživljeni ACE skor ($\varphi_c=0,072^{**}$) i česti ACE skor ($\varphi_c=0,069^{**}$),
- nasilničkog ponašanja: ikada doživljeni ACE skor ($\varphi_c=0,092^{**}$) i česti ACE skor ($\varphi_c=0,135^{**}$).

Slika 18: Značajne razlike u ikada doživljenim i čestim ACE-ima na osnovu statusa partnerskog odnosa



Sumirajući gore navedene odnose sa različitim socio-demografskim karakteristikama, može se zaključiti da se ACE-i, uglavnom oni koji se odnose na nasilje ili na fizičko i psihološko zlostavljanje, češće javljaju među mladima, ispitanicima muškog pola, iz urbanih sredina i među onima koji su samci. Samci su imali veću rasprostranjenost ACE-a tokom detinjstva od osoba koje su danas u partnerskim odnosima.

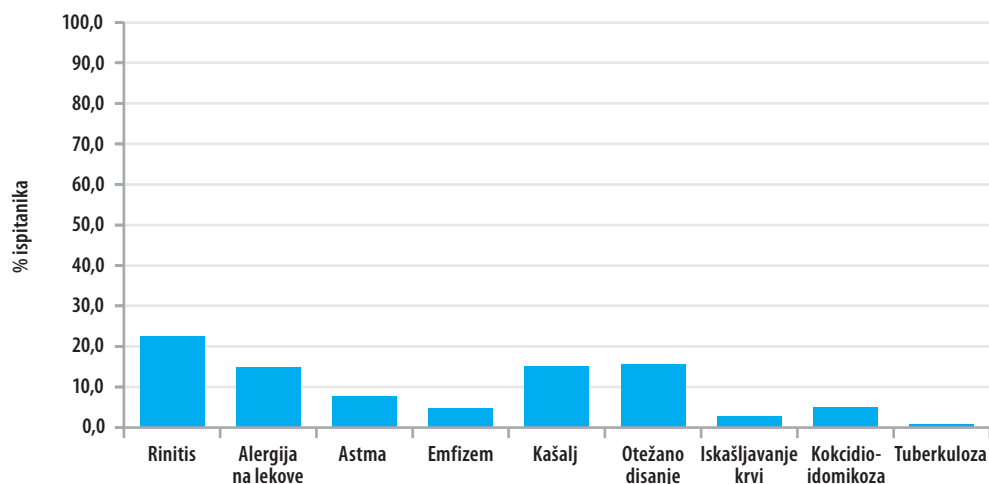
4.2.3. Fizičko zdravlje i ACE-i

Fizičko zdravlje procenjavano je pomoću pitanja o ponašanjima vezanim za zdravlje i zdravstvenim problemima. Seksualni odnosi su kod velike većine (75%) počeli između 16. i 20. godine, najčešće sa 18 godina. Nije bilo razlika između ispitanika muškog i ženskog pola. U uzorku je bilo nekoliko ispitanika čiji se odgovori na pitanje kada su postali seksualno aktivni mogu smatrati ekstremnim vrednostima: uzrast od 12 (4 ili 0,1%) ili 38 godina (3 ili 0,1%). U uzorku je 2,8% (N=73) ispitanika nekada imalo polno prenosivu bolest. Oko jedne petine žena (21,3%) je imalo abortus, a te žene su imale značajno više ACE-a (i skor ikada i skor često) u detinjstvu od žena koje nikada nisu imale abortus. Ovaj rezultat je u skladu sa prethodnim istraživanjima (Bleil et al., 2011).

Kad su u pitanju zdravstveni problemi vezani za respiratorni sistem, 22,5% (N=590) ispitanika je navelo da ima problema sa rinitisom. Pored toga, 14,8% je imalo alergiju na lekove, 7,8% (N=206) je imalo astmu, 4,7% (N=122) je imalo hronični bronhitis ili emfizem, 15,1% (N=396) je navelo da često kašlje, dok je 15,7% (N=412) navelo probleme sa otežanim disanjem. U ovom uzorku, 2,8% (N=72) osoba je iskusilo iskašljavanje krvi, 0,5% (N=12) je lečeno od tuberkuloze ili kokcidioidomikoze, dok je 0,9% (N=24) imalo pozitivne rezultate testa na tuberkulozu. Broj respiratornih problema (zbir svih gore navedenih) pozitivno korelira sa brojem ACE-a u detinjstvu, i sa skorom za ikada

doživljeni ACE ($r=0,191^{**}$) i sa skorom za česti ACE ($r=0,207^{**}$). Osim toga, gotovo svi respiratorni problemi, osim kad su u pitanju lečenost od tuberkuloze ili kokcidioidomikoze i pozitivan test na tuberkulozu, značajno koreliraju sa skorovima i za ikada i za često doživljeni ACE (raspon korelacija je između $r_{pbis}=0,05^{**}$ i $r_{pbis}=0,17^{**}$ za oba, ACE skorove ikada i često). Ovi nalazi ukazuju na to da je doživljavanje više ACE-a tokom detinjstva povezano sa većom verovatnoćom pojave respiratornih problema. Možemo predvideti da će veći broj ACE-a povećati izgleda za neki od gore navedenih respiratornih problema (osim kad je u pitanju lečenje od tuberkuloze ili kokcidioidomikoze) sa 1,07 na 1,2 puta. Ta vrsta povećanja je relativno mala, ali ipak značajna. Ovi nalazi potvrđuju prethodne rezultate (Wing, Gjelsvik, Nocera & McQuaid, 2015).

Slika 19. Rasprostranjenost respiratornih problema

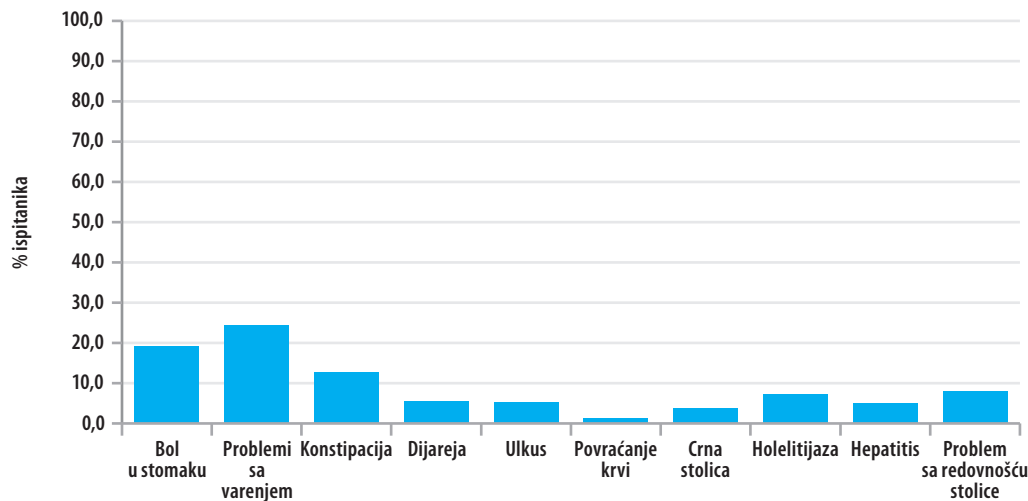


Kada su ispitivani gastrointestinalni problemi, jedna petina uzorka je prijavila bol u stomaku 19,4% (N=507), 24,5% (N=642) je navelo da ima probleme sa varenjem, 12,8% (N=336) konstipaciju, a 5,5% (N=144) dijareju. Gastrointestinalni ulkus se javio kod 5,3% (N=139), 1,4% (N=36) je iskusilo povraćanje krvi, a 3,7% (N=96) je prijavilo crnu stolicu. Što se tiče drugih gastrointestinalnih problema, 7,5% (N=195) je imalo holecistitiju/probleme sa žučnom kesicom, 5,2% (N=137) je imalo hepatitis ili druge probleme sa jetrom, dok je 8,1% (N=203) imalo značajne promene u tipu i redovnosti stolice. Broj gastrointestinalnih problema (zbir svih gore navedenih) pozitivno korelira sa brojem ACE-a, i sa skorom za ikada doživljeni ACE ($r=0,181^{**}$) i za česti ACE ($r=0,182^{**}$). Skoro svi gastrointestinalni problemi, izuzev holecistitije i hepatitisa, značajno koreliraju sa oba skora (korelacije su između $r_{pbis}=0,05^{**}$ i $r_{pbis}=0,126^{**}$ za ACE skorove ikada i često). Ovi nalazi ukazuju na to da je doživljavanje više ACE-a povezano sa većom verovatnoćom pojave gastrointestinalnih problema. Rezultati pokazuju da će veći broj ACE-a povećati izgleda za javljanje nekih od gore navedenih gastrointestinalnih problema (onih koji značajno koreliraju sa ACE skorovima) sa 1,06 na 1,25 puta. Ta vrsta povećanja je relativno mala, ali ipak značajna. U prethodnim studijama je ustanovljeno da je sindrom iritabilnog creva povezan sa ACE-ima (Park et al., 2016).

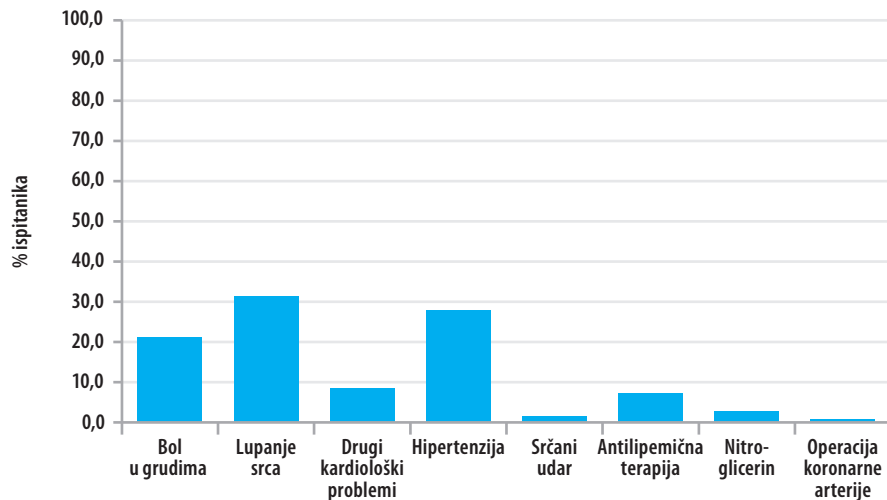
Kada je istraživano prisustvo kardiovaskularnih simptoma, 21,2% (N=556) ispitanika je prijavilo bol u grudima prilikom izloženosti fizičkom naporu, 31,5% (N=827) je navelo da osećaju lupanje ili „preskakanje” srca, dok je 8,5% (N=223) navelo da ima druge kardiovaskularne probleme. Skoro trećina uzorka, 28% (N=733), prijavila je hipertenziju, dok je 1,7% (N=45) doživelo srčani udar. Kada je analizirana učestalost hroničnog uzimanja lekova, 17,6% (N=459) je uzimalo lekove za lečenje hipertenzije, 7,5% (N=195) navelo je da uzima antilipemičnu terapiju, 2,9% (N=75) koristi nitroglicerini i 0,8% (N=21) se podvrglo operaciji koronarne arterije. Broj kardiovaskularnih problema (zbir svih gore navedenih) pozitivno korelira sa brojem ACE-a, i sa skorom za ikada doživljeni ACE ($r=0,136^{**}$) i sa skorom za česti ACE ($r=0,163^{**}$). Skoro svi kardiovaskularni problemi, osim varikoznih vena i srčanog udara, značajno koreliraju sa oba skora, ikada i često doživljeni ACE (raspon korelacija je između $r_{pbis}=0,04^{**}$ i $r_{pbis}=0,158^{**}$ za

oba, ACE skorove ikada i često). Ovi nalazi pokazuju da je viši broj ACE-a povezan sa većom verovatnoćom pojave kardiovaskularnih problema. Veći broj ACE-a će povećati izgleda za javljanje nekih od gore navedenih kardiovaskularnih problema (onih koji značajno koreliraju sa ACE skorovima) sa 1,05 na 1,15 puta. Ta vrsta povećanja je relativno mala, ali ipak značajna.

Slika 20. Rasprostranjenost gastrointestinalnih problema



Slika 21. Rasprostranjenost kardiovaskularnih problema



Dijabetes je zabeležen kod 2,6% (N=68) ispitanika, a njih 2,3% (N=59) prima odgovarajuću terapiju. Dijabetes nije korelirao ni sa jednim ACE skorom, ali je utvrđena slaba pozitivna korelacija sa ACE skorom često ($r=0,046^*$). To ukazuje da je, barem u uzorku, dijabetes tek veoma slabo povezan sa češćim negativnim iskustvima u detinjstvu. Nekoliko studija je utvrdilo da su dijabetes tipa II i sve vrste kardiovaskularnih bolesti (infarkt miokarda, moždani udar, ishemijska bolest srca, koronarna bolest srca) češći kod osoba koje su iskusile zlostavljanje u detinjstvu (Basu, McLaughlin, Misara & Koenen, 2017; Gilbert et al., 2015). U studiji Vejda i saradnika (Wade et al., 2016), ACE-i su bili povezani sa kardiovaskularnim bolestima, ali ne i sa dijabetesom.

Česte glavobolje su bile prisutne kod 22,6% uzorka (N=591), 9,3% (N=243) njih je iskusilo vrtoglavicu, 36,3% (N=955) je navelo čest bol u leđima, a 20,7% (N=541) čest bol u zglobovima ili oticanje zglobova. Svi ovi simptomi su povezani sa oba ACE skora, ikada i često:

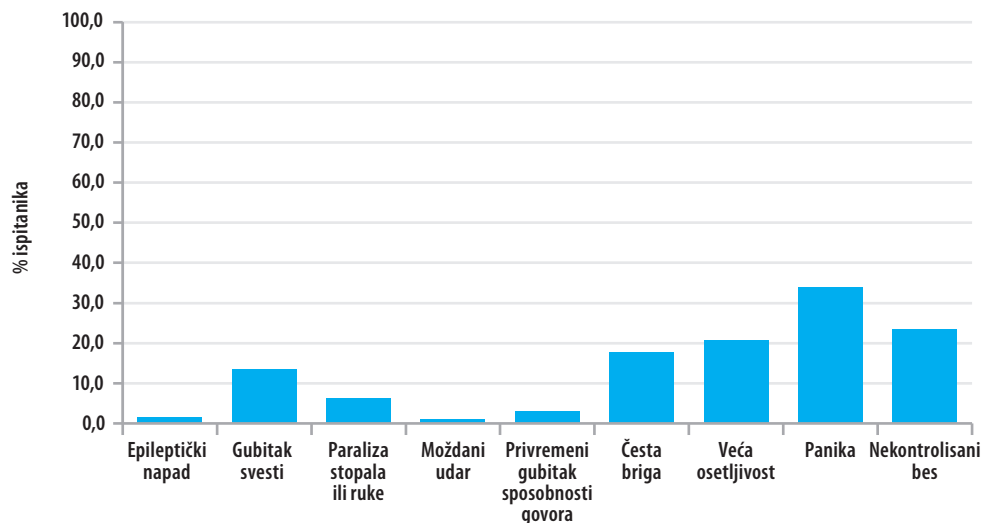
- ▶ glavobolje koreliraju sa skorom za ikada doživljeni ACE ($r=0,08^{**}$) i česti ACE ($r=0,092^{**}$),
- ▶ vrtoglavica korelira sa skorom za ikada doživljeni ACE ($r=0,063^{**}$) i česti ACE ($r=0,075^{**}$),
- ▶ bol u leđima korelira sa skorom za ikada doživljeni ACE ($r=0,116^{**}$) i česti ACE ($r=0,115^{**}$),
- ▶ bol u zglobovima korelira sa skorom za ikada doživljeni ACE ($r=0,043^{*}$) i česti ACE ($r=0,069^{**}$).

Jedna studija je takođe pokazala da svi mereni oblici ACE-a (zlostavljanje — emocionalno, fizičko, seksualno, prisustvovanje nasilju u porodici, odrastanje sa osobama sa mentalnim oboljenjima, zloupotreba supstanci, članovi domaćinstva sa kriminalnom prošalošću i rastavljanje ili razvod roditelja) snažno koreliraju sa čestim glavoboljama u zreloom dobu (Anda, Tietjen, Schulman, Felitti & Croft, 2010).

Disfunkcija štitne žlezde je zabeležena kod 7,9% (N=207) ispitanika u uzorku. Poremećaji štitne žlezde nisu bili u korelaciji sa ACE-ima u ovoj studiji, bez obzira na kriterijum ocenjivanja. Nasuprot nalazima ovog istraživanja, nedavna studija je utvrdila niske nivoe T3 kod adolescenata koji su iskusili fizičko zlostavljanje tokom detinjstva (Machado et al., 2015).

Kada su analizirani neurološki i psihološki simptomi, 1,5% (N=39) ispitanika je navelo da ima epileptičke napade, 13,5% (N=354) doživelo je gubitak svesti, 6,2% (N=161) iskusilo je paralizu stopala ili ruke, 1,1% (N=30) je imalo moždani udar, a 3% (N=78) je doživelo privremeni gubitak sposobnosti govora. Što se tiče određenih psiholoških simptoma, 17,8% (N=466) je izjavilo da se često brinu da će se razboleti, dok je 20,9% (N=546) izjavilo da su zabrinuti da su podložniji od drugih. Jedna trećina ispitanika u određenim okolnostima oseća paniku (34,1%, N=891), a 23,4% (N=611) je iskusilo bes koji nisu mogli da kontrolišu. Javljanje neuroloških simptoma (zbir svih gore navedenih) pozitivno korelira sa brojem ACE-a, i sa skorom za ikada doživljeni ACE ($r=0,303^{**}$) i sa skorom za česti ACE ($r=0,293^{**}$). Skoro svi pojedinačni neurološki problemi, osim epileptičkih napada i moždanog udara, značajno su korelirali sa oba ACE skora, i ikada i često doživljenim tokom detinjstva (korelacija je u rasponu između $r_{pbis}=0,09^{**}$ i $r_{pbis}=0,306^{**}$). Ovi nalazi ukazuju na to da je doživljavanje većeg broja ACE-a povezano sa većom verovatnoćom javljanja neuroloških problema. Najviše korelacije sa ACE-ima su bile kod psiholoških simptoma, kao što su nekontrolisan bes ($r_{pbis}=0,306^{**}$) ili panika ($r_{pbis}=0,214^{**}$). Veći broj ACE-a će povećati izgleda za javljanje nekog od gore navedenih neuroloških simptoma (onih koji značajno koreliraju sa ACE skorovima) sa 1,11 na 1,23 puta. Slično tome, veći broj ACE-a će povećati izgleda za javljanje nekog od gore navedenih psiholoških simptoma (onih koji značajno koreliraju sa ACE skorovima) sa 1,12 na 1,32 puta. Za oba tipa, i neurološke i psihološke simptome, ova vrsta povećanja je relativno mala, ali ipak značajna.

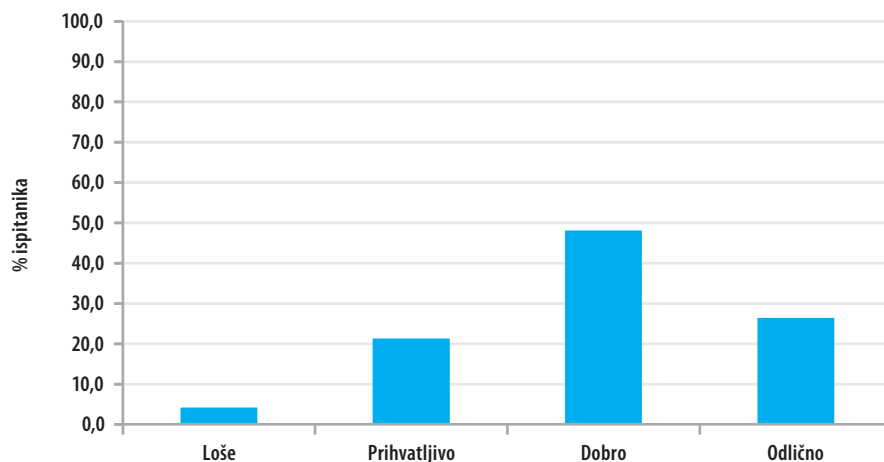
Slika 22. Rasprostranjenost neuroloških i povezanih simptoma



Kad su u pitanju ponašanja vezana za zdravlje specifična za žene, 4,6% (N=68) žena u uzorku je prijavilo sekreciju iz dojki, 15,5% (N=229) je iskusilo metroagiju, a postmenopauzalno krvarenje javilo se kod 4,6% (N=43) žena u uzorku. Kvržica ili čvorić u dojci zabeležena je kod 8,5% (N=124) ženskih osoba u uzorku, dok je njih 65,1% (N=967) navelo da redovno vrši samopregled dojki.

Četvrtina uzorka nije išla kod lekara tokom prethodne godine (24,7%, N=651), 21,5% (N=566) je otišlo jednom, 16,0% (N=422) dva puta, 11,4% (N=300) tri puta, 4,7% (N=123) četiri puta, dok je 21,6% išlo kod lekara više od pet puta u protekloj godini. Štaviše, 17,8% (N=466) je navelo da često brine za svoje zdravlje, a kada su upitani da procene svoje ukupno fizičko zdravlje njih 4,2% (N=110) ga je opisalo kao loše, 21,3% (N=554) kao prihvatljivo, 48,1% (N=1.250) kao dobro i 26,4% (N=685) kao odlično.

Slika 23. Subjektivni doživljaj sopstvenog zdravstvenog statusa



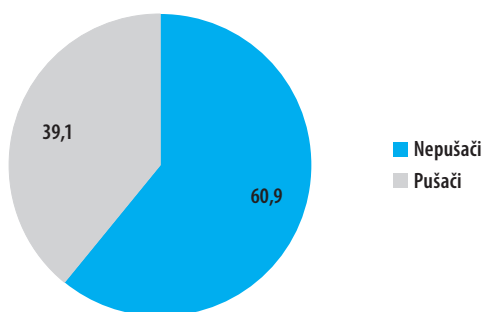
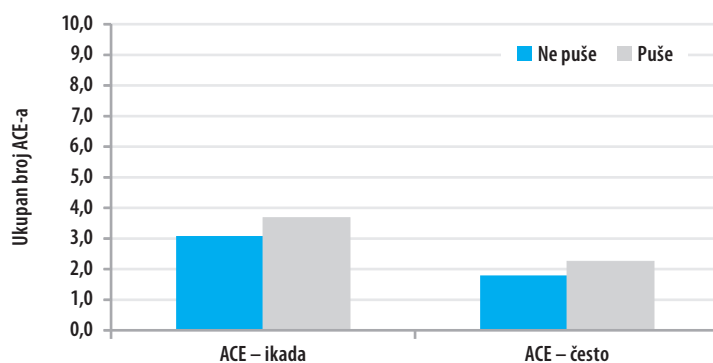
Samoprocena fizičkog zdravlja je negativno korelirala sa oba ACE skora, i ikada ($r=-0,137^{**}$) i često ($r=-0,145^{**}$). To sugerise da će doživljavanje većeg broja ACE-a biti povezano sa lošijom percepcijom sopstvenog zdravlja.

Značajan deo indikovane prevencije je smanjivanje posledica zlostavljanja i zanemarivanja. Naime, nakon uočavanja zlostavljanja i zanemarivanja kod dece, takođe je važno prepoznati specifične potrebe dece koja doživljavaju ACE-e. Prema rezultatima ove studije, iskustvo ACE-a u detinjstvu dovodi do respiratornih, gastrointestinalnih, kardiovaskularnih i neuroloških problema kada osoba odraste. Akcija koju treba preduzeti u pogledu ovog aspekta posledica ACE-a je saradnja i razmena informacija između stručnjaka i institucija uključenih u celokupni proces. Stručnjaci koji prepoznaju ACE kod deteta treba da obaveste lekara opšte prakse odgovornog za to dete, kako bi se obavile određene preventivne radnje, kao i redovni ciljani pregledi, usmereni ka ovim grupama poremećaja.

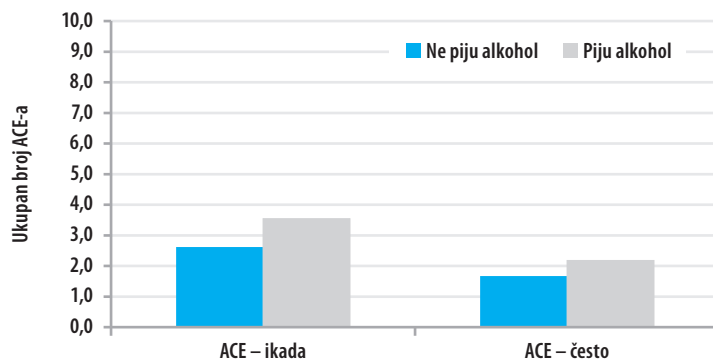
4.2.4. Rizična ponašanja i ACE-i

Prethodni nalazi ukazuju na to da su ACE-i direktno povezani sa fizičkim zdravljem, ali povezani su i indirektno, kroz različite oblike zavisnosti kao što su alkohol, duvan i zloupotreba supstanci. Više od trećine uzorka su pušači (39,1%), a pušenje je u korelaciji sa ukupnim brojem ACE-a, za oba skora, i ikada ($rpbis=0,11^{**}$) i često ($rpbis=0,105^{**}$).

Današnji pušači su kao deca bili češće izloženi fizičkom zlostavljanju, psihološkom zlostavljanju, alkoholizmu u porodici, članu porodice u zatvoru, učešću u tuči, nasilju u zajednici i kolektivnom nasilju. Verovatno je da su tokom detinjstva bili više izloženi ACE-ima i da su onda postali pušači. Ovaj odnos ne podrazumeva uzročnost, već samo pokazuje blagu tendenciju javljanja većeg broja pomenutih ACE-a među pušačima. Prethodne studije su utvrdile pozitivnu korelaciju između iskustva ACE-a i pušenja. Konkretno, Vejd i Belis (Wade & Bellis 2016) su došli do tog rezultata kod osoba koje su iskusile tri ili više ACE-a, dok je druga studija ukazala da postoji značajna korelacija između iskustva četiri ili više ACE-a i pušenja (Bellis, Hughes, Leckenby, Perkins & Lowey, 2014), u oba slučaja u poređenju sa onima koji nisu iskusili nijedan ACE.

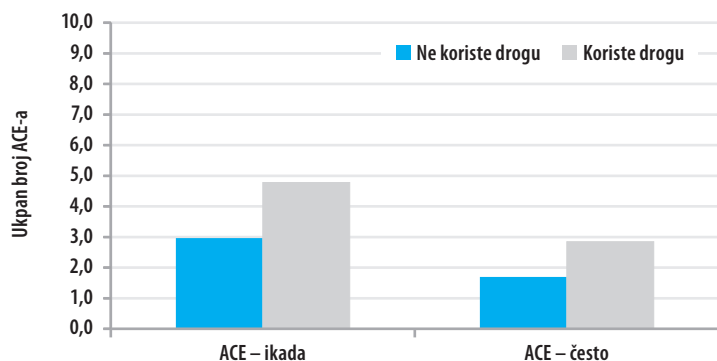
Slika 24. Rasprostranjenost pušenja

Slika 25. Razlika između pušača i nepušača u ukupnom broju ikada ili često doživljenih ACE-a


Većina ispitanika u uzorku je navela da je probala alkohol (70,4%), a njih 6,6% (N=126) smatra da su barem u nekom trenutku svog života bili alkoholičari. Konzumiranje alkohola je u korelaciji sa ukupnim brojem ACE-a, i sa ACE skorom ikada ($r_{pbis}=0,155^{**}$) i često ($r_{pbis}=0,093^{**}$). Osobe koje su iskusile ACE-e su češće konzumirale alkohol kada odrastu. Konkretno, osobe koje su iskusile fizičko zlostavljanje, psihološko zlostavljanje, koje su prisustvovalе zlostavljanju svoje majke od strane partnera, koje su bile žrtve nasilničkog ponašanja ili su učestvovalе u tuči i nasilju u zajednici, sklone su konzumiranju veće količine alkohola u zrelom dobu.

