

2017

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

MAGISTRSKO DELO

VLOGA TRAVME V OTROŠTVU IN ODNOSOV S  
STARŠI PRI POJAVU ZASVOJENOSTI S  
PREPOVEDANIMI DROGAMI

URŠKA BAČAR

URŠKA BAČAR

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Vloga travme v otroštvu in odnosov s starši pri pojavu zasvojenosti s  
prepovedanimi drogami**

(The role of childhood trauma and parental bonding in onset of drug addiction)

Ime in priimek: Urška Bačar

Študijski program: Biopsihologija, 2. stopnja

Mentor: prof. dr. Gorazd Drevenšek

Somentor: asist. dr. Vesna Jug

Koper, september 2017

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Urška BAČAR

Naslov magistrskega dela: Vloga travme v otroštvu in odnosov s starši pri pojavu zasvojenosti s prepovedanimi drogami

Kraj: Koper

Leto: 2017

Število listov: 57

Število slik: 2

Število tabel: 10

Število referenc: 79

Mentor: prof. dr. Gorazd Drevenšek

Somentor: asist. dr. Vesna Jug

UDK: 615.015.6(043.2)

Ključne besede: travma v otroštvu, zloraba, zanemarjanje, odnosi s starši, stili starševstva, zasvojenost s prepovedanimi drogami

Izvleček:

Travme v otroštvu so povezane z različnimi škodljivimi posledicami za zdravje, med katere sodi tudi zasvojenost s prepovedanimi drogami. Za zdrav razvoj otrok so ključnega pomena čustvene vezi in odnosi s starši. Z retrospektivno raziskavo smo ugotavljali, kakšno vlogo imajo pri pojavu zasvojenosti s prepovedanimi drogami travme v otroštvu (telesna, čustvena in spolna zloraba ter telesno in čustveno zanemarjanje) in odnosi s starši (starševska nega in nadzor). Uporabili smo dva psihološka vprašalnika: Vprašalnik vezi s starši in Vprašalnik travm v otroštvu. V raziskavo je bilo vključenih 68 oseb, od tega je bilo v eksperimentalni skupini 36 oseb, ki so bile vključene v nizkopražne substitucijske programe zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v Obalno-kraški regiji, v kontrolni skupini pa je bilo 32 prostovoljcev, ki niso bili zasvojeni in v času raziskave niso jemali zdravil. Ugotovili smo, da so pri osebah, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, pogoste vse vrste travm v otroštvu, odnose s starši pa so večinoma opisovali kot višje ravni starševskega nadzora in nižje ravni starševske nege. Osebe, vključene v nizkopražne substitucijske programe zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog, so očetovo vzgojo večinoma dojemale kot nadzor brez naklonjenosti. Pomen magistrskega dela je v tem, da smo obdelali specifične podatke, pridobljene s slovensko raziskavo s področja prepovedanih drog, ter da izsledki raziskave nakazujejo potrebo po nadaljnjih raziskavah z večjim številom preiskovancev.

### **Key words documentation**

Name and SURNAME: Urška BAČAR

Title of the master thesis: The role of childhood trauma and parental bonding in onset of drug addiction

Place: Koper

Year: 2017

Number of pages: 57

Number of figures: 2

Number of tables: 10

Number of references: 79

Mentor: Prof. Gorazd Drevenšek, PhD

Co-Mentor: Assist. Vesna Jug, PhD

UDK: 615.015.6(043.2)

Keywords: childhood trauma, abuse, neglect, parental bonding, parenting styles, drug addiction

Abstract:

Childhood trauma is associated with various harmful effects on health. One of such is also illicit drug addiction. Healthy development of a child depends on emotional bonds and parental bonding. We made a retrospective research on how childhood trauma (physical, emotional and sexual abuse as well as physical and emotional neglect) and parental bonding (parental care and control) impact on onset of drug addiction. We worked on two psychological questionnaires: the Parental Bonding Instrument and the Childhood Trauma Questionnaire. 68 people were included in the research. We divided them into two groups: an experimental one consisting of 36 persons and a control one consisting of 32 volunteers. The people from the first group came from low threshold substitution programs for drug addiction treatment in Coastal-Karst Region. The second one consisted of people who were not drug addicted and did not use any drugs during the research. We have found out that the persons who were drug addicted often went through different childhood trauma. Perceived parental bonding was mostly described as higher levels of parental control and lower levels of parental care. Persons coming from low threshold substitution programs for drug addiction treatment mostly perceived their father's education as affectionless control. The importance of the master's thesis is that we processed specific data found out from the Slovenian research in the field of illicit drugs and that the results indicated the need for further research with a larger number of subjects.

## KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
1.1 TRAVMA .....	2
1.1.1 Zanemarjanje .....	2
1.1.2 Zloraba .....	3
1.1.3 Pogostost travm v otroštvu .....	6
1.1.4 Posledice travm v otroštvu .....	7
1.2 ODNOSI S STARŠI .....	7
1.2.1 Stili starševstva.....	9
1.3 ZASVOJENOST.....	11
1.3.1 Zasvojenost in odvisnost od prepovedanih drog .....	12
1.3.2 Razlika med zasvojenostjo in odvisnostjo .....	13
1.3.3 Nizkopražni substitucijski programi .....	14
1.4 VLOGA TRAVM V OTROŠTVU PRI POJAVU ZASVOJENOSTI S PREPOVEDANIMI DROGAMI.....	15
1.5 VLOGA ZGODNJIH ODNOSOV S STARŠI PRI POJAVU ZASVOJENOSTI.....	19
1.6 VLOGA TRAVME V OTROŠTVU IN ODNOSOV S STARŠI PRI POJAVU ZASVOJENOSTI S PREPOVEDANIMI DROGAMI .....	22
1.7 NAMEN IN CILJI .....	22
1.8 HIPOTEZE .....	22
2 METODA .....	25
2.1 VZOREC .....	25
2.2 PRIPOMOČKI.....	25
2.2.1 Vprašalnik vezi s starši.....	25
2.2.2 Vprašalnik travm v otroštvu.....	26
2.3 POSTOPEK .....	27
3 REZULTATI .....	28
3.1 OPISNA STATISTIKA .....	28
3.2 FREKVENČNA PORAZDELITEV .....	29
3.3 KOLMOGOROV-SMIRNOV TEST .....	31
3.4 SPEARMANOV KORELACIJSKI KOEFICIENT .....	32
3.5 MANN-WHITNEYEV U-TEST .....	34
3.6 HI-KVADRAT .....	36
4 RAZPRAVA.....	38
4.1 VREDNOST MAGISTRSKEGA DELA .....	40
5 SKLEPI.....	42
6 LITERATURA IN VIRI.....	43

## KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 3.01. Opisna statistika (velikost vzorca, najnižja dosežena vrednost, najvišja dosežena vrednost, aritmetična sredina in standardni odklon) za eksperimentalno in kontrolno skupino na podlestvicah vprašalnikov PBI in CTQ .....	28
Tabela 3.02. Opisna statistika (velikost vzorca, najnižja dosežena vrednost, najvišja dosežena vrednost, aritmetična sredina in standardni odklon) za moške in ženske v eksperimentalni skupini na podlestvicah vprašalnika CTQ .....	29
Tabela 3.03. Frekvenčna porazdelitev rezultatov vprašalnika PBI.....	29
Tabela 3.04. Kolmogorov-Smirnov test za podlestvice vprašalnikov PBI in CTQ.....	31
Tabela 3.05. Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti vseh podleščvic na vprašalnikih PBI in CTQ v eksperimentalni skupini .....	32
Tabela 3.06. Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti vseh podleščvic na vprašalnikih PBI in CTQ v kontrolni skupini .....	33
Tabela 3.07. Vrednosti rangov na vseh podleščvicah vprašalnikov PBI in CTQ .....	34
Tabela 3.08. Testna statistika Mann-Whitneyevega U-testa za vse podleščvice vprašalnikov PBI in CTQ .....	35
Tabela 3.09. Frekvence rezultatov testa Hi-kvadrat na vprašalniku PBI za eksperimentalno in kontrolno skupino .....	36
Tabela 3.10. Testna statistika testa Hi- kvadrat na vprašalniku PBI za eksperimentalno in kontrolno skupino .....	37

## KAZALO SLIK

<i>Slika 1.01.</i> Dve lestvici vezi s starši in možnosti različnih stilov starševstva glede na količino nege in nadzora (Povzeto po: Parker idr., 1979, str. 8.).....	11
<i>Slika 1.02.</i> Povezanost očetove nege in nadzora ter matrine nege in nadzora z uporabo različnih vrst droge (Povzeto po: Segura-Garcia idr., 2016).....	21

## SEZNAM KRATIC

APSAC	Ameriško strokovno združenje za zlorabo otrok ( <i>angl. »The American Professional Society on the Abuse of Children«</i> )
ASAM	Ameriško združenje za medicino zasvojenosti ( <i>angl. »American Society of Addiction Medicine«</i> )
AUDIT	Vprašalnik o uporabi alkohola ( <i>angl. »Alcohol Use Disorders Identification Test«</i> )
BIS-11	Barratova lestvica impulzivnosti (11) ( <i>angl. »Barratt Impulsiveness Scale – 11«</i> )
CD-RISC	Connor-Davidsonova lestvica odpornosti ( <i>angl. »Connor-Davidson Resilience Scale«</i> )
CLOUD	Celovit pristop k obravnavi ter socialni in ekonomski reintegraciji uporabnikov prepovedanih drog
CTQ	Vprašalnik travm v otroštvu ( <i>angl. »Childhood Trauma Questionnaire«</i> )
CTQ-SF	Vprašalnik vezi s starši – krajša verzija ( <i>angl. »Childhood Trauma Questionnaire – Short Form«</i> )
DSM-V	Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj, peta verzija ( <i>angl. »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition«</i> )
DUDIT	Vprašalnik o uporabi drog ( <i>angl. »Drug Use Disorders Identification Test«</i> )
LSD	dietilamid lisergične kisline
MKB-10-AM	Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija
NIDA	Nacionalni inštitut za zlorabe psihoaktivnih snovi ( <i>angl. »National Institute on Drug Abuse«</i> )
PAI	Vprašalnik za oceno osebnosti ( <i>angl. »Personality Assessment Inventory«</i> )
PBI	Vprašalnik vezi s starši ( <i>angl. »Parental Bonding Instrument«</i> )
PTSM	posttravmatska stresna motnja
RT	Samooценjevalna lestvica tveganja ( <i>angl. »Self-Rating Form; Risk Taking«</i> )



## ZAHVALA

### Zahvaljujem se:

**mentorju prof. dr. Gorazdu Drevenšku** za povabilo k sodelovanju na projektu CLOUD, dovoljenje za uporabo podatkov za namen magistrskega dela, strokovne nasvete, konstruktivno kritiko in usmerjanje pri pisanju magistrskega dela,

**somentorici asist. dr. Vesni Jug** za mentorstvo na projektu CLOUD, pomoč pri statističnih analizah, strokovne nasvete, pohvalo in usmerjanje pri izdelavi magistrskega dela,

**družini** za spodbudo in razumevanje, posebno mami **Cvetki** za lektoriranje in praktične nasvete pri pisanju dela ter sestri **Ani** za pomoč pri oblikovanju,

**Samotu** za ljubezen, oporo in spodbudo,

**prijateljem** za spodbudo in ohranjanje motivacije,

**Psihiatrični bolnišnici Idrija** za štipendiranje in za to, ker so mi omogočili opravljanje študijske prakse v njihovi ustanovi ter **dr. Špeli Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.** za mentorstvo pri opravljanju študijske prakse.

**Hvala!**

## 1 UVOD

Travma v otroštvu je resen psihosocialni, medicinski in družbeni problem, ki ima resne posledice za žrtve in družbo (De Bellis in Zisk, 2014). Zlorabe v otroštvu so namreč povezane z različnimi škodljivimi posledicami za zdravje in funkcioniranje odraslih (Birere in Jordan, 2009). Nekatere študije (Maschi, Baer, Morrissey in Moreno, 2012) ugotavljajo, da je travma v otroštvu povezana z duševnim in fizičnim zdravjem kasneje v življenju. Doživljanje trpinčenja in kumulativnih stresnih življenjskih dogodkov pred puberteto in zlasti v prvih letih življenja je povezano z zgodnjim začetkom problematičnega pitja alkohola v mladostništvu in z odvisnostjo od alkohola in drog v zgodnji odraslosti (Enoch, 2011). Travme v otroštvu (telesna zloraba, spolna zloraba, čustvena zloraba, telesno zanemarjanje in čustveno zanemarjanje) so povezane z resnimi motnjami uporabe prepovedanih drog, vključno z uporabo alkohola, sedativov, pomirjeval, opioidov, amfetaminov, marihuane, kokaina, heroina in nikotina (Afifi, Henriksen, Asmundson in Sareen, 2012).

