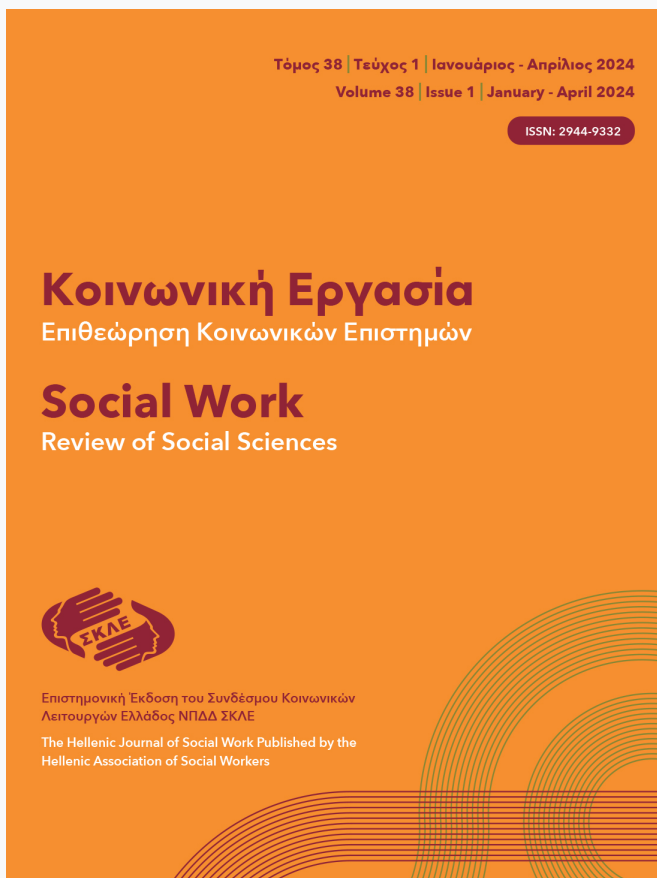


Κοινωνική Εργασία. Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών

Τόμ. 38, Αρ. 1 (2024)

1/2024



Δυσμενείς (ή αντίξοες) εμπειρίες παιδικής ηλικίας και επίδρασή τους στη σωματική και ψυχική υγεία. Προεκτάσεις για την Κοινωνική Εργασία

Κωνσταντίνος Τόγκας

doi: [10.12681/socialwork-rss.37548](https://doi.org/10.12681/socialwork-rss.37548)

Copyright © 2024



Άδεια χρήσης [##plugins.generic.pdfFrontPageGenerator.front.license.cc-by-nc-sa4/##](https://plugins.generic.pdfFrontPageGenerator.front.license.cc-by-nc-sa4/).

Βιβλιογραφική αναφορά:

Τόγκας Κ. (2024). Δυσμενείς (ή αντίξοες) εμπειρίες παιδικής ηλικίας και επίδρασή τους στη σωματική και ψυχική υγεία. Προεκτάσεις για την Κοινωνική Εργασία. *Κοινωνική Εργασία. Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών*, 38(1), 20–43. <https://doi.org/10.12681/socialwork-rss.37548>

Δυσμενείς (ή αντίξοες) εμπειρίες παιδικής ηλικίας και επίδρασή τους στη σωματική και ψυχική υγεία. Προεκτάσεις για την Κοινωνική Εργασία

Τόγκας Κωνσταντίνος¹

¹ Κοινωνικός Λειτουργός - Ψυχολόγος M.Sc., M.Sc., Ph.D., Post-doc

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι δυσμενείς (ή αντίξοες) εμπειρίες παιδικής ηλικίας αναφέρονται σε διάφορες δυνητικώς τραυματικές καταστάσεις που επηρεάζουν τα παιδιά πριν από την ηλικία των 18 ετών. Είναι μια σχετικά νέα έννοια με σημαντικές -και εν πολλοίς άγνωστες- προεκτάσεις για την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας. Σκοπός του άρθρου είναι η καταγραφή των επιπτώσεων αυτών των εμπειριών στη σωματική και ψυχική υγεία και η διερεύνηση του ρόλου των κοινωνικών λειτουργών σε αυτόν τον τομέα. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed, PyschInfo και Google Scholar με λέξεις-κλειδιά και ανασκοπήθηκαν οι σχετικές δημοσιεύσεις χωρίς χρονολογικό περιορισμό. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 4 μήνες (Μάιος-Αύγουστος 2023). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας είναι συχνές στο γενικό πληθυσμό και μπορεί να έχουν βραχυπρόθεσμες και μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων. Ενδεικτικά, συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα υιοθέτησης βλαπτικών για την υγεία συμπεριφορών (π.χ. κάπνισμα, χρήση ουσιών), με την εμφάνιση διάφορων χρόνιων ασθενειών (π.χ. καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης) και με αυξημένη πρόωρη θνησιμότητα. Σημαντικές είναι οι επιπτώσεις και στην ψυχική υγεία στην ενήλικη ζωή (π.χ. κατάθλιψη, αυτοκτονία). Οι αρνητικές επιπτώσεις τους ξεκινούν ήδη από την παιδική ηλικία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη αυτών των αντίξοων εμπειριών, στον έγκαιρο εντοπισμό τους και στην αποτελεσματική διαχείριση των συνεπειών τους, συνεργαζόμενοι με επαγγελματίες από συναφή επιστημονικά πεδία. Με αυτό τον τρόπο θα διακοπεί και ο "φαύλος κύκλος" αυτών των εμπειριών και η διαγενεακή τους μετάδοση και θα εξασφαλιστεί καλύτερο επίπεδο υγείας και ευεξίας των ατόμων και των κοινωνιών.

Λέξεις-κλειδιά: δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας, αντίξοες εμπειρίες παιδικής ηλικίας, σωματική υγεία, ψυχική υγεία, Κοινωνική Εργασία

Στοιχεία Επικοινωνίας: Κωνσταντίνος Τόγκας, togascostas@yahoo.gr

Εισαγωγή

Οι Δυσμενείς (ή αντίξοες) Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας (Adverse Childhood Experiences-ACEs ή childhood/early life adversity) περιγράφηκαν για πρώτη φορά σε σχέση με τις εκβάσεις υγείας σε μια μεγάλη μελέτη από το CDC-Kaiser ACEs στις Η.Π.Α. (Felitti et al., 1998). Τα ευρήματα οδήγησαν σε έκρηξη ενδιαφέροντος για την επίδρασή τους στις εκβάσεις υγείας (τόσο στο σωματικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο), καθώς και στη συμπεριφορά και στις ευκαιρίες ζωής. Έτσι, η επιστημονική κοινότητα τις αναγνωρίζει αυξανόμενα ως παράγοντα κινδύνου για την υγεία που πρέπει να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα και αποτελεσματικά.

Οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας αναφέρονται σε διάφορα δυνητικώς τραυματικά γεγονότα ή καταστάσεις που επηρεάζουν τα παιδιά πριν από την ηλικία των 18 ετών. Περιλαμβάνουν διάφορους τύπους κακοποίησης (σωματική, συναισθηματική, σεξουαλική), παραμέληση, και άλλα είδη σοβαρών οικογενειακών δυσλειτουργιών (π.χ. χωρισμός των γονέων, βία μεταξύ των γονέων, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών κάποιου μέλους της οικογένειας κ.λ.π.) (CDC, 2023; WHO, 2018). Στη συνέχεια η έννοια επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει και άλλες καταστάσεις, όπως βία στην κοινότητα του παιδιού (π.χ. σχολική βία), ρατσισμό και χρόνια φτώχεια.

Οι αντίξοες εμπειρίες παιδικής ηλικίας δεν αποτελούν τυπικά ένα μεμονωμένο γεγονός και μπορούν να δημιουργήσουν ένα πλέγμα εμπειριών, μέσω του οποίου το άτομο οργανώνει την αντίληψή του για τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο (CDC, 2023). Επιπλέον, ένα άλλο χαρακτηριστικό τους είναι ότι αναγνωρίζονται δύσκολα. Προκαλούν στρες και διαταράσσουν τη σωματική και ψυχική υγεία αλλά και την ανάπτυξη των παιδιών. Οι βλάβες στην υγεία μπορούν να ξεκινήσουν ήδη από την παιδική ηλικία (Flaherty et al., 2013).

Οι Δυσμενείς Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας είναι ένα πολυδιάστατο πρόβλημα με ανεξερεύνητες ακόμα διαστάσεις. Ο υψηλός επιπολασμός τους, ο οποίος υπερβαίνει σε διάφορες μελέτες το 60% (Felitti et al., 1998; Merrick et al., 2018), σε συνδυασμό με την επίδρασή τους στη σωματική και ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της ζωής, υποδηλώνει μια σημαντική αλλά σε μεγάλο βαθμό κρυφή συνεισφορά στην παγκόσμια επιβάρυνση για την υγεία (Global Burden of Disease-GBD, 2016a). Έτσι, αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως ζήτημα δημόσιας υγείας (CDC, 2023; WHO, 2018). Αυτή η έννοια έχει αποκτήσει τα τελευταία χρόνια κυρίαρχο ρόλο στον τομέα της Παιδιατρικής, της Κλινικής Ψυχολογίας, της Νευροψυχολογίας και της Δημόσιας Υγείας. Έχει όμως σημαντικές -και εν πολλοίς άγνωστες- προεκτάσεις και για την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας. Δηλαδή υπάρχει περιορισμένη γνώση σχετικά με το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο συγκεκριμένο πεδίο και έλλειψη σύνθεσης σχετικών επιστημονικών στοιχείων στην ελληνική βιβλιογραφία, όπως καταδεικνύεται στο παρόν άρθρο.

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των επιπτώσεων αυτών των εμπειριών στη σωματική και ψυχική υγεία και η διερεύνηση του ρόλου των κοινωνικών λειτουργών σε αυτόν τον τομέα

Μεθοδολογία

Σχεδιασμός της μελέτης

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed, PyschInfo και Google Scholar με λέξεις-κλειδιά και ανασκοπήθηκαν οι σχετικές δημοσιεύσεις χωρίς χρονολογικό περιορισμό. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 4 μήνες (Μάιος-Αύγουστος 2023).