Slika 26. Razlika između onih koji piju i onih koji ne piju alkohol u ukupnom broju ikada ili često doživljenih ACE-a


Oko jedne petine uzorka je probalo drogu (19,6%), ali samo 9,2% od tog broja (N=48) je navelo da su barem nekada tokom svog života bili zavisni. Zloupotreba droga je u korelaciji sa ukupnim brojem ACE-a, i sa ACE skorom ikada ($r_{pbis}=0,281^{**}$) i često ($r_{pbis}=0,214^{**}$). Ovaj nalaz sugerira da su osobe koje iskuse ACE-e sklone zloupotrebi ilegalnih droga u zreloom dobu. Nalazi su pokazali da su gotovo svi oblici ACE-a povezani sa zloupotrebom droga. Drugim rečima, oni koji su naveli da su probali drogu su češće imali iskustvo fizičkog zlostavljanja, psihološkog zlostavljanja, seksualnog zlostavljanja, zloupotrebe droga, depresije ili bilo kog drugog mentalnog oboljenja u porodici, zlostavljanja majke od strane njenog partnera, zlostavljanja oca od strane njegovog partnera, rastavljenih roditelja, psihološkog zanemarivanja, fizičkog zanemarivanja, nasilničkog ponašanja, učešća u tuči, nasilja u zajednici i kolektivnog nasilja.

Slika 27. Razlika između onih koji koriste i ne koriste drogu u ukupnom broju ikada ili često doživljenih ACE-a



Zloupotreba supstanci i konzumiranje alkohola povezani su sa većinom oblika ACE-a, kada se analiziraju posebno. Ono što je verovatno najviše iznenađujuće je nalaz da konzumiranje alkohola nije u korelaciji sa istorijom alkoholizma u porodici, niti sa zloupotrebom supstanci. Uz to, ne samo pitanja o konzumiranju, već i sva druga pitanja o upotrebi, zloupotrebi i zavisnosti od droga ili alkohola bila su u snažnoj korelaciji sa brojem ACE-a, i ikada i često doživljenih. Ovo je u skladu sa studijom iz 2016. godine, u kojoj je utvrđeno da je istorija zloupotrebe supstanci u značajnoj korelaciji sa dva ili više ACE-a (Wade et al., 2016), kao i sa nedavnim studijama koje su pokazale vezu između ACE-a i zavisnosti od alkohola: iskustvo dva ili više (Pilowsky et al., 2009) i četiri ili više (Bellis et al., 2014) ACE-a, u poređenju sa nijednim, značajno je povećalo rizik od zavisnosti od alkohola.

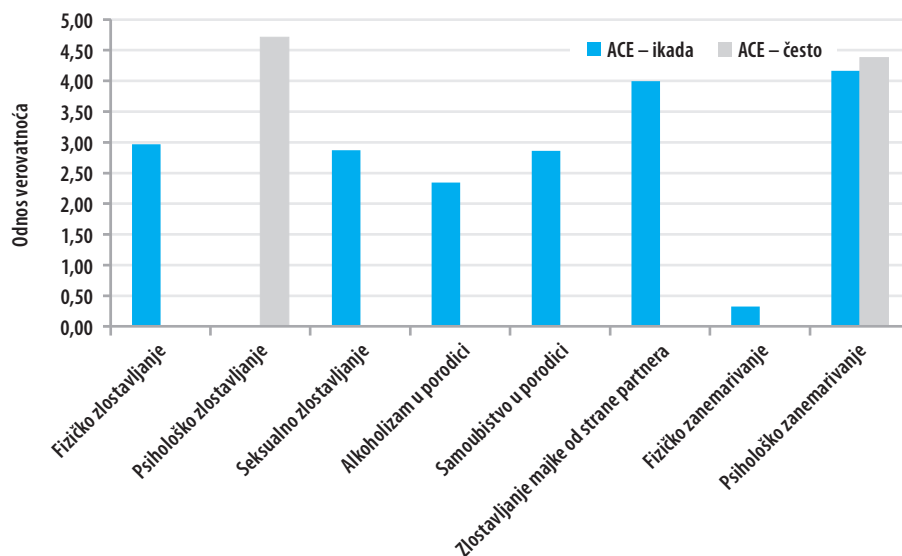
ACE-i mogu dovesti do pušenja, alkoholizma i zloupotrebe droga, što ima višestruke posledice — od oštećenog fizičkog zdravlja i povećanog morbiditeta i mortaliteta, do pogoršanja psihološkog funkcionisanja, socijalnih, poslovnih i porodičnih problema, kao i veće stope kriminala. U drugom smislu, kod neke dece, zloupotreba supstanci treba da ukaže stručnim licima da potraže i druge probleme i potencijalne ACE-e koje dete možda doživljava, kako bi pružili pravovremenu podršku. Zbog svega toga, obrazovanje o zloupotrebi supstanci i njenim negativnim posledicama treba sprovesti u svim školama, ali sa posebnim programima i intenzivnijim kursevima za decu kod koje je utvrđen veći broj ACE-a ili koja su žrtve zlostavljanja i zanemarivanja. To može biti jedan od najvažnijih koraka, budući da zloupotreba supstanci dovodi do slapa negativnih događaja koji oštećuju sve aspekte života pogođene osobe i ljudi u njenoj okolini.

4.2.5. Mentalno zdravlje i ACE-i

U uzorku, 52 osobe (2%) su pokušale samoubistvo. Skoro četvrtina uzorka (22,6%) je nekada tokom svog života tražila stručnu pomoć psihijatra, psihologa ili psihoterapeuta. Analize su pokazale da je postojanje ACE-a značajno predviđalo pokušaje samoubistva kasnije tokom života, kada su ACE-i ocenjivani i skorom ikada (Negelkerke $r^2=0,26^{**}$), i često (Negelkerke $r^2=0,17^{**}$). Rezultati pokazuju da bi oni koji su iskusili fizičko zlostavljanje 2,97 puta

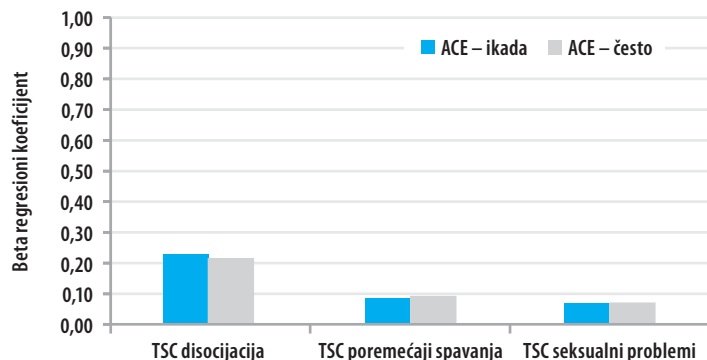
češće pokušali samoubistvo, dok bi oni koji su iskusili višestruko psihološko zlostavljanje 4,71 puta češće pokušali samoubistvo. Seksualno zlostavljanje povećava verovatnoću samoubistva 2,87 puta, alkoholizam u porodici 2,35 puta, samoubistvo u porodici 2,86 puta, zlostavljanje majke od strane partnera 3,99 puta i psihološko zanemarivanje 4,16 puta (skor ikada) ili 4,38 puta (skor često). S druge strane, oni koji su iskusili fizičko zanemarivanje bi 0,33 puta ređe pokušali samoubistvu (slika 28). Gledano u celini, ovi nalazi su u skladu sa prethodnim studijama koje su pokazale da je iskustvo ACE-a povezano sa pokušajima samoubistva kasnije tokom životu (Dube et al., 2001).

Slika 28. Odnosi verovatnoća za samoubistvo na osnovu iskustva ACE-a



Kontrolnom listom simptoma traume (TSC) procenjuju se simptomi mentalnog zdravlja povezani sa traumom u sledećim domenima: disocijacija, anksioznost, depresija, indeks traume seksualnog zlostavljanja (SATI), poremećaj spavanja i seksualni problemi. Intenzitet simptoma mentalnog zdravlja analiziran je u odnosu na ACE-e. Rezultati pokazuju da oba ACE skora, i ikada i često, predviđaju oko 8% varijanse kod ovih simptoma mentalnog zdravlja ($r^2=0,083^{**}$). ACE-i se javljaju kao značajni prediktori tri grupe simptoma mentalnog zdravlja: disocijacija ($\beta=0,231^{**}$ za ikada doživljeni ACE i $\beta=0,217^{**}$ za česti ACE), poremećaji spavanja ($\beta=0,091^{**}$ za ikada doživljeni ACE i $\beta=0,095^{**}$ za česti ACE), i seksualni problemi ($\beta=0,068^*$ za oba ACE skora, i ikada i često). Drugim rečima, iskustvo više ACE-a povezano je sa većim intenzitetom simptoma mentalnog zdravlja povezanih sa traumom kao što su disocijacija, problemi sa spavanjem i seksualna disfunkcija.

Slika 29. Odnos između ACE-a (ACE skorovi ikada i često) i simptoma mentalnog zdravlja povezanih sa traumom izražen preko regresionih (beta) koeficijenata



Ovi rezultati su delimično u skladu sa prethodnim studijama. Rezultati o odnosu između ACE-a i disocijacije su potvrdili ranije utvrđene asocijacije (Maaranen, 2004). Međutim, veze ACE-a sa depresijom i anksioznošću, koje su pronađene u drugim studijama (Chapman et al., 2004; Edwards et al., 2003), nisu potvrđene ovim istraživanjem. Ti simptomi su i u ovoj studiji bili u slaboj korelaciji sa ACE-ima, ali bi efekat nestao nakon kontrolisanja drugih simptoma koji pokazuju veću korelaciju sa ACE-ima, kao što su disocijacija, poremećaji spavanja i seksualni problemi, koji su možda delovali kao moderatori ili medijatori dejstva ACE-a na depresiju i anksioznost.

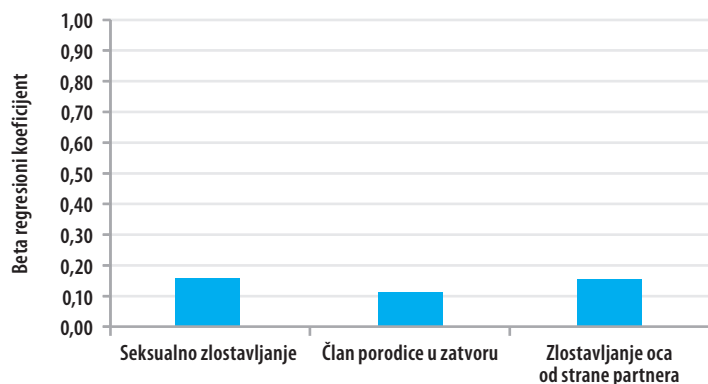
Odnosi između pojedinačnih oblika ACE-a i datih simptoma mentalnog zdravlja ukazuju na to da je TSC depresija u korelaciji sa svim ACE-ima osim kad su u pitanju rastavljeni roditelji i učešće u tuči. Nedavna meta-analiza je pokazala da je rastavljanje roditelja povezano sa povećanim rizikom za depresiju kod potomaka, ali je odnos bio moderiran putem nekoliko varijabli kao što su pol deteta, uzrast prilikom procene i u trenutku javljanja depresije, genotip, predadolescentski temperament, intelektualne sposobnosti, emocionalni problemi u detinjstvu i majčinska osetljivost (DiManno, MacDonald & Knight, 2015). Druga studija je pokazala da je izloženost seksualnom zlostavljanju u detinjstvu u slaboj korelaciji sa povećanom stopom kliničke depresije i anksioznog poremećaja, dok je TSC SATI povezan sa svim ACE-ima (Fergusson et al., 2013).

U ovom istraživanju, TSC poremećaji spavanja su bili u slaboj korelaciji sa svim ACE-ima osim učešća u tuči. To je u skladu sa prethodnim meta-analitičkim nalazima koji pokazuju slabu korelaciju ACE-a i poremećaja spavanja: konkretno, pronađena je korelacija između porodičnog konflikta u uzrastu 7–15 godina i nesanice u uzrastu od 18 godina, kao i između seksualnog zlostavljanja u detinjstvu i poremećaja spavanja (Kajeepeeta, Gelaze, Jackson & Williams, 2015). Nalazi ove studije ukazuju na slabe veze između svih ACE-a i TSC seksualnih problema; jedini izuzetak je bio nedostatak korelacije između kolektivnog nasilja i TSC seksualnih problema.

Upitnik o nesuicidalnom samopovređivanju (NSSI) korišćen je za ispitivanje sklonosti ka ponašanjima poput samo-sečenja, spaljivanja kože, lomljenje vlastitih kostiju i sl. Od svih ispitanika, njih 4,3% je prijavilo NSSI, od čega se kod njih 3,6% to odnosilo na ponašanja pre 18. godine, a kod 1,8% nakon 18. godine. Učestalost ovih oblika ponašanja pre 18. godine seže od 1 do 50 puta, a nakon 18. godine od 1 do 30 puta. Postoji niska pozitivna korelacija između učestalosti NSSI-a pre i posle 18. godine ($r=0,23^*$). Suprotno očekivanjima, rezultati su pokazali da su NSSI-i češći kod muških ispitanika ($\Phi=0,75^{**}$). Napokon, registrovana je slaba pozitivna korelacija između pokušaja samoubistva i NSSI-a ($\Phi=0,25^{**}$).

Kada je u pitanju predviđanje NSSI-a koje se dogodilo nakon 18. godine, ACE skorovi — bilo ikada ili često — su bili značajni prediktori. Pored toga, ACE skorovi po kriterijumu često nisu značajno predviđali NSSI pre 18. godine. Međutim, ACE skorovi po kriterijumu ikada su predviđali NSSI pre 18. godine ($r^2=0,092^*$). Ovaj nalaz sugerise da se 9,2% varijabilnosti u takvim ponašanjima može povezati sa ACE-ima. Kada analiziramo pojedinačne oblike ACE-a, samo tri su značajni prediktori NSSI-a: seksualno zlostavljanje ($\beta=0,158^{**}$), član porodice u zatvoru ($\beta=0,113^*$) i zlostavljanje oca od strane partnera ($\beta=0,154^*$). Pošto su sve korelacije pozitivne, to ukazuje da je veći stepen negativnih iskustava u detinjstvu povezan se većom učestalošću NSSI-a.

Slika 30. Odnosi između skorova za ikada doživljeni ACE i NSSI-a izraženi preko regresionih (beta) koeficijenata



Važno je napomenuti da je ovo prvo istraživanje koje ispituje rasprostranjenost NSSI-a u Srbiji. Procenat ispitanika u uzorku koji su naveli javljanje NSSI-a barem jednom tokom svog života je veći od tog procenta u Nemačkoj (Plener et al., 2016). Međutim, kada se nalazi iz Srbije uporede sa onima dobijenim na evropskom uzorku (Swannell et al., 2014), rasprostranjenost u Srbiji je niža. Budući da je u pitanju oblik ponašanja tipičan za adolescenciju (Brown & Plener, 2017), kao što je očekivano, NSSI je češće prisutno pre 18. godine. Suprotno očekivanjima, u našem uzorku NSSI se češće javlja kod muških ispitanika. Autori koji istražuju rodne razlike kod NSSI-a upozoravaju na opasnost donošenja zaključaka, jer je u nekliničke studije uključen mali broj muških ispitanika (Victor et al., 2018). Pored toga, broj osoba koje prijavljuju NSSI je veoma mali (što je bio slučaj i u ovoj studiji), što zahteva veoma oprezne zaključke. Štaviše, rezultati meta-studije su pokazali da je nakon prilagođavanja zbog metodoloških faktora rasprostranjenost ostala viša među ženskim nego muškim ispitanicima, ali da ta razlika više nije bila značajna (Swannell et al., 2014).

Utvrđena pozitivna korelacija između NSSI-a i pokušaja samoubistva je u skladu sa prethodnim nalazima (npr. Brausch & Muehlenkamp, 2018; Hasking, Boyes, Finlay-Jones, McEvoy & Rees, 2018; Kiekens et al., 2018). Napokon, u skladu sa prethodnim rezultatima, naši podaci pokazuju da su ACE-i povezani sa NSSI-em (Liu et al., 2018; Cleare et al., 2018), što ukazuje da je NSSI jedna od mogućih posledica koje ostavljaju ACE-i.

Nekoliko nalaza odnosi se na veze između mentalnog zdravlja i ACE-a i svi oni su važni za javno zdravlje i razumevanje posledica ACE-a. ACE-i mogu dovesti do pokušaja samoubistva kasnije u životu, većeg intenziteta simptoma mentalnog zdravlja kao što su disocijacija, problemi sa spavanjem i seksualne disfunkcije, kao i do NSSI-a koji su se javljali nakon 18. godine života (i u određenoj meri i pre 18. godine).

Zbog svega toga, država i javnost imaju obavezu da spreče, kada je to moguće, ili smanje posledice zlostavljanja i zanemarivanja. Kada se prepozna da dete ima nataložene ACE-e ili je žrtva zlostavljanja ili zanemarivanja, određene institucije bi trebalo da ga zaštite, bilo direktno (kada je to moguće, kao u slučajevima zlostavljanja i zanemarivanja) ili kroz posebne preventivne radnje. Jedan od načina da se to uradi bi moglo biti učenje o funkcionalnim strategijama za prevladavanje i prevazilaženje stresa. To može da pomogne deci da prevaziđu uticaje ACE-a u slično vreme kada se oni dogode, ali i kasnije tokom života.

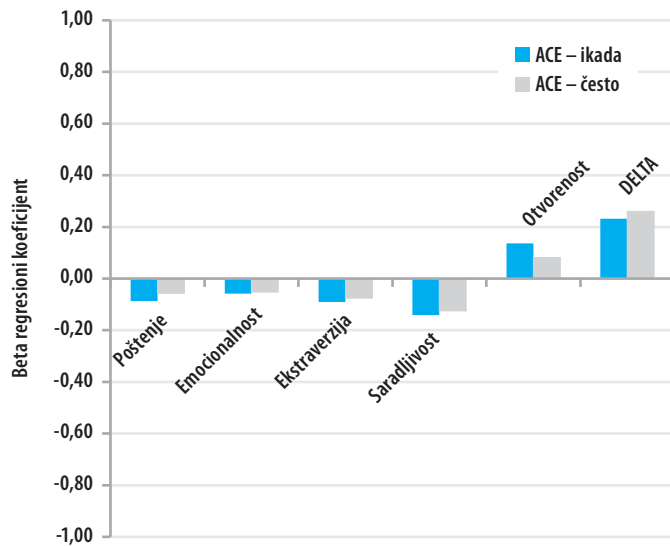
Uz to, postoji potreba da se obrazuju roditelji ili stručna lica (radnici u vrtićima, nastavnici, lekari opšte prakse) — koji bi mogli biti prvi koji će prepoznati pojačani stres, taloženje ACE-a ili bilo koju drugu vrstu patnje — o tome na koje znakove zlostavljanja, zanemarivanja ili psihološke patnje treba obratiti pažnju, kao i kako da pruže časove strategija prevladavanja stresa pogođenima osobama. Deci kod kojih je utvrđeno da postoji ACE bi trebalo da bude dostupna trajnija podrška, uz sistematičnije praćenje.

Nasuprot očekivanjima, u našem uzorku NSSI se javlja češće kod muških ispitanika. Pored toga, problemi mentalnog zdravlja se često posmatraju kao slabost, čemu su posebno izloženi dečaci zbog tradicionalnih uloga koje se očekuju u društvu, pa dečaci možda radije kriju svoju patnju. Zbog toga je važno staviti naglasak na mentalno zdravlje i unapređenje strategija prevladavanja kod dečaka podjednako kao i kod devojčica. Jedna od aktivnosti bi trebalo da poveća dostupnost usluga vezanih mentalnog zdravlja kao što su podrška i savetovanje, posebno za adolescente.

4.2.6. ACE-i i ličnost

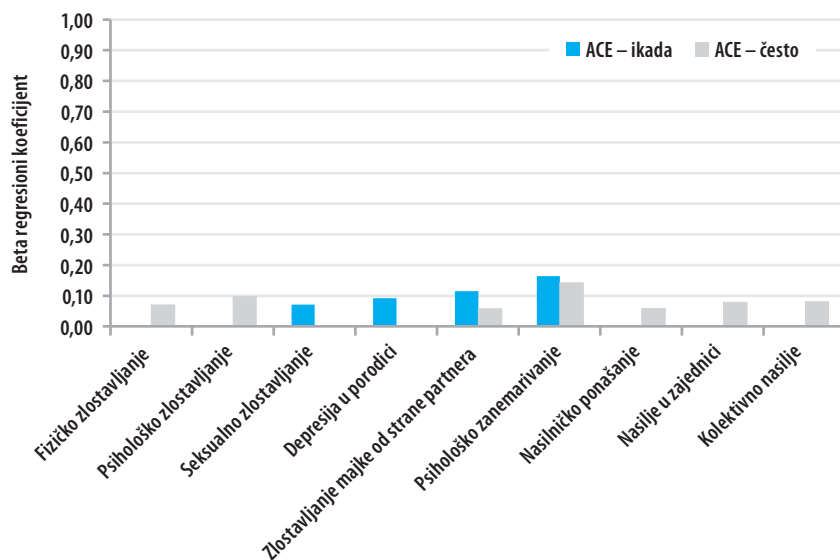
U ovom istraživanju procenjivani su odnosi između osnovne strukture ličnosti i ACE-a. Jedan od načina za analizu tih podataka je pokušaj predviđanja ACE skorova na osnovu crta ličnosti. HEXACO upitnik procenjuje šest osnovnih crta ličnosti, tj. Poštenje-Poniznost, Emocionalnost, Ekstraverziju, Saradljivost, Savesnost i Otvorenost. Pored toga, korišćen je i DELTA upitnik za merenje crte Dezintegracije, za koju se pokazalo da je značajan prediktor različitih ishoda ponašanja, nezavisno od drugih crta ličnosti izmerenih pomoću HEXACO modela. Pošto rezultati dobijeni na inventarima ličnosti mogu zavisiti od uzrasta, odlučeno je da se analiza izvrši uz kontrolisanje starosti ispitanika. Te analize su otkrile da crte ličnosti predviđaju oba ACE skora, i ikada i često ($r^2=0,137^{**}$, odnosno $r^2=0,124^{**}$). Pored toga, kada se kontroliše starost ispitanika, najjači korelat ACE-u u okviru ličnosti je Dezintegracija, i ta korelacija je pozitivna: što je veći procenat dezintegracije, to je veći broj ACE-a. Uz to, ACE-i su bili negativno povezani sa većinskim crtama ličnosti, tj. Saradljivošću, Ekstraverzijom, Emocionalnošću, Poštenjem-Poniznošću, a pozitivno sa Otvorenošću za iskustva. Jedina crta ličnosti koja nije bila u korelaciji sa ACE-ima je Savesnost.

Slika 31. Odnosi između skorova za ikada i često doživljeni ACE i osnovne crte ličnosti izraženi preko regresionih (beta) koeficijenata



Kada je analiziran odnos između specifičnih oblika ACE-a i osnovnih crta ličnosti, rezultati su ponovo pokazali da je Dezintegracija najdosledniji korelat. Najviše korelacije su dobijene između Dezintegracije i psihološkog zanemarivanja ($\beta=0,157^{**}$ za ikada doživljeni ACE i $\beta=0,135^{**}$ za česti ACE), zlostavljanja majke od strane partnera ($\beta=0,109^{**}$ za ikada doživljeni ACE i $\beta=0,052^*$ za česti ACE) i depresije u porodici ($\beta=0,087^{**}$). Nešto manje veze sa Dezintegracijom utvrđene su kod fizičkog zlostavljanja ($\beta=0,064^{**}$ za ACE skor često), psihološkog zlostavljanja ($\beta=0,091^{**}$ za ACE skor često), seksualnog zlostavljanja ($\beta=0,065^{**}$), nasilja u zajednici ($\beta=0,072^{**}$ za ACE skor često) i kolektivnog nasilja ($\beta=0,075^{**}$ za ACE skor često).

Slika 32. Odnosi između ACE skorova (ikada i često) i crte Dezintegracije izraženi preko regresionih (beta) koeficijenata



Istraženo je da li ACE-i moderiraju odnos između crta ličnosti i zdravstvenih ishoda. Nalazi ukazuju da ACE-i značajno doprinose predviđanju ukupnog fizičkog zdravlja daleko više od svih sedam crta ličnosti (dodatnih 6% varijanse fizičkog zdravlja se može objasniti preko ACE-a). Kad je u pitanju predviđanje mentalnog zdravlja, ACE-i daju mali doprinos onome što već može da se predvidi kroz crte ličnosti (3% varijanse), mada je i to dodatno predviđanje značajno.

Nalazi su pokazali da, među osnovnim crtama ličnosti, Dezintegracija ima najjače veze sa ACE-ima. Osobe koje imaju najviše ACE skorove mogu se opisati kao neobične, čudne, sklone kršenju pravila radi lične koristi i motivisane materijalnom dobiti, kao i sklone laskanju kako bi dobile ono što žele. Kad su u pitanju oni koji su im naudili, ove osobe zlopamte. Tvrdoglave su i svadljive, često smatraju da nisu popularne, ne vole da budu u centru pažnje, a i skloniji su tome da se osećaju manje živo i optimistično. Kada smo analizirali odnos između pojedinačnih oblika ACE-a i osnovnih crta ličnosti, Dezintegracija je bila najdosledniji korelat. Fizičko i emocionalno zlostavljanje, depresija/samoubilačke tendencije, nasilno ponašanje članova porodice i emocionalno zanemarivanje imali su najveću korelaciju sa Dezintegracijom.

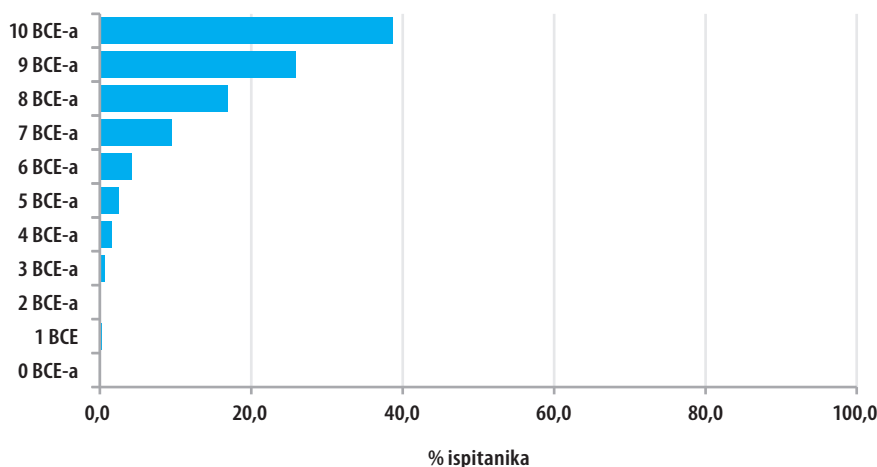
Iako ovi efekti nisu jaki, oni ukazuju da se ponašanje osoba koje doživljavaju ove ACE-e može opisati kao neobičnije, čudnije ili bizarnije. Napokon, zanimalo nas je da li, kod predviđanja ukupnog fizičkog zdravlja, ACE-i dodatno doprinose u odnosu na dispoziciju ličnosti. Rezultati su pokazali da ACE-i doprinose predviđanju ukupnog fizičkog zdravlja daleko više od crta ličnosti. Kod predviđanja mentalnog zdravlja, ACE-a su bili značajni, ali je njihov uticaj bio manji. Drugim rečima, mentalno zdravlje je daleko više određeno strukturom ličnosti nego ACE-ima.