Vzgoja staršev ima velik vpliv na otrokov razvoj in njegove odločitve. Ena izmed pomembnejših odločitev v življenju otroka pa je tudi to, ali bo poizkusil / užival droge ali ne (Kastelin in Mikulan, 2004). Raziskave (Jurcik, Moulding in Naujokaitis, 2013) ugotavljajo, da je stil starševske vzgoje povezan s pogostostjo uporabe prepovedanih drog.

Parker, Tupling in Brown (1979) so opredelili štiri različne stile starševstva, ki se razlikujejo glede na izraženost nege in nadzora. Ti stili starševstva so: optimalno starševstvo, ljubeče-omejevalni slog, nadzor brez naklonjenosti in brezbrizno starševstvo. Raziskave (Schweitzer in Lawton, 1989; Pettenon idr., 2014; Segura-Garcia idr., 2016) ugotavljajo, da je pri osebah, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, najpogostejši stil starševstva nadzor brez naklonjenosti.

Zasvojenost s prepovedanimi drogami je vedenjski vzorec zlorabe drog, za katerega so značilni: kompulzivna uporaba drog, zagotovitev zaloge droge in velika tendenca k ponovnemu jemanju droge po prekinitvi (Stahl, 2000).

Leta 2015 je bilo v Sloveniji 5172 visoko tveganih uporabnikov opioidov v starostni skupini od 15 do 64 let. Programi zmanjševanja škode pa so registrirali 1966 uporabnikov prepovedanih drog, ki si droge injicirajo. Od tega je bilo 124 uporabnikov novih. Razširjenost visoko tvegane uporabe drog je v Sloveniji v zadnjih letih stabilna in znaša približno 3,7 do 4,9 uporabnikov droge na 1000 prebivalcev (Drev, 2017). Ob teh podatkih smo se vprašali, zakaj ljudje posežemo po drogi in kakšno vlogo imajo pri pojavu zasvojenosti travme v otroštvu in odnosi s starši. V magistrskem delu bomo torej poskušali ugotoviti, kakšna je vloga travm v otroštvu in odnosov s starši pri pojavu zasvojenosti s prepovedanimi drogami.

## 1.1 TRAVMA

Travma je opredeljena kot »telesna poškodba ali hujši čustveni pretres« (Smith, 1992).

V Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralske modifikacije (MKB-10-AM), so travme opredeljene v dvajsetem poglavju Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti (U50-Y98), v sklopu Napad (X85-Y09). Zanimale nas bodo predvsem tri kategorije: spolni napad z uporabo telesne sile (Y05), zanemarjanje in zapustitev (Y06) in drugi simptomi trpinčenja (Y07) (MKB-10-AM, 6. verzija).

V Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj – 5. verzija (DSM-V; *angl. »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition«*) so travme uvrščene v poglavje Druga stanja, ki so lahko fokus klinične pozornosti, v sklop Trpinčenje v otroštvu in problemi zanemarjanja. Ta sklop sestavljajo telesna zloraba, spolna zloraba, zanemarjanje in psihološka zloraba v otroštvu (American Psychiatric Association, 2013).

Travma v otroštvu ima lahko vztrajne ali občasne duševne ali telesne posledice, ki lahko vključujejo nadaljevanje reviktimizacije, psihiatrične motnje, kognitivne okvare, neprilagojene odzive na stres, telesne motnje in celo zgodnjo smrt (Acierno idr., 2010; Gagnon in Hersen, 2000; Stessman idr., 2008, po Maschi idr., 2012).

### 1.1.1 Zanemarjanje

O zanemarjanju otroka govorimo takrat, ko mu skrbniki ne nudijo primerne hrane, oblačil ali zdravstvene oskrbe (Wicks-Nelson in Israel, 2006, po Kail in Cavanaugh, 2014).

V DSM-V je zanemarjanje otroka opredeljeno kot katerokoli potrjeno ali osumljeno nezaslišano dejanje ali opustitev, s strani otrokovega starša ali skrbnika, ki otroka prikrajša za osnovne, starosti primerne potrebe, in s tem povzroči (ali ima potencial, da povzroči) fizično ali psihološko škodo za otroka. Zanemarjanje zajema zapuščanje, pomanjkanje ustreznega nadzora, neuspeh pri uglaševanju na otrokove čustvene ali psihološke potrebe ter neuspeh pri zagotavljanju potrebne izobrazbe, zdravstvene oskrbe, varnosti, prehrane in oblačil (American Psychiatric Association, 2013).

#### 1.1.1.1 Čustveno zanemarjanje

Čustveno zanemarjanje je definirano kot nepozornost na otrokove čustvene potrebe, nezagotavljanje psihološke nege ali dovoljenje, da otrok uživa alkohol ali droge (U. S. Department of Health and Human Services, 2008, po Marshall, 2012). Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg in Van IJzendoorn (2013) pa čustveno zanemarjanje opredeljujejo

kot neuspešno zadovoljevanje otrokovih čustvenih potreb, kar se kaže kot neprimerna nega in naklonjenost, dovoljenje, da so otroci priča družinskemu nasilju, zavestno dovoljenje maladaptivnega vedenja in pomanjkanje skrbi za otroka, ko ima le-ta čustvene ali vedenjske probleme.

Čustveno zanemarjanje prepoznamo po slabšem uspehu, počasnem razvoju, slabih učnih sposobnostih in pomanjkanju normalnih čustvenih odzivov (Smith, 1992). Čustveno zanemarjeni otroci se pogosto podcenjujejo, so negotovi in težko najdejo stike z drugimi (Smith, 1992).

#### 1.1.1.2 Telesno zanemarjanje

Telesno zanemarjanje se nanaša na neizpolnjevanje otrokovih telesnih potreb. O telesnem zanemarjanju govorimo takrat, kadar skrbnik otroku ne uspe zagotoviti ustrezne prehrane, oblačil, osebne higiene, nadzora in zdravniške pomoči (Stoltenborgh idr., 2013). Connell-Carrick (2003, po Barnard, 2007) je poudaril, da se telesno zanemarjanje redko pojavi v samostojni obliki, pač pa se običajno pojavi poleg čustvene zlorabe in drugih vrst travm.

### 1.1.2 Zloraba

Zloraba otroka je opredeljena kot kakršnakoli oblika zlorabe ali nepravilnega ravnanja z otrokom. O zlorabi govorimo takrat, ko se pojavijo dejanja oziroma opustitve, ki povzročijo škodo na otrokovem zdravju, razvoju in dobrem počutju, ali pa izpostavijo otroka nevarnostim in trpinčenju (Smith, 1992).

#### 1.1.2.1 Čustvena zloraba

Čustvena zloraba je v DSM-V poimenovana kot psihološka zloraba. Opredeljena je kot namerna verbalna ali simbolična dejanja, s strani starša ali skrbnika, ki povzročijo (ali imajo potencial, da povzročijo) pomembno psihološko škodo pri otroku. Primeri psihološke zlorabe otroka so: grajanje, kritiziranje ali poniževanje otroka, grožnje, škodovanje / zapuščenje (ali namigovanje, da bo nasilnež škodoval / zapustil) oseb ali stvari, ki so otroku ljube, omejevanje otroka (vezanje rok in nog skupaj, privezovanje otroka za pohištvo in zapiranje otroka v majhne prostore), zvrčanje krivde na otroka, siljenje otroka, da si povzroča bolečino, in pretirano discipliniranje otroka (ekstremno pogosto ali dolgotrajno) preko fizičnih in nefizičnih sredstev (American Psychiatric Association, 2013).

Čustvena zloraba vključuje vsak način obravnave otroka, ki na podlagi poniževanja, zaničevanja, kritiziranja, ignoriranja in drugih načinov razvrednotenja osebe uničuje otrokovo samospoštovanje in onemogoča njegov zdrav psihološki razvoj (Temnik, 2010).

Čustvena oziroma psihološka zloraba je vzdrževani vzorec verbalnega nasilja in poniževanja s strani odrasle osebe, ki jo otrok pojmuje kot pomembno, in vodi v rušenje otrokove samopodobe in socialnih kompetenc (Tomison in Tucci, 1997, po Temnik, 2010). Čustveno zlorabo lahko opišemo tudi kot razvrednotenje žrtve in sistematično ponižanje. V interakcijah med otrokom in starši se pojavlja škodljivi vzorec interakcij, ki postane značilen odnos med njima (Kairys, 2002, po Temnik, 2010). Psihološko nasilje nad otroki sestavljajo zaničevanje, ustrahovanje, izkoriščevalsko vedenje, odrekanje čustvene odzivnosti, zavračanje, izoliranje, nekonsistentno starševstvo, zanemarjanje duševnega zdravja in drugih otrokovih potreb (zdravstvenih, izobraževalnih) ter nasilje med partnerjema (Kairys, 2002, po Temnik, 2010). Posledica neprestanega znašanja nad otrokom se kaže v tem, da se otrok počuti nevrednega spoštovanja, ljubezni, prijateljstva in naklonjenosti. Čustvena zloraba za seboj pusti najhujše posledice za osebni razvoj, saj sta prizadeta otrokova samopodoba in samospoštovanje, zaznamovana pa sta tudi razmišljanje in čustvovanje. Bierman (2005, po Temnik, 2010) opazuje, da ima mamino nasilje večji vpliv na ženske, medtem ko očetovo nasilje vpliva na oba spola.

#### 1.1.2.2 Telesna zloraba

Telesna zloraba vključuje napad, ki povzroči poškodbe (Wicks-Nelson in Israel, 2006, po Kail in Cavanaugh, 2014).

Telesna zloraba je po DSM-V opredeljena kot namerna fizična poškodba otroka, ki vključuje vse od manjših modric do hudih zlomov in smrti. Telesno zlorabo predstavlja vsaka poškodba, ki jo povzročijo starši, skrbniki ali druge osebe, odgovorne za otroka, in ki nastane zaradi udarjanja, pretepanja, brcanja, grizenja, tresenja, metanja, zbadanja, davljenja, ožiganja ali uporabe katerekoli druge metode. Takšne poškodbe so po DSM-V obravnavane kot zloraba, ne glede na to, ali je skrbnik nameraval poškodovati otroka. Fizična disciplina, kot sta na primer šeškanje ali klofuta, ni obravnavana kot zloraba, dokler je smiselna in ne povzroča telesnih poškodb pri otroku (American Psychiatric Association, 2013).

#### 1.1.2.3 Spolna zloraba

Spolna zloraba otroka je prikrit, vztrajen in resen problem po celem svetu. Stopnja spolne zlorabe je odvisna od populacije in opredelitve spolne zlorabe, saj jo različni avtorji različno definirajo. Posledično se ugotovitve raziskav zelo razlikujejo. Johnson (2004) navaja raziskave, ki ugotavljajo, da spolna zloraba prizadene 2 do 62% žensk in 3 do 16% moških. Realno število spolno zlorabljenih oseb verjetno nikdar ne bo znano.

O spolni zlorabi govorimo takrat, ko odrasla oseba izkorišča otroka za svojo spolno zadovoljitev (Smith, 1992). Spolna zloraba vključuje dotikanje, občevanje ali druga spolna vedenja (Wicks-Nelson in Israel, 2006, po Kail in Cavanaugh, 2014).

Po DSM-V je spolna zloraba otroka opredeljena kot kakršenkoli spolni akt, ki vključuje otroka, in je namenjen zagotavljanju spolnega zadovoljstva staršu, skrbniku ali drugi osebi, ki je odgovorna za otroka. Spolna zloraba vključuje dejavnosti, kot so: dotikanje in draženje otrokovih genitalij, penetracija, incest, posilstvo, sodomija in neprimerno razkazovanje. Spolna zloraba vključuje tudi izkoriščanje otroka s strani starša ali skrbnika brez kontakta. Sestavljajo ga aktivnosti brez neposrednega fizičnega kontakta med otrokom in nasilnežem, kot so na primer: izsiljevanje, uporabljanje zvijač, vabljenje, grožnje ali pritiskanje na otroka, da bi sodeloval pri aktivnostih za spolno zadovoljstvo drugih (American Psychiatric Association, 2013).