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποια είναι η συχνότητα των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας και με ποιο τρόπο γίνεται η καταγραφή και η αξιολόγησή τους;
2. Ποιες είναι οι επιπτώσεις τους στη σωματική και ψυχική υγεία κατά την ενήλικη ζωή;
3. Ποιες είναι οι επιπτώσεις τους κατά την παιδική και εφηβική ηλικία;
4. Ποιοι είναι ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργιών στην πρόληψη και στη διαχείρισή τους;

Μεθοδολογία αναζήτησης των άρθρων

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση και οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: adverse childhood experiences, physical health, mental health, childhood adversity, early life adversity, childhood maltreatment, social work. Ακόμη, χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχες λέξεις-κλειδιά μεταφρασμένες στην ελληνική γλώσσα. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 4 μήνες (Μάιος-Αύγουστος 2023).

Κριτήρια επιλογής

Αναζητήθηκαν ερευνητικά άρθρα (original research), βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, που αφορούν στις επιδράσεις των αντίξων εμπειριών παιδικής ηλικίας στη σωματική και ψυχική υγεία και στο ρόλο των κοινωνικών λειτουργιών στην πρόληψη και διαχείρισή τους. Ως κριτήριο επιλογής τέθηκε η δημοσίευση των άρθρων σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά, τα οποία αποδελτιώνονται σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (Pubmed, PsycInfo, SCOPUS, Google Scholar) και έχουν ικανοποιητικό δείκτη απήχησης (impact factor).

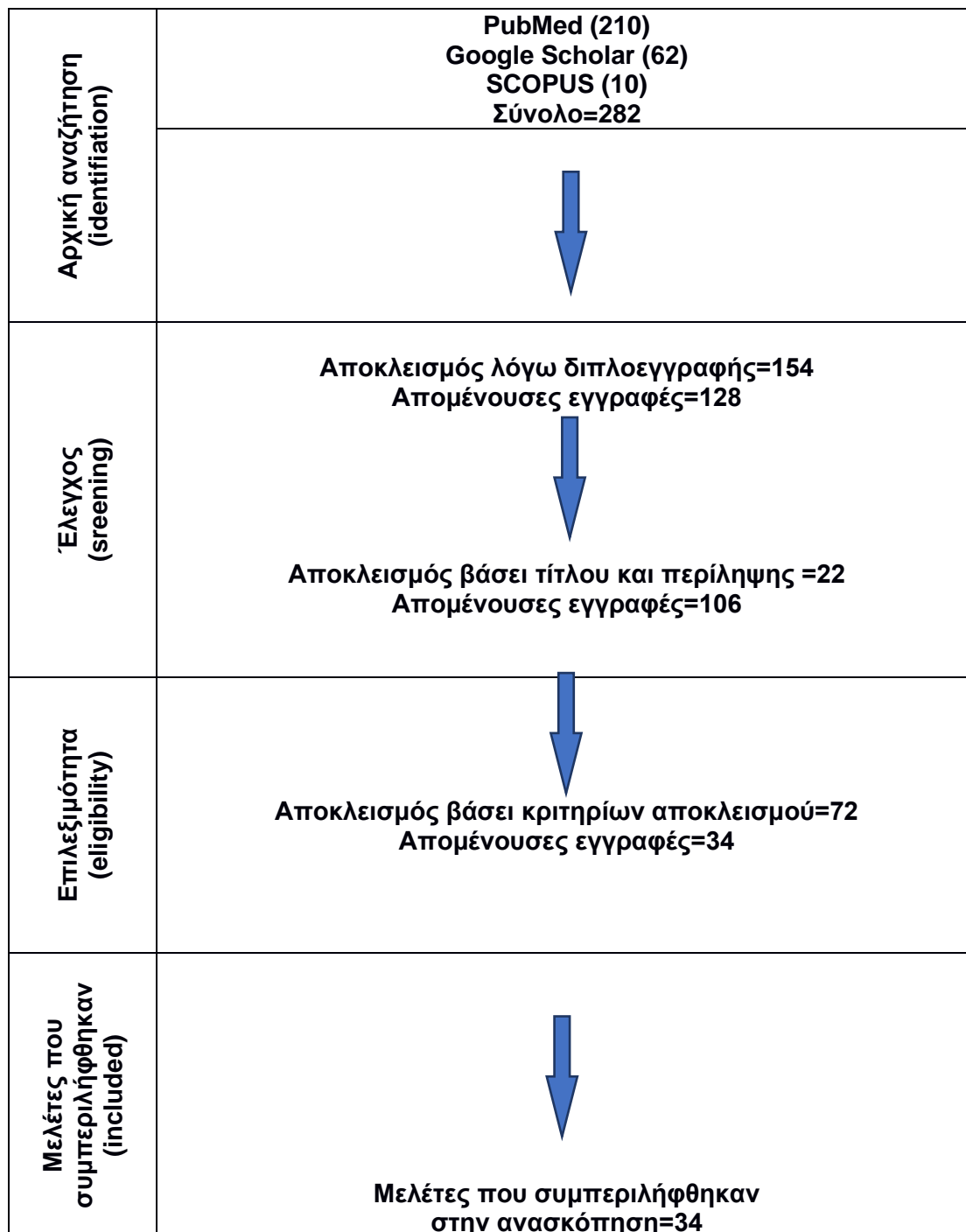
Κριτήρια αποκλεισμού

Αποκλείστηκαν άλλοι τύποι άρθρων (π.χ. άρθρα σύνταξης, μελέτες περίπτωσης, γράμματα στον εκδότη, ερευνητικά πρωτόκολλα), άρθρα που δεν είχαν διαθέσιμη περίληψη ή είχαν γραφτεί σε άλλη γλώσσα πλην της αγγλικής και της ελληνικής γλώσσας και άρθρα με ελλιπή στοιχεία στην περίληψη (π.χ. μη αναφορά του χρόνου διεξαγωγής της έρευνας ή των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν) και άρθρα με αδυναμία πρόσβασης στο πλήρες κείμενο. Επίσης, αποκλείστηκαν άρθρα που δεν ανέφεραν τον ακριβή χρόνο υλοποίησης της μελέτης.

Εντοπισμός και επιλογή των μελετών

Στη συνέχεια παρουσιάζεται το διάγραμμα ροής (PRISMA Flow Diagram), όπου αποτυπώνονται τα βήματα της στρατηγικής αναζήτησης των άρθρων (διάγραμμα 1). Αρχικά εντοπίστηκαν 282 δυνητικές εγγραφές στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Μετά από τον αρχικό έλεγχο για διπλοεγγραφές απέμειναν 128 άρθρα. Στη συνέχεια διαγράφηκαν 22 μελέτες βάσει ελέγχου του τίτλου και της περιλήψης τους. Ακολούθως διαγράφηκαν 72 μελέτες κατόπιν ανάγνωσης του κειμένου τους, βάσει των κριτηρίων αποκλεισμού. Τελικά συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση 34 μελέτες

Διάγραμμα 1. Διάγραμμα ροής (PRISMA flow diagram)



Αποτελέσματα

Στη συνέχεια περιγράφονται τα αποτελέσματα της ανασκόπησης οργανωμένα σε ενότητες. Γίνεται αναφορά στη συχνότητα των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας στο γενικό πληθυσμό, στις επιπτώσεις τους στην υγεία (σωματική και ψυχική) και στις ειδικότερες επιπτώσεις τους στα παιδιά. Ακόμη παρουσιάζονται οι άμεσοι και έμμεσοι μηχανισμοί επίδρασης αυτών των εμπειριών στη σωματική και ψυχική υγεία, οι ατομικές διαφοροποιήσεις και οι πιθανοί προστατευτικοί παράγοντες, οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι καταγραφής τους και οι περιορισμοί της έννοιας. Επισημαίνεται ότι πολύ λίγες έρευνες εξετάζουν το ρόλο των κοινωνικών λειτουργιών στο συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο και αυτό αναδεικνύει την πρωτοτυπία της παρούσας ανασκόπησης.

Συχνότητα στο γενικό πληθυσμό

Οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας είναι συχνές σε όλα τα μέρη του κόσμου και σε όλες τις κοινωνίες (CDC, 2023). Στην αρχική μελέτη (The Adverse Childhood Experiences Study) των CDC-Kaiser, το 64% των ερωτηθέντων είχαν βιώσει τουλάχιστον μια δυσμενή εμπειρία παιδικής ηλικίας και το 12,5% είχαν βιώσει τέσσερις ή περισσότερες τέτοιες εμπειρίες (Felitti et al., 1998).

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ (Centers for Disease Control and Prevention-CDC), το 60% του γενικού πληθυσμού έχει βιώσει τουλάχιστον μια τέτοια δυσμενή εμπειρία. Ειδικότερα, ως προς τις μορφές των βιωθέντων δυσμενών εμπειριών, το ένα τρίτο ανέφερε συναισθηματική κακοποίηση στην οικογένεια, χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων ή χρήση ουσιών από κάποιο μέλος της οικογένειας (Felitti et al., 1998; Merrick et al., 2018).

Σε μια πρόσφατη αναδρομική μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ, το 61% των ενηλίκων από 23 Πολιτείες ανέφεραν ότι είχαν βιώσει τουλάχιστον μια τέτοια δυσμενή εμπειρία και περίπου ένας στους τέσσερις είχε βιώσει τέσσερις ή περισσότερες (Merrick et al., 2018). Το αντίστοιχο ποσοστό στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν 13% (Di Lemma et al., 2019). Ομοίως, μια έρευνα με δείγμα ενηλίκων στην Ουαλία διαπίστωσε ότι το 47% των συμμετεχόντων είχε βιώσει τουλάχιστον μια δυσμενή εμπειρία παιδικής ηλικίας και το 14% περισσότερες από τέσσερις (Bellis et al., 2016).