Na osnovu dizajna ovog istraživanja, nije moguće odrediti pravac uticaja između ACE-a i crta ličnosti. Međutim, postoji nekoliko hipoteza koje zaslužuju dalje testiranje. Moguće je da su određene osobe pretrpele ACE-e u detinjstvu i da su ta negativna iskustva uticala na razvoj njihove ličnosti u zreloom dobu. Druga mogućnost bi bila da su one osobe koje su bile izložene ACE-ima čudnije i neobičnije od drugih, te da su zbog tih karakteristika bile sklonije doživljavanju ACE-a. Konačno, moguće je da su osobe sa visokim skorom na skali Dezintegracije sklone negativnom „bojenju” svojih iskustava i sećanja zbog iskrivljenog testa realnosti. Stoga je moguće da oni pripisuju negativna svojstva iskustvima kojima su bili izloženi kao deca. Pošto Dezintegracija utiče i na kognitivnu i na afektivnu obradu, vrlo je moguće da su osobe sa visokim skorom na skali Dezintegracije sklone posmatranju i opisivanju događaja iz svoje prošlosti kao negativnih ili različito od onoga što se desilo u stvarnosti.

4.2.7. Pozitivna iskustva u detinjstvu

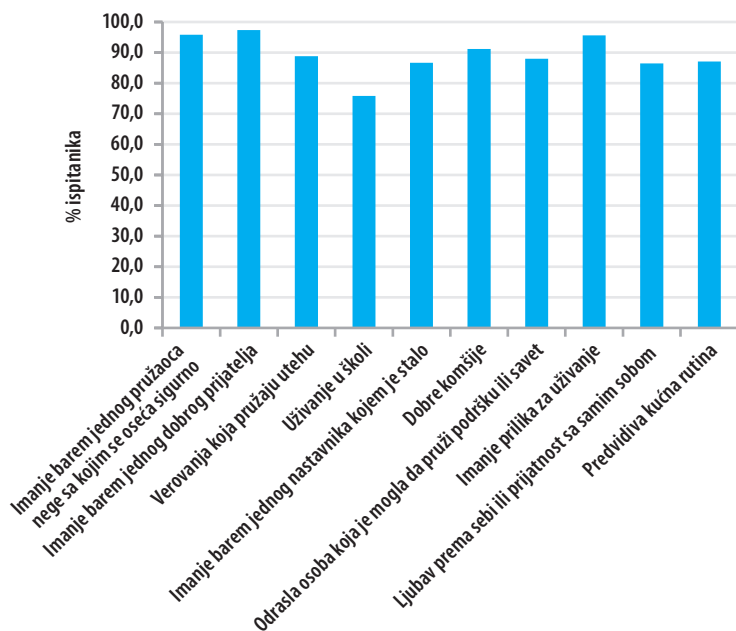
Od 10 pozitivnih iskustava u detinjstvu (BCE-i) koja su ispitivana u ovoj studiji, ispitanici su u proseku iskusili njih 9 (srednja vrednost=8,66, medijana=9). Maksimalni broj BCE-a zabeležen je kod 38,6% (N=1.015) uzorka, dok su oni sa 5 ili manje BCE-a činili samo 5% uzorka (N=132) (slika 33). Ženske osobe navode više BCE-a (rpbis=-0,130**). Uz to, obrazovaniji (Rho=0,165**), osobe sa višim mesečnim primanjima (Rho=0,131**), oni koji su roditelji (Rho=0,086**) i oni koji su trenutno u partnerskom odnosu (Rho=0,094**) navode veći broj BCE-a. Sve korelacije su slabe.

Slika 33. Broj BCE-a među ispitanicima



Tri najčešća BCE-a su: *imanje barem jednog dobrog prijatelja*, *imanje barem jednog pružaoca nege sa kojim se osoba oseća sigurno* i *imanje prilika za uživanje*. Najmanje prisutni BCE-i su: *uživanje u školi*, *imanje barem jednog nastavnika kojem je stalo do osobe* i *osećaj ljubavi prema sebi ili prijatnosti sa samim sobom* (slika 34).

Slika 34. Učestalost BCE-a među ispitanicima



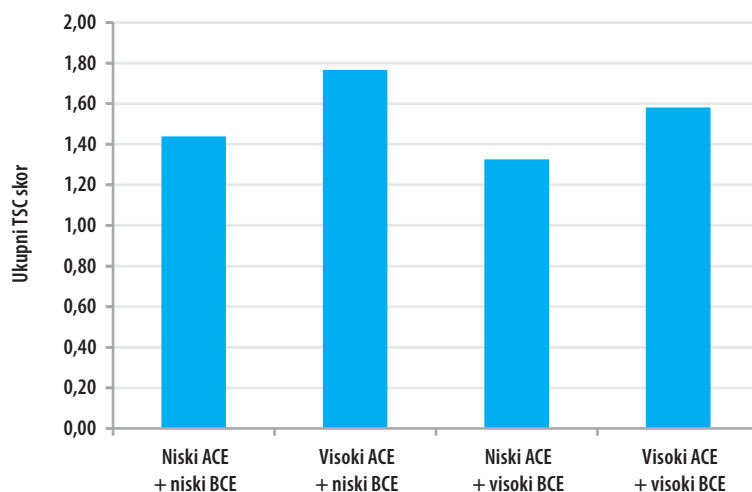
Veze između BCE-a i ACE-a i traumatskih simptoma

Kao što je očekivano, ispitanici sa manjim brojem BCE-a imali su veći broj ACE-a ($Rho = -0,223^{**}$ za ikada doživljeni ACE i $Rho = -0,208^{**}$ za česti ACE skor), kao i veći broj traumatskih simptoma ($Rho = -0,180^{**}$). Kada se kontrolišu pol i starost, prisustvo sledećih BCE-a značajno predviđa manju ozbiljnost traumatskih simptoma: *osećaj ljubavi prema sebi ili prijatnosti sa samim sobom* ($Beta = -0,126^{**}$), *dobe komšije* ($Beta = -0,115^{**}$), *predvidiva kućna rutina* ($Beta = -0,086^{**}$) i *prilike za uživanje* ($Beta = -0,060^{*}$). *. Drugim rečima, ovi BCE-i delovali su kao zaštitni faktori.

Ispitanici su zatim podeljeni u četiri grupe na osnovu ACE skora često (pretpostavljen je „visoki ACE“ kod četiri ili više, prema granici negativnih iskustava u literaturi (Hughes et al., 2017)) i BCE skora (pretpostavljen je „visoki BCE“ kod devet ili više — medijana je korišćena kao granica). Prva grupa je uključivala ispitanike sa *niskim ACE-ima* i *visokim BCE-ima*, druga sa *niskim i ACE-ima* i *BCE-ima*, treća sa *visokim i ACE-ima* i *BCE-ima* i četvrta sa *visokim ACE-ima* i *niskim BCE-ima*. Ove grupe su poređene po ukupnom skoru dobijenom na kontrolnoj listi traumatskih simptoma (TSC). Skorovi svih grupa su se značajno razlikovali ($F = 66,395^{**}$, post-hoc razlike među grupama su bile značajne na nivou 0,01). Najblaži simptomi su bili prisutni u grupi sa niskim ACE-ima i visokim BCE-ima, nešto teži kod onih sa niskim i ACE-ima i BCE-ima, zatim sledi grupa sa visokim i ACE-ima i BCE-ima, dok su najteži simptomi bili prisutni u grupi osoba sa visokim ACE-ima i niskim BCE-ima (slika 35). Multivarijantna analiza je pokazala da BCE skor nezavisno objašnjava 1,3%**, a ACE skor po kriterijumu često 7,2%** varijanse simptoma povezanih sa traumom, što implicira manji nezavisni efekat broja BCE-a nego ACE-a.

Većina ispitanika u ovoj studiji imala je veliki broj pozitivnih iskustava u detinjstvu; tačnije, njih 39% iskusilo je svih deset BCE-a. Dostupni dokazi dobijeni na uzorku žena iz Sjedinjenih Američkih Država, za koje se navodi da su imale niska primanja, pokazuju da je njih 28% iskusilo BCE-e (Narayan et al., 2018). U ovom uzorku, više BCE-a je navedeno kod ženskih osoba, onih sa višim obrazovanjem i prihodima, kao i kod onih koji su roditelji i koji su trenutno u partnerskom odnosu. Raniji nalazi nisu pokazali značajne veze između starosti i obrazovanja s jedne strane, i BCE-a s druge strane (Narayan et al., 2018).

Slika 35. Traumatski simptomi kod četiri grupe ispitanika određen na osnovu broja ACE-a/BCE-a



Najčešća pozitivna iskustva iz detinjstva u ovoj studiji odnosila su se na dobru vezanost za pružaoca nege, vršnjake i prilike za uživanje, dok su najmanje prisutni bili dobar odnos sa nastavnikom i pozitivan stav prema školi, kao i iskustva koja služe za izgradnju kapaciteta za samopouzdanje. Kao što se i očekivalo, broj pozitivnih iskustava je bio obrnuto povezan sa brojem negativnih iskustava u detinjstvu i traumatskim simptomima, slično studiji Narajana i saradnika (Narayan et al. 2018). Nisko samopouzdanje, nepredvidiva kućna rutina, loši odnosi u komšiluku i nemanje prilika za uživanje predviđali su jače traumatske simptome.

Nalaz da su najteži simptomi povezani sa traumom prisutni kod osoba sa visokim brojem negativnih iskustava i niskim brojem pozitivnih iskustava, a najblaži simptomi povezani sa traumom prisutni kod osoba sa niskim brojem negativnih iskustava i velikim brojem pozitivnih iskustava, kao dve krajnosti, podržava viđenje ACE-a kao rizika i BCE-a kao zaštitnog faktora kad je u pitanju mentalno zdravlje. To je u skladu sa prethodnim istraživanjima (Chung, Mathew, Elo, Coyne & Culhane, 2008; Hillis et al., 2010; Narayan et al., 2018). Slično studiji Narajana i saradnika (Narayan et al., 2018), u ovoj studiji su, među onima sa visokim brojem negativnih iskustava u detinjstvu, ispitanici sa visoko prisutnim pozitivnim iskustvima imali manje simptoma povezanih sa traumom od onih sa niskim brojem pozitivnih iskustava, što ukazuje da pozitivna iskustva mogu u određenoj meri da ograniče posledice nepovoljnih okolnosti. Međutim, takođe smo ustanovili da je prisustvo nepovoljnih okolnosti, uprkos visokom broju pozitivnih iskustava, povezano sa težim simptomima povezanim sa traumom, u poređenju sa situacijom kada nema pozitivnih iskustava niti nepovoljnih okolnosti. To implicira da efekat ograničavanja koji imaju pozitivna iskustva možda ne može u potpunosti da nadomesti posledice nepovoljnih okolnosti. Kao u studiji Narajana i saradnika (Narayan et al. 2018), pozitivna iskustva su pokazala nezavisno zaštitno dejstvo kada su u pitanju psihijatrijski simptomi povezani sa traumom, a u ovom istraživanju taj efekat je bio nešto manji od nezavisnih efekata nepovoljnih okolnosti. Ovaj rezultat ističe toksičnost nepovoljnih okolnosti i ukazuje na to da je potrebno više pozitivnih iskustava u detinjstvu i pozitivnih iskustava u zreloom dobu (kao što su sigurne, stabilne negujuće veze (Schofield et al., 2013)) da bi se u potpunosti ograničili ti toksični efekti. Prema našim saznanjima, ovo je prva studija o negativnim i pozitivnim iskustvima u detinjstvu sprovedena na velikom reprezentativnom uzorku, te je potrebno dalje istraživanje prirode odnosa između ova dva tipa iskustava i njihove uloge u simptomatologiji povezanoj sa traumom.

Budući da pozitivna iskustva u detinjstvu imaju zaštitna dejstva na razvoj i rezilijentnost, neophodno je staviti veći naglasak na ovaj domen u smislu procene i intervencije. Svako dete treba da prođe procenu pozitivnih iskustava, bilo da postoji vidljivo prisustvo nepovoljnih okolnosti ili ne, jer su pozitivna iskustva sastojci lične odbrane od maladaptacije. Kada je reč o zaštitnim dejstvima protiv problema mentalnog zdravlja povezanih sa traumom,

posebnu pažnju treba posvetiti istraživanju i jačanju samopouzdanja, dobrih odnosa sa komšijama, predvidljive kućne rutine i prilika za uživanje tokom odrastanja.

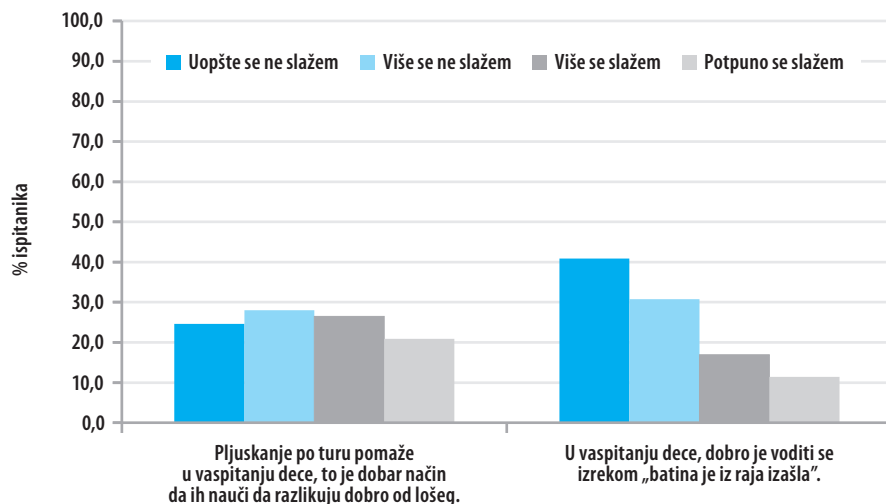
Od velikog značaja bi bilo obrazovanje roditelja, onih koji očekuju dete, kao i stručnih lica koja rade sa decom i adolescentima, u pogledu prepoznavanja prisustva zaštitnih faktora i pružanja pomoći u jačanju tih faktora. Od pomoći bi bilo čak i obrazovanje adolescenata po ovom pitanju, jer bi to moglo da podigne njihovu svest i podsta-kne ih da traže pomoć u situacijama kada im nedostaje zaštitnih iskustava. Roditeljima treba pružiti znanje o tome kako da uspostave adekvatne odnose između roditelja i deteta, istraže samopoimanje svog deteta, koje aktivnosti donose zadovoljstvo i kako da pruže predvidljivo negujuće okruženje svom detetu. Nužni su i zajednički naponi da se obezbedi harmonično funkcionisanje komšiluka, u smislu obrazovanja i praćenja.

Međutim, budući da do sada definisana zaštitna pozitivna iskustva u detinjstvu možda ne mogu u potpunosti da ograniče negativne posledice ranih negativnih iskustava, važno je uvek imati na umu da je sprečavanje ACE-a od najveće važnosti i da treba tražiti i pospešivati dodatne ograničavajuće faktore tokom razvoja ili u zreloom dobu. Procena zaštitnih faktora treba da bude visoko individualizovana, kao lični set snaga za svako dete i adolescenta (od strane roditelja, nastavnika, lekara itd.), kao i za svaku odraslu osobu za koju je utvrđeno da je žrtva ranih negativnih iskustava ili za osobu koja pati od problema vezanih za mentalno zdravlje.

4.2.8. Stavovi o telesnom kažnjavanju

Ispitanici su, bez obzira na to da li su i sami roditelji, odgovarali na dva pitanja vezana za stavove prema telesnom kažnjavanju (slika 36). Generalno gledano, ispitanici više ne podržavaju nego što podržavaju telesno kažnjavanje. Više od polovine ispitanika (52,6%) se nije slagalo, u potpunosti ili uglavnom, sa tvrdnjom „Pljuskanje po turu pomaže u vaspitanju dece, to je dobar način da ih nauči da razlikuju dobro od lošeg“. Većina ispitanika (71,7%) nije se slagala sa tvrdnjom „U vaspitanju dece, dobro je voditi se izrekom ‘batina je iz raja izašla’“. Oko 55,6% onih koji su odgovorili na pitanja nije se slagalo s obe date izjave.

Slika 36. Distribucija stavova prema telesnom kažnjavanju među ispitanicima



Ispitanici koji su generalno češće podržavali telesno kažnjavanje (zbir dva gore data pitanja) bili su osobe muškog pola ($r_{pbis} = 0,124^{**}$), kao i osobe nižeg obrazovanja ($Rho = -0,054^{**}$).

Povezanost sa ACE-ima

Ukupni ACE skor za ikada doživljeno iskustvo slabo korelira sa podržavanjem telesnog kažnjavanja ($Rho=0,056^{**}$). Osim toga, istražili smo povezanost između dobijanja batina u detinjstvu i adolescenciji (kao metode disciplinovanja koju su koristili roditelji) i trenutnih stavova prema telesnom kažnjavanju. Ispitanici koji su češće dobijali batine su više podržavali primenu telesnog kažnjavanja kao metode disciplinovanja, a ta veza je bila jača nego povezanost sa ACE skorom ($Rho=0,201^{**}$).

Iskustvo roditeljstva se pojavilo kao moderator između ACE skora i stava prema telesnom kažnjavanju, i to tako da ako je osoba roditelj i iskusila je više ACE-a, ona više podržava telesno kažnjavanje. Veći broj ACE-a je slabo ali značajno predviđao veću podršku telesnom kažnjavanju samo kod onih koji su roditelji (ACE skor ikada $B=0,04^{*}$; ACE skor često $B=0,05^{*}$), dok taj odnos nije bio značajan kod onih koji nisu roditelji.

Značajno je to što više od polovine ispitanika u ovoj studiji nije podržavalo telesno kažnjavanje. Iako neke srpske studije pružaju podatke o iskustvu telesnog kažnjavanja tokom detinjstva (npr. studije SZO-a i UNICEF-a sprovedene na srpskom stanovništvu (Paunovic et al., 2015; Serbian Multiple Indicator Cluster Survey, 2014)), prema našim saznanjima, ovo je prva studija koja istražuje *stavove o telesnom kažnjavanju* na reprezentativnom uzorku odraslih u Srbiji. Uprkos razlikama u metodi merenja, naši rezultati su uporedivi sa nalazima reprezentativne nemačke studije, gde se 56% ispitanika protivilo telesnom kažnjavanju (Witt et al., 2017). Slično nalazima reprezentativne nemačke studije (Witt et al., 2017), ispitanici koji su u ovom istraživanju više podržavali telesno kažnjavanje kod disciplinovanju deteta bili su osobe muškog pola i sa nižim obrazovanjem. Kanadsko onlajn istraživanje sprovedeno u zajednici osoba koje nisu roditelji pokazalo je da je jedini demografski prediktor viši broj godina ispitanika (Gagné, Tourigny, Joly & Pouliot-Lapointe, 2007).

Ispitanici sa većim brojem ACE-a (ACE skor ikada) i, štaviše, oni koji su više dobijali batine u detinjstvu bili su skloniji podržavanju primene telesnog kažnjavanja u odgoju dece, što ukazuje na rizik od potencijalnih međugeneracijskih obrazaca batina i zlostavljanja. Ovaj rizik bio je veći kod ispitanika koji su roditelji. Nekoliko studija govori u prilog postojanju međugeneracijskog prenošenja maladaptivnih obrazaca roditeljstva i zlostavljanja dece (Lange, Callinan & Smith, 2018; Thornberry et al., 2012), što okvirno potvrđuje tradicionalno pravilo da samo jedna trećina žrtava nastavi međugeneracijski ciklus, druga trećina ga prekida, a preostala trećina ostaje osetljiva na društveni stres (Oliver, 1993). Mehanizmi ovog međugeneracijskog prenosa su i dalje nepoznati, iako postoje hipoteze o različitim bio-psiho-socijalnim faktorima koji bi mogli da utiču na njega (Mitkovic Voncina et al., 2017).

Međutim, specifičnost odnosa između različitih nepovoljnih okolnosti u detinjstvu i podrške telesnom kažnjavanju je kontroverzna. Pokazana je jača povezanost između učestalosti batina u detinjstvu i podržavanja telesnog kažnjavanja nego što je slučaj sa brojem ACE-a. Nemačka studija sprovedena na reprezentativnom uzorku je takođe utvrdila da su oni koji podržavaju telesno kažnjavanje navodili i sopstveno iskustvo baš takvog načina disciplinovanja od strane svojih roditelja (Witt et al., 2017), dok je jedna studija sprovedena u Kini pokazala povezanost između doživljavanja i primene telesnog kažnjavanja, gde pozitivni stavovi prema ovoj vrsti discipline služe kao mogući mehanizam (Wang et al., 2018). Ganje i saradnici (Gagné et al. 2007) su ukazali da se oni koji su od roditelja doživljavali pretnje i ponižavanje i koji su pretrpeli teško fizičko nasilje manje slažu sa batinama kao disciplinskom metodom; međutim, oni koji su u detinjstvu dobijali batine su više odobravali batine. U drugoj studiji, adolescenti koji su od majki dobijali batine su više podržavali telesno kažnjavanje, bez obzira na učestalost, vreme ili hroničnost telesnog kažnjavanja koje su iskusili; međutim, nije pronađena nikakva povezanost kod adolescenata za koje se sumnja da su iskusili fizičko zlostavljanje tokom ranog ili srednjeg perioda detinjstva (Deater-Deckard, Lansford, Dodge, Pettit, & Bates, 2003). Prema tome, podaci ukazuju na moguće razlike u tome kako različiti tipovi nepovoljnih okolnosti u detinjstvu utiču na podržavanje telesnog kažnjavanja kao disciplinske metode.

Da bi se sprečilo telesno kažnjavanje i njegove negativne posledice, uključujući međugeneracijsko prenošenje, potrebne su kontinuirane i višeslojne preventivne aktivnosti. Pre svega, nužno je uspostavljanje eksplicitne zabrane telesnog kažnjavanja dece i adolescenata u okviru nacionalnog zakonodavstva o porodičnom pravu, u skladu sa međunarodnim standardima. Nadzor i prijavljivanje mogu se poboljšati kroz dalje obrazovanje stručnih lica koja rade sa decom i adolescentima, kao i roditelja, sa ciljem podizanja svesti, stepena prepoznavanja i spremnosti

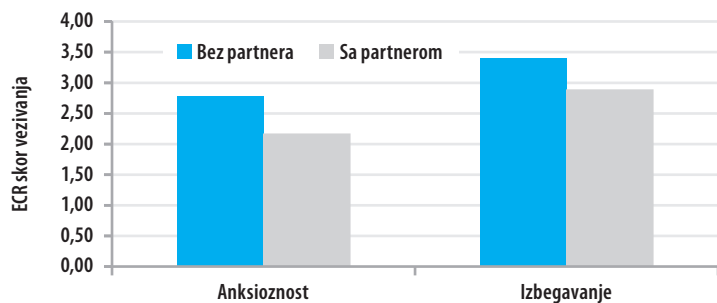
da se reaguje u slučajevima telesnog kažnjavanja. Treba neprestano i sistematično vršiti procenu proceduralnih protokola vezanih za zaštitu deteta, u smislu njihovog sadržaja, koliko se poštuju i koje su prepreke.

Kada je reč o univerzalnoj, selektivnoj i indikovanoj prevenciji, obrazovanje stanovništva i dalje može da ima centralnu ulogu. Obrazovne aktivnosti treba da budu usmerene ne samo na roditelje i one koji očekuju dete, već i na buduće roditelje, u smislu adolescenata i mladih ljudi čiji se stavovi prema telesnom kažnjavanju formiraju pod uticajem iskustva telesnog kažnjavanja koje su doživeli od svojih roditelja. Budući da iskustvo roditeljstva povećava šanse da ACE-i predvide podršku telesnom kažnjavanju u zreloom dobu, roditeljstvo može biti prekretnica u sprečavanju telesnog kažnjavanja u sledećoj generaciji. Drugim rečima, obrazovanje o razlikovanju prikladnih od neprikladnih metoda roditeljstva i disciplinovanja bi trebalo započeti što pre moguće, mnogo pre nego što osoba postane roditelj. Provera iskustva roditelja u smislu ACE-a i telesnog kažnjavanja bi takođe bila značajna u pogledu prevencije, isto kao i provera stavova o roditeljstvu kod roditelja s visokim stepenom negativnih iskustava u detinjstvu.

4.2.9. Vezivanje u partnerskim odnosima

Opis dimenzija vezivanja u partnerskim odnosima u grupama ispitanika koji trenutno jesu ili nisu u partnerskom odnosu prikazan je na slici 37. Kod ispitanika bez partnera zabeleženo je nesigurnije vezivanje, koje se ogleda u značajno višim nivoima i anksioznosti i izbegavanja kod vezivanja ($r_{pbis} = -0,257^{**}$, odnosno $r_{pbis} = -0,215^{**}$).

Slika 37. Dimenzije vezivanja kod ispitanika koji jesu i onih koji nisu trenutno u partnerskom odnosu



Oni sa višom anksioznošću su mlađi ($Rho = -0,096^{**}$), imaju niže porodične prihode ($Rho = -0,092^{**}$) i nemaju decu ($r_{pbis} = -0,154^{**}$), dok oni sa višim izbegavanjem imaju niže obrazovanje ($Rho = -0,095^{**}$).

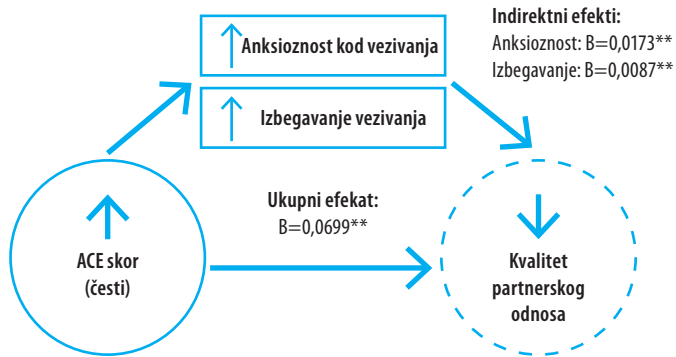
Dimenzije vezivanja su takođe bile značajno povezane sa percipiranim kvalitetom veze (operacionalizovanim kao: odlična, dobra, povremeni verbalni sukobi, česti verbalni sukobi i verbalni sukobi sa fizičkim nasiljem). Među ispitanicima koji su u partnerskim odnosima, kod onih koji su navodili lošiji kvalitet odnosa utvrđeno je nesigurnije vezivanje, u smislu viših nivoa obe dimenzije vezivanja ($Rho = -0,254^{**}$ za anksioznost i $Rho = -0,282^{**}$ za izbegavanje).