Bolečina in poškodbe tkiv, ki nastanejo pri spolni zlorabi otroka, se lahko sčasoma popolnoma pozdravijo, vendar psihološke in zdravstvene posledice ostajajo tudi v odraslosti (Johnson, 2004).

#### 1.1.2.4 Psihološko trpinčenje

Psihološko trpinčenje ali čustveno trpinčenje vključuje čustveno zlorabo in čustveno zanemarjanje (Marshall, 2012). Ameriško strokovno združenje za zlorabo otrok (APSAC; *angl.* »The American Professional Society on the Abuse of Children«) prepoznava šest oblik psihološkega trpinčenja: prezirljivo zavračanje (*angl.* »spurning«), teroriziranje, izolacijo, izkoriščanje / kvarjenje, zanikanje čustvene odzivnosti in zanemarjanje duševnega zdravja, medicinske oskrbe ali izobrazbe. Prezirljivo zavračanje je definirano kot verbalna in neverbalna dejanja negovalca, ki zavračajo in ponižujejo otroka. Primer prezirljivega zavračanja je javno ponižanje in zasmehovanje otroka, ker je pokazal normalna čustva. Teroriziranje so negovalčeva vedenja, ki grozijo, ali pa je verjetno, da bodo otroka ranila, ubila, zapustila ali postavila otroka ali njegove bližnje osebe v nevarno situacijo. Oseba na primer lahko otroka postavi v zanj nevarno situacijo ali pa mu grozi z nasiljem. Izolacija so negovalčeva dejanja, ki otroku odrekajo možnosti za zadovoljitev potreb po druženju z vrstniki ali odraslimi doma ali zunaj doma. Zanemarjanje duševnega zdravja, medicinske oskrbe in izobrazbe so definirana kot neupravičena dejanja, ki zavračajo morebitno potrebno zdravljenje in težave pri izobraževanju. Izkoriščanje / kvarjenje je definirano kot dejanja, ki spodbujajo otroka, da razvije neprimerna vedenja, kot so: samouničevalna vedenja, kriminal ali deviantno vedenje. Zanikanje čustvene odzivnosti pa so dejanja, ki ignorirajo otrokove poskuse in potrebe po interakciji (APSAC, po Marshall, 2012).

Psihološko trpinčenje je povezano s slabšimi psihosocialnimi izidi. Na vrsto negativnih psihosocialnih izidov ima velik vpliv starost, pri kateri je otrok doživel psihološko trpinčenje (Marshall, 2012). Brassard in Donovan (2006, po Marshall, 2012) sta izvedla celovit pregled literature o čustveni zlorabi otrok in poudarila izide, ki so povezani s starostjo. V pregledu navajata, da imajo dojenčki, ki doživljajo psihološko zanemarjanje in zmerjanje, težave z navezanostjo s skrbniki. Pri mladostnikih, ki doživljajo psihološko

trpinčenje, pa obstaja večje tveganje za delikventnost in uporabo prepovedanih drog (Brassard in Donovan, 2006, po Marshall, 2012).

### **1.1.3 Pogostost travm v otroštvu**

Trpinčenje otrok je velik problem javnega zdravja in socialnega varstva v državah z visokim dohodkom. Vsako leto je približno 4 do 16% otrok telesno zlorabljenih, eden od desetih otrok pa je zanemarjen ali čustveno zlorabljen.

Populacijske študije v razvitih državah (Avstralija, Nova Zelandija, Kanada in Združene države Amerike) (Fergusson in Mullen, 1999; Nelson idr., 2002, po Gilbert idr., 2009) ugotavljajo, da je bilo približno 5 do 10% deklic in do 5% dečkov v otroštvu izpostavljenih penetrativni spolni zlorabi. Odstotek zlorabljenih otrok pa se do trikrat poveča, če upoštevamo izpostavljenost kakršnikoli obliki spolne zlorabe (Gilbert idr., 2009).

Pogostost travm v otroštvu je težko oceniti, saj številni primeri zlorab ostanejo neprijavljeni (Kail in Cavanaugh, 2014). Med zlorabljenimi otroci sta telesna in spolna zloraba ter zanemarjanje pogosteje prijavljeni kot pa čustvena zloraba (U. S. Department of Health and Human Services, 2010, po Marshall, 2012). Ocene števila zlorabljenih otrok so približne, saj temeljijo na specifičnem vzorcu in raziskave ne morejo zajeti vseh primerov. Poleg tega pa bodo vedno obstajali primeri, za katere nihče ne ve, saj se nekateri posamezniki bodisi bojijo prijaviti nasilneža bodisi te možnosti nimajo. Približno 80% zlorabljenih otrok je zanemarnjenih, 20% jih je telesno zlorabljenih, 10% jih je spolno zlorabljenih in 5% jih je psihološko trpinčenih. Nekateri otroci doživijo več kot eno obliko zlorabe (U. S. Department of Health and Human Services, 2013, po Kail in Cavanaugh, 2014).

May-Chahal in Cawson (2004) sta ugotovili, da je bilo 16% mladih odraslih iz Združenega kraljestva, ki so bili vključeni v raziskavo, zlorabljenih ali zanemarnjenih. 7% udeležencev je bilo telesno zlorabljenih, 6% čustveno zlorabljenih in 11% spolno zlorabljenih. V Evropi je spolno zlorabo pred osemnajstim letom doživelo 10 do 20% anketiranih žensk in 3 do 10% moških (Svedin, Back in Soderback, 2002, po Johnson, 2004).

Slovenska raziskava (Repič, 2006) je pokazala, da je bilo spolno zlorabljenih kar 18% udeležencev raziskave. Glede na spol je bilo spolno zlorabljeno približno vsako peto dekle in vsak sedmi fant.

Večina raziskav se usmerja na otroke, katerih starši uporabljajo drogo. Raziskave ugotavljajo, da obstaja velika verjetnost, da bodo otroci oseb, ki so zasvojene z drogami, zlorabljeni in zanemarnjeni (Barnard, 2007). Pri otrocih, katerih starši uporabljajo prepovedane droge, je prisotno povečano tveganje za telesno in spolno zlorabo (Walsh, MacMillan in Jamieson, 2003). Trpinčenje otrok in težave njihovih staršev z drogami se sočasno pojavijo v približno 30% primerov (Locke in Newcomb, 2003).

#### 1.1.4 Posledice travm v otroštvu

Izpostavljenost več vrstam zlorabe in ponavljajočim se epizodam trpinčenja je povezana s povečanim tveganjem za resno trpinčenje in psihološke posledice (Gilbert idr., 2009). Trpinčenje otrok bistveno prispeva k smrtnosti in obolevnosti otrok. Dolgotrajen vpliv pa ima tudi na duševno zdravje, zlorabo drog in alkohola, tvegano spolno vedenje, debelost in kriminalno vedenje (Gilbert idr., 2009).

Trpinčenje otrok ima posledice tudi na področju izobraževanja in zaposlovanja (Gilbert idr., 2009). Mladostniki, ki so bili v otroštvu zlorabljeni, imajo v primerjavi z mladostniki, ki niso bili zlorabljeni, slabše ocene in več izostankov od pouka, večkrat pa so tudi izključeni iz šole (Landsford idr., 2002). Pri trpinčenih otrocih lahko opazimo agresivnost, anksioznost ali depresijo, disociacijo, simptome posttravmatske stresne motnje (PTSM), socialne probleme, težave z mislimi in socialni umik (Lansford idr., 2002).

Dolgoročno zanemarjanje je vsaj tako škodljivo kot telesna ali spolna zloraba, ampak je deležno manj javne in znanstvene pozornosti (Gilbert idr., 2009).

### 1.2 ODNOSI S STARŠI

Močne čustvene vezi z vsaj enim od staršev so zelo pomembne za razvoj in vzgojo dojenčkov in otrok (Bowlby, 1969, po Barnard, 2007). Navezanost je širok pojem, ki ima veliko pomenov. V strokovnih razpravah izraz običajno uporabljamo kot nadomestek za odnose / vezi, razmerja ali naklonjenost, vendar so ti konstrukti le komponente navezanosti. Bowlby je bil prvi avtor, ki je poskušal razvoj človeka razložiti tako, da je poudaril pomen odnosov in čustvenih vezi, ki so ključne za zdrav razvoj dojenčkov (Garhart Mooney, 2010). Ainsworth (1967, po Garhart Mooney, 2010) je navezanost definirala kot čustveno vez, ki jo oseba ali žival oblikuje z drugo specifično osebo. Ta vez ju povezuje in se ohranja skozi čas. Bowlby (1982, po Garhart Mooney, 2010) pa je navezanost opredelil kot dimenzijo odnosa med dojenčkom in skrbnikom, ki vključuje zaščito in reguliranje varnosti. V tem teoretičnem okvirju navezanost pojmuje kot intenzivno in vztrajno čustveno vez, ki jo dojenček razvije z mamo. Ta vez je biološko zakoreninjena v funkciji zaščite pred nevarnostjo.

Navezanost je »proces, pri katerem se med staršem in novorojenim otrokom vzpostavi močna psihološka in čustvena vez« (Smith, 1992, str. 616). Mosher, Glover in Bruning (1987, po Garhart Mooney, 2010) so navezanost opredelili kot vztrajno socialno vez otroka do specifične osebe, kot sta mati in oče. Berger (2001, po Garhart Mooney, 2010) pa meni, da je navezanost vztrajna čustvena povezava med ljudmi, ki povzroča željo po stalnem kontaktu in občutke distresa pri ločitvi.

Navezanost je opredeljena kot sistem vedenja, ki ima svojo funkcijo in lastno obliko notranje organizacije. Ta sistem motivira dojenčka, da išče bližino staršev in vzpostavlja



komunikacijo z njimi. Dojenčkova navezanost na mater ima več funkcij. Iz evolucijskega vidika navezanost namreč izboljša možnosti za njegovo preživetje, saj je vitalna funkcija navezanosti zaščita dojenčka pred različnimi nevarnostmi (Siegel, 1999, po Žvelc, 2011). Siegel (1999, po Žvelc, 2011) meni, da navezanost vzpostavi medosebni odnos, kar dojenčku omogoča, da njegovi nezreli možgani za reguliranje lastnih procesov uporabljajo zrele funkcije možganov svojih staršev. Preko senzitivnega odzivanja na signale otroka lahko starši okrepijo njegova določena pozitivna emocionalna stanja in modulirajo negativna. Na takšen način na primer otroka pomirijo, ko je razburjen, in mu dajo občutek varnosti. Ponavljajoče izkušnje pa postopoma otrok ponotranji v obliki mentalnih modelov oziroma shem navezanosti (Siegel, 1999, po Žvelc, 2011).

Otroci na podlagi izkušenj oblikujejo čustveni odnos z referenčno osebo. Ta odnos jim omogoča, da imajo osebo za varno bazo, ne glede na njeno prisotnost. Otroci čustven odnos s to referenčno osebo namreč ponotranjijo – razvijejo delovni model navezanosti, ki je sestavljen iz niza pričakovanj o dostopnosti referenčnih oseb, o verjetnosti pridobivanja pomoči in opore z njihove strani in o interakciji z njimi. Na podlagi mentalnih reprezentacij čustvenega odnosa oblikuje otrok tesne odnose z drugimi ljudmi pozneje v življenju (Bretherton, 1992, po Zupančič, 2009).

Bowlbyeva teorija navezanosti (Bowlby, 1988, po Cosden in Cortez-Ison, 1999) zagotavlja potencialno pojasnjevalno povezavo med zgodnjo zlorabo, kakovostjo starševstva, socialnim zadovoljstvom in rezultati zdravljenja. Glede na teorijo navezanosti, razvijejo otroci »notranji delovni model« sebe in drugih skozi svoje zgodnje izkušnje s skrbniki.