Η Παγκόσμια Έρευνα Ψυχικής Υγείας σε 21 χώρες βρήκε μικρή διακύμανση στον επιπολασμό των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας μεταξύ των χωρών χαμηλού, μέσου και υψηλού εισοδήματος. Το 38-39% των συμμετεχόντων ανέφεραν τουλάχιστον μια δυσμενή εμπειρία παιδικής ηλικίας και ένα ποσοστό 2-3% είχαν βιώσει τουλάχιστον τέσσερις τέτοιες εμπειρίες (Kessler et al., 2010).

Ο επιπολασμός των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς στην Ελλάδα. Μια πρώτη έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα κρατουμένων για σεξουαλική κακοποίηση ανηλίκων (Togas & Alexias, 2024), ενώ αυτό τον καιρό διεξάγεται μια δεύτερη μεγάλη έρευνα στον ελληνικό γενικό πληθυσμό από την ίδια ερευνητική ομάδα.

Μέτρηση των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας

Οι μέθοδοι καταγραφής των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας ποικίλλουν από ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, ημιδομημένες συνεντεύξεις, επίσημα στοιχεία από την αστυνομία ή τις κοινωνικές υπηρεσίες κ.λ.π. (Brodsky & Stanley, 2008). Οι Blum et al. (2019) προσδιόρισαν τις τέσσερις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες προσεγγίσεις αξιολόγησης της βαρύτητας των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας, όπως αυτές καταγράφονται με τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς:

- α) αθροιστική βαθμολόγηση των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας, κατά την οποία ο αριθμός των μοναδικών δυσμενών εμπειριών προστίθεται και δεν λαμβάνεται υπόψη η

συχνότητα, η διάρκεια ή η έντασή τους.

β) στάθμιση μεμονωμένων δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας, η οποία περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών κάθε εμπειρίας και την ανάλογη στάθμιση της βαρύτητάς τους. Έτσι, συμβάντα που είναι πιο πρόσφατα, σοβαρά ή συχνά βαθμολογούνται υψηλότερα.

γ) στάθμιση των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας ανά υποομάδα. Η μέθοδος αυτή αποτελείται από την ομαδοποίηση των εμπειριών σε κατηγορίες. Αντί για τις μεμονωμένες εμπειρίες σταθμίζεται κάθε κατηγορία ως προς τη βαρύτητά της.

δ) τυπολογία των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας, η οποία περιλαμβάνει την ομαδοποίηση τους κατά την αξιολόγηση, π.χ. «οικιακή δυσλειτουργία», «συναισθηματικά δυσμενείς εμπειρίες» και «υψηλές/πολλαπλές δυσμενείς εμπειρίες».

Μέχρι σήμερα το πιο διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης είναι η χρήση του Διεθνούς Ερωτηματολογίου Δυσμενών Εμπειριών Παιδικής Ηλικίας (Adverse Childhood Experiences-International Questionnaire/ACE-IQ) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το οποίο έχει σχεδιαστεί για χορήγηση σε άτομα μεγαλύτερα των 18 ετών. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, στο οποίο οι ερωτώμενοι απαντούν ως προς την συχνότητα παρουσίας του εκάστοτε τραυματικού γεγονότος στην παιδική τους ηλικία. Οι έντεκα ερωτήσεις καλύπτουν την οικογενειακή δυσλειτουργία, τη σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση, καθώς και την παραμέληση από τους γονείς ή τους φροντιστές, τη βία μεταξύ συνομηλίκων και την έκθεση σε κοινοτική ή συλλογική βία (WHO, 2018).

Ένα ακόμη συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο είναι το Behavioral Risk Factor Surveillance System Adverse Childhood Experiences (BRFSS ACEs) module του CDC (2023), το οποίο προσαρμόστηκε από την αρχική μελέτη των CDC-Kaiser. Οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας αξιολογούνται από έντεκα ερωτήσεις, οι οποίες ταξινομούνται σε δύο ενότητες: Η πρώτη ενότητα αφορά στη δυσλειτουργία στην οικογένεια και περιλαμβάνει το χωρισμό/διαζύγιο των γονέων, την ψυχική νόσο ή φυλάκιση μέλους της οικογένειας και τη χρήση ουσιών ή αλκοολισμό μέλους της οικογένειας. Η δεύτερη ενότητα αφορά στην κακοποίηση/ παραμέληση και περιλαμβάνει τη βία μεταξύ των γονέων και τη σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση του ίδιου του ερωτώμενου. Παραδείγματα ερωτήσεων είναι τα εξής: *“Πριν την ηλικία των 18 ετών, ζούσατε με κάποιον που ήταν προβληματικός πότης ή αλκοολικός;”* ή *“Πριν την ηλικία των 18 ετών, σας είχε τύχει να σας αγγίξει σεξουαλικά κάποιος μεγαλύτερος;”*.

Σύμφωνα με τους Brodsky & Stanley (2008), ένα μειονέκτημα των ερωτηματολογίων είναι ότι δεν μετρούνται συγκεκριμένες ποιοτικές διαστάσεις των τραυματικών εμπειριών, όπως η συχνότητα, η ένταση και η διάρκειά τους, αλλά και η ηλικία έκθεσης σε αυτές. Για παράδειγμα, αναφορικά με την μέτρηση της σεξουαλικής κακοποίησης, δεν υπάρχουν ειδικές επιλογές για το είδος της σεξουαλικής κακοποίησης και την έκτασή της. Επιπλέον, δεν συγκεκριμενοποιείται η σχέση του θύτη με το παιδί ούτε και η διάρκεια της κακοποίησης.

Επιπτώσεις των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας στην υγεία κατά την ενήλικη ζωή

Οι διάφορες μελέτες εντοπίζουν αυξανόμενα τη σημασία των πρώιμων εμπειριών για την υγεία των ανθρώπων σε όλη τη διάρκεια της ζωής (Hughes et al., 2017). Έτσι, οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας θέτουν τις αρνητικές προϋποθέσεις για την κακή υγεία σε όλη τη ζωή και συνδέονται με αρνητικές και πολλές φορές μόνιμες συνέπειες στο ψυχικό, συναισθηματικό και σωματικό επίπεδο (Tan & Mao, 2023).

Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με ιστορικό αντίξων εμπειριών στην παιδική ηλικία έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικής και ψυχολογικής νόσου αργότερα στη ζωή και είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε αρκετές συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία, σε σχέση με εκείνα που δεν έχουν τέτοιες εμπειρίες (Dube et al., 2001; Felitti et al., 1998). Ως συνέπεια εμφανίζουν και μεγαλύτερη πρόωρη θνησιμότητα (Anda et al., 2006; Bellis et al., 2015).

Η πρώτη σημαντική σχετική μελέτη των CDC-Kaiser (1998) εξέτασε σε περισσότερα από 17.000 άτομα στις ΗΠΑ τη συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των βιωθέντων δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας και την υγεία τους στην ενήλικη ζωή τους. Διαπιστώθηκε ότι όσο περισσότερους τύπους τέτοιων εμπειριών είχαν βιώσει τα άτομα, τόσο μεγαλύτερη ήταν η πιθανότητα υιοθέτησης συμπεριφορών που βλάπτουν την υγεία (π.χ. κάπνισμα, επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά κ.λ.π.) για τις μεταδοτικές και τις μη μεταδοτικές ασθένειες (Felitti et al., 1998). Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν περαιτέρω από μελέτες που διεξήχθησαν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Almuneef et al., 2014; Ramiro et al., 2010) και υψηλού εισοδήματος (Bellis et al., 2014; Bellis et al., 2015).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται με πιο συγκεκριμένο τρόπο οι ειδικότερες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία.

Επιπτώσεις στη σωματική υγεία

Οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας συσχετίζονται με αρνητικές συμπεριφορές υγείας (π.χ. κάπνισμα, κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ) και αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων προβλημάτων υγείας (Felitti et al., 1998; Sonu et al., 2019). Έχει βρεθεί ότι τα άτομα με επίμονες ανθυγιεινές συμπεριφορές (όπως κάπνισμα, υπερφαγία, σωματική αδράνεια) είναι πιο πιθανό να έχουν ιστορικό δυσμενών εμπειριών. Ομοίως, τα άτομα που έχουν πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, επαναλαμβανόμενη εφηβική εγκυμοσύνη και συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς και οι γυναίκες που αποφεύγουν συστηματικά να υποβληθούν σε μαστογραφία και τεστ Παπανικολάου είναι πιο πιθανό να έχουν βιώσει στην παιδική τους ηλικία τέτοιες εμπειρίες (Tink et al., 2017).

Ακόμη, οι αντίξοες εμπειρίες παιδικής ηλικίας συνδέονται με πολλές σωματικές νόσους όπως άσθμα, αρθρίτιδα και Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Merrick et al., 2019; Waehrer et al., 2020). Επίσης συνδέονται άμεσα με τις πέντε από τις δέκα βασικές αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο, αναπνευστικά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη και αυτοκτονία) και με τις νόσους του γαστρεντερικού συστήματος, τον σωματικό πόνο καθώς και με τον πονοκέφαλο και τις διαταραχές ύπνου (Petruccelli et al., 2019).

Στη μετα-ανάλυση των Hughes et al. (2017) οι συσχετίσεις ήταν αδύναμες ή μέτριες για τη σωματική αδράνεια, το υπερβολικό βάρος ή την παχυσαρκία και τον σακχαρώδη διαβήτη και μέτριες για το κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοόλ, την κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, τον καρκίνο, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τις αναπνευστικές παθήσεις. Περαιτέρω, οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας συσχετίζονταν ισχυρά με τη σεξουαλικά επικίνδυνη συμπεριφορά.