Povezanost sa ACE-ima

Ukupni ACE skorovi bili su povezani i sa anksioznošću kod vezivanja ($Rho = 0,239^{**}$ za ACE skor ikada i $Rho = 0,207$ za ACE skor često) i, u manjoj meri, sa izbegavanjem ($Rho = 0,099^{**}$ za ACE skor ikada i $Rho = 0,101^{**}$ za ACE skor često).

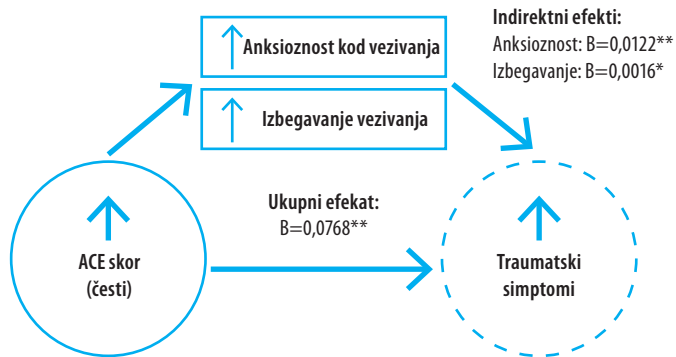
Anksioznost i izbegavanje kod vezivanja delimično su posredovali u vezi između ukupnog skora čestih ACE-a i percipiranog kvaliteta partnerskog odnosa kod ispitanika koji su trenutno imali partnera. Taj efekat je bio nezavisan od pola i starosti. Dati nalaz sugerise da bi se uticaj višestrukih negativnih iskustava u detinjstvu na lošiji kvalitet trenutnog partnerskog odnosa mogao, delimično, objasniti kroz mehanizam nesigurnog vezivanja, tj. više skorove vezivanja (slika 38).

Slika 38. Medijacioni efekti vezivanja između skora za česte ACE-e i kvaliteta veze



Anksioznost i izbegavanje kod vezivanja su takođe delimično posredovali u vezi između ACE skora po kriterijumu često i simptoma povezanih sa traumom u našem uzorku. Taj efekat je takođe bio nezavisan od pola i starosti. To sugerise da bi se uticaji višestrukih negativnih iskustava u detinjstvu na teže psihijatrijske simptome povezane sa traumom mogli, delimično, objasniti kroz mehanizam nesigurnog vezivanja, tj. više skorove vezivanja (slika 39). U oba slučaja medijacije, efekti su bili slabi ali značajni, sa većom izraženošću kod anksioznosti nego kod izbegavanja.

Slika 39. Medijacioni efekti vezivanja između skora za česte ACE-e i simptoma povezanih sa traumom



Nesigurno vezivanje u partnerskim odnosima bilo je povezano sa mlađim uzrastom, nižim obrazovanjem, nižim porodičnim prihodima, kao i sa onima koji nisu roditelji, nisu u vezi ili imaju lošiji kvalitet odnosa. Nepovoljnije okolnosti tokom detinjstva bile su povezane sa nesigurnijim vezivanjem u partnerskim odnosima (sa jačim vezama kod anksioznosti nego kod izbegavanja), što je verovatno donekle razlog za niži kvalitet partnerskih odnosa i više simptoma povezanih s traumom. Rezultati, u celini, podržavaju nalaze dostupne u literaturi. Među irskim studentima, nesigurno vezivanje (anksioznost) je delimično objašnjavalo vezu između negativnih iskustava u detinjstvu i psihološkog stresa i samoprocenjenog blagostanja, iako je to utvrđeno za vezivanje uopšte, a ne u partnerskim odnosima (Corcoran & McNulty, 2018). Zlostavljanje dece povezano je sa traumom izdaje u zreloj dobi kroz anksioznost kod vezivanja među studentima američkih koledža (Hocking, Simons & Surette, 2016). Čak je i kratko rano razdvajanje od figura vezanosti tokom traume u detinjstvu povezano sa dugotrajnim posledicama na sigurnost vezivanja, što dalje vodi do posttraumatske psihopatologije odraslih (Bryant et al., 2017). Kada je u pita-

nju uticaj na veze, naši nalazi su donekle slični rezultatima istraživanja sprovedenog među francusko-kanadskim adolescentima i mladim odraslim osobama (Godbout et al., 2017). Naime, izloženost nasilju u porodici tokom detinjstva povećavala je stepen nasilja u trenutnim vezama kroz anksioznost kod vezivanja u partnerskim odnosima. U istoj studiji, izbegavanje vezivanja bilo je prediktivno za zadovoljstvo odnosom, a naknadno praćene promene u vezivanju bile su povezane sa promenama u zadovoljstvu odnosom i nasilju u vezi. Još jedna studija, sprovedena među izraelskim studentima osnovnih studija, ukazala je na posledice emocionalnog zlostavljanja u detinjstvu na funkcionisanje partnerskih odnosa, a izbegavanje vezivanja zajedno sa samokritikom bilo je delimično odgovorno za taj uticaj (Lassri et al., 2016). Sve u svemu, nepovoljne okolnosti u detinjstvu mogu imati značajan uticaj na stilove vezivanja kada osoba odraste, sa posledicama na funkcionisanje mentalnog zdravlja i odnosa. Međutim, veličine efekata u našoj studiji bile su male, što naglašava potrebu da se u većoj meri istraže ovi odnosi i mogući posrednici.

Nesigurno vezivanje je već dugo deo psiholoških i psihijatrijskih kliničkih procena i intervencija. Međutim, nesigurni obrasci vezivanja u opštoj populaciji mogu lako ostati neotkriveni i onda uticati na društveno adaptiranje, posebno u smislu partnerskih odnosa. Budući da nesigurno vezivanje u partnerskim odnosima može biti delimično odgovorno za uticaj ranih negativnih iskustava i na nizak kvalitet odnosa i na intenzivnije probleme mentalnog zdravlja povezane sa traumom, od presudne je važnosti pratiti nekoliko uputstava za proveru:

- identifikovati obrasce vezivanja kod žrtava ranih negativnih iskustava (svih uzrasta);
- identifikovati istoriju ranih negativnih iskustava kod onih koji ispoljavaju nesigurno vezivanje;
- identifikovati i istoriju ranih negativnih iskustava i obrasce vezivanja u partnerskim odnosima kod onih koji imaju problematične partnerske odnose i onih koji imaju probleme mentalnog zdravlja (posebno probleme povezane sa traumom).

Da bi se ograničile negativne posledice rane traume kod onih sa unutrašnjim modelom nesigurnog vezivanja, neophodno je intervenisati u smislu modifikacije vezivanja. Usmerenije obrazovanje stručnih lica, kao i pružanje više mogućnosti za psihoterapeutske aktivnosti u okviru usluga javne zdravstvene zaštite, učinilo bi takve intervencije dostupnijim žrtvama svih uzrasta, a pružilo bi i više šansi da dođe do zaceľjujuće promene. Obrazovanje opšte populacije o značenju i značaju vezivanja, dalekosežnosti posledica koje ono ima i snazi psihoterapijske promene bilo bi značajno u smislu veće samosvesti, veće sklonosti ka traženju pomoći, bolje terapeutske usklađenosti i manje stigme.

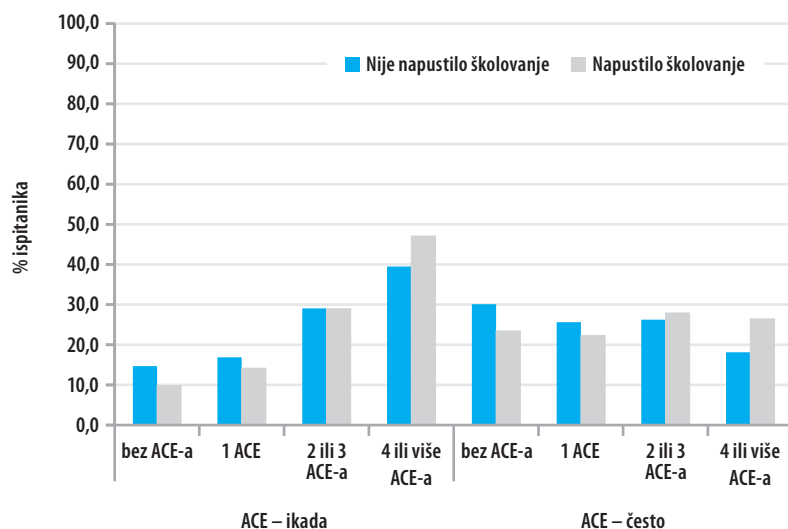
4.3. ACE-i I OBRAZOVANJE

U ovom domenu, odnos između ACE-a i obrazovanja je konkretno istraživan u pogledu rasprostranjenosti napuštanja školovanja, učestalosti problema u školi, postignutog nivoa obrazovanja i radnog statusa.

4.3.1. ACE-i i napuštanje školovanja

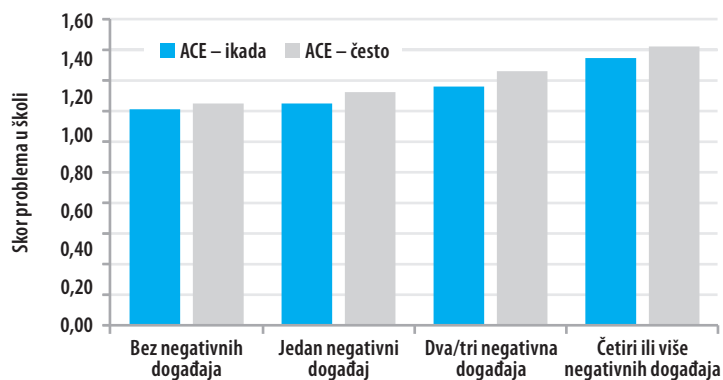
Ukupno gledano, 18,3% ispitanika je napustilo školu ili fakultet. Rasprostranjenost napuštanja školovanja se povećavala zajedno sa povećanjem broja ACE-a po oba kriterijuma, ikada ($r_{pbis}=0,086^{**}$) i često ($r_{pbis}=0,092^{**}$). Manje od 15% ispitanika koji nisu naveli nijedan ACE je napustilo školovanje. S druge strane, skoro jedan od pet onih koji su iskusili četiri ili više ACE-a naveli su da su napustili školovanje pre završetka (21% po kriterijumu ikada i 25% po kriterijumu često). Skor problema u školi je računat kao srednja učestalost izostanaka, nasilja prema nastavnicima i učenicima, učešća u školskim tučama, uništavanja školske imovine i izloženosti nastavničkom i vršnjačkom nasilju. Ovi rezultati su u skladu sa ranijim studijama, koje su pokazale povećanje verovatnoće da se ne završi srednja škola među zlostavljanim i zanemarenim mladima (Cage, 2018; Mills et al., 2018).

Utvrđena je statistički značajna srednja korelacija između ACE-a i rasprostranjenosti problema u školi, definisanih kao izostajanje, izloženost nasilju u školi i prisustvo nasilnog ponašanja, i za ACE skor ikada ($r=0,46^{**}$) i za skor često ($r=0,41^{**}$).

Slika 40. ACE-i i njihova povezanost sa napuštanjem školovanja


Uočena je srednja korelacija sa psihološkim zlostavljanjem prilikom analiza odnosa između određenih oblika ACE-a i rasprostranjenosti problema u školi, kao i sa različitim oblicima nasilja, kao što su nasilničko ponašanje, tuče, nasilje u zajednici i kolektivno nasilje ($r^2=0,34^{**}$).

Ovi rezultati sugeriraju da su ispitanici koji su bili izloženi nasilju kod kuće ili na nivou zajednice (što je deo ACE skora) češće doživljali nasilje i/ili ispoljavali nasilno ponašanje u školskom okruženju (aspekti skora problema u školi).

Slika 41. ACE-i i skor problema u školi


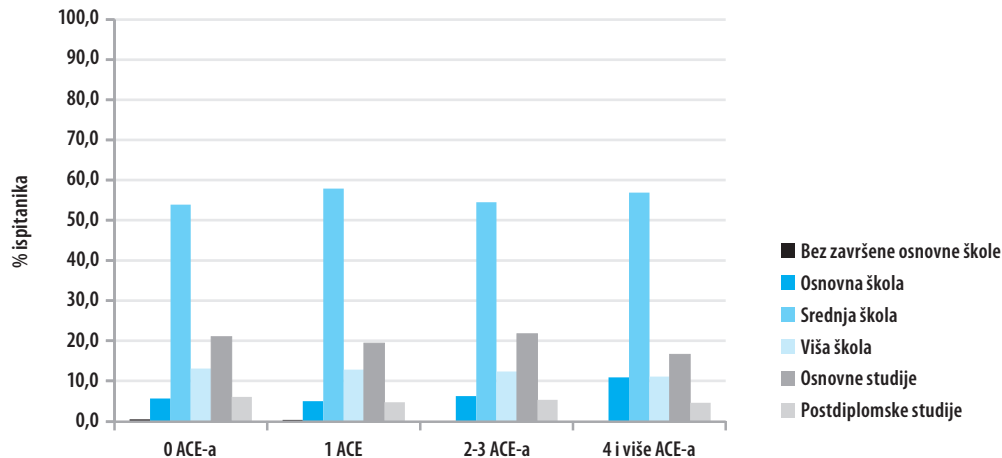
4.3.2. ACE-i i nivo obrazovanja

Većina ispitanika je završila srednju školu (56%), a njih 25% ima fakultetsku diplomu. Nije bilo statistički značajnih razlika u ACE skorovima u pogledu nivoa obrazovanja po kriterijumu ikada doživljenog ACE-a. Kad je u pitanju kriterijum često, ispitanici sa višim obrazovanjem imaju niže ACE skorove ($\eta^2=0,01^{**}$). Međutim, ova veza je veoma slaba, oko 1% varijanse u iskustvu čestih ACE-a u manjoj meri može biti povezano sa višim nivoom obrazovanja.

Utvrđena je samo jedna statistički značajna povezanost između ACE-a i devet razloga za napuštanje školovanja, i to samo po kriterijumu ikada: ispitanici sa višim ACE skorom su češće napuštali školovanje iz zdravstvenih razloga.

Korelacije između ACE-a i uspeha u školi na nivou osnovnog i srednjeg obrazovanja ili izostaju ili su veoma niske. Nalazi ukazuju samo na statistički značajnu vezu između ACE-a i radnog statusa u urbanim sredinama, i to samo po kriterijumu ikada doživljenog ACE-a.

Slika 42. Nivo obrazovanja i česti ACE



Ukupno gledano, 26% ispitanika koji su učestvovali u ovoj ACE studiji bili su nezaposleni. Suprotno očekivanju, nije bilo statistički značajnih razlika u ACE skorovima između nezaposlenih i zaposlenih ispitanika. Ovaj nalaz nije u skladu sa prethodnim studijama, koje su pokazale negativnu povezanost između ACE-a i radnih ishoda (Mills, Kisely, Alati, Strathearn & Najman, 2018; Jaffee et al., 2018), te zahteva dalju analizu posvećenu identifikaciji značajnih moderatora.

Osobe koje su iskusile ACE su sklonije napuštanju školovanja i ostvarivanju nižeg nivoa obrazovanja. Ovi rezultati ukazuju da bi obrazovni sistem trebao biti ojačan tako da uspešnije kompenzuje ili umanjí posledice ACE-a. Potrebna je saradnja sa drugim sistemima (kao što su zdravstvo i zaštita dece), kao i organizovane zajedničke aktivnosti, kako bi se postiglo puno dejstvo interventnih programa.

Smanjenje broja mladih koji rano napuštaju školovanje jedan je od pet ključnih ciljeva strategije Evropske komisije Evropa 2020 (*Europe 2020: A Strategy for Smart, Sustainable and Inclusive Growth*) (European Commission, 2010). To je takođe strateška orijentacija obrazovnih reformi u Srbiji. Rezultati ove studije ukazuju da bi fokus na zlostavljanu decu i njihove specifične obrazovne potrebe trebalo da bude deo intervencija usmerenih ka prevenciji napuštanja školovanja.

Prvi korak bi trebalo da bude duboko razumevanje specifičnih problema i izazova sa kojima se zlostavljana deca suočavaju tokom svog obrazovanja. Jačanje kompetencija školskog osoblja u pogledu identifikacije i podrške dece koja se suočavaju sa negativnim iskustvima će smanjiti negativne obrazovne ishode.

Deca koja doživljavaju nasilje u porodici ili na nivou zajednice treba da budu u fokusu školskih strategija za smanjenje nasilja u školama. Treba izbegnuti dva scenarija: da ova deca postanu žrtve vršnjačkog nasilja u školi; i da oni postanu nasilni prema svojim vršnjacima. Buduće intervencione studije treba da istraže mogućnost pomaganja zlostavljanoj deci u pogledu regulisanja sopstvenih emocija, što će smanjiti rizik za pojavu nasilnog ponašanja i pospešiti njihovu prihvaćenost od strane vršnjaka. Dobar odnos sa drugovima iz razreda i bliski prijateljski odnosi prepoznati su kao važan zaštitni faktor za akademsku rezilijentnost. Imajući to na umu, poboljšanje kvaliteta školske klime i snažan osećaj pripadnosti će pospešiti socijalno i akademsko angažovanje zlostavljane dece. Nastavnici, školski pedagozi i psiholozi, rukovodioci vannastavnih programa i treneri bi mogli da postanu veoma važni uzori za decu kojoj trajno ili privremeno nedostaju neke od neophodnih društvenih veza.

5. PREPORUKE – KAKO PREKINUTI KRUG NASILJA

U svetskom izveštaju o nasilju nad decom generalnog sekretara Ujedinjenih nacija (Pinhiero, 2006, str. 93) navodi se da vlade treba da obezbede „sveobuhvatne sisteme za sprečavanje nasilja i zaštitu dece na način kojim se poštuje dete i porodica deteta, njihovo dostojanstvo i privatnost i razvojne potrebe devojčica i dečaka“. Izveštaj preporučuje da se koordinisani odgovori na sprečavanje nasilja nad decom mogu osnažiti: a) Pružanjem dobre prenatalne i postnatalne nege i kućnih poseta radi optimizacije ranog razvoja deteta; b) Implementiranjem kulturološki prigodnih i rodno osetljivih programa roditeljstva kojim bi se porodice podržavale u obezbeđivanju doma bez nasilja; c) Zaštitom ranjive dece u porodici i bavljenjem pitanjima invaliditeta i roda poput supružničkog/partnerskog nasilja, koje je visoko povezano sa svim vrstama zlostavljanja dece (50–60% slučajeva).

Naša studija je pokazala široko dejstvo koje ACE-i mogu da imaju na razne probleme tokom života u svim aspektima funkcionisanja — mentalnom, fizičkom i socijalnom. Preventivne strategije su presudne za promociju zdravlja pojedinaca, kao i za uopšteno funkcionisanje društava. Različiti vidovi prevencije su predstavljeni kroz tri tipa preventivnih domena — univerzalni (primarni), selektivni (sekundarni) i indikovani (tercijarni).

5.1. UNIVERZALNA (PRIMARNA) PREVENCIJA ACE-a

Tehnike univerzalne (primarne) prevencije su najisplativiji način sprečavanja nasilja nad decom. Neophodno je razmotriti ih kao alternative reaktivnim intervencijama. Mnoge intervencije (npr. zdravstvene kućne posete medicinskih sestara) se mogu pokazati korisnim u sprečavanju i identifikovanju zlostavljanja i zanemarivanja dece, kao i nasilja u porodici. Mehanizmi univerzalne prevencije su sledeći:

- savetovanje po pitanjima planiranja porodice, prenatalne i postnatalne zdravstvene nege majke i deteta;
- škole roditeljstva za buduće roditelje, u kojima bi se roditelji upoznali sa potrebama bebe i veštinama za pospešivanje razvoja od najranijeg uzrasta;
- škole roditeljstva za roditelje, staratelje i hranitelje predškolske dece, u kojima bi se oni upoznali sa karakteristikama dečijeg razvoja i potrebama dece, kao i načinima pružanja brižne nege;
- savetovanje i obrazovanje roditelja i dece o pitanjima zlostavljanja i zanemarivanja, o štetnosti telesnog kažnjavanja dece, disciplinovanju dece metodama pozitivne discipline i sl.

Savetovanje se može pružiti kućnim posetama medicinskih sestara, kao i putem redovnih pregleda na nivou primarne zdravstvene nege, te nije potrebno uspostavljanje novih modaliteta pružanja usluga. U studiji *Making the Connection*, sprovedenoj u sedam zemalja istočne Evrope i centralne Azije, pokazano je da nasilje nad decom po rezultatima utiče na decu već od prve godine života (United Nations Population Fund/UNICEF, 2018). Vodeća preporuka ove studije je bila promovisanje intervencija vezanih za rani razvoj deteta koje bi za cilj imale uključivanje i majki i očeva u kreiranje domaćinstava sa podržavajućim okruženjem, bez nasilja, kao i podršku za prijavljivanje incidenata. Rane prenatalne intervencije su se pokazale kao efikasne kod razvoja pozitivnih i bezbednih kućnih okruženja. Preventivne intervencije takođe mogu da uključe i očeve kao i majke u kreiranje domaćinstava sa podržavajućim okruženjem, bez nasilja, što može da ima dugotrajno dejstvo.

Da rezimiramo, prvi koraci u prevenciji ACE-a treba da budu vezani za aktivnosti u najmanje četiri domena. Prvi domen se odnosi na samu decu, učenje o pravima koja imaju. Drugi domen se odnosi na porodicu, obrazovanje članova porodice o pravima deteta, ali i njihovo osnaživanje kroz saznanja o nenasilnim metodama odgoja, stra-

tegijama pozitivne discipline uz razvoj deteta, značaj brižne nege, razvoj vezivanja, i uz angažovanje oba roditelja. Treći domen se odnosi na škole, bolnice i druge institucije gde stručna lica dolaze u kontakt i imaju interakcije sa decom. Stručna lica treba da se nauče da deci nude strategije za prevladavanje stresa, u domenu pitanja vezanih za zloupotrebu supstanci, asertivne komunikacije itd. Napokon, četvrti domen je uloga medija, koja treba da bude usmerena ka podizanju svesti dece, porodica i stručnih lica o pravima deteta, roditeljskim veštinama, mogućim posledicama ACE-a itd.

Na primer, obrazovanje o zloupotrebi supstanci i njenim negativnim posledicama može biti jedan od najvažnijih koraka, uz stavljanje naglaska na mentalno zdravlje i unapređenje strategija za prevladavanje stresa. Obrazovanje o odgovarajućim metodama roditeljstva i disciplinovanja treba da počne što ranije moguće, mnogo pre nego što osoba postane roditelj. Roditeljima treba pružiti znanje o tome kako da stvore pozitivna iskustva u detinjstvu, jer ona imaju zaštitno dejstvo na razvoj i rezilijentnost. Takođe je neophodno obezbeđivanje harmoničnog funkcionisanja komšiluka. Postoji potreba za obrazovanjem stručnih lica — koji bi mogli biti prvi koji će prepoznati povišen stres, akumulaciju ACE-a ili bilo koji drugi tip patnje (roditelji, negovatelji, nastavnici, lekari) — o znakovima zlostavljanja, zanemarivanja ili psihološke patnje na koje treba da obrate pažnju, kao i kako da ponude obuku u domenu strategija za prevladavanje stresa pogođenim licima.

5.2. SELEKTIVNA (SEKUNDARNA) PREVENCIJA

Selektivna prevencija podrazumeva uočavanje dece i porodica sa povećanim rizikom od ACE-a, kao i aktivnosti usmerene ka prevenciji pojave ACE-a. Na primer, najbolji rezultati u radu sa grupama za koje je utvrđen visok rizik postižu se tokom kućnih poseta, kroz razgovore i savetovanje sa malom decom. Kućne posete doprinose poboljšanju: blagostanja roditelja (depresije majke, zloupotrebe supstanci), roditeljskih veština i ponašanja (ishrane, stimulativnijeg i bezbednijeg kućnog okruženja) i opštih ishoda deteta (ishoda povezanih sa zdravljem, ishranom i razvojem). Važno je da oni koji vrše kućne posete budu trenirani tako da uoče rizike na sveobuhvatan način (socio-ekonomski, nasilje, bezbednost i sigurnost deteta, blagostanje roditelja, angažovanje oca, fokus na ukupan razvoj deteta, kapaciteti roditelja da podrže brižnu negu itd.) i da imaju kapacitet da obave više poseta porodicama kojima je to potrebno kroz progresivnu komponentu programa. Oni treba da uspostave saradnju i budu u kontaktu sa stručnim licima u različitim sektorima. Programi kućnih poseta u regionu, koje obavljaju patronažne sestre, takođe imaju veliki potencijal u smislu primarne prevencije.

Uz to, sva stručna lica koja su u kontaktu sa decom takođe treba da budu senzibilisana da prepoznaju faktore rizika i znake koji mogu da ukazuju na to da dete jeste ili bi moglo da bude izloženo ACE-u, i da rano intervenišu ili da to spreče. Svaki kontakt između dece i zdravstvenih radnika takođe treba iskoristiti za procenu mentalnog zdravlja i moguće izloženosti ACE-u. Stručna lica koja rade u oblastima obrazovanja i socijalne zaštite treba da znaju koji su to znaci koji ukazuju na izloženost ACE-u, kako bi reagovali na vreme, i treba da imaju na raspolaganju niz trijažnih pitanja.

Treba posvetiti posebnu pažnju istraživanju i osnaživanju samopouzdanja, dobrih odnosa sa komšijama, predvidljivih kućnih rutina, kao i prilika za uživanje tokom odrastanja. To bi moglo da pomogne deci da prevaziđu uticaje ACE-a u datom trenutku, ali i kasnije tokom života.

Primarna i sekundarna prevencija su efikasnije kada se pružaju kao *univerzalne usluge* koje se nude svima, uz *unapređene usluge* i intervencije koje *ciljaju* porodice za koje je utvrđeno da su 'u nevolji' i/ili izložene visokom riziku od zlostavljanja pre nego što dođe do nasilja nad detetom. Ove preventivne strategije takođe treba da budu fokusirane na osnaživanje zaštitnih faktora poput: podržavajućeg porodičnog okruženja; negovanja roditeljskih veština; stabilnih porodičnih odnosa; zaposlenosti roditelja; adekvatnih uslova stanovanja i pristupa zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti; i zajednica koje pružaju podršku roditeljima i koje preuzimaju odgovornost za sprečavanje nasilja u porodici.

Provera iskustva roditelja sa ACE-ima bi takođe bila značajna u smislu prevencije, kao i provera stavova o roditeljstvu kod roditelja koji su odrastali u izuzetno nepovoljnim okolnostima.

5.3. INDIKOVANA (TERCIJARNA) PREVENCIJA

Indikovana prevencija uključuje rad sa zlostavljanom i zanemarenom decom i njihovim porodicama kada već dođe do zlostavljanja, kako bi se sprečilo ponavljanje zlostavljanja i zanemarivanja i smanjile posledica zlostavljanja i zanemarivanja. To se takođe odnosi na posledice drugih doživljenih ACE-a. U tom slučaju, neophodna je saradnja i razmena informacija između stručnjaka i institucija uključenih u celi proces. Cilj je očuvanje porodice i sprečavanje premeštanja zlostavljane i zanemarene dece u institucije ili alternativne oblike van-porodičnog staranja.