Otroci, ki svoje starše doživljajo kot skrbne in občutljive na njihove potrebe, se dojemajo kot vredne in ljubljene, druge pa dojemajo kot skrbne in zanesljive. Otroci, ki doživljajo neskladno ali neodzivno starševstvo, pa sebe dojemajo kot nevredne, druge pa kot nezanesljive osebe (Bowlby, 1988, po Cosden in Cortez-Ison, 1999).

Lamb in Lewis (2010, po Kail in Cavanaugh, 2014) menita, da se navezanost običajno najprej razvije med dojenčkom in njegovo materjo. Kmalu pa se dojenček naveže tudi na očeta, čeprav v razvitejših državah očetje v primerjavi z materami pogosto namenijo manj časa skrbi za dojenčka (hranjenje, kopanje). Očetje več časa namenijo igranju z otrokom. Stil igre se razlikuje glede na spol starša. Pri očetih je pogosta fizična igra, matere pa otrokom raje berejo, se pogovarjajo z njimi in jim kažejo različne igračke. Otroci se pogosto raje igrajo z očetom, vendar se v primeru distresa raje zatečejo k materi (Field, 1990, po Kail in Cavanaugh, 2014).

Klaus in Kennel (1976, po Marjanovič Umek in Zupančič, 2009) menita, da je telesni in socialni stik med materjo in novorojenčkom po rojstvu pomemben za oblikovanje vezi med njima. Vez je opredeljena kot oblikovanje naklonjenosti med osebama preko začetnih interakcij. Oblikovanje vezi takoj po rojstvu je pomembno za kakovost medosebnega odnosa med materjo in otrokom kasneje v življenju.

### 1.2.1 Stili starševstva

Starševstvo lahko opišemo s pomočjo temeljnih dimenzij, ki predstavljajo stabilne vidike starševskega vedenja (Holden in Miller, 1999, po Kail in Cavanaugh, 2014). Kail in Cavanaugh (2014) navajata dve temeljni dimenziji starševstva.

Prva dimenzija starševstva je sestavljena iz topline in odzivnosti, ki jo starši izražajo svojim otrokom. Na enem koncu lestvice so starši, ki so odkrito topli in ljubeči do svojih otrok. Z otroci sodelujejo, se odzivajo na njihove čustvene potrebe in veliko časa preživijo z njimi. Na drugem koncu lestvice pa so starši, ki skoraj da niso udeleženi pri vzgoji svojih otrok in so včasih celo sovražni do njih. Takšni starši se pogosto zdijo bolj osredotočeni na zadovoljevanje svojih potreb in zanimanj, kot pa na zadovoljevanje otrokovih potreb. Topli in ljubeči starši na primer z veseljem poslušajo, kako so otroci preživeli dan, medtem ko so neudeleženi starši nezainteresirani, saj je zanje to izguba časa. Topli starši opazijo, ko je njihov otrok žalosten, in ga poskušajo razvedriti, neudeleženi starši pa niso tako pozorni na čustveno stanje svojih otrok in ne vložijo veliko truda v to, da bi jih potolažili. Za otrokov razvoj je zelo pomembno, da ima tople in odzivne starše (Pettit, Bates in Dodge, 1997; Zhou idr., 2002, po Kail in Cavanaugh, 2014).

Druga temeljna dimenzija starševskega vedenja pa vključuje dve obliki nadzora: psihološki in vedenjski nadzor (Grusec, 2011, po Kail in Cavanaugh, 2014). Psihološki nadzor se nanaša na prizadevanja staršev, da bi upravljali s čustvenimi stanji svojih otrok. Kaže se lahko kot odvzem ljubezni ali kot vzbujanje krivde pri otroku. Vedenjski nadzor pa se nanaša na prizadevanja staršev, da bi določili pravila in omejitve, kaj otrok lahko počne in česa na sme. Nekateri starši so lahko diktatorski. Poskušajo namreč urediti vsak vidik otrokovega življenja. Drugi ekstrem pa so starši, ki uveljavljajo malo ali nič nadzora. Njihovi otroci namreč počnejo karkoli želijo, brez da bi vprašali svoje starše za dovoljenje. Za otroke je najboljšo zelo malo psihološkega nadzora v kombinaciji s srednjo mero vedenjskega nadzora (Starši na primer postavijo pravila za otrokovo vedenje in pričakujejo, da jih bodo otroci upoštevali, obenem pa tudi kontrolirajo njihovo vedenje).

Razvojno-psihološki avtorji opredeljujejo vedenje staršev v povezavi z otrokovo socializacijo v okviru dveh temeljnih dimenzij: opore in nadzora. Oporo sestavljajo tista starševska vedenja, ki otroku zagotavljajo varnost in ugodje ob staršu, obenem pa krepijo otrokovo prepričanje, da je sprejet in da ga upoštevajo. Opora je sestavljena iz med seboj tesno povezanih naklonjenosti, skrbnosti in odzivnosti (Holden in Edwards, 1989, po Zupančič in Svetina, 2009). Nadzor lahko opredelimo iz dveh različnih zornih kotov. Po eni strani ga lahko definiramo kot uveljavljanje moči (kaznovanje, grožnje in odvzem svoboščin) in restriktivnost (strogost pri pravilih, postavljanje ozkih mej pri vedenju otroka, pogoste prepovedi), po drugi strani pa nadzor lahko opredelimo kot zahtevnost do otroka (pojasnjevanje določenih pravil, obrazložitev razlogov za zaželeno vedenje, opisovanje negativnih posledic otrokovega vedenja za druge ljudi in pričakovanje odgovornega vedenja) (Zupančič in Svetina, 2009).

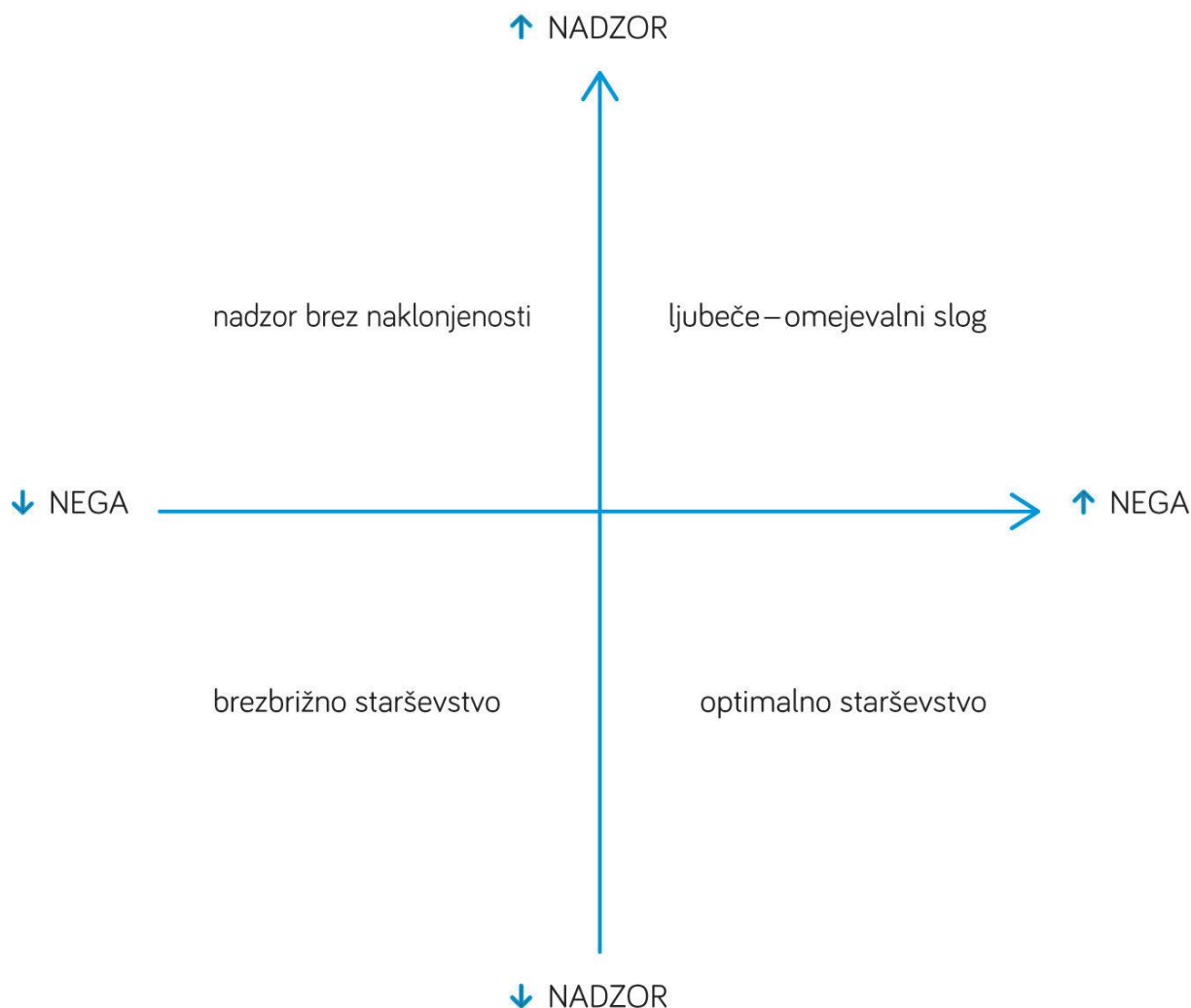
Povezanost otroka s starši je zelo pomembna tudi v mladostništvu, saj posamezniki v tem razvojnem obdobju prav tako potrebujejo spremljanje staršev, njihovo vodenje in nadzor. V kontekstu mladostnikovega socialnega prilagajanja je pomembno, da starši postavljajo

meje vedenju mladostnika. Mladostniki, katerih starši se manj zanimajo zanje in jim le redko postavljajo meje, so bolj dovzetni za tiste vrstniške vplive, ki spodbujajo vključevanje v tvegano vedenje (Zupančič in Svetina, 2009).

Parker in sodelavci (1979) so želeli definirati dimenzije odnosov s starši in ustvariti lestvico, ki bi merila te dimenzije. Rezultat njihove raziskave sta dva konstrukta: nega in nadzor, ki sta sestavljena iz dveh polov. Prvi pol nege je definiran kot naklonjenost, čustvena toplina, empatija in bližina, drugi pol pa kot čustvena hladnost, brezbržnost in zanemarjanje. Prvi pol nadzora je definiran kot kontrola, prekomerna zaščita, vmešavanje, pretiran kontakt, infantilizacija in preprečevanje neodvisnega vedenja, drugi pol pa opredeljuje elemente, ki dovoljujejo neodvisnost in avtonomijo.

Raziskovalci (Parker idr., 1979) so opazili, da ne glede na naš spol, matere dojemamo kot bolj nežne in nekoliko bolj pretirano-zaščitniške kot očete. Ugotovili so tudi, da je nadzor povezan s pomanjkanjem nege.

V magistrskem delu se bomo osredotočili na dva konstrukta: nego in nadzor. Nega opisuje naklonjenost, čustveno toplino, empatijo in bližino v primerjavi s čustveno hladnostjo, brezbržnostjo in zanemarjanjem. Nadzor / prekomerna zaščita pa opisuje nadzor in vmešavanje avtonomije v primerjavi s spodbujanjem (Pettenon idr., 2014). Nega in nadzor lahko analiziramo s pomočjo različnih modelov. V nalogi bomo uporabili Parkerjev model (Parker, 1989, po Pettenon idr., 2014), ki razlikuje med štirimi različnimi stili starševstva: optimalnim starševstvom, ljubeče-omejevalnim slogom, nadzorom brez naklonjenosti in brezbržnim starševstvom. Optimalno starševstvo je sestavljeno iz veliko nege in malo nadzora, ljubeče-omejevalni slog je sestavljen iz veliko nege in veliko nadzora, nadzor brez naklonjenosti je sestavljen iz malo nege in veliko nadzora, brezbržno starševstvo pa je sestavljeno iz malo nege in malo nadzora (Parker idr., 1979).



Slika 1.01. Dve lestvici vezi s starši in možnosti različnih stilov starševstva glede na količino nege in nadzora (Povzeto po: Parker idr., 1979, str. 8.).