Φαίνεται ότι υπάρχει ένα φαινόμενο «δοσοεξάρτησης» (dose-response effect) αυτών των δυσμενών εμπειριών με τις αρνητικές επιπτώσεις τους. Το φαινόμενο αυτό υποδηλώνει θετική συσχέτιση μεταξύ βίωσης δυσμενών εμπειριών και κινδύνου εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Οι διάφορες έρευνες, με πρωταρχική τη μελέτη των CDC-Kaiser, έδειξαν πως τα άτομα που είχαν βιώσει τέσσερις ή περισσότερες δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική τους ηλικία, διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία και χρόνιες παθήσεις, όπως διαβήτη, καρκίνο, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, καρδιαγγειακά νοσήματα και στεφανιαία νόσο (Felitti et al., 1998; Global Burden of Disease-GBD, 2016b). Έχει βρεθεί ακόμη ότι η έκθεση σε μια μόνο τραυματική

εμπειρία κατά την παιδική ηλικία αυξάνει τα ποσοστά κακής σωματικής υγείας κατά δύο φορές, ενώ η έκθεση σε τέσσερις ή περισσότερες δυσμενείς εμπειρίες τριπλασιάζει το ποσοστό κακής υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν βιώσει τέτοιες εμπειρίες (Global Burden of Disease-GBD, 2016b).

Κατά συνέπεια, όσοι έχουν στο ιστορικό τους τέτοιες εμπειρίες είναι πιθανότερο να κάνουν και αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας.

Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία

Διάφορες έρευνες στις αναπτυγμένες χώρες έχουν δείξει ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ τέτοιων δυσμενών εμπειριών και των αρνητικών εκβάσεων ψυχικής υγείας στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των αντικοινωνικών συμπεριφορών, του στρες, της κατάχρησης ουσιών και της κατάθλιψης. Έχει υπολογιστεί ότι οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας αντιπροσωπεύουν το 30% έως 70% του κινδύνου για ψυχιατρικά προβλήματα στο γενικό πληθυσμό (Afifi et al., 2019; Albott et al., 2018; Anda et al., 2006; Dube et al., 2001; Felitti et al., 1998; Henry et al., 2018).

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι όσοι έχουν κακοποιηθεί στην παιδική τους ηλικία είναι πιο επιθετικοί και βιώνουν υψηλότερα επίπεδα θυμού και ντροπής σε σχέση με όσους δεν έχουν κακοποιηθεί (Keene & Erps, 2016). Επιπλέον, οι πρώιμες εμπειρίες σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης καθώς και γονικής παραμέλησης είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην εφηβεία αλλά και στην ενήλικη ζωή. Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να σχετίζεται πιο συγκεκριμένα με την αυτοκτονική συμπεριφορά, επειδή συνδέεται πιο στενά με συναισθήματα ντροπής ή την εσωτερική απόδοση ευθυνών (Brodsky & Stanley, 2008).

Ακόμη, έχει βρεθεί ότι οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας συνδέονται με την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ στους φοιτητές (Forster et al., 2018). Επίσης, πιο πρόσφατες έρευνες έχουν βρει συσχέτιση μεταξύ της κακοποίησης στην παιδική ηλικία και των διατροφικών διαταραχών (Yoon et al., 2022).

Μια από τις πιο κοινές χρόνιες ψυχικές νόσους που συνδέονται με τις δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας είναι η κατάθλιψη. Διάφορες μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι οι περισσότερες δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (LeMoult et al., 2020; Petruccelli et al., 2019; Tan & Mao, 2023). Ενδεικτικά, στη Βόρεια Αμερική περίπου το 40% των περιπτώσεων κατάθλιψης συνδέεται με τέτοιες εμπειρίες και το ποσοστό αυτό είναι το υψηλότερο από κάθε άλλη ασθένεια (Bellis et al., 2015).

Ορισμένες μελέτες έχουν εξετάσει τη συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και σε ειδικές κατηγορίες δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας. Η μετα-ανάλυση των Tan & Mao (2023) ήταν η πρώτη που διερεύνησε αυτή τη συσχέτιση. Συνολικά, δώδεκα υποκατηγορίες δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας συσχετίστηκαν θετικά με την κατάθλιψη. Η μετα-ανάλυση δόσης-απόκρισης έδειξε μια μη γραμμική σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας. Αυτή η συσχέτιση παρατηρήθηκε σταθερά τόσο σε συγχρονικές μελέτες όσο και σε μελέτες κοόρτης, αποκαλύπτοντας μια σημαντική πιθανή σχέση αιτίας-αποτελέσματος μεταξύ των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας και της κατάθλιψης.

Η κακοποίηση φαίνεται να έχει πιο σημαντική επίδραση στις αρνητικές εκβάσεις ψυχικής υγείας σε σχέση με τη δυσλειτουργία στην οικογένεια (Negriff, 2020). Από την άλλη, η δυσλειτουργία στην οικογένεια και η βία παρουσιάζουν πιο αδύναμη συσχέτιση με την κατάθλιψη στις διάφορες μετα-αναλύσεις. Έχει βρεθεί όμως ότι συμβάλλουν και αυτές σημαντικά στην πρόβλεψη αρνητικών εκβάσεων, όπως αυξημένα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, κατάθλιψης και άγχους (Tan & Mao, 2023; Felitti et al., 1998).

Σε μια άλλη ανασκόπηση 19 μετα-αναλύσεων βρέθηκε ότι η παιδική σεξουαλική κακοποίηση συσχετίζεται ισχυρά με την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή καθώς και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Hailes et al., 2019). Επιπλέον, οι Lee et al. (2020) βρήκαν ότι η κακοποίηση, η παραμέληση και η βία μπορούν να προβλέψουν τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης. Επισημαίνεται ωστόσο ότι η κακομεταχείριση (κακοποίηση και παραμέληση) έχει λάβει τη μεγαλύτερη προσοχή στις διάφορες μετα-αναλύσεις και αυτό ίσως επηρεάζει τα αποτελέσματα, λόγω της αυξημένης εστίασης σε αυτή (Gardner et al., 2019; Humphreys et al., 2020). Ένα αξιοσημείωτο γεγονός είναι ότι η συσχέτιση είναι ισχυρότερη σε μελέτες που χρησιμοποιούν για την αξιολόγηση της κατάθλιψης κλίμακες αυτοαναφοράς και όχι κλινική διάγνωση (Gardner et al., 2019).

Όπως και με τη σωματική υγεία, φαίνεται ότι υπάρχει και στον τομέα της ψυχικής υγείας ένα φαινόμενο «δοσοεξάρτησης» (dose-response effect). Η μετα-ανάλυση των Petruccelli et al. (2019) έδειξε ότι οι πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης αυξήθηκαν σταδιακά με την αύξηση των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας, αποδεικνύοντας την πιθανή αθροιστική επίδρασή τους. Ομοίως, οι LeMoult et al. (2020) διαπίστωσαν ότι τα άτομα που είχαν βιώσει δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας είχαν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη στη νεανική τους ηλικία σε σχέση με όσους δεν είχαν στο ιστορικό τους τέτοιες εμπειρίες. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην μετα-ανάλυση των Tan & Mao (2023), στην οποία καταγράφηκε 2,75 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος για εμφάνιση κατάθλιψης σε όσους είχαν ιστορικό αντίξων εμπειριών παιδικής ηλικίας.

Επιπτώσεις των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία

Οι επιπτώσεις των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας μπορούν να εμφανιστούν ήδη από την πρώιμη ηλικία, να αναγνωριστούν είτε από τα ίδια τα παιδιά είτε από τους φροντιστές τους και να εκδηλωθούν με τη μορφή ασθένειας (σωματοποίηση). Τα παιδιά με έκθεση σε κάποια τέτοια εμπειρία έχουν διπλάσιες πιθανότητες κακής υγείας. Ακόμη, όσα έχουν βιώσει τέσσερις ή περισσότερες δυσάρεστες εμπειρίες παρουσιάζουν σχεδόν τρεις φορές υψηλότερο ποσοστό κακής υγείας σε σύγκριση με όσα δεν έχουν ανάλογες εμπειρίες (Dong et al., 2004).

Αν και τα κορίτσια είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε ορισμένες μορφές αντίξων εμπειριών κατά την παιδική τους ηλικία (π.χ. σεξουαλική κακοποίηση), και τα δύο φύλα είναι συνήθως θύματα πολλαπλών δυσμενών εμπειριών και υφίστανται τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους (Cavanaugh et al., 2015).

Οι αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία έχουν σημαντική αρνητική επίδραση και μπορούν να επηρεάσουν τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο αλλά και το ανοσοποιητικό και το ενδοκρινικό σύστημα (Flaherty et al., 2013). Επιπλέον, μπορούν να διαταράξουν το σύστημα συναισθηματικής απόκρισης του ατόμου και να οδηγήσουν σε συναισθηματική ευαλωτότητα σε μεταγενέστερο στάδιο (Barlow et al., 2017). Στην περίπτωση που ένα παιδί εξοικειωθεί με τραυματικά γεγονότα, η εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς αυξάνεται, επειδή η νευρολογική δομή του θύματος αλλάζει ανάλογα με τις αντιξοότητες. Ως εκ τούτου, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας (Dye, 2018).

Στις διάφορες έρευνες έχουν αναφερθεί προβλήματα που εκτείνονται από τη ρύθμιση του συναισθήματος μέχρι τη σοβαρή ψυχοπαθολογία. Συγκεκριμένα, έχουν εντοπιστεί προβλήματα αυτοελέγχου στην παιδική ηλικία, εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης, επιθετικότητα, εναντίωση και προβλήματα διαγωγής (Τουλουμάκου και συν., 2023). Συχνά τα παιδιά αυτά χρησιμοποιούν στην παιδική τους ηλικία αλλά και αργότερα στην ενήλικη ζωή τους δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες (coping strategies) και έχουν διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις και κακή αυτοαντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής (Martín-Higarza et al., 2020).

Επίσης, οι δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία έχουν συνδεθεί με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) και με προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους κατά την ανάπτυξη και στην ενήλικη ζωή (Τουλουμάκου και συν., 2023).