Prvi korak treba da se sastoji od temeljne procene mentalnog i fizičkog zdravlja i deteta i porodice, bioloških indikatora stresa ili traume, elemenata rezilijentnosti, zaštitnih faktora poput pozitivnih iskustava u detinjstvu (BCE — adekvatne vezanosti za barem jednog od staratelja, prijatelje, nastavnike, predvidljive kućne rutine itd.) i pozitivnog funkcionisanja i blagostanja (Bethell et al., 2017). Sledeći koraci se odnose na intervencije koje ublažavaju negativne efekte ACE-a u smislu psihosocijalne podrške, psihijatrijskog i medicinskog lečenja, društvene i obrazovne inkluzije. Jedan od važnih domena indikovane prevencije su aktivnosti fokusirane na sprečavanje međugeneracijskog prenošenja iskustva nepovoljnih okolnosti tokom odrastanja (Mitković Voncina et al., 2017).

Treba preporučiti učenje o funkcionalnim strategijama za prevladavanje i prevazilaženje stresa u određenim institucijama (školama, institucijama koje pružaju zdravstvenu i socijalnu negu), u slučajevima kada se prepozna da dete ima više ACE-a ili da je žrtva zlostavljanja ili zanemarivanja.

Žrtvama svih uzrasta bi pomoglo usmerenije obrazovanje stručnih lica, kao i pružanje više mogućnosti za psihoterapeutske aktivnosti u okviru usluga javne zdravstvene zaštite, u smislu veće samosvesti, veće sklonosti ka traženju pomoći, bolje terapeutske usklađenosti i manje stigme. Jačanje kompetencija školskog osoblja po pitanju uočavanja i podrške deci koja su suočena sa ACE-ima će smanjiti negativne obrazovne ishode, a prvi korak je bolje razumevanje specifičnih problema i izazova sa kojima se susreću zlostavljana deca. Deca koja doživljavaju nasilje treba da budu u centru strategija za smanjivanje školskog nasilja. Poboljšanje kvaliteta školske klime i snažan osećaj pripadnosti školi će pospešiti društveno i akademsko angažovanje zlostavljane dece.

Na kraju, kao rezultat istraživanja, mapiranja i konsultacije sa ključnim zainteresovanim stranama u sistemu za prevenciju i zaštitu dece od nasilja (istraživačima, stručnjacima, aktivistima, pružaocima javnih usluga, službenicima i kreatorima javnih politika), sačinjena je lista ključnih prioriteta za trenutne politike, sa fokusom na intervencije u sistemu za prevenciju i zaštitu dece od nasilja:

- ▶ Bolja koordinacija intervencija sa odgovarajućim politikama.
- ▶ Poboljšanje sistema zaštite na lokalnom nivou.
- ▶ Stalan rad na podizanju svesti i promeni društvenih normi, vrednosti i stavova kroz nastavak kampanja nulte tolerancije prema nasilju; ohrabrivanje nenasilne komunikacije; zabranu nasilnog disciplinovanja dece; i promovisanje rodne ravnopravnosti i nediskriminacije.
- ▶ Poboljšanje kompetencija osnaženo od strane institucija koje se bave decom.
- ▶ Podrška porodicama u razvoju roditeljskih kompetencija.
- ▶ Razvoj usluga prevencije, direktna podrška i zaštita dece iz ranjivih grupa. To uključuje: decu sa smetnjama u razvoju i/ili invaliditetom, decu u sukobu sa zakonom, decu izloženu dečjem radu, decu u ranom i prinudnom braku, decu iz romskih naselja, decu migrante i izbeglice, i posebno decu bez pratnje.
- ▶ Obezbeđivanje i jačanje finansiranja sistema za prevenciju i zaštitu koji se bori protiv nasilja nad decom i sličnih programa.
- ▶ Kreiranje ustanova koje bi pružale specijalizovan tretman deci i adolescentima žrtvama zlostavljanja, gde bi se vršile posebne procene i sprovodile terapijske intervencije.

5.4. PREPORUKE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA ACE-a

Uprkos doslednim nalazima o višem riziku od negativnih ishoda nakon ACE-a, postoje dokazi da mnoga deca i odrasli ipak ne iskuse takve ishode, što se takođe vidi po malim veličinama efekta u ovoj studiji. To može da znači da u osnovi postoje složeni mehanizmi koji određuju da li će žrtve iskusiti maladaptaciju ili ne. Ti mehanizmi bi mogli biti povezani sa različitim biološkim i psihosocijalnim procesima i faktorima, koji izgrađuju lični „zid rezilijentnosti“. Mnogi od tih faktora su i dalje nejasni, te zahtevaju dalja istraživanja.

Literatura

1. Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G., Strathearn, L., Suresh, S., & Najman, J. M. (2017). The association between substantiated childhood maltreatment, asthma and lung function: A prospective investigation. *Journal of Psychosomatic Research, 101*, 58–65.
2. ACE-IQ, WHO; Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/questionnaire.pdf
3. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
4. Alastalo, H., Räikkönen, K., Pesonen, A. K., Osmond, C., Barker, D. J., Kajantie, E., Heinonen, K. & Eriksson, J. G. (2009). Cardiovascular health of Finnish war evacuees 60 years later. *Annals of Medicine, 41*(1), 66–72. doi:10.1080/07853890802301983
5. Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2012). The impact of political violence on psychosocial functioning of individuals and families: The case of Palestinian adolescents. *Child and Adolescent Mental Health, 17*(1), 14–22.
6. Amato, P. R., & DeBoer, D. D. (2001). The transmission of marital instability across generations: Relationship skills or commitment to marriage?. *Journal of Marriage and Family, 63*(4), 1038–1051.
7. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM–5* [5th ed]. Washington (D.C.): American Psychiatric Association.
8. Anda, R., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V., & Croft, J. (2010). Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache: The Journal of Head and Face Pain, 50*(9), 1473–1481.
9. Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. (1998). Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA. 279*(12):938–42.
10. Annan, J., Blattman, C., & Horton, R. (2006). The state of youth and youth protection in Northern Uganda. Uganda: UNICEF, 23.
11. Ashton, M. C., & Lee, K. (2005). Honesty-humility, the Big Five, and the five-factor model. *Journal of Personality, 73*(5), 1321–1354.
12. Ashton, M. C., & Lee, K. (2008). The HEXACO model of personality structure and the importance of the H factor. *Social and Personality Psychology Compass, 2*(5), 1952–1962.
13. Ashton, M. C., & Lee, K. (2009). The HEXACO–60: A short measure of the major dimensions of personality. *Journal of Personality Assessment, 91*(4), 340–345.
14. Babović, M. (2015). Teorijski i istraživački pristupi u proučavanju strukturnog, kulturnog i direktnog nasilja [Theoretical and Research Approaches in the Study of Structural, Cultural and Direct Violence]. *Sociologija, 57*(2), 331–352.
15. Baiden, P., Stewart, S. L., & Fallon, B. (2017). The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings. *Child Abuse & Neglect, 69*, 163–176.
16. Balint, E. M., Gander, M., Pokorny, D., Funk, A., Waller, C., & Buchheim, A. (2016). High prevalence of insecure attachment in patients with primary hypertension. *Frontiers in Psychology, 7*, 1087.
17. Barazzone, N., Santos, I., McGowan, J., & Donaghay-Spire, E. (2018). The links between adult attachment and post-traumatic stress: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 92*(1), 131–147.
18. Barker, B., Kerr, T., Dong, H., Wood, E., & Debeck, K. (2017). High school incompleteness and childhood maltreatment among street-involved young people in Vancouver, Canada. *Health & Social Care in the Community, 25*(2), 378–384.
19. Basu, A., McLaughlin, K. A., Misra, S., & Koenen, K. C. (2017). Childhood maltreatment and health impact: The examples of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus in adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 24*(2), 125–139.
20. Beckerman, M., van Berckel, S. R., Mesman, J., & Alink, L. R. (2017). The role of negative parental attributions in the associations between daily stressors, maltreatment history, and harsh and abusive discipline. *Child Abuse & Neglect, 64*, 109–116.
21. Behrens, K. Y., Hart, S. L., & Parker, A. C. (2012). Maternal sensitivity: Evidence of stability across time, contexts, and measurement instruments. *Infant and Child Development, 21*(4), 348–355.
22. Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C., & Lowey, H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine, 12*(1), 72.

23. Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2013). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health, 36*(1), 81–91.
24. Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., & Simmons, K. W. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American Journal of Preventive Medicine, 18*(2), 151–158.
25. Bethell CD, Carle A, Hudziak J, et al. (2017). Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. *Acad Pediatr., 17*(7S):S51–S69.
26. Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health Affairs, 33*(12), 2106–2115.
27. Bland, V. J., & Lambie, I. (2018). Does childhood neglect contribute to violent behavior in adulthood? A review of possible links. *Clinical Psychology Review, 60*, 126–135.
28. Bleil, M. E., Adler, N. E., Pasch, L. A., Sternfeld, B., Reijo-Pera, R. A., & Cedars, M. I. (2011). Adverse childhood experiences and repeat induced abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 204*(2), 122–e1–6.
29. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Volume I Attachment*. Penguin Books.
30. Boyraz, G., Granda, R., Baker, C. N., Tidwell, L. L., & Waits, J. B. (2016). Posttraumatic stress, effort regulation, and academic outcomes among college students: A longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology, 63*(4), 475–468.
31. Boznic, V., Katayama, R., Munoz, R., Takamatsu, S., & Yoshida, N. (2017). *Prospects of estimating poverty with phone surveys: experimental results from Serbia*. Washington, DC: The World Bank.
32. Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2018). Perceived effectiveness of NSSI in achieving functions on severity and suicide risk. *Psychiatry Research, 265*, 144–150.
33. Bremner, J. D., Davis, M., Southwick, S. M., Krystal, J. H. & Charney, D. S. (1994). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. In R. S. Pynoos, R. S. (edit.) (1994). *Posttraumatic stress disorder: A clinical review*. (pp. 43–64). Baltimore: The Sidran Press.
34. Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 38*, 55–64.
35. Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33) early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence, 4*(2), 151–163.
36. Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., & Ford, J. D. (2011). Parsing the effects violence exposure in early childhood: Modeling developmental pathways. *Journal of Pediatric Psychology, 37*(1), 11–22.
37. Brown, D. W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health, 10*(1), 20. doi: 10.1186/1471-2458-10-20.
38. Brown, M. J., Thacker, L. R., & Cohen, S. A. (2013). Association between adverse childhood experiences and diagnosis of cancer. *PLoS One, 8*(6), e65524. doi: 10.1371/journal.pone.0065524.
39. Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports, 19*(3), 20.
40. Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., ... & Balazs, J. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(4), 337–348.
41. Bruwer, B., Govender, R., Bishop, M., Williams, D. R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2014). Association between childhood adversities and long-term suicidality among South Africans from the results of the South African Stress and Health study: a cross-sectional study. *BMJ Open, 4*(6), e004644.
42. Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., Silove, D. & Nickerson, A. (2017). Separation from parents during childhood trauma predicts adult attachment security and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 47*(11), 2028–2035.
43. Burke, N. J., Hellman, J. L., Scott, B. G., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect, 35*(6), 408–413.
44. Cage, J. (2018). Educational attainment for youth who were maltreated in adolescence: investigating the influence of maltreatment type and foster care placement. *Child Abuse & Neglect, 79*, 234–244.
45. Cassels, M., van Harmelen, A. L., Neufeld, S., Goodyer, I., Jones, P. B., & Wilkinson, P. (2018). Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1111/j.1469-7610.2018.02406.x
46. Centers for Disease Control and Prevention & Kaiser Permanente ACE Study, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>
47. Centers for Disease Control and Prevention, & Kaiser Permanente. (2016). The ACE study survey data [unpublished data]. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

48. Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 217–225.
49. Christiansen, J., Christiansen, J. L., & Howard, M. (1997). Using protective factors to enhance resilience and school success for at-risk students. *Intervention in School and Clinic, 33*(2), 86–89.
50. Chung, E. K., Mathew, L., Elo, I. T., Coyne, J. C., & Culhane, J. F. (2008). Depressive symptoms in disadvantaged women receiving prenatal care: the influence of adverse and positive childhood experiences. *Ambulatory Pediatrics, 8*(2), 109–116.
51. Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(1–2), 16–25.
52. Cleare, S., Wetherall, K., Clark, A., Ryan, C., Kirtley, O., Smith, M., & O'Connor, R. (2018). Adverse childhood experiences and hospital-treated self-harm. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(6), 1235. doi:10.3390/ijerph15061235.
53. Corcoran, M., & McNulty, M. (2018). Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well-being. *Child Abuse & Neglect, 76*, 297–309.
54. Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., ... & Fein, J. A. (2015). Adverse childhood experiences: expanding the concept of adversity. *American Journal of Preventive Medicine, 49*(3), 354–361.
55. Cummings, E. M., Merrilees, C. E., Taylor, L. K., & Mondy, C. F. (2017). Developmental and social–ecological perspectives on children, political violence, and armed conflict. *Development and Psychopathology, 29*(1), 1–10.
56. Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 236*, 274–290.
57. Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior, 106*(1), 29–39. doi:10.1016/j.physbeh.2011.08.019.
58. Danese, A., & Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry, 19*(5), 544. doi:10.1038/mp.2013.54.
59. Danese, A., Pariante, C. M., Caspi, A., Taylor, A., & Poulton, R. (2007). Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 104*(4), 1319–1324.
60. Dargis, M., & Koenigs, M. (2018). Two subtypes of psychopathic criminals differ in negative affect and history of childhood abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 10*(4), 444–451.
61. Davis, C. R., Usher, N., Dearing, E., Barkai, A. R., Crowell-Doom, C., Neupert, S. D., & Crowell, J. A. (2014). Attachment and the metabolic syndrome in midlife: the role of interview-based discourse patterns. *Psychosomatic Medicine, 76*(8), 611–621.
62. de Aquino Ferreira, L. F., Pereira, F. H. Q., Benevides, A. M. L. N., & Melo, M. C. A. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research, 262*, 70–77.
63. Deater-Deckard, K., Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2003). The development of attitudes about physical punishment: An 8-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology, 17*(3), 351–360.
64. Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(12), 1474–1484.
65. Di Manno, L., Macdonald, J. A., & Knight, T. (2015). Family dissolution and offspring depression and depressive symptoms: A systematic review of moderation effects. *Journal of Affective Disorders, 188*, 68–79.
66. Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2009). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. In *Assessing well-being* (pp. 67–100). Dordrecht: Springer.
67. Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P., & Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation, 110*(13), 1761–1766.
68. Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA, 286*(24), 3089–3096.
69. Dunn H. (1973). *High level wellness*. Arlington: R.W. Beatty
70. Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1453–1460.
71. Eisenbraun, K. D. (2007). Violence in schools: Prevalence, prediction, and prevention. *Aggression and Violent Behavior, 12*(4), 459–469.
72. Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect, 16*(3), 391–398.

73. Elwyn, L., & Smith, C. (2013). Child maltreatment and adult substance abuse: The role of memory. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 13*(3), 269–294.
74. England, M. J. E., & Sim, L. J. (2009). *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. Washington (DC): National Academies Press.
75. Enlow, M. B., Blood, E., & Egeland, B. (2013). Sociodemographic risk, developmental competence, and PTSD symptoms in young children exposed to interpersonal trauma in early life. *Journal of Traumatic Stress, 26*(6), 686–694.
76. European Commission. (2010). *Europe 2020: A Strategy for Smart, Sustainable and Inclusive Growth*. [Communication]. Brussels: European Commission.
77. Evans, G. W., & Kim, P. (2010). Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status–health gradient. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1186*(1), 174–189.
78. Falgares, G., Marchetti, D., Manna, G., Musso, P., Oasi, O., Kopala-Sibley, D. C., ... & Verrocchio, M. C. (2018). Childhood maltreatment, pathological personality dimensions, and suicide risk in young adults. *Frontiers in Psychology, 9*, 806.
79. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & 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*(4), 245–258.
80. Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect, 37*(9), 664–674.
81. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology, 19*(1), 149–166.
82. Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatrics, 167*(1), 70–75.
83. Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 350–365.
84. Friesen, M. D., John Horwood, L., Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2017). Exposure to parental separation in childhood and later parenting quality as an adult: evidence from a 30-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(1), 30–37.
85. Gagné, M. H., Tourigny, M., Joly, J., & Pouliot-Lapointe, J. (2007). Predictors of adult attitudes toward corporal punishment of children. *Journal of Interpersonal Violence, 22*(10), 1285–1304.
86. Galvin, H. K., Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2005). Update on Munchausen syndrome by proxy. *Current Opinion in Pediatrics, 17*(2), 252–257.
87. Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine, 48*(3), 345–349.
88. Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*(9657), 68–81.
89. Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. *Children & Society, 14*(1), 37–47.
90. Giovanelli, A., Reynolds, A. J., Mondri, C. F., & Ou, S. R. (2016). Adverse childhood experiences and adult well-being in a low-income, urban cohort. *Pediatrics, peds-2015*.
91. Gjelsvik, A., Dumont, D. M., Nunn, A., & Rosen, D. L. (2014). Adverse childhood events: Incarceration of household members and health-related quality of life in adulthood. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 25*(3), 1169.
92. Godbout, N., Daspe, M. È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D., & Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 9*(2), 127–137.
93. Goodman, R. D., Miller, M. D., & West-Olatunji, C. A. (2012). Traumatic stress, socioeconomic status, and academic achievement among primary school students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(3), 252.
94. Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 253–263.
95. Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2001). Development and initial validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 77*(3), 475–490.
96. Han, A., Wang, G., Xu, G., & Su, P. (2018). A self-harm series and its relationship with childhood adversity among adolescents in mainland China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry, 18*(1), 28.
97. Hanak N., Tenjović L., Išpanović Radojković, V., Vlaković A. & Beara M. (2012). *Balkanska epidemiološka studija o zlostavljanju i zanemarivanju dece u Srbiji*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju; 2012.

98. Harkness, K. L., Bruce, A. E., & Lumley, M. N. (2006). The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 730.
99. Haskett, M. E., Johnson, C. A., & Miller, J. W. (1994). Individual differences in risk of child abuse by adolescent mothers: Assessment in the perinatal period. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(3), 461–476.
100. Hasking, P., Boyes, M. E., Finlay-Jones, A., McEvoy, P. M., & Rees, C. S. (2018). Common pathways to NSSI and suicide ideation: The roles of rumination and self-compassion. *Archives of Suicide Research, 20* Sep 2018: 1–14. doi: 10.1080/13811118.2018.1468836.
101. Haydon, A. A., Hussey, J. M., & Halpern, C. T. (2011). Childhood abuse and neglect and the risk of STDs in early adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 43*(1), 16–22.
102. Hayes A.F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. US: Guilford Publications.
103. Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Wyss, C., Angst, J., & Rössler, W. (2016). Relationship between personality and psychopathology in a longitudinal community study: a test of the predisposition model. *Psychological Medicine, 46*(8), 1693–1705.
104. Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., Macaluso, M., & Marks, J. S. (2010). The protective effect of family strengths in childhood against adolescent pregnancy and its long-term psychosocial consequences. *The Permanente Journal, 14*(3), 18–27.
105. Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives, 33*(5), 206–211.
106. Hocking, E. C., Simons, R. M., & Surette, R. J. (2016). Attachment style as a mediator between childhood maltreatment and the experience of betrayal trauma as an adult. *Child Abuse & Neglect, 52*, 94–101.
107. Høeg, B. L., Johansen, C., Christensen, J., Frederiksen, K., Dalton, S. O., Dyregrov, A., & Bidstrup, P. E. (2018). Early parental loss and intimate relationships in adulthood: A nationwide study. *Developmental Psychology, 54*(5), 963–974.
108. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*(2), 213–218.
109. Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 32*(8), 797–810.
110. Hostinar, C. E., Nusslock, R., & Miller, G. E. (2018). Future directions in the study of early-life stress and physical and emotional health: implications of the neuroimmune network hypothesis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(1), 142–156. doi:10.1080/15374416.2016.1266647.
111. <http://www.stat.gov.rs/en-US/aktuelni-pokazatelji>
112. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), e356–e366.
113. Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., & Bellis, M. A. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health, 16*(1), 222.
114. Jaffee, S. R., Ambler, A., Merrick, M., Goldman-Mellor, S., Odgers, C. L., Fisher, H. L. & Arseneault, L. (2018). Childhood maltreatment predicts poor economic and educational outcomes in the transition to adulthood. *American Journal of Public Health, 108*(9), 1142–1147.
115. Jahoda, M. (1958). *Joint commission on mental health and illness monograph series: Current concepts of positive mental health., Vol. 1*. 136 pp.
116. Jayakumar, P., Barry, M., & Ramachandran, M. (2010). Orthopaedic aspects of paediatric non-accidental injury. *Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume, 92*(2), 189–195.
117. Jimenez, M. E., Wade, R., Lin, Y., Morrow, L. M., & Reichman, N. E. (2016). Adverse experiences in early childhood and kindergarten outcomes. *Pediatrics, peds-2015*.
118. Jun, H. J., Rich-Edwards, J. W., Boynton-Jarrett, R., Austin, S. B., Frazier, A. L., & Wright, R. J. (2008). Child abuse and smoking among young women: the importance of severity, accumulation, and timing. *Journal of Adolescent Health, 43*(1), 55–63.
119. Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research, 206*(2–3), 265–272.
120. Kajeepeta, S., Gelaye, B., Jackson, C. L., & Williams, M. A. (2015). Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review. *Sleep Medicine, 16*(3), 320–330.
121. Kalebić Jakupčević, K., & Ajduković, M. (2011). Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder. *Croatian Medical Journal, 52*(1), 25–34.

122. Karmakar, M., Elhai, J. D., Amialchuk, A. A., & Tietjen, G. E. (2018). Do personality traits mediate the relationship between childhood abuse and migraine? An exploration of the relationships in young adults using the add health dataset. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(2), 243–259.
123. Kendler, K. S., Kuhn, J. W., & Prescott, C. A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*, 34(8), 1475–1482.
124. Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
125. Kezelman, C., Hossack, N., Stavropoulos, P., & Burley, P. (2015). The cost of unresolved childhood trauma and abuse in adults in Australia. Retrieved from: Adults Surviving Child Abuse and Pegasus Economics, Sydney.
126. Khambati, N., Mahedy, L., Heron, J., & Emond, A. (2018). Educational and emotional health outcomes in adolescence following maltreatment in early childhood: a population-based study of protective factors. *Child Abuse & Neglect*, 81, 343–353.
127. Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., ... & Myin-Germeys, I. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171–179.
128. Kilibarda, B., Mravcik, V., Sieroslowski, J., Gudelj Rakic, J., & Martens, M. S. (2015). National survey on life styles of citizens in Serbia 2014 — substance use and gambling. Institute of Public Health of Serbia.
129. Kim, M., Woodhouse, S. S., & Dai, C. (2018). Learning to provide children with a secure base and a safe haven: The Circle of Security-Parenting (COS-P) group intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 74(8), 1319–1332.
130. Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219.
131. Knežević, G., Lazarević, L. B., Bosnjak, M., Purić, D., Petrović, B., Teovanović, P., ... & Bodroža, B. (2016). Towards a personality model encompassing a Disintegration factor separate from the Big Five traits: A meta-analysis of the empirical evidence. *Personality and Individual Differences*, 95, 214–222.
132. Knezevic, G., Savic, D., Kutlesic, V., & Opacic, G. (2017). Disintegration: A reconceptualization of psychosis proneness as a personality trait separate from the Big Five. *Journal of Research in Personality*, 70, 187–201.
133. Kret, M. E., & De Gelder, B. (2012). A review on sex differences in processing emotional signals. *Neuropsychologia*, 50(7), 1211–1221.
134. Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., Silva, P. A., & McGee, R. (1996). Personality traits are differentially linked to mental disorders: a multitrait-multidiagnosis study of an adolescent birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 299–312.
135. Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083–1088.
136. Kuramoto, S. J., Stuart, E. A., Runeson, B., Lichtenstein, P., Långström, N., & Wilcox, H. C. (2010). Maternal versus paternal suicide and offspring risk of hospitalization for psychiatric disorders and suicide attempt. *Pediatrics*, 126(5), e1026–e1032.
137. Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–256.
138. Lange, B. C., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2018). Adverse childhood experiences and their relation to parenting stress and parenting practices. *Community Mental Health Journal*, doi: 10.1007/s10597-018-0331-z.
139. Lassri, D., Luyten, P., Cohen, G., & Shahar, G. (2016). The effect of childhood emotional maltreatment on romantic relationships in young adulthood: A double mediation model involving self-criticism and attachment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), 504–511.
140. Lazarević, L. B., Bošnjak, M., Knežević, G., Petrović, B., Purić, D., Teovanović, P., ... & Bodroža, B. (2016). Disintegration as an Additional Trait in the Psychobiological Model of Personality. *Zeitschrift für Psychologie*. 224, 204–215.
141. Lecic-Tosevski, D., Pejovic-Milovancevic, M., & Popovic-Deusic, S. (2007). Reform of mental health care in Serbia: ten steps plus one. *World Psychiatry*, 6(2), 115.
142. Lecic-Tosevski, D., Pejovic-Milovancevic, M., Tenjovic, L., Draganic-Gajic, S., & Christodoulou, G. N. (2005). Personality characteristics of psychiatric trainees. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(2), 129–130.
143. Li, L., Chassan, R. A., Bruer, E. H., Gower, B. A., & Shelton, R. C. (2015). Childhood maltreatment increases the risk for visceral obesity. *Obesity*, 23(8), 1625–1632.
144. Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51–64.
145. Lundh, L. G., Karim, J., & Quilisch, E. V. A. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 33–41.
146. Lynch, M. (2003). Consequences of children's exposure to community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(4), 265–274.

147. Maaranen, P., Tanskanen, A., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2004). Somatoform dissociation and adverse childhood experiences in the general population. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(5), 337–342.
148. Machado, T. D., Salum, G. A., Bosa, V. L., Goldani, M. Z., Meaney, M. J., Agranonik, M., & Silveira, P. P. (2015). Early life trauma is associated with decreased peripheral levels of thyroid-hormone T3 in adolescents. *International Journal of Developmental Neuroscience, 47*, 304–308.
149. Madigan, S., Wade, M., Tarabulsy, G., Jenkins, J. M., & Shouldice, M. (2014). Association between abuse history and adolescent pregnancy: a meta-analysis. *Journal of Adolescent Health, 55*(2), 151–159.
150. Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin, 114*(1), 68–79.
151. Mansbach-Kleinfeld, I., Ifrah, A., Apter, A., & Farbstein, I. (2015). Child sexual abuse as reported by Israeli adolescents: Social and health related correlates. *Child Abuse & Neglect, 40*, 68–80.
152. Margolin, G., Vickerman, K. A., Oliver, P. H., & Gordis, E. B. (2010). Violence exposure in multiple interpersonal domains: Cumulative and differential effects. *Journal of Adolescent Health, 47*(2), 198–205.
153. Martin, J., Cloutier, P. F., Levesque, C., Bureau, J. F., Lafontaine, M. F., & Nixon, M. K. (2013). Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary investigation using a university sample. *Psychological Assessment, 25*(3), 1013.
154. Martin, L., Viljoen, M., Kidd, M., & Seedat, S. (2014). Are childhood trauma exposures predictive of anxiety sensitivity in school attending youth? *Journal of Affective Disorders, 168*, 5–12.
155. Matschke, J., Herrmann, B., Sperhake, J., Körber, F., Bajonowski, T., & Glatzel, M. (2009). Shaken baby syndrome: a common variant of non-accidental head injury in infants. *Deutsches Ärzteblatt International, 106*(13), 211.
156. Medici, M., Direk, N., Visser, W. E., Korevaar, T. I., Hofman, A., Visser, T. J., ... & Peeters, R. P. (2014). Thyroid function within the normal range and the risk of depression: a population-based cohort study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 99*(4), 1213–1219.
157. Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect, 69*, 10–19.
158. Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A., & Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: shifting the narrative. *Children and Youth Services Review, 72*, 141–149.
159. Mills, R., Kisely, S., Alati, R., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2018). Cognitive and educational outcomes of maltreated and non-maltreated youth: A birth cohort study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 0004867418768432*.
160. Milner, J. S., & Chilamkurti, C. (1991). Physical child abuse perpetrator characteristics: A review of the literature. *Journal of Interpersonal Violence, 6*(3), 345–366.
161. Milner, J. S., Robertson, K. R., & Rogers, D. L. (1990). Childhood history of abuse and adult child abuse potential. *Journal of Family Violence, 5*(1), 15–34.
162. Milovančević, M. P., Tenjović, L., Ispanović, V., Mitković, M., Kirčanski, J. R., Minčić, T., & Toševski, D. L. (2014). Psychopathology and resilience in relation to abuse in childhood among youth first referred to the psychiatrist. *Vojnosanitetski Pregled-Military-Medical and Pharmaceutical Review, 71*(6), 565–570.
163. Ministry of Health of the Republic of Serbia. (2009). *Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja* (2009). Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
164. Mitkovic-Voncina, M., Pejovic Milovancevic, M., Mandic Maravic, V., & Lecic Tosevski, D. (2017). Timeline of Intergenerational Child Maltreatment: the Mind–Brain–Body Interplay. *Current Psychiatry Reports, 19*(8), 50.
165. Mitkovic-Voncina, M., Lecic-Tosevski, D., Pejovic-Milovancevic, M., & Popovic-Deusic, S. (2014). Linking child maltreatment history with child abuse potential: relative roles of maltreatment types. *Archives of Biological Sciences, 66*(4), 1681–1687.
166. Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry, 64*(6), 651–660.
167. Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence, 25*(1), 53–63.
168. Mrug, S., & Windle, M. (2010). Prospective effects of violence exposure across multiple contexts on early adolescents' internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(8), 953–961.
169. Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., ... & Steele, H. (2014). Adverse childhood experiences (ACEs) questionnaire and adult attachment interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect, 38*(2), 224–233.