### 1.3 ZASVOJENOST

Izraz zasvojenost v večini ljudi vzbudi močno negativno čustveno asociacijo. Meyer in Quenzer (2005) zasvojenost opredeljujeta kot dolgotrajno, ponavljajočo se vedenjsko motnjo, za katero so značilna ponavljajoča se obdobja remisije, ki ji sledijo recidivi. Drevenšek (2016, str. 4) pa meni, da je zasvojenost »kronična, psihonevrobiološka motnja delovanja nagrajevalnega sistema možganov.« Pogojena je z genetskimi, psihosocialnimi in okoljskimi dejavniki. Zasvojenost opredeljujejo: i) nezmožnost samokontrole pri uporabi učinkovine ali izvajanju aktivnosti, ii) kompulzivna uporaba učinkovin, kljub povzročeni škodi in iii) hlepenje po učinkovini ali aktivnosti.

Zasvojenost lahko definiramo kot prekomerni odziv sistema nagrajevanja po zaužitju določene učinkovine ali pri aktivnosti. Pojavi se hlepenje in navezanost na učinkovino, prisotne pa so lahko tudi motnje motivacije, spomina in čustvovanja. Zasvojena oseba

običajno nekontrolirano uživa učinkovine, ki povzročajo zasvojenost, ali nadaljuje z aktivnostjo kljub povzročeni škodi (Drevenšek, 2016).

Zasvojenost z drogami / učinkovinami je prototipna motnja nevrnskega sistema nagrajevanja (Robbins in Clark, 2015), vendar poleg uživanja psihoaktivnih učinkovin tudi številna druga vedenja povzročajo kratkoročno nagrado, ki lahko povzroči vztrajno vedenje, kljub poznavanju škodljivih posledic (zmanjšan nadzor nad vedenjem). Takšno vedenje lahko poimenujemo ne-kemične ali vedenjske zasvojenosti (Grant, Potenza, Weinstein in Gorelick, 2010). Med ne-kemične zasvojenosti lahko uvrstimo: patološko hazardiranje, zasvojenost z internetom, zasvojenost z video / računalniškimi igrami, kleptomanijo, zasvojenost s spolnostjo, zasvojenost z ljubeznijo, kompulzivno nakupovanje, kompulzivno praskanje, prekomerno sončenje (Grant idr., 2010), zasvojenost s hrano, pornografijo, prekomerno vadbo in samopoškodovanjem (Robbins in Clark, 2015).

Odvisnost pa je del fenomena zasvojenosti. Opredelimo jo kot stanje prilagoditve nevrofizioloških in bioloških procesov na uporabo droge, ki se kaže kot toleranca na učinkovino in specifični odtegnitveni sindrom (Drevenšek, 2016).

### **1.3.1 Zasvojenost in odvisnost od prepovedanih drog**

Ameriški Nacionalni inštitut za zlorabo drog (NIDA; *angl. »National Institute on Drug Abuse«*) definira zasvojenost kot stanje, v katerem se organizem spopada s kompulzivnim vedenjem tudi takrat, ko se sooča z negativnimi posledicami (NIDA, 2007). Glavna značilnost zasvojenosti je izguba kontrole pri omejevanju vnosa učinkovine, ki povzroča odvisnost. NIDA (2012) zasvojenost definira kot kompulzivno uporabo drog kljub škodljivim posledicam.

Volkow in Li (2004, po Pinel, 2011) menita, da je oseba zasvojena takrat, ko kronično uporablja droge in nadaljuje z njihovo uporabo kljub škodljivim učinkom na njihovo zdravje in socialno življenje kljub ponavljajočemu prizadevanju, da bi jih nehala uporabljati. Zasvojenost pa se ne navezuje le na uporabo drog, saj smo ljudje lahko zasvojeni tudi s prekomernim hranjenjem z visoko kalorično hrano, prekomernimi spolnimi odnosi, kompulzivnim hazardiranjem in drugimi aktivnostmi (Johnson in Kenny, 2010; Pelchat, 2009; Volkow in Wise, 2005, po Pinel, 2011).

V Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralske modifikacije (MKB-10-AM) je odvisnost od drog opredeljena v petem poglavju Duševne in vedenjske motnje (F00-F99), v sklopu Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10-F19). V tem sklopu so zajete različne motnje, ki so posledica uživanja psihoaktivnih snovi in se razlikujejo med seboj glede na klinično obliko in izrazitost. Posamezne motnje kodiramo tudi s podatkom o uporabljeni psihoaktivni substanci in kliničnem stanju (MKB-10-AM, 6. verzija).

V Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj – 5. verzija (DSM-V) je zasvojenost s prepovedanimi drogami uvrščena v poglavje Z učinkovinami povezane motnje in motnje zasvojenosti. To poglavje vključuje 13 sklopov s substancami povezanih motenj: i) motnje uporabe snovi, ii) s snovjo povzročene motnje, iii) z alkoholom povezane motnje, iv) s kofeinom povezane motnje, v) z marihuano povezane motnje, vi) s halucinogeni povezane motnje, vii) motnje, povezane z učinkovinami za inhaliranje, viii) z opioidi povezane motnje, ix) s sedativi, hipnotiki ali anksiolitiki povezane motnje, x) s stimulansi povezane motnje, xi) s tobakom povezane motnje, xii) druge (ali neznane) z učinkovinami povezane motnje in xiii) motnje, ki niso povezane z učinkovino (American Psychiatric Association, 2013).

Glede na kriterije Ameriškega združenja za medicino zasvojenosti (ASAM; *angl. »American Society of Addiction Medicine«*) so za zasvojenost značilni: i) nezmožnost dosledne abstinence, ii) slabša kontrola vedenja, iii) hrepenenje ali hlepenje po drogah ali nagrajujočem doživetju, iv) zmanjšano prepoznavanje pomembnih problemov z vedenjem in medosebnimi odnosi in v) disfunkcionalni čustveni odziv (ASAM, 2011a; Smith, 2012, po Caraci in Drago, 2014). NIDA (2007) meni, da je prekomerna aktivacija nagrajevalne poti pri hrepenenju verjetno pomembnejša od nagrade same.

### **1.3.2 Razlika med zasvojenostjo in odvisnostjo**

Zasvojenost je kompleksna, vendar ozdravljiva duševna motnja, ki vpliva na delovanje možganov in vedenje (NIDA, 2012). Prepoznamo jo po nezmožnosti samokontrole pri uporabi učinkovine ali izvajanju aktivnosti, po kompulzivni uporabi učinkovin, kljub povzročeni škodi in po hlepenju po učinkovini ali aktivnosti (Drevenšek, 2016). Odvisnost od drog pa je fiziološko stanje nevroadaptacije, ki nastane zaradi ponavljajoče uporabe droge, in povzroči nadaljnjo uporabo droge z namenom preprečitve nastanka odtegnitvenega sindroma (Stahl, 2000). Odvisnost se razvije takrat, ko se nevroni prilagodijo ponavljajoči se izpostavljenosti drogi in oseba pogojno normalno funkcionira le v prisotnosti le-te (NIDA, 2007).

Za zasvojenost in odvisnost od heroina in opiatov so odgovorni različni deli možganov. Za zasvojenost od morfina je odgovorna nagrajevalna pot v možganih, za odvisnost od morfina pa sta odgovorna talamus in možgansko deblo. Tako je na primer možno, da je oseba odvisna od morfina, ni pa z njim zasvojena (NIDA, 2007). Na primer osebe, ki jih zdravijo z morfinom, lahko postanejo odvisne od zdravila. Po prenehanju jemanja zdravila lahko trpijo zaradi odtegnitvenega sindroma, ker pa niso kompulzivni uporabniki morfina, niso zasvojeni (NIDA, 2007).

Za zasvojenost so značilni: nezmožnost prenehati z uporabo droge, nezmožnost za delo, neizpolnjevanje socialnih in družinskih obveznosti ter včasih tudi toleranca in odtegnitev (NIDA, 2012). Toleranca in odtegnitev odražata fizično odvisnost, pri kateri se telo

prilagodi na drogo in jo zahteva vedno več, da bi doseglo določen učinek (toleranca), in izzove specifične fizične in duševne simptome, če je uporaba drog nenadoma prekinjena (odtegnitev). Fizična odvisnost se lahko pojavi pri kronični uporabi različnih učinkovin. Fizična odvisnost še ne pomeni zasvojenosti, vendar pa pogosto spremlja zasvojenost (NIDA, 2012).

Zloraba drog se odraža v njihovi patološki uporabi ali poslabšanju socialne in poklicne uspešnosti (Schatzberg, Cole in DeBattista, 2005). Odvisnost od drog pa vključuje psihološko potrebo po nadaljevanju z zlorabo drog, toleranco in značilne simptome odtegnitve (Schatzberg idr., 2005).

Toleranca je stanje zmanjšane občutljivosti na učinkovino, ki se razvije kot posledica izpostavljenosti učinkovini (Pinel, 2011). O toleranci govorimo takrat, ko ima določen odmerek učinkovine manjši učinek, kot ga je imel pred izpostavljenostjo učinkovini oziroma kadar je potrebna večja količina učinkovine za enak učinek.

Odtegnitveni sindrom je neželena fiziološka reakcija, ki jo povzroči nenadno prenehanje jemanja drog po tem, ko se je telo posameznika navadilo na drogo (Pinel, 2011). Učinki odtegnitvenega sindroma so skoraj vedno nasprotni začetnim učinkom droge. Kadar posameznik po prenehanju jemanja drog doživi odtegnitveni sindrom, lahko rečemo, da je fizično odvisen od učinkovine (Pinel, 2011).

Odvisnost od drog je prisotna pri približno 6% prebivalstva in je nekoliko pogostejša pri moških kot pri ženskah (Schatzberg idr., 2005).

### **1.3.3 Nizkopražni substitucijski programi**

Zasvojenost je kronična duševna motnja, zato mora biti zdravljena, vodena in spremljana skozi vse življenje (ASAM, 2011a; Smith, 2012, po Caraci in Drago, 2014).

V Sloveniji imamo približno 40 programov za pomoč odvisnikom od prepovedanih drog. V okviru zdravstvenega varstva deluje osemnajst Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, dve ambulanti in Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v okviru Psihiatrične klinike v Ljubljani. Aktivne pa so tudi nevladne organizacije in Sistem lokalno-akcijskih skupin. Ločimo dve vrsti programov: visokopražne, ki za sodelovanje v programu zahtevajo abstinenco (detoksikacija, bolnišnično zdravljenje, komune in terapevtske skupnosti), in nizkopražne programe (terensko delo, razdeljevanje sterilnega pribora, substitucijski programi, dnevni centri in dejavnosti socialne reintegracije), kjer abstinenca ni pogoj za vključenost v program (Bačar, 2014).

V magistrskem delu bomo obravnavali nizkopražne substitucijske programe. Substitucijski vzdrževalni programi so programi zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog in obenem

tudi programi zmanjševanja škode zaradi uživanja drog (Kastelic in Kostnapfel, 2010). V Sloveniji imamo, glede na uporabljeno substitucijsko zdravilo, tri podvrste programov: vzdrževalno zdravljenje z metadonom, buprenorfinsko zdravljenje in zdravljenje z morfinom s podaljšanim sproščanjem (Bačar, 2014). Zdravila za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog delujejo tako, da blažijo odtegnitvene simptome in zmanjšujejo željo po opioidih (Kastelic in Kostnapfel, 2010). Namen farmakološkega zdravljenja odvisnosti od drog je izboljšati odtegnitvene simptome in spodbuditi abstinenco (Schatzberg idr., 2005).

Substitucijska zdravila zagotavljajo osebam, odvisnim od opiatov, najboljšo priložnost za okrevanje (Bart, 2012). Vzdrževalno zdravljenje je povezano z vztrajanjem pri zdravljenju in posledično z zmanjšano umrljivostjo, z zmanjšano uporabo prepovedanih drog, z zmanjšanim hrepenenjem po učinkovini, z izboljšanim socialnim funkcioniranjem in boljšo kakovostjo življenja (Bart, 2012). Substitucijsko zdravljenje zmanjša izpostavljenost oseb, odvisnih od prepovedanih drog, visoko tveganemu vedenju. Pomaga jim tudi pri zdravstveni in socialni stabilizaciji njihove odvisnosti (Kastelic in Kostnapfel, 2010). Substitucijsko zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pomaga bolniku, da vzpostavi abstinenco in duševno ter telesno stabilnost, se socialno vključi in opusti kriminalno vedenje (Kastelic, 2007; Mattick, Breen, Kimbler in Davoli, 2003, po Kastelic in Kostnapfel, 2010).