Άλλες πιθανές επιπτώσεις είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος και η κατάθλιψη, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές, οι διαταραχές ύπνου, οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, η χρήση ναρκωτικών και η κατάχρηση αλκοόλ στην εφηβεία, η κοινωνική απομόνωση κ.λ.π. (Downey & Crumby, 2022). Έχει βρεθεί επίσης ότι οι δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας είναι συχνές στους εφήβους παραβάτες (Baglivio et al., 2014).

Επιπρόσθετα, λόγω του υψηλού επιπέδου στρες στο περιβάλλον τους, τα παιδιά που βιώνουν περισσότερες τέτοιες εμπειρίες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν συμπεριφορές που είναι επιβλαβείς για την υγεία, π.χ. κάπνισμα. Αυτό στη συνέχεια συνδέεται με κακή υγεία στην ενήλικη ζωή και με υψηλότερο κίνδυνο για πολλές χρόνιες ασθένειες.

Η αίσθηση ασφάλειας και υποστήριξης είναι πρωταρχικής σημασίας τα πρώτα χρόνια της ζωής, προκειμένου να ενθαρρυνθεί ένα παιδί να εξερευνήσει το περιβάλλον του με αυτοπεποίθηση και ανεξαρτησία. Εάν έχει προκληθεί τραύμα σε ένα παιδί από τους γονείς του, αυτό δεν αναπτύσσει ασφαλές στυλ προσκόλλησης και υπάρχουν ελλείμματα προστασίας που προκαλούν συναισθηματικό δισταγμό (van Rosmalen et al., 2016).

Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει ένα διαγενεακό μοτίβο των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας. Τα παιδιά που βιώνουν τέτοιες καταστάσεις βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν συμπεριφορές ή νόσους (όπως χρήση ναρκωτικών ή ψυχικές νόσους) που μπορούν να αποτελέσουν αργότερα δυσμενείς εμπειρίες και για τα δικά τους παιδιά. Συνεπώς, υπάρχει μεγάλη ανάγκη να σπάσει ο φαύλος κύκλος αυτών των εμπειριών και η διαγενεακή του αναπαραγωγή (Hughes et al., 2019).

Άμεσοι και έμμεσοι μηχανισμοί επίδρασης των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας στη σωματική και ψυχική υγεία

Η παρατεταμένη έκθεση σε τέτοιες εμπειρίες ενεργοποιεί το σύστημα απόκρισης του σώματος στο στρες που, ελλείψει προστατευτικών παραγόντων, μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενείς συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία (Danese & McEwen, 2012).

Το επαναλαμβανόμενο στρες είναι τοξικό και μπορεί να προκαλέσει μόνιμη βλάβη στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, αλλά και να αλλάξει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού, του νευρολογικού και του ενδοκρινικού συστήματος σε ένα άτομο, προδιαθέτοντάς το σε υψηλό κίνδυνο χρόνιων ασθενειών και πρόωρου θανάτου (Flaherty et al., 2013).

Το τραύμα θεωρείται ότι ενσωματώνεται βιολογικά και επηρεάζει την υγεία μέσω τουλάχιστον τριών διακριτών οδών: (1) πυροδότηση της βιολογικής απόκρισης του στρες και επακόλουθες επιπτώσεις στον νευρο-ανοσο-ενδοκρινικό άξονα (Kelly-Irving et al., 2013), (2) επιγενετική έκφραση, δηλαδή αλλαγές που επηρεάζουν τη γονιδιακή δραστηριότητα και έκφραση και μπορεί να προέρχονται από εξωτερικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες ή να αποτελούν μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης (Labonté et al., 2012) και (3) αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας λόγω της προσαρμογής ή λόγω της αντιμετώπισης σοβαρού ή μακροχρόνιου στρες (Wekerle et al., 2020). Επομένως, οι αλλαγές στο φυσιολογικό/βιολογικό επίπεδο μπορούν να θεωρηθούν ως άμεσοι μηχανισμοί επίδρασης, ενώ η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών ως έμμεσος μηχανισμός επίδρασης.

Ενώ τα παιδιά που βιώνουν δυσμενείς εμπειρίες μπορεί να εμφανίσουν άμεσα σημεία δυσφορίας, οι επιπτώσεις αυτών των εμπειριών στην υγεία μπορεί να εκδηλωθούν μεταγενέστερα στη ζωή. Αυτό συμβαίνει καθώς η έκθεση σε πρώιμο τραύμα προδιαθέτει τα άτομα σε στρεσογόνες καταστάσεις

αργότερα στη ζωή τους, όπως υποστηρίζεται από τη θεωρία πολλαπλασιασμού του στρες (stress proliferation theory) (Manyema et al., 2018). Δηλαδή τα άτομα αυτά είναι περισσότερο ευάλωτα για έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις και έχουν περιορισμένους πόρους για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

Έτσι, τα άτομα που έχουν βιώσει τέτοιες δυσμενείς εμπειρίες μπορεί να είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη ασθενειών, τόσο λόγω των διαφορών στη φυσιολογική ανάπτυξή τους όσο και λόγω της υιοθέτησης συμπεριφορών που βλάπτουν την υγεία (Hughes et al., 2017).

Λιγότερη γνώση όμως υπάρχει για τον τρόπο με τον οποίο οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας προβλέπουν τις εκβάσεις υγείας σε περιβάλλοντα χαμηλού εισοδήματος και υψηλής βίας, όπου η έκθεση σε αντιξοότητες είναι ευρέως διαδεδομένη σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Τα περιορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι αυτές οι εμπειρίες σχετίζονται με κατάχρηση ουσιών, ψυχικές ασθένειες και κίνδυνο μόλυνσης από HIV (Jewkes et al., 2010).

Καθοριστικό ρόλο βέβαια διαδραματίζει και ο χρόνος που βιώνονται οι αντίξοες εμπειρίες, δηλαδή το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί, καθώς και η διάρκεια και η έντασή τους.

Ατομικές διαφοροποιήσεις και προστατευτικοί παράγοντες

Οι παράγοντες που μπορούν να καταστήσουν μια εμπειρία τραυματική ποικίλουν, ωστόσο υπάρχουν κάποιες εμπειρίες που θεωρούνται κατά κοινή παραδοχή δυσμενείς. Από την άλλη, τα τραυματικά γεγονότα βιώνονται με ξεχωριστό και μοναδικό τρόπο από κάθε άτομο και η επίδρασή τους ποικίλει ανάλογα με το νόημα που αποδίδεται στην εμπειρία αλλά και ανάλογα με την ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων (SAMHSA, 2023).

Μερικά άτομα αρνούνται να παραδεχτούν τις αντιξοότητες που έχουν βιώσει. Επίσης, αρνούνται να αναγνωρίσουν το φόβο τους για τον αρνητικό αντίκτυπο στην ευημερία τους (Downey & Crumby, 2022). Οι Tapia (2014) και Frazier (2000) υποστηρίζουν ότι ο προβληματισμός για το τραύμα μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα ντροπής στο άτομο, καθιστώντας πιο δύσκολη την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας. Επιπλέον, σύμφωνα με τους ερευνητές, σε κάποιες περιπτώσεις, τα θύματα παιδικού τραύματος μπορεί να επιλέξουν να δημιουργήσουν μια ψευδή εικόνα του εαυτού τους για να αποκρύψουν τον αντίκτυπο των αντιξοοτήτων στην ευημερία τους. Αντίθετα, οι Shallcross et al. (2010) αναφέρουν ότι τα θύματα κακομεταχείρισης μπορεί να αυτοαπομονωθούν για να προστατευτούν συναισθηματικά από το παρελθόν του.

Σε αντιδιαστολή με τις παραπάνω στρατηγικές διαχείρισης, οι οποίες δε θεωρούνται αποτελεσματικές, οι ερευνητές έχουν επίσης διερευνήσει διάφορους παράγοντες που δυναμικά προστατεύουν τα άτομα με δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας από την εμφάνιση αρνητικών εκβάσεων υγείας. Έχει βρεθεί ότι η παρουσία ενός ενήλικα που νοιάζεται και φροντίζει το παιδί, η υψηλής ποιότητας σχέσεις στην ενήλικη ζωή, η μικρότερη εμπλοκή με παραβατικές ομάδες, η συναισθηματική και κοινωνική σύνδεση με την ευρύτερη οικογένεια και η ενασχόληση με τον αθλητισμό στην παιδική και εφηβική ηλικία αποτελούν στοιχεία που προστατεύουν από την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή (Brodsky & Stanley, 2008).

Ιδιαίτερο προστατευτικό παράγοντα αποτελεί η ψυχική ανθεκτικότητα (resilience). Η έννοια εντάσσεται στο πεδίο της θετικής ψυχολογίας και ορίζεται ως η ικανότητα κάποιου να προσαρμόζεται επιτυχώς και να διατηρεί την ψυχική του ευημερία αντιμετωπίζοντας κάποιους στρεσογόνους παράγοντες (Zheng et al., 2022). Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι τα χαμηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας συνδέονται με υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων (Anyan & Hjemdal, 2016). Αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία και από το γεγονός ότι οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας αυξάνουν

τον κίνδυνο των παιδιών και των εφήβων να έχουν χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα (Lippard et al., 2019; Satinsky et al., 2021).