170. Mustonen, U., Huurre, T., Kiviruusu, O., Haukkala, A., & Aro, H. (2011). Long-term impact of parental divorce on intimate relationship quality in adulthood and the mediating role of psychosocial resources. *Journal of Family Psychology, 25*(4), 615.
171. Nacak, Y., Morawa, E., Tuffner, D., & Erim, Y. (2017). Insecure attachment style and cumulative traumatic life events in patients with somatoform pain disorder: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research, 103*, 77–82.
172. Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, W. W., & Lieberman, A. F. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the Benevolent Childhood Experiences (BCEs) scale. *Child Abuse & Neglect, 78*, 19–30.
173. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention*. Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children. Board on Children, Youth, and Families. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
174. Nilsson, D., Gustafsson, P. E., & Svedin, C. G. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of post-traumatic stress and dissociation. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(1), 19–26.
175. Nock, M. K. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press.
176. Noll, J. G., Shenk, C. E., & Putnam, K. T. (2008). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(4), 366–378.
177. Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect, 45*, 143–153.
178. Nusslock, R., & Miller, G. E. (2016). Early-life adversity and physical and emotional health across the lifespan: a neuroimmune network hypothesis. *Biological Psychiatry, 80*(1), 23–32. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.05.017.
179. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 73–85.
180. Office for National Statistics, United Kingdom. (2017). Impact of child abuse on later life: Crime Survey for England and Wales, year ending March 2016. www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/adhocs/007527impactofchildabuseonlaterlifecrimesurveyforenglandandwalesyearendingmarch2016
181. Office for National Statistics, United Kingdom. (2017). People who were abused as children are more likely to be abused as an adult. www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/articles/peoplewhowereabusedaschildrenaremorelikelytobeabusedasanadult/2017-09-27-footnote_2
182. Oliver, J. E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry, 150*(9), 1315.
183. Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., Enginkaya, S., Bilgin, H., & Tomruk, N. B. (2016). The relationship between attachment styles and childhood trauma: a transgenerational perspective—a controlled study of patients with psychiatric disorders. *Journal of Clinical Nursing, 25*(15–16), 2357–2366.
184. Ozcetin, A., Belli, H., Ertem, U., Bahcebasi, T., Ataoglu, A., & Canan, F. (2009). Childhood trauma and dissociation in women with pseudoseizure-type conversion disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(6), 462–468.
185. Park, S. H., Vidlock, E. J., Shih, W., Presson, A. P., Mayer, E. A., & Chang, L. (2016). Adverse childhood experiences are associated with irritable bowel syndrome and gastrointestinal symptom severity. *Neurogastroenterology & Motility, 28*(8), 1252–1260.
186. Pat-Horenczyk, R., Peled, O., Daie, A., Abramovitz, R., Brom, D., & Chemtob, C. M. (2007). Adolescent exposure to recurrent terrorism in Israel: Posttraumatic distress and functional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(1), 76–85.
187. Paunovic, M., Markovic, M., Vojvodic, K., Neskovic, A., Sethi, D., & Grbic, M. (2015). Survey of adverse childhood experiences among Serbian university students. Report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
188. Peck, S. C., Roeser, R. W., Zarrett, N., & Eccles, J. S. (2008). Exploring the roles of extracurricular activity quantity and quality in the educational resilience of vulnerable adolescents: Variable- and pattern-centered approaches. *Journal of Social Issues, 64*(1), 135–156.
189. Pecoraro, R. E., Inui, T. S., Chen, M. S., Plorde, D. K., & Heller, J. L. (1979). Validity and reliability of a self-administered health history questionnaire. *Public Health Reports, 94*(3), 231.
190. Pejović-Milovančević M., Minčić T., Kalanj D. (ur.). (2012). *Priručnik za primenu Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2012.
191. Pieterse, D. (2015). Childhood maltreatment and educational outcomes: evidence from South Africa. *Health Econ., 24*(7), 876–94.
192. Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health, 99*(2), 258–263.
193. Pinheiro, P. S. (2006). *World report on violence against children*. Geneva: United Nations.

194. Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, E., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of non-suicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry, 16*(1), 353.
195. Popis stanovništva, domaćinstava i stanova 2011. u Republici Srbiji (2011). Retrieved 5 September 2018. Retrieved from <http://www.popis2011.stat.rs>
196. Porche, M. V., Costello, D. M., & Rosen-Reynoso, M. (2016). Adverse family experiences, child mental health, and educational outcomes for a national sample of students. *School Mental Health, 8*(1), 44–60.
197. Porche, M. V., Fortuna, L. R., Lin, J., & Alegria, M. (2011). Childhood trauma and psychiatric disorders as correlates of school dropout in a national sample of young adults. *Child Development, 82*(3), 982–998.
198. Pos, K., Boyette, L. L., Meijer, C. J., Koeter, M., Krabbendam, L., de Haan, L., & for GROUP. (2016). The effect of childhood trauma and Five-Factor Model personality traits on exposure to adult life events in patients with psychotic disorders. *Cognitive Neuropsychiatry, 21*(6), 462–474.
199. Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., ... & Schützwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry, 67*(5), 518–528.
200. Wales Audit Office. Available at <https://www.audit.wales/system/files/publications/public-health-wales-audit-report-2015-english.pdf>
201. Qouta, S., Punamäki, R.-L., & El Sarraj, E. (2008). Child development and family mental health in war and military violence: The Palestinian experience. *International Journal of Behavioral Development, 32*, 310–321. doi: 10.1177/0165025408090973.
202. Statistical Office of the Republic of Serbia. Available at <http://www.stat.gov.rs/en-US/aktuelni-pokazatelj>
203. Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect, 34*(11), 842–855. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.02.012.
204. Reavis, J. A., Looman, J., Franco, K. A., & Rojas, B. (2013). Adverse childhood experiences and adult criminality: how long must we live before we possess our own lives? *The Permanente Journal, 17*(2), 44–48.
205. Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse & Neglect, 38*(3), 407–413.
206. Republički zavod za statistiku i Istraživačka agencija Strategic marketing. (2006) Istivanje višestukih pokazatelja stanja i položaja dece i žena u Republici Srbiji– MICS3, 2005, Finalni izveštaj. Beograd.
207. Republički zavod za statistiku, Republika Srbija, Available at <http://www.stat.gov.rs/>
208. Riggio, H. R., & Weiser, D. A. (2008). Attitudes toward marriage: Embeddedness and outcomes in personal relationships. *Personal Relationships, 15*(1), 123–140
209. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. (1981) National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry, 38*(4), 381–9.
210. Roeser, R. W., Eccles, J. S., & Strobel, K. R. (1998). Linking the study of schooling and mental health: Selected issues and empirical illustrations at. *Educational Psychologist, 33*(4), 153–176.
211. Romano, E., Babchishin, L., Marquis, R., & Fréchette, S. (2015). Childhood maltreatment and educational outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 418–437.
212. Ryan, J. P., Jacob, B. A., Gross, M., Perron, B. E., Moore, A., & Ferguson, S. (2018). Early exposure to child maltreatment and academic outcomes. *Child Maltreatment, 23*(4), 365–375.
213. Sagi-Schwartz, A., Seginer, R., & Abdeen, Z. (2008). Chronic exposure to catastrophic war experience and political violence: Links to the well-being of children and families. *International Journal of Behavioral Development, 32*, 257–259. doi: 10.1177/0165025408092219.
214. Sansone, R. A., Leung, J. S., & Wiederman, M. W. (2012). Five forms of childhood trauma: Relationships with employment in adulthood. *Child Abuse and Neglect-the International Journal, 36*(9), 676.
215. Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O., & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry, 16*(1), 295.
216. Schofield, T. J., Lee, R. D., & Merrick, M. T. (2013). Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health, 53*(4), S32–S38.
217. Schumm, J. A., Stines, L. R., Hobfoll, S. E., & Jackson, A. P. (2005). The double-barreled burden of child abuse and current stressful circumstances on adult women: The kindling effect of early traumatic experience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 18*(5), 467–476.
218. Shin, S. H., Hassamal, S., & Groves, L. P. (2015). Examining the role of psychological distress in linking childhood maltreatment and alcohol use in young adulthood. *American Journal on Addictions, 24*(7), 628–636.
219. Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L. & Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129*(1), e232–e246.

220. Siegel D, Benowitz N, Ernster VL, Grady DG, Hauck WW. (1992). Smokeless tobacco, cardiovascular risk factors, and nicotine and cotinine levels in professional baseball players. *Am J Public Health*, 82(3), 417–21.
221. Sinai, C., Hirvikoski, T., Nordström, A. L., Nordström, P., Nilsson, Å., Wilczek, A. & Jokinen, J. (2014). Hypothalamic pituitary thyroid axis and exposure to interpersonal violence in childhood among women with borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 23911.
222. Solis, J., Shadur, J., Burns, A., & Hussong, A. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(2), 135–147.
223. Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF (2014). *Serbian multiple indicator cluster survey and Serbian Roma settlements multiple indicator cluster survey, 2014. Final reports*. Belgrade, Serbia: Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF.
224. Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: a national study. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 384–392.
225. Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303.
226. Taha, F., Galea, S., Hien, D., & Goodwin, R. D. (2014). Childhood maltreatment and the persistence of smoking: a longitudinal study among adults in the US. *Child Abuse & Neglect*, 38(12), 1995–2006.
227. Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1–12.
228. Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., ... & Liu, Z. (2011). Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. *PloS One*, 6(4), e17977.
229. Taylor, A. W., Martin, G., Dal Grande, E., Swannell, S., Fullerton, S., Hazell, P., & Harrison, J. E. (2011). Methodological issues associated with collecting sensitive information over the telephone-experience from an Australian non-suicidal self-injury (NSSI) prevalence study. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 20.
230. Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1), 33–44.
231. Thabet, A. A. M., Karim, K., & Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *British Journal of Psychiatry*, 188(2), 154–158.
232. Thomas, C., Hyppönen, E., & Power, C. (2008). Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. *Pediatrics*, 121(5), e1240–e1249. doi:10.1542/peds.2007-2403.
233. Thornberry, T. P., Knight, K. E., & Lovegrove, P. J. (2012). Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(3), 135–152.
234. Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Hoven, C. W., Moore, R., Wu, P., Wicks, J., ... & Cohen, P. (2001). Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(2), 153–164.
235. Tietjen, G. E., Buse, D. C., & Collins, S. A. (2016). Childhood maltreatment in the migraine patient. *Current Treatment Options in Neurology*, 18(7), 31.
236. United Nations Children's Fund, and Office of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict. (2009). *Machel study 10-year strategic review: Children and conflict in a changing world*. New York: UNICEF.
237. United Nations Children's Fund. (1989). Convention on the Rights of the Child.
238. United Nations Children's Fund. (2006). Behind Closed Doors: The impact of domestic violence on children. www.unicef.org/media/files/BehindClosedDoors.pdf, accessed on 8 Aug 2018.
239. United Nations Children's Fund. (2011). Serbia multiple indicator cluster survey 2010 — monitoring the situation of children and women. Belgrade: UNICEF, 2011.
240. United Nations Children's Fund. (2015). Serbia multiple indicator cluster survey 2014 — monitoring the situation of children and women. Belgrade: UNICEF, 2015.
241. United Nations Children's Fund. (2017). *Nasilje prema deci u Srbiji. Determinante, faktori rizika i intervencije*. [Violence Against Children in Serbia: Determinants, factors and interventions]. Retrieved from www.unicef.org/serbia/publikacije/determinante-i-faktori-nasilja-nad-decom-u-srbiji
242. United Nations Population Fund, and United Nations Children's Fund. (2018). Making the Connection: Intimate partner violence and violence against children in Eastern Europe and Central Asia. UNFPA/UNICEF. Retrieved from: www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/2018-05/MAKING%20THE%20CONNECTION__IPV_VAC%202018.pdf
243. Valle, G., & Tillman, K. H. (2014). Childhood family structure and romantic relationships during the transition to adulthood. *Journal of Family Issues*, 35(1), 97–124.
244. Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2010). Psychological impact on and treatment of children who witness domestic violence. In *Child Abuse and Neglect* (pp. 501–515).

245. Van Voorhees, E., & Scarpa, A. (2004). The effects of child maltreatment on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Trauma, Violence, & Abuse, 5*(4), 333–352.
246. Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry, 82*, 53–60.
247. Wade Jr, R., Cronholm, P. F., Fein, J. A., Forke, C. M., Davis, M. B., Harkins-Schwarz, M., & Bair-Merritt, M. H. (2016). Household and community-level adverse childhood experiences and adult health outcomes in a diverse urban population. *Child Abuse & Neglect, 52*, 135–145.
248. Wan, Y., Chen, J., Sun, Y., & Tao, F. (2015). Impact of childhood abuse on the risk of non-suicidal self-injury in mainland Chinese adolescents. *PLoS One, 10*(6), e0131239.
249. Wang, F., Wang, M., & Xing, X. (2018). Attitudes mediate the intergenerational transmission of corporal punishment in China. *Child Abuse & Neglect, 76*, 34–43.
250. Waxman, R., Fenton, M. C., Skodol, A. E., Grant, B. F., & Hasin, D. (2014). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personality and Mental Health, 8*(1), 30–41.
251. Weber, D. A., & Reynolds, C. R. (2004). Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychology Review, 14*(2), 115–129.
252. Welles Audit Office. Available at <https://www.audit.wales/system/files/publications/public-health-wales-audit-report-2015-english.pdf>
253. Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*(2), 103–108.
254. Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect, 36*(1), 53–63.
255. Wilson, H. W., & Widom, C. S. (2010). The role of youth problem behaviors in the path from child abuse and neglect to prostitution: A prospective examination. *Journal of Research on Adolescence, 20*(1), 210–236.
256. Wing, R., Gjelsvik, A., Nocera, M., & McQuaid, E. L. (2015). Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology, 114*(5), 379–384.
257. Witt, A., Fegert, J. M., Rodens, K. P., Brähler, E., Lührs Da Silva, C., & Plener, P. L. (2017). The cycle of violence: examining attitudes toward and experiences of corporal punishment in a representative German sample. *Journal of Interpersonal Violence, 0886260517731784*.
258. Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(3), 171–187.
259. Wolff, K. T., Cuevas, C., Intravia, J., Baglivio, M. T., & Epps, N. (2018). The effects of neighborhood context on exposure to adverse childhood experiences (ACE) among adolescents involved in the juvenile justice system: latent classes and contextual effects. *Journal of Youth and Adolescence, 47*(11), 2279–2300, doi: 10.1007/s10964-018-0887-5.
260. Wolfinger, N. H. (2003). Family structure homogamy: The effects of parental divorce on partner selection and marital stability. *Social Science Research, 32*(1), 80–97.
261. Wood, E., & Riggs, S. (2009). Adult attachment, cognitive distortions, and views of self, others, and the future among child molesters. *Sexual Abuse, 21*(3), 375–390.
262. World Health Organization. (1999). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, Geneva, 29–31 March 1999, World Health Organization, Social Change and Mental Health, Violence and Injury Prevention pp. 13–17.
263. World Health Organization. (2015). Survey of adverse childhood experiences among Serbian university students. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
264. World Health Organization. Child maltreatment (child abuse). Available at http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/, accessed on 8 August 2018.
265. Wright, E. M., Fagan, A. A., & Pinchevsky, G. M. (2013). The effects of exposure to violence and victimization across life domains on adolescent substance use. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 899–909.
266. You, J., Leung, F., Fu, K., & Lai, C. M. (2011). The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of Suicide Research, 15*(1), 75–86.
267. Zielinski, D. S. (2009). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect, 33*(10), 666–678.

Prilog

UPITNIK

PRED VAMA SE NALAZI UPITNIK SA PITANJIMA KOJA SE ODNOSU NA RAZLIČITE ASPEKTE VAŠEG ŽIVOTA. MOLIMO VAS DA ODGOVORITE NA SVA PITANJA.

DEO A — ACEHAQ

1. Upišite kada ste rođeni.

Mesec _____ Godina _____

2. Kojeg ste pola?

Muški pol Ženski pol

3. Upišite broj dece _____

UKOLIKO NEMATE DECE, UPIŠITE NULU I PREDITE NA 4. PITANJE

3.a. Koliko godina ste imali kada ste dobili prvo dete? _____

3.b. Upišite broj godina za svako dete. Ukoliko imate više dece odvojte brojeve zarezima:

3.c. Da li imate dete koje ima probleme razvoja i fizički bolesno dete?

DA NE

3.d. Da li imate dete koje je rođeno van bračne/stabilne vanbračne zajednice?

DA NE

4. Da li imate braću i/ili sestre? DA NE

UKOLIKO NEMATE BRAĆU I/ILI SESTRE PREDITE NA 5. PITANJE

4.a. Upišite broj braće _____ i sestara _____ .

4.b. Koje ste Vi dete po redu u porodici? _____

5. Kakvi su Vaši aktuelni partnerski odnosi?

- a) odlični
- b) dobri
- c) povremeni verbalni sukobi
- d) česti verbalni sukobi
- e) verbalni i fizički sukobi
- f) nisam trenutno u partnerskom odnosu

6. Kakav je materijalni status?**U hiljadama dinara mesečno, upišite:****6.a. kolika su ukupna primanja u porodici:** _____**6.b. kolika su Vaša lična primanja:** _____**7. Upišite koliki je Vaš radni staž (u godinama):** _____**8. Kakav je Vaš sadašnji bračni status?**

- a) U vezi sam, ali ne u braku
- b) Nisam u vezi
- b) Oženjen/udata
- c) U vanbračnoj zajednici
- d) Nikada nisam bio/la u braku
- e) Razdvojen/a
- f) Razveden/a
- g) Udovac/ica

*UKOLIKO NIKADA NISTE BILI U BRAKU PREDJITE NA PITANJE BROJ 9.
NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE KOJE SU U BRAKU.*

8.a. Kada ste prvi put stupili u brak?

Mesec _____ Godina _____

8.b. Koliko dugo traje aktuelni brak? _____ godina i _____ meseci**8.c. Da li ste sami izabrali ženu/muškarca za svoj prvi brak?** DA NE**8.d. Ukoliko niste da li ste odobrili njihov izbor?** DA NE**8.e. Koliko puta ste se ženili/udavali?** _____**9. Koji je najviši nivo obrazovanja koji ste završili?**

- a) nezavršena osnovna škola
- b) osnovna škola
- c) srednja škola
- d) viša škola
- e) fakultet
- f) specijalističke studije, master, magistarske ili doktorske studije

9.a. Da li trenutno pohađate školu ili studirate? DA NE**9.b. Ukoliko pohađate, koji je to nivo obrazovanja?**

- a) osnovna škola
- b) srednja škola
- c) viša škola
- d) fakultet
- e) specijalističke studije, master, magistarske ili doktorske studije

9.c. Da li ste prekinuli školovanje ili studiranje pre nego što ste stekli odgovarajući nivo obrazovanja?
DA NE

9.d. Ukoliko jeste, zbog čega ste prekinuli školovanje ili studiranje pre nego što ste završili?

Označite SVE razloge koji se odnose na Vas.

- a) nije bilo mogućnosti da nastavim školovanje u mestu u kojem sam živeo/la ili u njegovoj okolini
- b) imao/la sam loš uspeh
- c) nisam želeo/la više da idem u školu/studiram
- d) počeo/la sam da radim
- e) roditelji nisu želeli da nastavim školovanje
- f) postao/la sam roditelj
- g) oženio sam se/udala sam se
- h) zbog ekonomskih razloga (nisam mogao da platim školovanje, odlazak u drugo mesto...)
- i) zbog zdravstvenih razloga
- j) iz nekih drugih razloga

9.e. Tokom nižih razreda osnovne škole (prva četiri razreda) Vaš školski uspeh je najčešće bio:

- a) nedovoljan
- b) dovoljan
- c) dobar
- d) vrlo dobar
- e) odličan

9.f. Tokom viših razreda osnovne škole (od petog do osmog razreda) Vaš školski uspeh je najčešće bio:

- a) nedovoljan
- b) dovoljan
- c) dobar
- d) vrlo dobar
- e) odličan

9.g. Da li ste tokom osnovne škole imali popravne ispite? DA NE

9.h. Ukoliko jeste, koliko puta? _____

9.i. Tokom srednje škole Vaš školski uspeh je najčešće bio:

- a) nedovoljan
- b) dovoljan
- c) dobar
- d) vrlo dobar
- e) odličan

9.j. Da li ste tokom srednje škole imali popravne ispite? DA NE

9.k. Ukoliko jeste, koliko puta? _____

9.l. Koji je bio Vaš prosek ocena tokom studija? _____

9.m. Koji nivo obrazovanja je neophodan za posao koji radite?

- a) nije potreban nijedan nivo obrazovanja
- b) završena osnovna škola
- c) završena srednja škola
- d) završena viša škola
- e) završen fakultet
- f) završene master, specijalističke, magistarske studije ili doktorat
- g) nisam zaposlen/la

9.n. Da li ste tokom osnovne škole i koliko puta imali smanjenu ocenu iz vladanja?

- a) nisam nikada
- b) jesam jednom
- c) jesam dva puta
- d) jesam više od dva puta

9.o. Da li ste tokom srednje škole i koliko puta imali smanjenu ocenu iz vladanja?

- a) nisam nikada
- b) jesam jednom
- c) jesam dva puta
- d) jesam više od dva puta

9.p. Koliko često ste tokom školovanja**- neopravdano izostajali sa nastave?**

- a) nikada
- b) retko
- c) često
- d) veoma često

- vređali, pretili nastavnicima ili fizički nasrnuli na njih?

- a) nikada
- b) retko
- c) često
- d) veoma često

- vređali, ismevali, udarali ili šutirali druge učenike?

- a) nikada
- b) retko
- c) često
- d) veoma često

- učestvovali u tučama?

- a) nikada
- b) retko
- c) često
- d) veoma često

- uništavali školsku imovinu?

- a) nikada
- b) retko
- c) često
- d) veoma često

9.r. Koliko često se tokom školovanja dešavalo da**- Vas nastavnik vređa, preti Vam ili Vas udari?**

- a) nikada
- b) retko
- c) često
- d) veoma često

- Vas drugi učenici vređaju, ismevaju, udaraju ili šutiraju?

- a) nikada
- b) retko
- c) često
- d) veoma često

10. Šta od navedih kategorija najbolje opisuje Vaš radni status?

- a) Zaposlen/a (državni sektor)
- b) Zaposlen/a (privatni sektor)
- c) Samostalna delatnost
- d) Penzioner/ka
- e) Nezaposlen/a (sposoban/na za rad)
- f) Nezaposlen/a (nesposoban/na za rad)
- e) Primalac socijalne pomoći
- g) Drugo (navesti) _____
- h) Nepoznat

11. Koliko dugo živite na sadašnjoj adresi?

- a) Manje od 6 meseci
- b) Manje od godinu dana
- c) Manje od dve godine
- d) Dve godine ili duže

12. Tokom većeg dela Vašeg detinjstva, da li je Vaša porodica posedovala sopstvenu kuću ili stan?

DA NE

13. Tokom Vašeg detinjstva, koliko puta se Vaša porodica selila, uključujući preseljenja u okviru istog grada? _____

14. Do polaska u srednju školu (u prvih 15 godina života) živeli ste u:

- a) gradskoj sredini
- b) seoskoj sredini

15. Koliko godina je imala Vaša majka kada ste rođeni? _____

15.a. Koji je stepen obrazovanja Vaše majke?

- a) Bez škole
- b) Nezavršena osnovna škola
- c) Osnovna škola
- d) Srednja škola
- e) Završena viša škola/fakultet
- f) Postdiplomske studije (master, specijalizacija, magisterijum, doktorat)

16. Koliko godina je imao Vaš otac kada ste rođeni? _____

16.a. Koji je stepen obrazovanja Vašeg oca?

- a) Bez škole
- b) Nezavršena osnovna škola
- c) Osnovna škola
- d) Srednja škola
- e) Završena viša škola/fakultet
- f) Postdiplomske studije (master, specijalizacija, magisterijum, doktorat)

17. U prvih 18 godina Vašeg života kakvo je bilo materijalno stanje Vaše porodice?

- a) Veoma loše
- b) Loše
- c) Prosečno
- d) Dobro
- e) Veoma dobro

18. U prethodnih 30 dana, koliko dana ste propustili neku redovnu aktivnost zato što ste bili pod stresom ili zato što ste se osećali depresivno? _____

18.a. Zaokružite o kojoj se aktivnosti radi: a) posao b) škola ili fakultet c) nešto drugo

19. U prethodnih 30 dana, koliko dana ste propustili neku redovnu aktivnost zbog lošeg fizičkog zdravlja? _____

19.a. Zaokružite o kojoj se aktivnosti radi: a) posao b) škola ili fakultet c) nešto drugo

20. Da li ste u životu popušili najmanje 100 cigareta? DA NE**20.a. Tokom prvih 18 godina Vašeg života da li je Vaš otac pušio cigarete?**

- a) Da i još uvek puši
- b) Da, ali je prestao kada sam imao/la _____ godina (navesti broj godina)
- c) Ne

20.b. Tokom prvih 18 godina Vašeg života da li je Vaša majka pušila cigarete?

- a) Da i još uvek puši
- b) Da, ali je prestala kada sam imao/la _____ godina (navesti broj godina)
- c) Ne

20.c. Sa koliko godina ste Vi počeli redovno da pušite? _____**20.d. Da li sada pušite? DA NE****20.e. Ukoliko sada pušite, koliko cigareta dnevno popušite, u proseku? Broj cigareta _____****20.f. Da li ste ranije pušili (a sada ne pušite)? DA NE**

UKOLIKO NISTE RANIJE PUŠILI, PREDITE NA 21. PITANJE.

NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE KOJE SU RANIJE PUŠILE A SADA NE PUŠE.

20.g. Koliko ste, otprilike, cigareta dnevno pušili?

Broj cigareta _____

20.h. Koliko ste godina imali kada ste prestali da pušite? _____

21. U prethodnih 30 dana, koliko dana nedeljno ste vežbali rekreativno ili da bi održali kondiciju?

- a) 0 dana
- b) 1 dan
- c) 2 dana
- d) 3 dana
- e) 4 dana
- f) 5 dana
- g) 6 dana
- h) 7 dana

21.a. U prethodnih 30 dana, kada ste vežbali radi rekreacije ili da bi održali kondiciju, koliko je prosečno trajao Vaš trening (u minutima)?

- a) 0 min
- b) 1–19 min
- c) 20–29 min
- d) 30–39 min
- e) 40–49 min
- f) 50–59 min
- g) 60 ili više minuta

22. Kolika je bila Vaša najveća telesna težina u životu (neračunajući trudnoću)? _____kg

22.a. Koliko ste godina tada imali? _____

22.b. Kolika je tada bila Vaša visina? _____cm

22.c. Koliko sada imate kilograma? _____kg

22.d. Koliko ste sada visoki? _____cm

23. Da li ste ikad u životu pili alkohol (ne računajući par gutljaja)? DA NE

UKOLIKO NISTE NIKADA PILI ALKOHOL, PREDITE NA 24. PITANJE.

NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE KOJE SU NEKADA U ŽIVOTU PILE ALKOHOL.

23.a. Sa koliko godina ste popili prvo alkoholno piće (ne računajući par gutljaja)? _____

23.b. U prethodnih mesec dana, da li ste popili makar jedno pivo, vino, koktel, liker ili neko drugo alkoholno piće?

DA NE

23.c. U prethodnih mesec dana, koliko dana u sedmici ste pili neko alkoholno piće, u proseku?

- a) 0 dana
- b) 1 dan
- c) 2 dana
- d) 3 dana
- e) 4 dana
- f) 5 dana
- g) 6 dana
- h) 7 dana

23.d. U prethodnih mesec dana, onih dana kad ste pili alkohol, koliko ste prosečno pića pili dnevno?

- a) Nisam pio/la alkohol u prethodnih 30 dana
- b) 1 piće
- c) 2 pića
- d) 3 pića
- e) 4 ili više pića

23.e. Uzimajući u obzir sve vrste alkoholnih pića, koliko ste puta u prethodnih mesec dana popili 5 ili više pića u jednoj prilici? _____

23.f. U prethodnih mesec dana, koliko ste puta vozili u situacijama kada ste možda popili previše alkohola? _____

23.g. Da li ste ikada imali bilo kakvih problema zbog upotrebe alkohola (sa policijom, zdravljem, okolinom i slično)?

DA NE

23.h. Da li ste ikad sebe smatrali alkoholičarom ili osobom koja preterano pije alkohol? DA NE

24. U prethodnih 30 dana, koliko ste se puta vozili u automobilu ili drugom vozilu kojim je upravljao neko ko je pio alkohol? _____

24.a. Tokom prvih 18 godina svog života, da li ste živeli sa nekim ko je preterano konzumirao alkohol ili bio alkoholičar/ka?

DA NE

24.b. Ukoliko jeste, označite koje su to osobe bile (označite sve odgovarajuće odgovore):

- a) Otac
- b) Majka
- c) Brat (ili braća)
- d) Sestra (ili sestre)
- e) Drugi rođaci
- f) Drugi koji nisu rođaci

24.c. Da li ste ikada bili oženjeni/udati (ili živeli u vanbračnoj zajednici) osobom koja je preterano pila alkohol ili bila alkoholičar/ka?

DA NE

25. Da li ste ikada koristili bilo koju drogu (uključujući i marihuanu)? DA NE

UKOLIKO NISTE KORISTILI DROGU, PREDITE NA 26. PITANJE.

NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE KOJE SU NEKADA U ŽIVOTU KORISTILE DROGU.

25.a. Sa koliko godina ste prvi put probali drogu? _____

25.b. Koliko ste puta uzeli drogu u životu?

- a) 1–2 puta
- b) 3–10 puta
- c) 11–25 puta
- d) 26–99 puta
- e) 100 i više puta

25.c. Da li ste ikada imali bilo kakvih problema zbog upotrebe droga (sa policijom, zdravljem, okolinom)?

DA NE

25.d. Da li ste ikad smatrali da ste zavisni o drogama? DA NE

25.e. Da li ste ikada uzimali drogu intravenskim putem? DA NE

25.f. Da li ste ikada išli na terapiju odvikavanja? DA NE

25.g. Ukoliko jeste, koliko puta? _____

25.h. Da li ste tokom prvih 18 godina Vašeg života živeli sa nekim ko je koristio drogu? DA NE

26. Da li ste ikada koristili psihijatrijske lekove (sedative – lekove za smirenje, lekove za spavanje, itd.) a da Vam ih nije propisao psihijatar ili u količini većoj od one koju je propisao psihijatar?

DA NE

26.a. Da li ste tokom prvih 18 godina svog života živeli sa nekim ko je zloupotrebljavao lekove ili bio zavisnik od lekova?

DA NE

27. Tokom prvih 18 godina Vašeg života:

- Da li su Vaši roditelji ikada bili razdvojeni ili razvedeni? DA NE
- Da li ste ikada živeli sa očuhom? DA NE
- Da li ste ikada živeli sa maćehom? DA NE
- Da li ste ikada živeli u domu ili hraniteljskoj porodici? DA NE
- Da li ste ikada pobjegli od kuće na duže od jednog dana? DA NE
- Da li je neko od Vaše braće ili sestara pobjegao od kuće na duže od jednog dana? DA NE
- Da li ste ikada živeli kod srodnika ili prijateja porodice bez svojih roditelja? DA NE

28. Da li je neko iz Vašeg domaćinstva:

- patio od depresije ili druge duševne bolesti? DA NE
- pokušao da izvrši samoubistvo? DA NE
- izvršio samoubistvo? DA NE
- boravio u zatvoru? DA NE
- počinio ozbiljan zločin? DA NE

29. Da li ste Vi ikada pokušali da izvršite samoubistvo? DA NE

*UKOLIKO NISTE NIKADA POKUŠALI SAMOUBISTVO, PREDITE NA 30. PITANJE.
NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE KOJE SU POKUŠALE DA IZVRŠE SAMOUBISTVO.*

29.a. Koliko godina ste imali kada ste prvi put pokušali da izvršite samoubistvo? _____

29.b. Koliko puta ste pokušali da izvršite samoubistvo? _____

29.c. Koliko godina ste imali kada ste poslednji put pokušali da izvršite samoubistvo? _____

29.d. Da li je neki od Vaših pokušaja samoubistva za posledicu imao povredu, trovanje ili predoziranje koje je moralo biti zbrinuto od strane zdravstvenih radnika?

DA NE

30. Da li ste ikada bili na terapiji kod psihologa, psihijatra ili psihoterapeuta, iz bilo kog razloga? DA NE

31. Da li Vas je doktor, medicinska sestra ili drugi zdravstveni radnik ikada pitao o problemima u Vašoj porodici/kući, i o potencijalnim neželjenim seksualnim iskustvima?

DA NE

32. Koliko bliskih prijatelja ili rođaka imate koji bi Vam, u slučaju potrebe, pomogli oko Vaših emocionalnih problema i osećanja?

- a) nikoga
- b) 1 osobu
- c) 2 osobe
- d) 3 ili više osoba

SLEDEĆA PITANJA SE ODNOSE ISKLJUČIVO NA DOBROVOLJNA SEKSUALNA ISKUSTVA. PITANJA ZA OSOBE MUŠKOG POLA. NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE MUŠKOG POLA.

33.1. Da li ste ikada imali seksualni odnos? DA NE

UKOLIKO NISTE IMALI SEKSUALNI ODNOS, PREĐITE NA 34. PITANJE.

33.1.a. Sa koliko godina ste imali prvi seksualni odnos? _____

33.1.b. Sa koliko ste različitih osoba imali seksualni odnos u životu? _____

33.1.c. Sa koliko ste različitih osoba imali seksualni odnos u prethodnih godinu dana? _____

33.1.d. Da li je nekada neko ostao u drugom stanju sa Vama? DA NE

33.1.e. Koliko ste godina tada imali? _____

33.1.f. Koliko je godina imala najmlađa devojka / žena koja je sa Vama ostala u drugom stanju? _____

33.1.g. Koliko ste Vi tada imali godina? _____

PITANJA ZA OSOBE ŽENSKOG POLA. NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE ŽENSKOG POLA.

33.2. Da li ste ikada imali seksualni odnos? DA NE

UKOLIKO NISTE IMALI SEKSUALNI ODNOS, PREĐITE NA 34. PITANJE.

33.2.a. Sa koliko godina ste imali prvi seksualni odnos? _____

33.2.b. Sa koliko ste različitih osoba imali seksualni odnos u životu? _____

33.2.c. Sa koliko ste različitih osoba imali seksualni odnos u prethodnih godinu dana? _____

33.2.d. Da li ste sada u drugom stanju? DA NE

33.2.e. Koliko puta ste bili u drugom stanju? _____

33.2.f. Koliko Vaših trudnoća je rezultiralo rođenjem deteta? _____

33.2.g. Koliko godina ste imali kada ste prvi put ostali u drugom stanju? _____

33.2.h. Kada ste prvi put ostali u drugom stanju, koliko godina je imala osoba sa kojom ste zatrudneli?

33.2.i. Da li ste ikada imali namerni prekid trudnoće? DA NE

33.2.j. Ukoliko jeste, koliko puta? _____

Tokom odrastanja desi se da osobe u pubertetu učine neku nepromišljenost ili naprave incident zbog koga se kasnije kajaju. Na takve situacije će se odnositi sledećih par pitanja. Molimo Vas da odgovorite na sledeća pitanja i to učinite krajnje iskreno, jer nećete snositi nikakve posledice, a Vaši odgovori će nam biti od velike koristi u istraživanju.

34. Da li se do sada dešavalo da nekoga

- psihički maltretirate (vređate, ponižavate)? DA NE

- tučete? DA NE

34.a. Ukoliko se dešavalo, prema kome ste se tako ponašali?

a) Brat/sestra

b) Roditelji

c) Drugi članovi porodice

d) Vršnjaci/školski drugovi

e) Partner/ka

f) Nepoznata osoba/e

DEO B — BCE**35. Dok ste odrastali, tokom prvih 18 godina Vašeg života da li**

- ste imali bar jednu odraslu osobu koja se o Vama starala a sa kojom ste se osećali bezbedno? DA NE
- ste imali bar jednog dobrog prijatelja? DA NE
- ste imali uverenja koja su vam pružala utehu? DA NE
- ste voleli školu? DA NE
- ste imali bar jednog učitelja/nastavnika/profesora kojem je bilo stalo do Vas? DA NE
- ste imali dobre susede? DA NE
- je postojala odrasla osoba (koja nije bila Vaš staratelj) koja Vam je mogla pružiti podršku ili savet? DA NE
- ste imali mogućnosti da provedete vreme na lep način? DA NE
- ste se sebi dopadali, ili osećali udobno u „svojoj koži“? DA NE
- ste imali predvidivu kućnu rutinu, kao što su redovni obroci i redovno vreme za odlazak na spavanje? DA NE

DEO C — FHH**36. Da li imate**

- često zapušen nos ili Vam curi iz nosa? DA NE
- alergiju na bilo kakve lekove? DA NE
- astmu ili primećujete da Vam šišti u plućima? DA NE
- hronični bronhitis ili emfizem? DA NE
- često kašljete iz bilo kog razloga? DA NE
- kratak dah? DA NE
- bolove ili osećaj pritiska u grudima kada ste izloženi naporu? DA NE
- epizode ubrzanog pulsa ili osećaj da Vam srce preskače? DA NE
- druge srčane probleme? DA NE
- noćne grčeve u nogama? DA NE
- bolove u nogama usled brzog hoda ili hoda uzbrdo, uz stepenice? DA NE
- proširene vene? DA NE
- bilo kakav kožni problem? DA NE
- stomachne bolove? DA NE
- probleme sa probavom ili gorušicom? DA NE
- zatvor? DA NE
- česte dijareje ili tečnije stolice? DA NE

37. Da li ste ikada

- iskašljali krv (samo kašljali, ne i povraćali)? DA NE
- bili lečeni od tuberkuloze ili Koksidiomikoze (Dolina groznica)? DA NE
- imali pozitivan test na tuberkulozu? DA NE
- imali rak pluća? DA NE
- imali epileptični napad? DA NE
- pali u nesvest ili izgubili svest bez očiglednog razloga? DA NE
- privremeno izgubili kontrolu nad šakom ili stopalom (paraliza)? DA NE
- imali šlog ili „mali šlog“? DA NE
- privremeno izgubili moć govora? DA NE
- imali prelom neke kosti? DA NE
- često brinuli da ste bolesni? DA NE
- bili zabrinuti zbog toga što ste osetljiviji od većine ljudi? DA NE
- bili u posebnim okolnostima u kojima ste se osećali uspaničeno? DA NE
- imali razlog da se plašite da nećete moći da kontrolišete svoj bes? DA NE

38. Da li ste ikada ili da li su Vam ikada rekli da

- imate visok pritisak? DA NE
- uzimate lekove za povišen pritisak? DA NE
- imali srčani udar? DA NE
- uzimali lekove za smanjenje holesterola? DA NE
- koristili nitroglicerina? DA NE

39. Da li ste ikada (imali) ili Vam je rečeno da imate

- čir? DA NE
- povraćali krv? DA NE
- stolicu crnu kao katran? DA NE
- kamen u žučnoj kesi, probleme sa žučnom kesom? DA NE
- žuticu, hepatitis ili druge probleme sa jetrom? DA NE
- značajnu promenu u težini u poslednjih nekoliko meseci? DA NE

40. Da li patite od

- čestih glavobolja? DA NE
- vrtoglavica? DA NE
- čestih bolova u leđima? DA NE
- bolova ili otoka u zglobovima? DA NE

41. Da li je došlo do stvarne promene u tipu i redovnosti Vaših stolica u poslednjih godinu dana?

DA NE

42. Da li ste vegetarijanac? DA NE**43. Da li ste ikada imali ili sada imate**

- probleme sa urinarnim traktom (bubrezi, bešika)? DA NE
- gubitak kontrole nad mokrenjem? DA NE
- bol ili pečenje prilikom mokrenja? DA NE
- krv u mokraći? DA NE
- teškoće sa započinjanjem mokrenja? DA NE
- potrebu da često ustajete noću, da mokrite? DA NE
- terapiju zračenjem? DA NE
- problem da kažete „Ne” ili da odbijete zahteve? DA NE
- halucinacije (čujete, vidite, mirišete stvari koje nisu zaista tu)? DA NE
- problem da zaspate ili da se naspavate? DA NE
- hroničan umor, čak i kada se dobro naspavate? DA NE
- periode nekontrolisanog plakanja? DA NE
- depresiju ili osećaj velike tuge? DA NE
- velike probleme zbog nervoze? DA NE
- bilo kakvu polno prenosivu bolest? DA NE
- dijabetes? DA NE
- terapiju za dijabetes? DA NE
- poremećaj štitne žlezde? DA NE
- karcinom? DA NE

44. Da li ste

- seksualno aktivni sa partnerom/partnerkom? DA NE
- zadovoljni svojim seksualnim životom? DA NE
- zabrinuti da ste pod rizikom da dobijete sidu? DA NE

45. U poslednjih godinu dana koliko puta ste posetili doktora? _____

46. Da li trenutno imate značajne probleme

- u braku? DA NE
- u porodici? DA NE
- na poslu? DA NE
- sa upotrebom droge? DA NE
- sa finansijama? DA NE

47. Da li ste ikada imali operaciju na koronarnim arterijama? DA NE

47.a. Ukoliko jeste, koliko godina ste tada imali otprilike? _____

48. Da li ste imali transfuziju krvi između 1978. i 1985. godine? DA NE

49. Da li ste vakcinisani? DA NE

50. Da li su neki članovi Vaše porodice umrli pre 65-te godine? DA NE

51. Da li postoje bolesti koje je veći broj članova Vaše familije imao? DA NE

52. Da li postoje neuobičajene, retke bolesti u Vašoj familiji koje niste naveli ranije? DA NE

53. Da li je Vaš roditelj, brat ili sestra razvio neku srčanu bolest pre 60-te godine? DA NE

54. Da li imate jednojajčanog blizanca? DA NE NISAM SIGURAN/NA

55. Da li se redovno vezujete sigurnosnim pojasom u kolima? DA NE

56. Zaokružite slovo ispred reči koja najbolje opisuje Vaše trenutno zdravstveno stanje

- a) Odlično
- b) Dobro
- c) U redu
- d) Loše

57. Zaokružite slovo ispred reči koja najbolje opisuje nivo stresa pod kojim se nalazite

- a) Visok
- b) Srednji
- c) Nizak

PITANJA ZA OSOBE ŽENSKOG POLA. NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE ŽENSKOG POLA.

58. Da li ste ikad imali ili sada imate

- Sekret iz bradavica? DA NE
- Vaginalno krvarenje između menstrualnih perioda? DA NE
- Posle menopauze bilo kakvo vaginalno krvarenje? DA NE
- Osetnu kvrgu ili čvor u grudima? DA NE

59. Da li redovno sami ispipavate grudi radi provere pojavljivanja kvrga ili čvorova na njima? DA NE

60. Koliko ste imali godina kada ste prvi put dobili menstruaciju? _____

61. Godina u kojoj ste poslednji put uradili mamogram? _____

DEO D — SCL

62. Naredni upitnik sadrži nazive određenih fizičkih ili mentalnih tegoba. U odeljku pored liste tegoba molimo Vas da upisivanjem simbola „X” u prazno polje označite koliko često imate određene tegobe.

Simptom	Nikada		Često	
	0	1	2	3
Glavobolje				
Nesanica				
Gubitak težine (nenamerno)				
Stomačne tegobe				
Seksualni problemi				
Osećaj izolovanosti od drugih				
„Flešbekovi” (nagla, živa, uznemirujuća sećanja)				
Nemiran san				
Nizak nivo seksualne želje				
Napadi anksioznosti				
Preterana seksualna aktivnost				
Usamljenost				
Noćne more				
„Isključivanje” (kada se „izgubite” u svojim mislima)				
Tuga				
Vrtoglavica				
Nezadovoljstvo seksualnim životom				
Teškoće u obuzdavanju naravi				
Rano jutarnje buđenje				
Nezaustavljivo plakanje				
Strah od muškaraca				
Osećaj umora ujutru				

Seksualni odnos u kojem niste uživali
Teškoće u slaganju sa drugima
Problemi sa pamćenjem
Želja da se povredite fizički
Strah od žena
Buđenje tokom noći
Loše misli ili osećanja tokom seksualnog odnosa
Gubitak svesti
Osećaj da stvari nisu stvarne oko vas
Nepotrebno ili preterano često pranje
Osećaj da ste manje vredni
Stalni osećaj napetosti
Zbunjenost oko vaših seksualnih osećanja
Želja da fizički povredite druge
Osećanje krivice
Osećanje da niste uvek u svom telu
Teškoće sa disanjem
Seksualna osećanja onda kada ne bi trebalo da ih imate

DEO E — NSSI

63. Pred Vama se nalazi upitnik kojim se procenjuju namerni pokušaji nanošenja fizičkih povreda sebi, bez namere da se izvrši samoubistvo. Molimo Vas da pokušate da se priselite da li su ova ponašanja bila prisutna tokom Vašeg života i u kojoj meri i da nas iskreno o tome izvestite. Iako ponekad može biti teško priseliti se ranijih godina života, molimo Vas da pokušate da odgovorite što preciznije na pitanja. Uveravamo Vas da će i ovi podaci, kao i svi ostali, biti korišćeni isključivo u istraživačke svrhe. Na pitanja odgovorite obeležavanjem praznog polja ucrtavanjem znaka „X“.

Da li ste namerno:	do 18. godine			nakon 18. godine	
	NE	DA	Koliko puta	DA	Koliko puta
...sebi naneli fizičke povrede bez namere da se ubijete?					
1. udarali sebe (stvarajući modrice)					
2. ujedali sebe (izazivajući „cepanje“ kože)					
3. izazvali opekotine na koži (gasili cigarete po koži, palili kožu upaljačem i slično)					
4. sekli svoju kožu (ruke, noge, zglobove ili druge delove tela)					
5. grebali svoju kožu (izazivajući krvarenje i stvarajući ožiljke)					
6. udarali glavom u čvrst predmet (stvarajući povrede)					

7. sprečavali rane da zacele
(npr. skidali „kraste“ sa rana)
8. sipali toksičnu tečnost na svoju kožu
9. lomili sebi kosti
10. povređivali sebe na druge načine (opišite ih):

...sebi nanosili neke od navedenih povreda, koje su dovele do medicinskih intervencija ili bolničkog tretmana?

DEO F — LSI

64. U tabeli ispod ovog teksta data je lista pozitivnih i negativnih životnih događaja. Molimo Vas da obeležavanjem praznog polja ucrtavanjem znaka „X“ označite koji su Vam se od navedenih životnih događaja desili i kada.

Životni događaj	U poslednjih godinu dana	Ikada
Smrt supružnika		
Smrt deteta		
Smrt brata ili sestre		
Razvod		
Razdvajanje od supružnika		
Boravak u pritvoru/zatvoru ili drugoj vrsti institucije		
Smrt bliskog člana porodice		
Značajna povreda ili bolest		
Brak		
Otkaz na poslu		
Pomirenje sa supružnikom ili vanbračnim partnerom		
Odlazak u penziju		
Značajna promena zdravstvenog stanja ili ponašanja člana porodice		
Trudnoća		
Seksualne teškoće		
Dobijanje novog člana porodice (rođenje, usvajanje, useljenje druge odrasle osobe itd.)		
Veliko prilagođavanje na poslu		
Velika promena finansijskog stanja (značajno na bolje ili na gore u odnosu na uobičajeno)		
Smrt bliskog prijatelja/prijateljice		
Promena vrste posla		
Velika promena po pitanju učestalosti svađa sa supružnikom (na primer značajno više ili manje od uobičajenog, po pitanju odgoja dece, ličnih navika itd.)		
Podizanje kredita/hipoteke (za stan ili posao i tome slično)		

Oduzimanje imovine zbog neplaćanja kredita/hipoteke
Značajna promena u nivou odgovornosti na poslu (unapređenje ili smanjenje niva odgovornosti)
Odlazak deteta od kuće (brak, fakultet, vojska)
Problemi sa porodicom bračnog supružnika
Izuzetan lični uspeh
Supružnik započinje ili prestaje da radi posao van kuće
Početak ili završetak zvaničnog školovanja
Velika promena u uslovima stanovanja (selidba, veliko renoviranje, rušenje mesta stanovanja iz detinjstva...)
Promena ličnih navika (način oblačenja, društva, prestanak pušenja i slično)
Problemi sa šefom
Značajne promene u radnom vremenu ili uslovima rada
Promena mesta stanovanja
Promena škole
Značajna promena u vrsti i/ili intenzitetu fizičke aktivnosti
Velika promena u aktivnosti u verskoj ustanovi (mnogo manje ili više nego što je uobičajeno)
Velika promena u socijalnim aktivnostima (izlasci, druženje, bioskop)
Uzimanje zajma (za kola, televizor, belu tehniku...)
Značajna promena u navikama vezanim za spavanje (mnogo više ili manje nego uobičajeno)
Velika promena u broju porodičnih okupljanja
Velika promena u navikama vezanim za jelo (mnogo više ili manje hrane, ili vrlo drugačije vreme ili okolnosti uzimanja obroka)
Godišnji odmor
Veliki praznici
Manji prekršaji zakona (saobraćajne kazne, uznemiravanje reda i mira, nepropisni prelazak ulice...)

DEO G — ECR

65. U narednom upitniku navedene su neke tvrdnje koje ljudi koriste da opišu svoje stavove, mišljenja i lična osećanja vezana za odnos sa ljubavnim partnerom. Potrebno je da na svaku tvrdnju odgovorite tako što ćete zaokružiti broj koji najbolje opisuje način kako se Vi uobičajeno osećate u odnosu sa ljubavnim partnerom. Prilikom odgovaranja, zaokružite broj koji najtačnije opisuje koliko se slažete sa svakom navedenom tvrdnjom, na skali od 1 do 7, gde 1 znači da se sa tvrdnjom uopšte ne slažete, 4 znači da se niti slažete iti ne slažete, a 7 znači da se sa tvrdnjom potpuno slažete. Ukoliko aktuelno niste u vezi ni sa kim, molimo Vas, neka se Vaši odgovori odnose na Vaša osećanja tokom poslednje ljubavne veze u kojoj ste bili.

	uopšte se ne slažem		niti se slažem niti se ne slažem			potpuno se slažem	
Plašim se da ću izubiti ljubav svog partnera.	1	2	3	4	5	6	7
Često brinem da moj partner neće želeti da ostane sa mnom	1	2	3	4	5	6	7
Često se bojim da me moj partner u stvari ne voli.	1	2	3	4	5	6	7
Brinem da mojim ljubavnim partnerima nije stalo do mene onoliko koliko je meni stalo do njih.	1	2	3	4	5	6	7
Često želim da su osećanja mog partnera prema meni jednako jaka kao moja osećanja prema njemu.	1	2	3	4	5	6	7
Dosta se brinem oko svojih ljubavnih veza.	1	2	3	4	5	6	7
Kada nemam svog ljubavnog partnera na vidiku, brinem da se može zainteresovati za nekog drugog.	1	2	3	4	5	6	7
Kada ljubavnim partnerima pokažem kako se osećam, plašim se da neće osećati to isto prema meni.	1	2	3	4	5	6	7
Retko brinem da će partner da me ostavi..	1	2	3	4	5	6	7
Moj ljubavni partner čini da sumnjam u sebe.	1	2	3	4	5	6	7
Ne brinem često da ću biti ostavljen.	1	2	3	4	5	6	7
Mislim da moj parner ne želi da mi bude blizak onoliko koliko bih ja to želeo.	1	2	3	4	5	6	7
Ponekad ljubavni partneri menjaju svoja osećanja prema meni bez vidljivog razloga.	1	2	3	4	5	6	7
Moja želja da budem veoma blizak često uplaši i otera ljude.	1	2	3	4	5	6	7
Plašim se da kada me ljubavni partner bude upoznao, neće mu se dopasti ko sam ja u stvari.	1	2	3	4	5	6	7
Ljuti me to što ne dobijam privrženost i podršku koja mi od partnera treba.	1	2	3	4	5	6	7
Brinem da nisam dostojan/dostojna drugih ljudi (da se ne mogu uporediti sa njima).	1	2	3	4	5	6	7
Moj partner me jedino primećuje kada sam ljut/ljuta.	1	2	3	4	5	6	7
Radije ne bih da pokažem partneru kako se osećam duboko unutra.	1	2	3	4	5	6	7
Osećam se opušteno da podelim svoje privatne misli i osećanja sa svojim partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
Teško mi je da dozvolim sebi da zavisim od ljubavnog partnera.	1	2	3	4	5	6	7
Vrlo sam opušten kada sam blizak sa ljubavnim partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
Nisam opušten ako se otvorim ljubavnom partneru.	1	2	3	4	5	6	7
Radije ne bih da sam previše blizak sa ljubavnim partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
Postane mi neprijatno kada ljubavni partner hoće da bude vrlo blizak sa mnom..	1	2	3	4	5	6	7
Uglavnom mi je lako da budem blizak sa ljubavnim partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
Nije mi teško da se približim svom partneru.	1	2	3	4	5	6	7
Uglavnom diskutujem o svojim problemima i brigama sa svojim partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
Od pomoći mi je da se obratim svom ljubavnom partneru kada je potrebno.	1	2	3	4	5	6	7

Govorim svom partneru skoro sve.	1	2	3	4	5	6	7
Razgovaram o raznim stvarima sa svojim partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
Nervozan sam kada mi se partner previše približi.	1	2	3	4	5	6	7
Prijatno mi je da zavisim od ljubavnog partnera.	1	2	3	4	5	6	7
Lako je zavisiti od ljubavnog partnera.	1	2	3	4	5	6	7
Za mene je lako da budem privržen svom partneru.	1	2	3	4	5	6	7
Moj partner zaista razume mene i moje potrebe.	1	2	3	4	5	6	7

DEO H — ACEIQ

Naredna pitanja odnose se na određena iskustva koja ste možda **VILIČNO** doživeli. Na pitanja odgovarajte zaokruživanjem odgovarajućeg broja, reči ili dopisivanjem odgovora na pitanje.