#### 1.4 VLOGA TRAVM V OTROŠTVU PRI POJAVU ZASVOJENOSTI S PREPOVEDANIMI DROGAMI

Zlorabe v otroštvu so povezane z različnimi škodljivimi posledicami za zdravje in funkcioniranje odraslih (Briere in Jordan, 2009). Travme v otroštvu pogosto omenjajo kot pomemben napovednik za zlorabo drog (Miller, 1999, po Walton idr., 2011). Ouimette in Brown (2003, po Briere in Jordan, 2009) navajata več študij, ki so pokazale, da je zloraba v otroštvu povezana z zlorabo drog in alkohola. Nekateri raziskave (Min, Farkas, Minnes in Singer, 2007) pa ugotavljajo, da je travma v otroštvu pomembno povezana s pogostejšo zlorabo drog in psihološkim distresom. Nekateri avtorji menijo (Khantzian, 1997, po Briere in Jordan, 2009), da uporaba drog in alkohola lahko deluje kot oblika anestezije ali samozdravljenja proti bolečim travmatičnim spominom.

Travmatične izkušnje v zgodnjem otroštvu so povezane s povečanim tveganjem za motnje uporabe alkohola in drugih učinkovin v mladostništvu in odraslosti (De Bellis, 2002). Perkins in Jones (2004) sta ugotovila, da 29% telesno zlorabljenih mladostnikov pogosto uporablja droge. Lo in Cheng (2007) pa opozarjata, da je telesna zloraba močan napovednik uporabe drog v zgodnji odraslosti.

Trpinčeni otroci manifestirajo disregulacijo glavnih bioloških sistemov za odzivanje na stres vključno z neugodnimi učinki na razvoj možganov. Disregulacija bioloških sistemov za odzivanje na stres lahko povzroči večjo ranljivost za psihopatologijo – predvsem PTSM in depresijo. Te motnje pa lahko za otroka predstavljajo povečano tveganje za nastop



motenj uporabe alkohola ali drugih učinkovin (De Bellis, 2002). Rosenkranz, Muller in Henderson (2014) so ugotovili, da so pri mladostnikih, ki so doživeli zlorabo, povečani kompleksni simptomi PTSM. Prav ti simptomi PTSM pa naj bi bili delno odgovorni za povezavo med zlorabo v otroštvu in zlorabo drog.

Raziskave (Moran, Vuchinich in Hall, 2004) ugotavljajo, da so čustvena, telesna in spolna zloraba resni dejavniki tveganja za uporabo drog v adolescenci. Pogostost travm v otroštvu pri osebah, ki uživajo droge, je namreč večja kot v splošni populaciji (Medrano, Zule, Hatch in Desmond, 1999). Osebe, ki so bile v otroštvu zanemarjene in zlorabljene, v srednji odraslosti 1,5-krat pogosteje poročajo o uporabi prepovedanih drog v primerjavi s kontrolno skupino, pogosteje pa tudi uporabljajo več različnih vrst drog (Widom, Marmorstein in White, 2006).

Spolna zloraba v otroštvu je povezana s povečanim tveganjem za redno kajenje, uporabo prepovedanih drog in odvisnost od prepovedanih drog (Nelson idr., 2006). Hayatbakhsh in sodelavci (2009) so ugotovili, da osebe, ki so bile v otroštvu spolno zlorabljene, v zgodnji odraslosti pogosteje uporabljajo marihuano.

Spolno zlorabljene osebe se v primerjavi z osebami, ki niso bile spolno zlorabljene, pogosteje zapletajo v vedenja, ki negativno vplivajo na zdravje. Takšno vedenje je tudi uporaba različnih učinkovin, kot so tobak, alkohol in droge (Repič, 2008). Springs in sodelavci (1992, po Repič, 2008) so opazili pozitivno korelacijo med spolno zlorabo in uporabo prepovedanih drog. Lee in sodelavci (2015) so ugotovili, da je bilo 30,9% injicirajočih uporabnikov drog, vključenih v raziskavo, v otroštvu spolno zlorabljenih. Raziskave ugotavljajo, da je prisotna višja stopnja injicirajoče uporabe drog pri moških (Holmes, 1997; Zierler idr., 1991, po Walton idr., 2011) in ženskah (Braitstein idr., 2003; Medrano, Hatch, Zule in Desmond, 2003; Ompad idr., 2005, po Walton idr., 2011), ki so bili spolno zlorabljeni.

Vse oblike zlorabe so povezane s povečano uporabo tobaka, alkohola in prepovedanih drog (Moran idr., 2004). Največji vpliv imata telesna in spolna zloraba. Mladostniki, ki izkusijo tako telesno kot spolno zlorabo, so izpostavljeni zelo velikemu tveganju za uporabo drog. Čustvena zloraba ima v primerjavi s telesno in spolno zlorabo nekoliko manjši vpliv na uporabo tobaka, alkohola in prepovedanih drog (Moran idr., 2004).

Stopnja spolne zlorabe v otroštvu med ženskami, ki imajo težave z uporabo drog, je v povprečju skoraj dvakrat višja kot v splošni populaciji (Simpson in Miller, 2002). Moški, ki so bili v otroštvu spolno zlorabljeni, imajo večje tveganje za težave z uporabo drog kot moški v splošni populaciji (Simpson in Miller, 2002). Pri spolno zlorabljenih dekletih in fantih obstaja štirikrat večje tveganje za uporabo drog kot pri mladostnikih, ki niso bili zlorabljeni (Bergen, Martin, Richardson, Allison in Roeger, 2004). Povezava med fizično zlorabo in uporabo prepovedanih drog je močnejša pri ženskah kot pri moških. Povezava med fizično in spolno zlorabo skupaj in uporabo prepovedanih drog pa je močnejša pri moških kot pri ženskah (Moran idr., 2004).

Zlorabljeni dekleta pogosteje poročajo o uporabi alkohola in eksperimentiranju s prepovedanimi drogami, pred dopolnjenim petnajstim letom, v primerjavi z nezlorabljenimi dekleti (Edgardh in Ormstad, 2000).

Conroy, Degenhardt, Mattick in Nelson (2009) so ugotovili, da so bili moški, odvisni od opioidov, v primerjavi z ženskami, odvisnimi od opioidov, pogosteje telesno in čustveno zlorabljeni, medtem ko so bile ženske pogosteje in resneje spolno zlorabljene. Pogostost zanemarjanja je bila približno enako izražena pri obeh spolih.

Medrano in sodelavci (1999) so ocenjevali razširjenost travm v otroštvu pri ženskah, ki si injicirajo prepovedane droge. Izmed 181 udeleženk, ki so izpolnile Vprašalnik travm v otroštvu, je bilo 60,2% žensk spolno zlorabljenih, 55,2% telesno zlorabljenih, 45,9% čustveno zlorabljenih, 83,4% čustveno zanemarjenih in 59,7% telesno zanemarjenih.

Heffernan in sodelavci (2000) so ugotovili, da bolniki, ki so bili v otroštvu zlorabljeni, pogosteje poročajo o hudi uporabi opiatov (62,5%). Ugotovili so tudi povezavo med uporabo opiatov in specifično vrsto zlorabe v otroštvu. Uporaba opiatov je bila pogostejša pri osebah, ki so bile samo telesno zlorabljene (24,1%) ali telesno in spolno zlorabljene (27%), v primerjavi z osebami, ki so bile le spolno zlorabljene (8,8%). Rezultati nakazujejo, da vpliv telesne zlorabe predstavlja večje tveganje za uporabo opiatov (Heffernan idr., 2000).

Zgodnja spolna viktimizacija je osrednji dejavnik za razvoj odvisnosti pri ženskah (Marcenko, Kemp in Larson, 2000). Študije ocenjujejo, da je bilo 30–75% žensk, vključenih v programe zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog, žrtev spolne zlorabe in posilstva (Finkelstein, 1993; Luthar in Walsh, 1995; Rohsenow, Corbett in Devine, 1988; Root, 1989, po Marcenko idr., 2000). Teoretične analize povezav med zgodnjo spolno zlorabo / travmo in zlorabo drog v odraslosti kažejo na to, da ženske, ki so bile v otroštvu zlorabljene, uporabljajo droge z namenom lajšanja bolečine, povezane z zgodnjimi travmatičnimi izkušnjami (Davis, 1994; Regan idr., 1987, po Marcenko idr., 2000). Marcenko in sodelavci (2000) so ugotovili tudi to, da spolna zloraba v otroštvu in starost korelirajo z resnostjo uporabe drog v odraslosti. Zgodnja nerazrešena travma je lahko povezana z resno in dolgotrajno uporabo drog ter pogostejšim recidivom.

Ženske, ki iščejo pomoč v programih za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, v primerjavi z moškimi pogosteje poročajo o družinski nestabilnosti in telesni ter spolni zlorabi v preteklosti (Gomberg in Nirenberg, 1993; Institute of Medicine, 1990; Lex, 1993, po Cosden in Cortez-Ison, 1999). Ženske, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog in alkohola, imajo visoko pojavnost zlorab v otroštvu. V nekaterih programih so ugotovili, da je bila večina vključenih žensk zlorabljenih v otroštvu (Rohsenow, Corbett in Devine, 1988, po Cosden in Cortez-Ison, 1999). Cosden in Cortez-Ison (1999) sta ugotovili visoko stopnjo spolne zlorabe med ženskami, ki iščejo zdravljenje zaradi odvisnosti od prepovedanih drog in alkohola.

Kerr in sodelavci (2009) so v Kanadi preučevali povezavo med travmo v otroštvu in začetkom injiciranja drog med rizično populacijo mladih. V raziskavo so vključili 560 mladostnikov, med katerimi si je drogo injiciralo že 230 udeležencev. Ugotovili so, da je 49,6% udeležencev doživelo čustveno zlorabo, 45,7% telesno zanemarjanje, 40,7% telesno zlorabo, 35,7% čustveno zanemarjanje in 26,8% spolno zlorabo. Dejavniki tveganja za injiciranje drog so bili: višja starost (starejši od 22 let), oče / mati, ki uporablja prepovedane droge, telesna zloraba in spolna zloraba (Kerr idr., 2009).

Hadland in sodelavci (2012) so želeli ugotoviti, ali spolna zloraba napoveduje začetek injiciranja drog. V raziskavo so vključili 984 mladostnikov, starih od 14 do 26 let, ki so zadnji mesec uživali droge. 39,5% mladostnikov si je že pred začetkom raziskave injiciralo drogo. Ugotovili so, da je bilo izmed 395 udeležencev, ki si niso injicirali drog, v otroštvu spolno zlorabljenih 20,5%. Po ponovnem testiranju čez 15,9 mesecev pa so ugotovili, da je 11,4% udeležencev, ki si v začetku raziskave niso injicirali drog, začelo z injiciranjem. Spolna zloraba v otroštvu predstavlja 2–3-krat večje tveganje za uporabnike drog, da si bodo začeli drogo injicirati (Hadland idr., 2012). Študije ugotavljajo (Holmes, 1997; Ompad idr., 2007, po Hadland idr., 2012), da odrasli intravenski uporabniki drog s spolno zlorabo v otroštvu pogosto poročajo o bolj zgodnjem začetku injiciranja drog v primerjavi s tistimi, ki niso bili spolno zlorabljeni.

Walton in sodelavci (2011) so v Kanadi preučevali pogostost čustvene, telesne in spolne zlorabe v otroštvu pri injicirajočih uporabnikih drog, ki so HIV-pozitivni. Ugotovili so, da je 51,9% udeležencev v otroštvu doživelo zmerno ali hudo čustveno zlorabo, 36,9% pa jih je doživelo čustveno zanemarjanje. Telesno zlorabo je doživelo 51,1% udeležencev, telesno zanemarjanje pa 46,8%. Spolno zlorabljenih je bilo 41,6% udeležencev. Kar 14,2% udeležencev je doživelo vseh pet oblik travm v otroštvu (Walton idr., 2011).

Lake in sodelavci (2015) so ugotovili, da je 48% udeležencev, ki so si droge injicirali, v otroštvu izkusilo zmerno do hudo stopnjo čustvene zlorabe. Ugotovili so tudi, da je čustvena zloraba v otroštvu pogostejša pri ženskah (Lake idr., 2015).