Ορισμένες μελέτες έχουν διερευνήσει το διαμεσολαβητικό ή προστατευτικό ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας έναντι της κατάθλιψης μετά την έκθεση σε παιδικό τραύμα. Στην έρευνα των Zheng et al. (2022) η ψυχική ανθεκτικότητα και το καθημερινό στρες διαμεσολαβούσαν μερικώς τη σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το παιδικό τραύμα είχε άμεση επίδραση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά και έμμεση επίδραση μέσω μιας δεύτερης οδού διαμεσολάβησης (ψυχική ανθεκτικότητα → καθημερινό στρες) στα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι Campbell-Sills et al. (2009) ισχυρίζονται ότι η κοινωνική υποστήριξη και τα εφόδια που παρέχονται από την εκπαίδευση, σε συνδυασμό με την οικονομική σταθερότητα, αποτελούν επίσης προστατευτικούς παράγοντες που βελτιώνουν την ανθεκτικότητα στο τραύμα. Στα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρεται ότι τα παιδιά που έχουν αναπτύξει ψυχική ανθεκτικότητα φέρεται να παρουσιάζουν θετικές κοινωνικές δεξιότητες, λιγότερα συναισθηματικά προβλήματα και ικανοποιητική ικανότητα ανάγνωσης. Κατά συνέπεια, εάν ένα παιδί μάθει να αναπτύσσει εμπιστοσύνη, να έχει αυτοεκτίμηση και να αισθάνεται ότι είναι ώριμο συναισθηματικά, τα επίπεδα ανθεκτικότητάς του βελτιώνονται.

Μειονεκτήματα και περιορισμοί της έννοιας των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας

Η έννοια εξετάζεται σε επίπεδο πληθυσμού και κατά την αξιολόγησή της δε λαμβάνεται υπόψη η υποκειμενική ερμηνεία του γεγονότος. Ακόμη, δε μπορεί σε καμία περίπτωση να υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη συσχέτισης συνεπάγεται και αιτιολογική σχέση, καθώς το μοντέλο στηρίζεται στην αξιολόγηση πιθανοτήτων (probabilistic model).

Επιπρόσθετα, η πλειονότητα των ερευνών για τις δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας έχει διεξαχθεί σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει την αναγκαιότητα συγκέντρωσης δεδομένων σε διεθνές επίπεδο, ιδιαίτερα από χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, προκειμένου να αναδειχθεί το θέμα ως ζήτημα παγκόσμιας ανησυχίας για τη δημόσια υγεία.

Ακόμη, οι διάφορες έρευνες διαφέρουν ως προς τον τύπο αντιξοοτήτων που αξιολογούν. Παρόλο που οι κατηγορίες που εμπεριέχονται στα ερωτηματολόγια ACE-IQ και BRFSS ACE καλύπτουν πολλές μορφές αντιξοοτήτων, η λίστα δεν είναι πλήρης και μπορούν να συμπεριληφθούν και πολλές άλλες, όπως ο θάνατος γονέα ή αδερφού στην παιδική ηλικία, η φτώχεια και η μακροχρόνια ανεργία των γονέων, ο πόλεμος και η προσφυγιά κλπ. Έτσι, η καταγραφή περισσότερων αντιξοοτήτων μπορεί να καταδείξει μια ακόμη μεγαλύτερη επίδρασή τους στην υγεία. Περαιτέρω, ο αντίκτυπος της χρόνιας έναντι της οξείας αντιξοότητας χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

Οι μεροληψίες μνημονικής ανάκλησης (recall bias) φαίνεται επίσης να επηρεάζουν τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και τις συνεντεύξεις.

Προεκτάσεις για την Κοινωνική Εργασία

Στη σχετική βιβλιογραφία υπάρχει ελλιπής θεώρηση/στοχασμός για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργιών και για τη συνεισφορά της Κοινωνικής Εργασίας στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας και πρακτικής.

Αν και η οριστική εκτίμηση των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας παραμένει φιλόδοξη και μάλλον ουτοπική, η πρόληψη και η αντιμετώπισή τους είναι ζωτικής σημασίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν τον κατεξοχήν κλάδο που ασχολείται με τα ζητήματα κακοποίησης, παραμέλησης και οικογενειακής δυσλειτουργίας. Άρα, η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας έχει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και τη διαχείριση των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας μέσω της συμβουλευτικής, της

καθοδήγησης και της υποστήριξης. Τα καθημερινά περιβάλλοντα εργασίας των κοινωνικών λειτουργών, όπως σχολεία, κλινικές ψυχικής υγείας, υπηρεσίες παιδικής μέριμνας κ.λ.π., τους παρέχουν συνήθως αλληλεπίδραση με άτομα που έχουν ιστορικό δυσμενών εμπειριών στην παιδική τους ηλικία (Childhood Trauma in Social Work, 2020).

Οι κοινωνικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές επενδύσεις στην παιδική και εφηβική ηλικία μπορούν να αποφέρουν σημαντικά κοινωνικά οφέλη και συνεπώς πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε αυτά τα αναπτυξιακά στάδια. Άρα, υπάρχει ανάγκη για διεπιστημονική προσέγγιση του ζητήματος, με την ισότιμη συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών στη διεπιστημονική ομάδα.

Η Κοινωνική Εργασία χρειάζεται να αναζητήσει και να εφαρμόσει καινοτόμες παρεμβάσεις για τον μετριασμό των επιπτώσεων των αντίξων εμπειριών παιδικής ηλικίας (Frederick et al., 2021). Μέσα στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας, η εφαρμογή προγραμμάτων Κοινωνικής Εργασίας με άτομα, οικογένειες και την ευρύτερη κοινωνία μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία (2013-2020) επισημαίνει την αναγκαιότητα μείωσης των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας μέσω της ευαισθητοποίησης του κοινού και της έγκαιρης αναγνώρισης και παρέμβασης (WHO Regional Office for Europe, 2019). Απαιτείται αλλαγή της εστίασης, ώστε η δημόσια υγεία να συμπεριλάβει την πρόληψη των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας, την καλλιέργεια ψυχικής ανθεκτικότητας και την παροχή υπηρεσιών πληροφόρησης γι' αυτές τις εμπειρίες (Hughes et al., 2017). Ορισμένες από τις επιβλαβείς συνέπειες αυτών των εμπειριών μπορούν να μετριαστούν με την προώθηση της ψυχικής ανθεκτικότητας και με την υποστήριξη πρωτοβουλιών που στοχεύουν στην πρόληψη, την αναγνώριση και την έγκαιρη παρέμβαση. Οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, με βάση τη διάκριση που υπάρχει στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Περαιτέρω, η έρευνα των CDC-Kaiser κατέληξε σε ορισμένες στρατηγικές για την πρόληψη των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας (Felliti et al., 1998). Αυτές είναι η εξασφάλιση ευνοϊκών συνθηκών για όλα τα παιδιά κατά την έναρξη της ζωής, η οικονομική ενίσχυση των οικογενειών, η καλλιέργεια δεξιοτήτων επικοινωνίας, η προώθηση κανόνων που προστατεύουν από τη βία, η ενθάρρυνση της ασφαλούς προσκόλλησης των παιδιών με τους ενήλικες φροντιστές τους, η συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες και η παρέμβαση για την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη διαχείριση των επιπτώσεων των εμπειριών. Η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας θα μπορούσε να διαδραματίσει σημαίνοντα ρόλο σε όλες τις παραπάνω στρατηγικές πρόληψης.

Μέσω εκπαίδευσης και κατάρτισης, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να αναγνωρίσουν παιδιά που βρίσκονται σε κρίση και ενήλικες που επηρεάζονται από τις αντίξοες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν επίσης να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές για να αποτρέψουν περαιτέρω τραυματικά περιστατικά και να βοηθήσουν στη δημιουργία ισχυρών κοινοτήτων και οικογενειών (Childhood Trauma in Social Work, 2020).

Ο τακτικός έλεγχος ενηλίκων ασθενών για ιστορικό δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας μπορεί να βοηθήσει τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες να κατανοήσουν τις υποκείμενες αιτίες των προβλημάτων υγείας, επιτρέποντας έτσι καλύτερες θεραπευτικές επιλογές (Glowa et al., 2016). Η λήψη ενός τέτοιου ιστορικού μπορεί να πραγματοποιείται και από τους κοινωνικούς λειτουργούς στα πλαίσια των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Εξαιρετικά χρήσιμη είναι και η κατάλληλη εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών αλλά και των άλλων επαγγελματιών υγείας, ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν τα παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο, τους ενήλικες που έχουν ιστορικό δυσμενών εμπειριών αλλά και τους γονείς με προβλήματα (π.χ. ψυχικές ασθένειες, κατάχρηση ουσιών) και να τους παραπέμπουν σε αρμόδιες υπηρεσίες υποστήριξης.

Ακόμη, οι κοινωνικοί λειτουργοί θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως επιστήμονες πρώτης γραμμής για την υποστήριξη των ευάλωτων παιδιών, καθώς είναι σε θέση να αξιολογούν και να καλλιεργούν τις δεξιότητες αντιμετώπισής τους (Childhood Trauma in Social Work, 2020). Οι υποστηρικτικές σχέσεις με τους φροντιστές ή με άλλους έμπιστους ενήλικες επιτρέπουν στα παιδιά να μάθουν να αντιμετωπίζουν το άγχος και έτσι να αναπτύξουν υγιή συστήματα απόκρισης στο στρες (Hughes et al., 2019). Τέτοιες σχέσεις μπορούν να παρέχουν στα παιδιά που βίωσαν δυσμενείς εμπειρίες έναν «ασφαλή χώρο» για να αναρρώσουν, παρέχοντας προστασία ενάντια στις τοξικές επιδράσεις του ακραίου στρες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου (Wadsworth, 2015). Επομένως, η αποτελεσματική κοινωνική υποστήριξη μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα ωφέλιμη και οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να κινητοποιήσουν τα δίκτυα υποστήριξης των παιδιών και να προτείνουν τις βέλτιστες λύσεις.