66. Dok ste odrastali, tokom prvih 18 godina Vašeg života, da li je roditelj/staratelj ili drugi odrasli član domaćinstva činio neke od dole navedenih stvari i koliko često?

	Mnogo puta	Nekoliko puta	Jednom ili dvaput	Nikada
...vikao ili vrištao na Vas?	1	2	3	4
...pretio da će Vas napustiti ili izbaciti iz kuće, ili je to zaista i učinio?	1	2	3	4
...psovao Vas, vređao, ili ponižavao?	1	2	3	4
...ponašao se na takav način da ste se uplašili da bi Vas mogao fizički povrediti?	1	2	3	4
...pljusnuo vas, ošamario, šutnuo, udario pesnicom, ili pretukao?	1	2	3	4
...udario Vas ili posekao nekim predmetom, kao što je štap (ili prut), flaša, palica, nož, bič, i slično?	1	2	3	4
...jako Vas odgurnuo, zgrabio rukama, gurao Vas, ošamario ili gađao nečim?	1	2	3	4
...udario Vas tako jako da su Vam ostali tragovi ili da ste bili povređeni?	1	2	3	4

67. Pojedini roditelji imaju običaj da „pljusnu“ svoje dete kao oblik disciplinovanja („pljusnuti“ znači udariti jako i brzo po glavi, obrazu, „odalamiti“, ošamariti).

Tokom Vašeg odrastanja, u prvih 18 godina života:

Koliko često su Vas ovako „pljusnuli“?	Mnogo puta	Nekoliko puta	Jednom ili dvaput	Nikada
Koliko jako su Vas „pljusnuli“?	Ne jako	Nešto jače	Dosta jako	Izuzetno jako
Koliko godina ste imali kada se sećate da su Vas poslednji put ovako „pljusnuli“?	Broj godina: _____			
Koliko često su Vas roditelji/staratelji ili odrasli članovi domaćinstva pljusnuli po turu (udarac otvorenom šakom po zadnjici) u vaspitne svrhe?	Mnogo puta	Nekoliko puta	Jednom ili dvaput	Nikada

68. Dok ste odrastali, u prvih 18 godina Vašeg života:

	Mnogo puta	Nekoliko puta	Jednom ili dvaput	Nikada
...koliko često Vam roditelji/staratelji nisu dali dovoljno hrane čak i kada bi to lako mogli?	1	2	3	4
...da li su Vaši roditelji/staratelji bili previše pijani ili pod dejstvom droga da se brinu o Vama?	1	2	3	4
...koliko često Vas roditelji/staratelji nisu poslali u školu čak i kada je to bilo moguće (kada je škola bila dostupna)?	1	2	3	4
...koliko puta niste imali dovoljno da jedete?	1	2	3	4
...koliko puta ste morali da nosite prljavu odeću?	1	2	3	4

	Često / vrlo često	Ponekad	Retko	Nikada
...da li su Vaši roditelji/staratelji razumeli Vaše probleme i brige?	1	2	3	4
...da li su Vaši roditelji/staratelji zaista znali šta radite u slobodno vreme kada niste u školi ili na poslu?	1	2	3	4
...da li ste mislili da su Vaši roditelji želeli da nikada niste ni rođeni?	1	2	3	4
...da li ste osećali da Vas neko iz Vaše porodice mrzi?	1	2	3	4

Naredna pitanja odnose se na određene stvari koje ste možda čuli ili videli U SVOM DOMU. To su stvari koje su se možda desile drugom članu domaćinstva, ali ne nužno i Vama.

69. Dok ste odrastali, u prvih 18 godina Vašeg života:

	Mnogo puta	Nekoliko puta	Jednom ili dvaput	Nikada
...da li ste videli ili čuli da na Vašeg roditelja ili člana domaćinstva neko viče, vrišti, psuje ga, vređa ili ponižava?	1	2	3	4
...da li ste videli ili čuli da Vašeg roditelja ili člana domaćinstva kod kuće neko šamara, šutira, udara pesnicom ili prebija?	1	2	3	4
...da li ste videli ili čuli da Vašeg roditelja ili člana domaćinstva kod kuće neko udara ili poseče nekim predmetom kao što je štap, prut, flaša, palica, nož, bič, i slično?	1	2	3	4

70. Ponekad se među roditeljima dešavaju svađe sa fizičkim „obračunima“. Tokom Vašeg odrastanja, u prvih 18 godina Vašeg života koliko često je Vaš otac, očuh ili majčin partner uradio neku od sledećih stvari Vaših majci (ili maćehi)?

	Mnogo puta	Nekoliko puta	Jednom ili dvaput	Nikada
Odgurnuo je, grubo zgrabio rukom, ošamario, ili gađao nečim?	1	2	3	4
Udario je nogom, ugrizao, udario pesnicom ili nekim teškim predmetom?	1	2	3	4
Udarao je neprekidno najmanje nekoliko minuta?	1	2	3	4
Pretio joj nožem ili pištoljem, ili upotrebio nož ili pištolj da bi je povredio?	1	2	3	4

71. U prvih 18 godina Vašeg života, koliko često je Vaša majka, maćeha ili očeva partnerka uradila neku od sledećih stvari Vašem ocu (ili očuhu)?

	Mnogo puta	Nekoliko puta	Jednom ili dvaput	Nikada
Odgurnula ga, grubo zgrabila rukom, ošamarila, ili gađala nečim?	1	2	3	4
Udarila ga nogom, ugrizla, udarila pesnicom ili nekim teškim predmetom?	1	2	3	4
Udarala ga neprekidno najmanje nekoliko minuta?	1	2	3	4
Pretila mu nožem ili pištoljem, ili upotrebila nož ili pištolj da bi ga povredila?	1	2	3	4

Naredna pitanja odnose se na Vaše ISKUSTVO TRPLJENJA VRŠNJAČKOG NASILJA dok ste odrastali. Vršnjačko nasilje je kada mlada osoba ili grupa mladih ljudi kaže ili čini loše i neprijatne stvari drugoj mladoj osobi. Vršnjačko nasilje je, takođe, kada mladu osobu mnogo zadirkuju na neprijatan način ili kada mladu osobu namerno isključuju iz društva. Vršnjačko nasilje NE odnosi se na to kada se dve mlade osobe približno jednake snage ili moći svađaju ili potuku, ili kada se zadirkuju na prijateljski i zabavan način.

72. Dok ste odrastali, tokom prvih 18 godina Vašeg života, koliko često ste trpeli vršnjačko nasilje?

- a) Mnogo puta
- b) Nekoliko puta
- c) Jednom ili dvaput
- d) Nikada

72.a. Na koji način su vas najčešće maltretirali?

- a) Udarali su me, šutirali, gurali između sebe, zaključavali u prostoriji
- b) Ismevali su me zbog nacionalnosti/etničkih karakteristika
- c) Ismevali su me zbog religije
- d) Ismevali su me uz seksualne šale, komentare, gestove
- e) Maltretirali su me uz eksplicitno seksualno uznemiravanje ili nasilje, pretnje da će mi nauditi ako ne pristanem na seksualni odnos
- f) Potpuno su me ignorisali i izostavljali iz aktivnosti
- g) Ismevali su me zbog mog izgleda
- h) Elektronskim putem (sms, e-mail, društvene mreže)
- i) Maltretirali su me na drugi način:
(navedite koji je to način) _____

Sledeće pitanje se odnosi na FIZIČKE TUČE. Fizička tuča dešava se kada dve mlade osobe približno jednake snage ili moći odluče da se međusobno potuku.

72.b. Dok ste odrastali, u prvih 18 godina Vašeg života, koliko često ste bili umešani u fizičku tuču?

- a) Mnogo puta
- b) Nekoliko puta
- c) Jednom ili dvaput
- d) Nikada

Naredna pitanja odnose se na to koliko često ste u detinjstvu videli ili čuli određene stvari u SVOM KOMŠILUKU ILI U ZAJEDNICI (ne u svojoj kući, na TV-u, filmovima ili radiju, internetu ili preporučavanju drugih).

73. Dok ste odrastali, u prvih 18 godina Vašeg života:

	Mnogo puta	Nekoliko puta	Jednom ili dvaput	Nikada
...da li ste <u>ustvarnom životu</u> videli ili čuli kako nekoga prebijaju?	1	2	3	4
...da li ste <u>ustvarnom životu</u> videli ili čuli kako je neko uboden nožem ili upucan?	1	2	3	4
...da li ste <u>ustvarnom životu</u> videli ili čuli kako se nekome preti nožem ili pištoljem?	1	2	3	4

Naredna pitanja odnose se na to da li ste VI LIČNO u detinjstvu doživeli neki od sledećih događaja. Svi ovi događaji odnose se na kolektivno nasilje, uključujući rat, terorizam, političke ili etničke konflikte, genocid, represiju, nestanke ljudi, mučenja i organizovani nasilni kriminal kao što je razbojništvo i sukobi bandi.

74. Dok ste odrastali, u prvih 18 godina Vašeg života:

	Mnogo puta	Nekoliko puta	Jednom ili dvaput	Nikada
...da li ste bili prinuđeni da se odselite od svoje kuće/stana usled nekog od gore navedenih događaja?	1	2	3	4
...da li ste doživeli da Vam kuća/stan namerno bude uništena usled nekog od gore navedenih razloga?	1	2	3	4
...da li Vas je nekada prebila vojska, policija, paravojna formacija ili banda?	1	2	3	4
...da li je član Vaše porodice ili prijatelj ubijen ili prebijen od strane vojske, policije, paravojnih formacija ili bandi?	1	2	3	4

Naredna pitanja odnose se na Vaše stavove prema vaspitanju dece, bez obzira na to da li jeste ili niste roditelj.

75. Koliko se slažete sa navedenim tvrdnjama?

	Potpuno se slažem	Više se slažem nego što se ne slažem	Više se ne slažem nego što se slažem	Nimalo se ne slažem
Pljuskanje po turu pomaže u vaspitanju dece, to je dobar način da ih nauči da razlikuju dobro od lošeg.	1	2	3	4
U vaspitanju dece, dobro je voditi se izrekom „batina je iz raja izašla“.	1	2	3	4
Deca bi uvek trebalo da slušaju svoje roditelje.	1	2	3	4
Deca bi uvek trebalo da čine roditelje zadovoljnim.	1	2	3	4

76. Dok ste odrastali, tokom prvih 18 godina Vašeg života, da li Vas je neki vršnjak (ili grupa vršnjaka) ikada prisiljavao ili Vam pretio da će Vam nauditi ukoliko ne pristanete na seksualni kontakt?

DA NE

76.a. Označite pol tog/tih vršnjaka:

- a) muški pol
- b) žensko pol
- c) neki su bili muškog, a neki ženskog pola

Ponekad se tokom odrastanja, u prvih 18 godina života, mladima dešavaju seksualna iskustva sa ODRASLIMA ILI OSOBAMA STARIJIM OD NJIH 5 I VIŠE GODINA. Ova iskustva mogu biti i sa osobama iz šire porodice (rođacima), porodičnim poznanicima i prijateljima ili pak osobama van porodice i nepoznatim osobama.

77. U prvih 18 godina Vašeg života, da li je odrasla ili od Vas starija osoba iz šire porodice — rođak, porodični prijatelj ili pak nepoznata osoba ikada:

A. dodirivala Vas ili milovala na seksualan način? DA NE

NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE KOJE SU NA PRETHODNO PITANJE ODGOVORILE SA „DA“.

Ukoliko jeste, molimo Vas da odgovorite na naredna pitanja.

- a) Koliko ste godina imali kada se ovo prvi put dogodilo? _____
- b) Prvi put kada se ovo dogodilo, da li je to bilo protiv Vaše volje? DA NE
- c) Koliko ste godina imali kada se ovo dogodilo poslednji put? _____ godina.
- d) Koliko Vam se puta, otprilike, ovo dogodilo? _____ puta.
- e) Koliko različitih osoba Vam je ovo uradilo? _____ osoba.
- f) Kog je pola bila osoba (osobe) koja Vam je ovo uradila?
 - a) Muškog pola
 - b) Ženskog pola
 - c) Oba pola
- g) Koliko je godina imala ta osoba/te osobe? _____ godina.

B. navela Vas da je dodirujete na seksualan način? DA NE

NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE KOJE SU NA PRETHODNO PITANJE ODGOVORILE SA „DA“.
Ukoliko jeste, molimo Vas da odgovorite na naredna pitanja.

- a) Koliko ste godina imali kada se ovo prvi put dogodilo?** _____
- b) Prvi put kada se ovo dogodilo, da li je to bilo protivno Vašim željama?** DA NE
- c) Koliko ste godina imali kada se ovo dogodilo poslednji put?** _____ godina.
- d) Koliko Vam se puta, otprilike, ovo dogodilo?** _____ puta.
- e) Koliko različitih osoba Vam je ovo uradilo?** _____ osoba.
- f) Kog je pola bila osoba (osobe) koja Vam je ovo uradila?**
- a) Muškog pola
b) Ženskog pola
c) Oba pola
- g) Koliko je godina imala ta osoba/te osobe?** _____ godina.

C. pokušala da sa Vama ostvari bilo koju vrstu seksualnog odnosa (oralni, vaginalni, analni)? DA NE

NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE KOJE SU NA PRETHODNO PITANJE ODGOVORILE SA „DA“.
Ukoliko jeste, molimo Vas da odgovorite na naredna pitanja.

- a) Koliko ste godina imali kada se ovo prvi put dogodilo?** _____
- b) Prvi put kada se ovo dogodilo, da li je to bilo protivno Vašim željama?** DA NE
- c) Koliko ste godina imali kada se ovo dogodilo poslednji put?** _____ godina.
- d) Koliko Vam se puta, otprilike, ovo dogodilo?** _____ puta.
- e) Koliko različitih osoba Vam je ovo uradilo?** _____ osoba.
- f) Kog je pola bila osoba (osobe) koja Vam je ovo uradila?**
- a) Muškog pola
b) Ženskog pola
c) Oba pola
- g) Koliko je godina imala ta osoba/te osobe?** _____ godina.

D. zaista sa Vama ostvarila bilo koju vrstu seksualnog odnosa (oralni, vaginalni, analni)? DA NE

NA OVAJ DEO ODGOVARAJU SAMO OSOBE KOJE SU NA PRETHODNO PITANJE ODGOVORILE SA „DA“.
Ukoliko jeste, molimo Vas da odgovorite na naredna pitanja.

- a) Koliko ste godina imali kada se ovo prvi put dogodilo?** _____
- b) Prvi put kada se ovo dogodilo, da li je to bilo protivno Vašim željama?** DA NE
- c) Koliko ste godina imali kada se ovo dogodilo poslednji put?** _____ godina.
- d) Koliko Vam se puta, otprilike, ovo dogodilo?** _____ puta.
- e) Koliko različitih osoba Vam je ovo uradilo?** _____ osoba.
- f) Kog je pola bila osoba (osobe) koja Vam je ovo uradila?**
- a) Muškog pola
b) Ženskog pola
c) Neke su bile muškog, a neke ženskog pola
- g) Koliko je godina imala ta osoba/te osobe?** _____ godina.

DEO I — HEXDELTA

78. Poslednji upitnik odnosi se na vaše svakodnevno funkcionisanje i sadrži 80 tvrdnji. Nema tačnih i pogrešnih odgovora, pa zato ne treba da budete nekakav stručnjak da biste popunili ovaj upitnik. Opišite sebe što iskrenije i iznesite svoje mišljenje što je moguće tačnije. Ne treba da previše dugo mislite o značenju svake tvrdnje. Najbolje ćete učiniti ako izaberete onaj odgovor koji Vam, pošto ste razumeli šta tvrdnja znači, prvo padne na pamet. MOLIMO VAS, PAŽLJIVO PROČITAJTE SVE INSTRUKCIJE PRE NEGO ŠTO POČNETE SA RADOM.

Pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite jedan odgovor u meri u kojoj se tvrdnja na Vas odnosi ili ne odnosi.

- 1 – Potpuno netačno
- 2 – Uglavnom netačno
- 3 – Otprilike podjednako i tačna i netačna
- 4 – Uglavnom tačna
- 5 – Potpuno tačna

Poseta umetničkoj galeriji bi mi bila dosadna.	1	2	3	4	5
Planiram unapred i organizujem se kako bih izbegao da završavam nešto u poslednjem trenutku.	1	2	3	4	5
Uglavnom se ne ljutim na ljude, čak ni na one koji su me jako povredili.	1	2	3	4	5
Uopšteno gledajući, uglavnom sam zadovoljan sobom.	1	2	3	4	5
Plašio bih se ukoliko bih morao da putujem po lošem vremenu.	1	2	3	4	5
Nikada ne bih laskao nekome kako bih dobio povišicu ili unapređenje, čak i ukoliko bih mislio da mogu da uspem.	1	2	3	4	5
Zanimaju me istorija i politika stranih zemalja.	1	2	3	4	5
Ulažem veoma veliki trud kada želim da postignem neki cilj.	1	2	3	4	5
Ljudi mi ponekad kažu da da previše kritikujem druge.	1	2	3	4	5
Retko izražavam svoje mišljenje na grupnim sastancima.	1	2	3	4	5
Ponekad ne mogu da se suzdržim da ne brinem o sitnicama.	1	2	3	4	5
Kada bih znao da me neće uhvatiti, bio bih spreman da ukradem milion dolara.	1	2	3	4	5
Uživao bih stvarajući neko umetničko delo kao što je roman, pesma ili slika.	1	2	3	4	5
Kad nešto radim, ne obraćam pažnju na sitne detalje.	1	2	3	4	5
Drugi ljudi mi ponekad kažu da sam suviše tvrdoglav.	1	2	3	4	5
Više volim poslove koji podrazumevaju kontakte s ljudima nego poslove gde bih radio sam.	1	2	3	4	5
Kada mi nije dobro, treba mi neko da me uteši.	1	2	3	4	5
Nije mi naročito važno da imam mnogo novca.	1	2	3	4	5
Razmatranje neuobičajenih ideja je gubljenje vremena.	1	2	3	4	5
Donosim odluke više na osnovu trenutnog osećanja nego pažljivog promišljanja.	1	2	3	4	5
Drugi ljudi smatraju da sam plahovite naravi.	1	2	3	4	5
Najčešće se osećam veselo i optimistično.	1	2	3	4	5
Dođe mi da zaplačem kada vidim druge kako plaču.	1	2	3	4	5
Mislim da zaslužujem više poštovanja nego prosečna osoba.	1	2	3	4	5

Kad bih bio u prilici, voleo bih da odem na koncert klasične muzike.	1	2	3	4	5
Kada radim, ponekad imam teškoća jer sam neorganizovan.	1	2	3	4	5
Smatram da treba da „oprostim i zaboravim“ čak i onima koji su se jako loše poneli prema meni.	1	2	3	4	5
Osećam da nisam popularna osoba.	1	2	3	4	5
Jako se plašim fizičke opasnosti.	1	2	3	4	5
Ako mi od neke osobe treba nešto, smejaću se čak i njenim najgorim šalama.	1	2	3	4	5
Nikada nisam uživao u čitanju enciklopedija.	1	2	3	4	5
Radim tek onoliko koliko moram.	1	2	3	4	5
Obično sam blag kada procenjujem druge.	1	2	3	4	5
Kad sam s nekim u društvu, obično prvi započinem razgovor.	1	2	3	4	5
Brinem mnogo manje nego većina ljudi.	1	2	3	4	5
Nikada ne bih prihvatio mito, čak ni vrlo veliki.	1	2	3	4	5
Drugi ljudi su mi često govorili da imam živu maštu.	1	2	3	4	5
Uvek se trudim da u svom poslu budem precizan, čak i ako to zahteva više vremena.	1	2	3	4	5
Kada se drugi ne slažu sa mnom, ja se obično prilagodim njihovom mišljenju.	1	2	3	4	5
Kad odem na neko novo mesto, prvo se sprijateljim s ljudima.	1	2	3	4	5
Ne treba mi emocionalna podrška drugih da bih se izborio sa teškoćama.	1	2	3	4	5
Činilo bi mi zadovoljstvo da posedujem skupe, luksuzne stvari.	1	2	3	4	5
Sviđaju mi se ljudi koji imaju neuobičajene stavove.	1	2	3	4	5
Pravim mnogo grešaka, jer ne razmislim pre no što nešto uradim.	1	2	3	4	5
Većina ljudi se razljuti brže nego ja.	1	2	3	4	5
Većina ljudi je „življa“ i dinamičnija od mene.	1	2	3	4	5
Emotivno reagujem kada neko ko mi je blizak odlazi na duže vreme.	1	2	3	4	5
Želim da ljudi znaju da sam važna osoba visokog statusa.	1	2	3	4	5
Nisam umetnički ili kreativan tip.	1	2	3	4	5
Drugi ljudi me često nazivaju perfekcionista.	1	2	3	4	5
Čak i kada drugi prave mnogo grešaka, retko kažem nešto negativno.	1	2	3	4	5
Ponekad se osećam bezvrednim.	1	2	3	4	5
Ne paničim čak ni u vanrednim situacijama.	1	2	3	4	5
Nikada se ne bih pretvarao da mi se neko dopada samo da bi mi ta osoba učinila uslugu.	1	2	3	4	5
Dosadno mi je da pričam o filozofskim temama.	1	2	3	4	5
Više volim da uradim šta god mi padne na pamet, nego da se držim plana.	1	2	3	4	5
Kada mi drugi kažu da nisam u pravu, moja prva reakcija je ulazak u raspravu sa njima.	1	2	3	4	5
Kad sam u grupi ljudi, obično ja govorim u ime grupe.	1	2	3	4	5
Ne reagujem emotivno čak ni u situacijama kada većina ljudi to čini.	1	2	3	4	5
Došao bih u iskušenje da koristim lažni novac kada bih znao da me neće uhvatiti.	1	2	3	4	5
Događa se da, kad nešto hoću da kažem, izgovorim nešto sasvim drugo.	1	2	3	4	5

Ljudi me često ogovaraju.	1	2	3	4	5
Ponekad mogu da osetim prisustvo zlih sila oko mene, mada ne mogu da ih vidim.	1	2	3	4	5
Ponekad mi se čini kao da su mi osećanja zamrznuta.	1	2	3	4	5
Povremeno uzastopno ponavljam nepotrebne radnje.	1	2	3	4	5
U pojedinim situacijama osećam sebe kao podeljenu ličnost.	1	2	3	4	5
Često želim da sam mrtav/va i daleko od svega.	1	2	3	4	5
Ponekad mi je telo, ili deo tela, potpuno neosetljiv i otupeo.	1	2	3	4	5
Često imam osećaj da je sve oko mene nestvarno.	1	2	3	4	5
Nekad mi se javljaju misli i slike same od sebe.	1	2	3	4	5
Često mislim da mnoga pravila u životu ne važe za mene.	1	2	3	4	5
Nemam volje ni za kakav posao.	1	2	3	4	5
Ponekad osetim da bih mogao/la da utičem na događaje samo tako što ću puno misliti na njih.	1	2	3	4	5
Imam osećaj da me neko motri.	1	2	3	4	5
Ponekad mi se čini kao da neko drugi unutar mene odlučuje umesto mene.	1	2	3	4	5
Zvuk nečijeg glasa može toliko da me općini da mogu neprestano da ga slušam.	1	2	3	4	5
Ponekad osećam da ću se rasprsnuti iznutra.	1	2	3	4	5
Povremeno se, dok nešto radim, odjednom blokiram, jer mi se sve izbriše.	1	2	3	4	5
Često shvatim da ne osećam ništa u situaciji koja bi trebalo da izazove snažne emocije.	1	2	3	4	5
Često se osećam srećan/na, ali sam u isto vreme i razdražljiv/a.	1	2	3	4	5

Hvala vam na izdvojenom vremenu!

SPISAK UČESNIKA

U sprovođenju terenskog dela istraživanja učestvovali su sledeći studenti i studentkinje psihologije:

Aleksa Radibratović, Aleksandar Jakovljević, Ana Vilotijević, Ana Blagojević, Ana Gligorijević, Anđela Lazović, Anđelija Pavlović, Bojana Većkalov, Danica Osmajić, Darija Hafrizović, Dejana Jovanović, Đorđe Cupać, Dražena Nikšić, Dušica Žeravić, Isidora Pejović, Ivana Jovanović, Jelena Jegdić, Katarina Bujandrić, Katarina Minčić, Kristina Mojović, Marija Kamatović, Marija Đorđević, Martin Pantović, Miljan Jović, Miloš Stojadinović, Mina Manić, Mirjana Dimitrijević, Nemanja Petrović, Sara Bogdanović, Svetlana Pavlović, Teodora Savić, Teodora Vuletić, Uroš Savić Kain, Vukašin Gligorić

CIP — Katalogizacija u publikaciji Narodna biblioteka Srbije, Beograd
364.63(497.11)"2017/2018" / 316.624:159.922((497.11)"2017/2018"
/ 364.65-053.2/.6(497.11)"2017/2018" / Studija negativnih iskustava u
detinjstvu (ACE studija) : istraživanje o negativnim iskustvima u detinjstvu
u Srbiji / autori i autorke Milutin Kostić ... [et. al.] / Beograd : Unicef u Srbiji,
2019 / Beograd : Igam / 107 str. : ilustr. ; 28 cm / Tiraž 100 / Prilog: str. 80-106 /
Bibliografija: str. 69-79 / **ISBN 978-86-80902-09-8** / 1. Kostić, Milutin, 1982-
[аутор] 2. Lazarević, Ljiljana, 1981- [аутор] 3. Mandić-Maravić, Vanja, 1981-
[аутор] 4. Mitković, Marija, 1978- [аутор] 5. Radosavljev Kirčanski, Jelena,
1974- [аутор] 6. Stojković, Ana, 1992- [аутор] 7. Videnović, Marina, 1979-
[аутор] / а) Жртве насиља – Истраживање – Србија – 2017-2018 б) Насиље
– Деца – Спречавање – Србија – 2017-2018 с) Жртве насиља – Деца –
Психолошки аспект – Србија – 2017-2018 / **COBISS.SR-ID 276190220**

**STUDIJA
NEGATIVNIH
ISKUSTAVA
U DETINJSTVU
(ACE STUDIJA)**

Istraživanje o negativnim
iskustvima u detinjstvu u Srbiji