Rosenkranz, Muller in Henderson (2012) so ugotavljali, v kolikšni meri čustvena zloraba in čustveno zanemarjanje napovedujeta pogostost uporabe drog med mladostniki. Izvedli so študijo, v katero so vključili 216 mladostnikov, ki so se ambulantno zdravili zaradi odvisnosti od prepovedanih drog. S primerjavo različnih vrst zlorab so ugotovili, da močno izstopata čustvena zloraba in čustveno zanemarjanje. Skoraj dve tretjini udeležencev v raziskavi je namreč izkusilo čustveno zlorabo in čustveno zanemarjanje. Približno ena tretjina udeležencev pa je doživela nasilje v družini, telesno zlorabo in v nekoliko manjši meri tudi spolno zlorabo. V primerjavi z moškimi je večji delež žensk izkusilo čustveno zlorabo, čustveno zanemarjanje, telesno zlorabo in spolno zlorabo. Večina trpinčenih otrok je izkusila trpinčenje že v otroštvu, medtem ko so le nekateri trpinčeni posamezniki prvič izkusili trpinčenje v mladostništvu. Ugotovili so tudi, da je pri zlorabljenih osebah pogosto prisotnih več različnih vrst zlorab. 20% udeležencev je doživelo eno vrsto zlorabe, medtem ko je kar 65% udeležencev izkusilo dve ali več oblik zlorab. Med zlorabljenimi

posamezniki so opazili večji delež žensk kot moških, ki so izkusile več oblik zlorabe (Rosenkranz idr., 2012).

Conroy in sodelavci (2009) so ugotovili, da je 72% žensk, odvisnih od opioidov, doživelo spolno zlorabo, spolno zlorabljenih pa je bilo tudi 36% moških. 68% moških, odvisnih od opioidov, je bilo žrtev zanemarjanja. Približno polovica udeležencev, odvisnih od opioidov, je doživelo čustveno in telesno zlorabo.

Danielson in sodelavci (2009) so ugotovili, da moški v večji meri zlorablajo alkohol in droge. Če pa upoštevamo tudi travmatične izkušnje, se tveganje za zlorabo drog še poveča. Locke in Newcomb (2003) sta ugotovila, da je pri moških močnejša povezava med zlorabo v družini in starševskimi težavami z drogami kot pri ženskah.

Zavedati se moramo, da vse osebe, ki so izkusile travmo v otroštvu, ne bodo razvile motnje uporabe substanc. Zato so lahko odgovorni zaščitni faktorji v njihovem okolju, geni ali prilagodljivi načini spoprijemanja (Afifi idr., 2012).

## 1.5 VLOGA ZGODNJIH ODNOSOV S STARŠI PRI POJAVU ZASVOJENOSTI

Nizka raven starševske nege in visoka raven starševskega nadzora negativno vplivata na funkcioniranje v odraslosti. Prisotno je namreč zelo visoko tveganje za psihološke motnje (Parker, Kiloh in Hayward, 1987, po Cosden in Cortez-Ison, 1999). Na splošno so visoke ravni nege in nizke ravni nadzora povezane z manj patološkim funkcioniranjem v odraslosti (Parker idr., 1987; Richman in Flaherty, 1986, po Cosden in Cortez-Ison, 1999).

Pomanjkljive vezi s starši v otroštvu in adolescenci so povezane z razvojem zlorabe učinkovin (Segura-Garcia idr., 2016). Nadzor brez naklonjenosti je najpogostejši stil starševstva pri osebah, ki zlorablajo droge (Torresani, Favaretto in Zimmermann, 2000; Segura-Garcia idr., 2016) in alkohol (Segura-Garcia idr., 2016).

Ena izmed študij (Overbeek, Ten Have, Vollebergh in De Graaf, 2007) je ugotovila povezavo med materinim nadzorom in uporabo drog, povezavo med pomanjkanjem materine nege in zlorabo alkohola ter povezavo med pomanjkanjem očetove nege in zlorabo drog in odvisnostjo od alkohola.

Schweitzer in Lawton (1989) sta raziskovala zgodnje izkušnje udeležencev raziskave, ki so bili zasvojeni s prepovedanimi drogami, s starši. 63 moških in žensk, ki so bili vključeni v programe zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog, sta povprašala, kako dojemajo svoje zgodnje odnose s starši. Kot skupina so vzgojo svojih staršev zaznavali kot visoko stopnjo nadzora in nizko stopnjo nege. Ugotovila sta, da lahko nadzor brez naklonjenosti predstavlja visoko tvegan stil starševstva.

Brazilska raziskava (Pettenon idr., 2014) je pokazala, da so uporabniki »cracka« (oblika kokaina, ki se običajno uporablja za kajenje) v primerjavi z uporabniki dovoljenih učinkovin (alkohol in tobak) v večji meri zaznavali svoje matere kot brezbrizne, očete pa kot kontrolirajoče in nenaklonjene. Njihove ugotovitve kažejo na to, da sta mamino brezbrizno starševstvo in očetov nadzor brez naklonjenosti lahko povezana z otrokovo tendenco k manjši odpornosti na stresne dogodke, kar poveča tveganje za uporabo »cracka«.

Pettenon in sodelavci (2014) so ugotovili, da so uporabniki »cracka« odnos z materjo dvakrat pogosteje zaznavali kot ljubeče-omejevalni slog v primerjavi z optimalnim starševstvom. Udeleženci so v primerjavi z optimalnim starševstvom velikokrat pogosteje mater opisali kot brezbrizno. Ugotovili so tudi, da so uporabniki »cracka« odnos z materjo štirikrat pogosteje opisali kot nadzor brez naklonjenosti v primerjavi z optimalnim starševstvom. Ter da uporabniki »cracka« odnos z očetom štirikrat pogostejše označijo kot nadzor brez naklonjenosti v primerjavi z optimalnim starševstvom.

Segura-Garcia in sodelavci (2016) so izvedli raziskavo v Italiji. Ugotovili so, da je nadzor brez naklonjenosti najpogostejši stil starševstva med osebami, ki zlorablajo droge in alkohol. Opazili so negativno korelacijo med očetovo nego in uporabo kokaina, heroina in LSD-ja (dietilamid lisergične kisline), ter pozitivno korelacijo z zlorabo ekstazija in alkohola. Očetov nadzor (prekomerna zaščita) pozitivno korelira z zlorabo kokaina, heroina, marihuane in LSD-ja ter negativno korelira z zlorabo alkohola. Materina nega negativno korelira z LSD-jem ter pozitivno korelira z zlorabo ekstazija. Materina prekomerna zaščita (nadzor) pozitivno korelira z zlorabo kokaina, heroina, marihuane in ekstazija ter negativno korelira z alkoholom.

	NEGATIVNA KORELACIJA	POZITIVNA KORELACIJA
OČETOVA NEGA	kokain, heroin, LSD	ekstazi, alkohol
OČETOV NADZOR	alkohol	kokain, heroin, marihuana, LSD
MATERINA NEGA	LSD	ekstazi
MATERIN NADZOR	alkohol	kokain, heroin, marihuana, ekstazi

Slika 1.02. Povezanost očetove nege in nadzora ter materine nege in nadzora z uporabo različnih vrst droge (Povzeto po: Segura-Garcia idr., 2016).

V primeru približno enake stopnje nadzora visok nivo očetove nege korelira z bolj zgodnjim pojavom zlorabe drog. Materin nadzor pa je povezan z zgodnjim pojavom zlorabe alkohola (Segura-Garcia idr., 2016).

Opazili so nizko stopnjo materine nege med osebami, ki zlorabljujejo LSD, ter visoko stopnjo med osebami, ki zlorabljujejo ekstazi. Pri osebah, ki zlorabljujejo heroin, je prisotna nizka stopnja očetove nege. Rezultati kažejo, da imajo osebe, ki zlorabljujejo LSD, običajno kontrolirajočega in neobčutljivega očeta (nadzor brez naklonjenosti) in mater, ki jim nudi malo nege. Osebe, ki zlorabljujejo ekstazi pa imajo zelo skrbnega in nekontrolirajočega očeta (optimalno starševstvo) in morečo mater (ljubeče-omejevalni slog). Zdi se, da je pretiran očetov nadzor povezan z uporabo drog. Uporaba ekstazija pa je zelo pogosta pri osebah, ki so imele zelo ljubeče in omejevalne starše (Segura-Garcia idr., 2016).

Jurcik in sodelavci (2013) so ugotovili, da je materin nadzor brez naklonjenosti (vendar ne očetov) povezan z večjo količino popitega alkohola, s težavami s pitjem alkohola in z uporabo prepovedanih drog.

Choquet, Hassler, Morin, Falissard in Chau (2008) so odkrili negativno povezavo med starševskim nadzorom in uporabo učinkovin. Opazili so, da je povezava med starševskim nadzorom in uporabo tobaka in marihuane močnejša od povezave med starševskim nadzorom in uporabo alkohola.

Starševski nadzor je pri dekletih bolj izrazito povezan z uporabo učinkovin kot pri fantih (Choquet idr., 2008).

## 1.6 VLOGA TRAVME V OTROŠTVU IN ODNOSOV S STARŠI PRI POJAVU ZASVOJENOSTI S PREPOVEDANIMI DROGAMI

Rikhye in sodelavci (2008) so ugotovili, da osebe, ki so bile zlorabljene, v primerjavi z osebami, ki niso bile zlorabljene, zgodnje odnose s svojimi starši pogosteje opisujejo kot nadzor brez naklonjenosti, ljubeče-omejevalni slog in brezbrizno starševstvo.

Cosden in Cortez-Ison (1999) sta našli korelacije med zlorabo in percepcijami nege in nadzora, ki kažejo na to, da so imele nekatere ženske družinsko zgodovino, ki je bila zelo izčrpavajoča za razvoj stabilnih percepcij sebe in drugih. Veliko udeleženk, ki je doživelo spolno zlorabo v otroštvu, je imelo v otroštvu malo starševske podpore. Ugotovili sta, da je nizka raven nege povezana z visoko ravno nadzora (t.i. nadzor brez naklonjenosti).

Schreiber in Lyddon (1998) sta ugotovila, da je pri ženskah, ki so bile spolno zlorabljene, boljše psihološko funkcioniranje povezano z visoko stopnjo očetove nege.

## 1.7 NAMEN IN CILJI

Namen magistrskega dela je ugotoviti, kakšno vlogo, glede na spol, imajo travme v otroštvu in odnosi s starši pri pojavu zasvojenosti s prepovedanimi drogami.

Ugotoviti želimo pogostost in intenzivnost travm v otroštvu (čustvena, telesna in spolna zloraba ter čustveno in telesno zanemarjenje), glede na spol, pri osebah, zasvojenih s prepovedanimi drogami, ki so vključene v nizkopražne substitucijske programe, in ugotovitve primerjati s kontrolno skupino.

Zanima nas tudi vloga zgodnjih odnosov s starši, glede na spol, pri eksperimentalni skupini v primerjavi s kontrolno skupino, in sicer, kako mamina nega in nadzor v primerjavi z očetovo nego in nadzorom vplivata na pojav zasvojenosti s prepovedanimi drogami.

## 1.8 HIPOTEZE

Na podlagi pregleda literature smo postavili naslednje hipoteze:

*Hipoteza 1:* Osebe, zasvojene s prepovedanimi drogami, so v primerjavi s kontrolno skupino v otroštvu pogosteje doživele vse vrste travm ne glede na spol.

Raziskave, ki podpirajo 1. hipotezo:

Walton in sodelavci (2011) so ugotovili, da je bilo več kot polovica injicirajočih uporabnikov drog v otroštvu čustveno in telesno zlorabljenih. Zelo pogosto so bili tudi telesno zanemarjeni, spolno zlorabljeni in čustveno zanemarjeni.

Rosenkranz in sodelavci (2012) so ugotovili, da sta skoraj dve tretjini zasvojenih oseb izkusili čustveno zlorabo in čustveno zanemarjanje. Približno tretjina pa jih je doživela telesno zlorabo in v malo manjši meri tudi spolno zlorabo.

Conroy in sodelavci (2009) so ugotovili, da je približno polovica udeležencev doživela čustveno in telesno zlorabo, visok delež žensk pa je bil tudi spolno zlorabljenih.