Επιπρόσθετα, οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορούν να περιλαμβάνουν προγράμματα επισκέψεων στο σπίτι και προγράμματα γονικής μέριμνας από κοινωνικούς λειτουργούς, τα οποία μπορούν να αποτρέψουν την παιδική κακοποίηση, να βελτιώσουν τις γονεϊκές δεξιότητες και να ενισχύσουν τις σχέσεις γονέα-παιδιού. Αυτό περιλαμβάνει μια σημαντική αλλαγή της εστίασης από τα παιδιά στους γονείς/φροντιστές, ώστε να μπορέσουν να προστατεύσουν τα παιδιά από την έκθεση σε χρόνιες αντιξοότητες και να αναπτύξουν ανθεκτικότητα. Η κατανόηση του ιστορικού τραύματος του ίδιου του φροντιστή είναι επίσης ζωτικής σημασίας, για να διακοπεί η διαγενεακή μετάδοσή του. Η υποστήριξη γονέων που βίωσαν τραυματικές εμπειρίες ως παιδιά μπορεί να τους βοηθήσει να κάνουν τη σύνδεση μεταξύ των παιδικών τους εμπειριών και της τρέχουσας συμπεριφοράς τους, να αναπτύξουν συμπόνια για τον εαυτό τους και να επιλέξουν περισσότερο προστατευτική πορεία για τα δικά τους παιδιά. Επίσης, η συμπερίληψη μιας συζήτησης σχετικά με τα δυναμικά της οικογένειας και την ανθεκτικότητα μπορεί να βοηθήσει τους γονείς/φροντιστές να προστατεύσουν τα παιδιά τους από περαιτέρω αντιξοότητες.

Πολλοί διαφορετικοί φορείς μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας και στη μείωση των επιπτώσεών τους (Hughes et al., 2014; Ungar, 2013). Οι πρακτικές πρόληψης των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας μπορούν να εφαρμοστούν σε διάφορα πλαίσια, όπως σχολεία, υπηρεσίες υγείας, υπηρεσίες δικαιοσύνης και κοινωνικής φροντίδας αλλά και σε κοινοτικά πλαίσια (Hughes et al., 2014; Ungar, 2013).

Ως ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η αξιόπιστη καταγραφή των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε ειδικές ευάλωτες ομάδες. Όπως προαναφέρθηκε, έχει ήδη ξεκινήσει μια τέτοια πρώτη προσπάθεια στην Ελλάδα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να σχεδιάσουν σχετικές έρευνες και να συμμετάσχουν στη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων τους, συμβάλλοντας στην εμπάθυση της επιστημονικής γνώσης στο συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο.

Αναγκαία είναι επίσης είναι η διάδοση της χρήσης των σχετικών ερωτηματολογίων στην καθημερινή κλινική πρακτική από τους κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και από τους άλλους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας. Η χρήση τους έως τώρα είναι πολύ περιορισμένη. Μέσα από την καταγραφή μπορεί να αναδειχθεί η συχνότητά των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας στο γενικό πληθυσμό αλλά και να γίνει εντοπισμός των ευάλωτων ομάδων που χρήζουν περισσότερης υποστήριξης.

Στο μακροεπίπεδο, ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στην αντιμετώπιση των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας θα μπορούσε να περιλαμβάνει την εφαρμογή διεπιστημονικών και διεπαγγελματικών στρατηγικών στην κοινότητα, για την εφαρμογή αλλαγών σε επίπεδο κοινότητας και συστήματος.

Μια ενδιαφέρουσα παράμετρος του θέματος είναι η ύπαρξη των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας στους κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς ελάχιστες έρευνες έχουν εξετάσει το ζήτημα. Σε μια από αυτές αξιολογήθηκε ένα μεγάλο δείγμα 5.540 κοινωνικών λειτουργών σε 13 πολιτείες των ΗΠΑ και οι

συμμετέχοντες ανέφεραν κατά μέσο όρο δύο τέτοιες εμπειρίες στο ιστορικό τους, ενώ το 23,6% ανέφερε έκθεση σε τέσσερις ή περισσότερες από αυτές. Άρα υπάρχει ανάγκη για διερεύνηση της συχνότητας αυτών των εμπειριών στους κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και για αξιολόγηση των επιπτώσεών τους στην εκπαίδευση και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας (Steen et al., 2021).

Επιπλέον, ερώτημα αποτελεί εάν η βίωση δυσμενών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία συνδέεται με την επιλογή φοίτησης σε σχολές Κοινωνικής Εργασίας. Στις μελέτες των Rompf και Royses (1994) και Black et al. (1993), οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας είχαν σημαντικά περισσότερες τραυματικές εμπειρίες στην παιδική τους ηλικία σε σύγκριση με τους φοιτητές άλλων επιστημονικών πεδίων και ανέφεραν πιο συχνά ότι αυτό επηρέαζε σε κάποιο βαθμό την επιστημονική και επαγγελματική τους πορεία. Το συγκεκριμένο ζήτημα είναι πολύ σημαντικό και θα μπορούσε να εξεταστεί σε μελλοντικές έρευνες.

Δυνατά σημεία και περιορισμοί της ανασκόπησης

Στα δυνατά σημεία της έρευνας περιλαμβάνονται η ανασκόπηση, σύνθεση και παρουσίαση βασικών υφιστάμενων ευρημάτων στους επιμέρους τομείς που αναπτύχθηκαν στα αποτελέσματα του άρθρου, και τα οποία απευθύνονται, ίσως για πρώτη φορά, στην ελληνική επιστημονική κοινότητα των κοινωνικών λειτουργών. Από την άλλη περιορισμό της ανασκόπησης αποτελεί το μεγάλο εύρος των υπό εξέταση ζητημάτων, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εξαντλητική εύρεση, ανάλυση και σύνθεση των σχετικών επιστημονικών δεδομένων.

Συμπέρασμα

Οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας είναι συχνές στο γενικό πληθυσμό και σε διάφορες ευάλωτες ομάδες. Υπάρχουν ισχυρές και αυξανόμενες ενδείξεις ότι αυτές οι δυσάρεστες εμπειρίες μπορεί να έχουν βραχυπρόθεσμες και μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία και στην ευεξία των ατόμων. Το συγκεκριμένο αντικείμενο μπορεί να αποτελέσει ένα νέο πεδίο δραστηριοποίησης για την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψή τους, στον έγκαιρο εντοπισμό τους και στην αποτελεσματική διαχείριση των συνεπειών τους, συνεργαζόμενοι με επαγγελματίες από συναφή επιστημονικά πεδία, στα πλαίσια ενός ολιστικού μοντέλου αντιμετώπισης. Με αυτό τον τρόπο θα διακοπεί και ο “φαύλος κύκλος” των δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας και η διαγενεακή τους μετάδοση και θα εξασφαλιστεί καλύτερο επίπεδο υγείας και ευεξίας των ατόμων και των κοινωνιών

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Afifi, T.O., Fortier, J., Sareen, J., & Taillieu, T. (2019). Associations of harsh physical punishment and child maltreatment in childhood with antisocial behaviors in adulthood. *JAMA Netw Open*, 2(1), e187374. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.7374>
- Albott, C.S., Forbes, M.K., & Anker, J.J. (2018). Association of childhood adversity with differential susceptibility of transdiagnostic psychopathology to environmental stress in adulthood. *JAMA Netw Open*, 1(7), e185354. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5354>
- Almuneef, M., Qayad, M., Aleissa, M., & Albuhairan, F. (2014). Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: a pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1787-1793. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.06.003>
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., Dube, S.R., & Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>.
- Anyan, F., & Hjemdal, O. (2016). Adolescent Stress and Symptoms of Anxiety and Depression: Resilience Explains and Differentiates the Relationships. *Journal of Affective Disorders*, 203, 213-220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.031>
- Baglivio, M. T., Epps, N., Swartz, K., Huq, M. S., Sheer, A., & Hardt, N. S. (2014). The prevalence of adverse childhood experiences (ACE) in the lives of juvenile offenders. *Journal of Juvenile Justice*, 3(2), 1-17.
- Barlow, M.R., Goldsmith-Turow, R.E., & Gerhart, J. (2017). Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, 65, 37-47. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.006>
- Bellis, M., Ashtoni, K., Hughes, K., Ford, K., Bishop, J., & Paranjothy, S. (2016). Welsh Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Adverse Childhood Experiences and their impact on health-harming behaviors in the Welsh adult population*. Public Health Wales NHS Trust.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Leckenby, N., Hardcastle, K.A., Perkins, C., & Lowey, H. (2015). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with

adverse childhood experiences in England: a national survey. *Journal of Public Health*, 37, 445-454. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu065>

- 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, 72. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-72>.
- Black, P. N., Jeffreys, D., & Hartley, E. K. (1993). Personal history of psychosocial trauma in the early life of social work and business students. *Journal of Social Work Education*, 29(2), 171. <https://doi.org/10.1080/10437797.1993.10778812>
- Blum, R.W., Li, M., & Naranjo-Rivera, G. (2019). Measuring Adverse Child Experiences among young adolescents globally: relationships with depressive symptoms and violence perpetration. *The Journal of Adolescent Health*, 65(1), 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.020>.
- Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2008). Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 223-235. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002>
- Campbell-Sills, L., Forde, D.R., & Stein, M.B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1007-1012. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013>.
- Cavanaugh, C.E, Petras, H., & Martins, S.S. (2015). Gender-specific profiles of adverse childhood experiences, past year mental and substance use disorders, and their associations among a national sample of adults in the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1257-1266. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1024-3>.
- CDC (2023). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/ace-brfss.html>
- Childhood Trauma in Social Work (2020). <https://onlinemsw.fsu.edu/blog/childhood-trauma>
- Danese, A., & McEwen, B.S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load and age-related disease. *Physiology & behavior*, 106, 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>.
- Di Lemma, L., Davies, A., Ford, K., Hughes, K., Homolova, L., Gray, B., & Richardson,

G. (2019). Responding to adverse childhood experiences. <https://research.bangor.ac.uk/portal/en/researchoutputs/responding-to-adverse-childhood-experiences>

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. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F>

Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's well-being and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6, 100237. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>

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 lifespan. *JAMA*, 286(24), 3089-3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>

Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 28(3), 381-392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).

Flaherty, E.G., Thompson, R., Dubowitz, H., Harvey, E.M., English, D.J., Proctor, L.J., & Runyan, D.K. (2013). Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 622-629. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.22>.

Forster, M., Rogers, C.J., Benjamin, S.M., Grigsby, T., Lust, K., & Eisenberg, M.E. (2019). Adverse Childhood Experiences, Ethnicity, and Substance Use among College Students: Findings from a Two-State Sample. *Substance Use & Misuse*, 54(14), 2368-2379. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1650772>.

Frazier, P. A. (2000). The role of attributions and perceived control in recovery from rape. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5(2-3), 203-225. <https://doi.org/10.1080/10811440008409753>

- Frederick, J., Spratt, T., Devaney, J. (2021). Adverse Childhood Experiences and Social Work: Relationship-based Practice Responses. *The British Journal of Social Work*, 51 (8), 3018-3034. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa15>
- Gardner, R., Feely, A., Layte, R., Williams, J., & McGavock, J. (2019). Adverse childhood experiences are associated with an increased risk of obesity in early adolescence: a population-based prospective cohort study. *Pediatric Research*, 86(4), 522-528. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0414-8>.
- Global Burden of Disease-GBD (2016a). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388, 1659-1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8).
- Global Burden of Disease-GBD (2016b). Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388, 1459-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1)
- Glowa, P.T., Olson, A.L., & Johnson, D.J. (2016). Screening for adverse childhood experiences in a family medical setting: a feasibility study. *Journal of the American Board of Family Practice*, 29, 303-307. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.03.150310>.
- Hailes, H.P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Henry, K.L., Fuko, C.J., & Merrick, M.T. (2018). The harmful effect of child maltreatment on economic outcomes in adulthood. *American Journal of Public Health*, 108, 1134-1141. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304635>
- Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, Ch., Jones, L., & Dunne M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, e356-366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4).
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A, Butchart, A., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., & Mikton, C. (2014). Global development and diffusion of outcome evaluation research for interpersonal and self-directed violence prevention from 2007 to 2013: a systematic review. **Aggression and Violent Behavior**, 19, 655-662.

<https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.09.00>

- Hughes, K., Bellis, M., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Boderseova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R., Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Wlodarczyk, J., & Zakhozha J. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *The European Journal of Public Health, 29* (4), 741-747. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz037>.
- Humphreys, K.L., LeMoult, J., Wear, J.G., Piersiak, H.A., Lee, A., & Gotlib, I.H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 102*, 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>.
- Jewkes, R.K., Dunkle, K., Nduna, M., Jama, P.N., & Puren, A. (2010). Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse & Neglect, 34*, 833-841. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.05.002>.
- Keene, A., & Epps. (2016). Childhood physical abuse and aggression: Shame and narcissistic vulnerability. *Child Abuse & Neglect, 51*, 276-283. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.012>.
- Kelly-Irving, M., Lepage, B., Dedieu, D., Bartley, M., Blane, D., Grosclaude, P., Lang, T., & Delpierre, C. (2013). Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *European Journal of Epidemiology, 28*(9), 721-734. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9832-9>.
- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A.O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J.M., ...Williams DR. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 97*, 378-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>.
- Labonté, B., Suderman, M., Maussion, G., Navaro, L., Yerko, V., Mahar, I., & Turecki, G. (2012). Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Archives of General Psychiatry, 69*(7), 722-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2287>.
- Lee, H. Y., Kim, I., Nam, S., & Jeong, J. (2020). Adverse childhood experiences and the associations with depression and anxiety in adolescents. *Children and Youth*

Services Review, 111, 104850. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104850>

LeMoult, J., Humphreys, K., Tracy, A., Hoffmeister, J.A., Ip, E., & Gotlib, I. (2020). Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(7), 842-855, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.011>

Manyema, M., & Richter, L. M. (2019). Adverse childhood experiences: prevalence and associated factors among South African young adults. *Heliyon*, 5(12), e03003. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e03003>.

Martín-Higarza, Y., Fontanil, Y., Méndez, M.D., & Ezama, E. (2020). The Direct and Indirect Influences of Adverse Childhood Experiences on Physical Health: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 8507. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228507>

Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038-1044. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>.

Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S., Chen, J., Klevens, J., Metzler, M., Jones, C. M., Simon, T. R., & Daniel, V. M. (2019). Vital signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention 25 states, 2015–2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(44), 999. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6844e1>.

Negriff, S. (2020). ACEs are not equal: Examining the relative impact of household dysfunction versus childhood maltreatment on mental health in adolescence. *Social Science and Medicine*, 245, 112696. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112696>

Petruccelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>.

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, 842-855. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.012>.

Rompf, E. L., & Royse, D. (1994). Choice of social work as a career: Possible influences. *Journal of Social Work Education*, 30(2), 163-171.

<https://doi.org/10.1080/10437797.1994.10672227>

SAMHSA (2023). <https://www.samhsa.gov/child-trauma/understanding-child-trauma>

Satinsky, E.N., Kakuhikire, B., Baguma, C., Rasmussen, J.D., Ashaba, S., Cooper-Vince, C.E., Perkins, J.M., Kiconco, A., Namara, E.B., Bangsberg, D.R., & Tsai, A.C. (2021). Adverse childhood experiences, adult depression, and suicidal ideation in rural Uganda: A cross-sectional, population-based study. *PLoS Medicine*, 18(5), e1003642. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003642>

Shallcross, A. J., Troy, A. S., Boland, M., & Mauss, I. B. (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 921-929. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.025>.

Sonu, S., Post, S., & Feinglass, J. (2019). Adverse childhood experiences and the onset of chronic disease in young adulthood. *Preventive Medicine*, 123, 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.03.032>. E

Steen, J. T., Senreich, E., & Straussner, S. L. A. (2021). Adverse Childhood Experiences Among Licensed Social Workers. *Families in Society*, 102(2), 182-193. <https://doi.org/10.1177/1044389420929618>

Tan, M., & Mao, P. (2023). Type and dose-response effect of adverse childhood experiences in predicting depression: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 139, 106091. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106091>.

Tapia, N. D. (2014). Survivors of childhood sexual abuse and predictors of adult re-victimization in the United States: A forward logistic regression analysis. *International Journal of Criminal Justice Sciences*, 9(1), 64-73.

Tink, W., Tink, J.C., Turin, T.C., & Kelly, M. (2017). Adverse Childhood Experiences: Survey of Resident Practice, Knowledge, and Attitude. *Family Medicine*, 49(1), 7-13.

Togas, C., & Alexias, G. (2024). Prevalence of Adverse Childhood Experiences (ACEs) in child sex offenders and associations with health indicators. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 29(1), 28-41. https://doi.org/10.12681/psy_hps.34899

Ungar, M. (2013). Resilience after maltreatment: the importance of social services as

facilitators of positive adaptation. *Child Abuse & Neglect*, 37, 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.08.004>.

Van Rosmalen, L., van de Horst, F. C. P., & van der Veer, R. (2016). From secure dependency to attachment: Mary Ainsworth's integration of Blatz security theory into Bowlby's attachment theory. *History of Psychology*, 19(1), 22-39. <https://doi.org/10.1037/hop0000015>

Wadsworth, M.E. (2015). Development of maladaptive coping: a functional adaptation to chronic, uncontrollable stress. *Child Development Perspectives*, 9, 96-100. <https://doi.org/10.1111/cdep.12112>.

Waehrer, G. M., Miller, T. R., Silverio Marques, S. C., Oh, D. L., & Burke Harris, N. (2020). Disease burden of adverse childhood experiences across 14 states. *PLoS One*, 15(1), e0226134. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226134>

Wekerle, C. (2020). From adverse childhood experiences to wellbeing: Portfolios of resilience. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 7(1), 32–38. <https://doi.org/10.7202/1072586ar>

WHO (World Health Organization) (2018). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire*. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). WHO.

WHO (World Health Organization) Regional Office for Europe (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. World Health Organization Regional Office for Europe.

Yoon, C., Mason, S., Loth, K., & Jacobs Jr, D. (2022). Adverse childhood experiences and disordered eating among middle-aged adults: Findings from the coronary artery risk development in young adults study. *Preventive Medicine*, 162, 107124. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107124>.

Zheng et al. (2022). Psychological resilience and daily stress mediate the effect of childhood trauma on depression. *Child Abuse & Neglect*, 125, 105485. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105485>.

Τουλουμάκου, Α., Αδαμοπούλου, Ε. Τσιτιρίδου-Ευαγγέλου, Μ. (2023). Αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία: προεκτάσεις για ένα ευαισθητοποιημένο σχολείο στις ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές ανάγκες των μαθητών. *Ψυχολογία*, 28(1), 159-175. https://doi.org/10.12681/psy_hps.26786

Adverse childhood experiences and their impact on physical and mental health. Implications for Social Work

Togas Constantinos¹

¹ Social Worker-Psychologist M.Sc., M.Sc., Ph.D., Post-doc

ABSTRACT

Adverse childhood experiences refer to various potentially traumatic situations that impact children before the age of 18. It is a relatively new concept with important, and largely unknown, implications for Social Work. This article aims to assess the impact of these experiences on physical and mental health and explore the role of social workers in this field. A literature review was conducted using Pubmed, PsychInfo, and Google Scholar databases, with relevant keywords, and publications were reviewed without chronological restriction. The study duration was 4 months (May-August 2023). The results indicated that adverse childhood experiences are common in the general population and can have both short-term and long-term negative effects on an individual's physical and mental health. Notably, they are associated with an increased likelihood of adopting health-damaging behaviors (e.g., smoking, substance use), various chronic diseases (e.g., cardiovascular and respiratory diseases), and increased premature mortality. The implications for mental health are also significant, with strong associations identified between these experiences and adverse mental health outcomes in adulthood, such as depression and suicide. Their negative effects may start in childhood. Social workers can play a crucial role in preventing these adverse experiences, detecting them early, and effectively managing their consequences by collaborating with professionals from related scientific fields. This collaborative approach aims to interrupt the "vicious cycle" of these experiences and their transgenerational transmission, ultimately ensuring a higher level of health and well-being for individuals and societies.

Key-words: adverse childhood experiences, physical health, mental health, childhood adversity, social work

Correspondence: Constantinos Togas, togascostas@yahoo.gr