*Hipoteza 2:* Ženske, odvisne od prepovedanih drog, so v otroštvu najpogosteje doživlele spolno in čustveno zlorabo.

Raziskave, ki podpirajo 2. hipotezo:

Pogostost spolne zlorabe dokazujejo: Cosden in Cortez-Ison (1999), ki sta ugotovili, da je med ženskami, odvisnimi od drog in alkohola, prisotna visoka stopnja spolne zlorabe ter Conroy in sodelavci (2009), ki so ugotovili, da je bilo 72% žensk, odvisnih od opioidov, spolno zlorabljenih.

Pogostost čustvene zlorabe pa podpirajo Lake in sodelavci (2015), ki so ugotovili, da je čustvena zloraba pogostejša pri ženskah, in Rosenkranz in sodelavci (2012), ki so ugotovili, da sta bili skoraj dve tretjini udeležencev čustveno zlorabljeni, od tega pogosteje ženske.

*Hipoteza 3:* Moški, odvisni od prepovedanih drog, so bili v otroštvu najpogosteje telesno in čustveno zlorabljeni.

Raziskave, ki podpirajo 3. hipotezo:

Conroy in sodelavci (2009) so ugotovili, da je pri moških, ki so odvisni od opioidov, večja pogostost telesne in čustvene zlorabe.

*Hipoteza 4:* Pomembno vlogo pri razvoju zasvojenosti z drogami ima materina nizka stopnja nege.

Raziskave, ki podpirajo 4. hipotezo:

Pettenon in sodelavci (2014) so ugotovili, da uporabniki drog materino vzgojo v večji meri opisujejo kot brezbržno starševstvo (nizka stopnja nege in nadzora) in nadzor brez naklonjenosti (nizka stopnja nege in visoka stopnja nadzora). Obema stiloma starševstva je skupna nizka nega, zato pričakujemo, da ima nizka stopnja nege pomembno vlogo pri razvoju zasvojenosti z drogami.

*Hipoteza 5:* Osebe, zasvojene s prepovedanimi drogami, očetovo vzgojo večinoma dojemajo kot nadzor brez naklonjenosti.

Raziskave, ki podpirajo 5. hipotezo:



Pettenon in sodelavci (2014) so ugotovili, da uporabniki drog vzgojo očeta najpogosteje opisujejo kot nadzor brez naklonjenosti.

*Hipoteza 6:* Pri osebah, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, je prevladujoč stil starševstva nadzor brez naklonjenosti.

Raziskave, ki podpirajo 6. hipotezo:

Schweitzer in Lawton (1989) sta ugotovila, da odvisniki od prepovedanih drog starševsko vzgojo večinoma opisujejo kot nadzor brez naklonjenosti.

Pettenon in sodelavci (2014) so ugotovili, da uporabniki drog očetovo vzgojo najpogosteje opisujejo kot nadzor brez naklonjenosti, pri materah je poleg brezbržnega starševstva prav tako pogost nadzor brez naklonjenosti.

## 2 METODA

### 2.1 VZOREC

V raziskavo smo vključili 68 oseb, ki smo jih razdelili v eksperimentalno in kontrolno skupino. Eksperimentalno skupino je sestavljalo 36 posameznikov (24 moških in 12 žensk, starih od 27 do 48 let), ki so bili vključeni v nizkopražne substitucijske programe zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v Obalno-kraški regiji. Kontrolno skupino pa je sestavljalo 32 prostovoljcev (21 moških in 11 žensk, starih od 24 do 46 let), ki so se glede demografskih značilnosti ujemali z eksperimentalno skupino in niso bili zasvojeni niti niso jemali zdravil.

### 2.2 PRIPOMOČKI

Uporabili smo dva psihološka vprašalnika: Vprašalnik vezi s starši – PBI (*angl. »Parental Bonding Instrument«*) in Vprašalnik travm v otroštvu – CTQ (*angl. »Childhood Trauma Questionnaire«*).

#### 2.2.1 Vprašalnik vezi s starši

S pomočjo Vprašalnika vezi s starši (PBI) smo ocenili percepcije udeležencev o starševski negi in nadzoru. PBI je samo-ocenjevalni vprašalnik, ki ocenjuje osnovne stile starševstva, kot jih zaznava otrok do 16. leta. Parker, Tupling in Brown so ga leta 1979 razvili z namenom ocenjevanja starševskega prispevka k vezi med staršem in otrokom. Lestvica je sestavljena iz 25 postavk, ki ocenjujejo dve pomembni dimenziji: nego in nadzor. 12 postavk ocenjuje nego (lestvica nege), 13 postavk pa nadzor (lestvica nadzora) (Parker idr., 1979).

Lestvica nege raziskuje starševsko vedenje in odnos, ki sega od ljubezni, zaupanja, sočutja in topline (visoke točke) do čustvene hladnosti, brezbržnosti, zanemarjanja in zavrnitve (nizke točke). Lestvica nadzora pa raziskuje starševsko vedenje in odnos, ki sega od nadzora, vsiljivosti, pretiranega stika in odvrčanja od neodvisnega vedenja (visoke točke), do spodbude avtonomije, svobode in raziskovanja (nizke točke) (Parker idr., 1979).

Uporabili smo slovenski prevod vprašalnika PBI (Černelič Bizjak in Jug, 2016a, 2016b). Udeleženci so s pomočjo 4-stopenjske lestvice: (1 – zelo dobro opisuje, 2 – večinoma dobro opisuje, 3 – večinoma slabo opisuje in 4 – zelo slabo opisuje) odgovarjali najprej na 25 postavk, ki opisujejo očeta, nato še na 25 postavk, ki opisujejo mater. Odgovarjali so retrospektivno. Vsako postavko so ocenili glede na spomine, kako so jih vzgajali do 16. leta. Na lestvici nege so lahko pridobili najmanj 12 točk in največ 48 točk, na lestvici nadzora pa so lahko pridobili najmanj 13 točk in največ 52 točk. Na podlagi preseka točk

smo razdelili rezultate v dve kategoriji, visoka ali nizka raven. Meja med kategorijama pri materi je znašala 39 točk na lestvici nege in 26,5 točk na lestvici nadzora, pri očetu pa je meja med kategorijama znašala 36 točk na lestvici nege ter 25,5 točk na lestvici nadzora (Parker idr., 1979; Černelič Bizjak in Jug, 2016a, 2016b).

Rezultate smo interpretirali glede na Parkerjev model: brezбриžno starševstvo (nizka raven nege in nizka raven nadzora), nadzor brez naklonjenosti (nizka raven nege in visoka raven nadzora), ljubeče-omejevalni slog (visoka raven nege in visoka raven nadzora) in optimalno starševstvo (visoka raven nege in nizka raven nadzora) (Parker idr., 1979; Parker, 1989, po Pettenon idr., 2014).

### 2.2.2 Vprašalnik travm v otroštvu

Vprašalnik travm v otroštvu (CTQ) so razvili z namenom zagotavljanja kratke, zanesljive in veljavne ocene širokega spektra travmatičnih izkušenj v otroštvu (Bernstein idr., 1994). V originalu je vprašalnik sestavljen iz 70 postavk, mi pa smo uporabili krajšo verzijo z 28 postavkami. Krajša verzija vprašalnika CTQ je sestavljena iz 25 kliničnih postavk in 3 veljavnostnih postavk (Bernstein idr., 2003). Z vprašalnikom lahko hitro identificiramo posameznike z zgodovino trpinčenja (Bernstein idr., 2003).

S pomočjo vprašalnika CTQ smo ocenili spekter travmatičnih izkušenj v otroštvu. Uporabili smo slovenski prevod krajše verzije vprašalnika (CTQ-SF; *angl.* »*Childhood Trauma Questionnaire - Short Form*«) (Černelič Bizjak in Jug, 2016a, 2016b). CTQ-SF je sestavljen iz 28 postavk, ki retrospektivno ocenjujejo pet vrst travm v otroštvu in mladostništvu: čustveno, telesno in spolno zlorabo ter čustveno in telesno zanemarjanje. Vsako izmed podlestvica sestavlja 5 postavk, vsota točk na vsaki podlestvici pa znaša od 0 do 20 točk. Višje točke pomenijo večjo pogostost travm (Bernstein in Fink, 1998, po Min idr., 2007). Udeleženci so s pomočjo 5-stopenjske lestvice (0 – nikoli, 1 – redko, 2 – včasih, 3 – pogosto, 4 – zelo pogosto) ocenili pogostost doživljanja določenih situacij v otroštvu in mladostništvu.

Udeleženci so odgovarjali na trditve, kot so »Moral sem nositi umazana oblačila.« (telesno zanemarjanje) in »Nekdo me je želel prepričati, da delam ali gledam nekaj seksualnega.« (spolna zloraba). Vsaj vprašanja se navezujejo na dogodke, ki so se zgodili v otroštvu. Vsaka podlestvica je ocenjena z 0 do 20 točkami, ki jih pretvorimo v 4 različne stopnje travm: i) nič do minimalno (0 – 3 točke), ii) nizko do zmerno (4 – 7 točk), iii) zmerno do hudo (8 – 10 točk) in iv) hudo do skrajno (več kot 10 točk) (Lee idr., 2015; Černelič Bizjak in Jug, 2016a, 2016b; Bernstein in Fink, 1998, po Lake idr., 2015).

Čas reševanja vprašalnika CTQ je bil približno 5 minut (Bernstein idr., 2003).

## 2.3 POSTOPEK

Naredili smo pregled znanstvene literature o travmah v otroštvu in odnosih s starši ter o njihovi povezanosti s pojavom zasvojenosti s prepovedanimi drogami. Vire smo pridobili iz znanstvene literature in strokovnih člankov, do katerih smo dostopali preko različnih baz podatkov. Uporabili smo oddaljen dostop do podatkovnih baz Univerze na Primorskem: American Psychological Association – APA, Willey Online Library, EBSCOHost in Ebrary. Do strokovnih člankov pa smo dostopali tudi preko spletnega portala ReserchGate in preko PubMed-a.

Instrumentarij, ki smo ga obdelali, je del projekta CLOUD – Celovit pristop k obravnavi ter socialni in ekonomski reintegraciji uporabnikov prepovedanih drog. Projekt se je izvajal v drugi polovici leta 2015 in prvi polovici leta 2016. Namen projekta je bil zbrati podatke za analizo stanja na področju uporabe prepovedanih drog v Obalno-kraški regiji v Sloveniji in v Primorsko-goranski županiji na Hrvaškem. V okviru projekta se je izvajalo tudi psihološko testiranje, s pomočjo katerega smo preverjali različne dejavnike za pojav zasvojenosti s prepovedanimi drogami (Černelič Bizjak in Jug, 2016b).

V Sloveniji so sodelovali uporabniki prepovedanih drog, ki so bili vključeni v nizkopražne substitucijske programe za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Obalno-kraški regiji. Psihološko testiranje se je izvajalo v Kopru, v prostorih društva SVIT, in v Piranu, v prostorih zdravstvenega doma. Udeleženci so reševali posebej pripravljen psihološki vprašalnik, ki je vključeval: i) uvodni vprašalnik (demografska vprašanja, vprašanja povezana z zdravjem, vprašanja glede navad, vprašanja glede jemanja prepovedanih drog in vprašanja vezana na dan izpolnjevanja vprašalnika), ii) Vprašalnik za oceno osebnosti – PAI (*angl. »Personality Assessment Inventory«*), iii) Connor-Davidsonovo lestvico odpornosti – CD-RISC (*angl. »Connor-Davidson Resilience Scale«*), iv) Vprašalnik vezi s starši – PBI (*angl. »Parental Bonding Instrument«*), v) Barrattovo lestvico impulzivnosti (11) – BIS-11 (*angl. »Barratt Impulsiveness Scale – 11«*), vi) Vprašalnik travm v otroštvu – CTQ (*angl. »Childhood Trauma Questionnaire«*), vii) Samoocenjevalno lestvico tveganja – RT (*angl. »Self-Rating Form; Risk Taking«*), viii) Vprašalnik o uporabi alkohola – AUDIT (*angl. »Alcohol Use Disorders Identification Test«*) in ix) Vprašalnik o uporabi drog – DUDIT (*angl. »Drug Use Disorders Identification Test«*) (Černelič Bizjak in Jug, 2016a).

Za namen magistrskega dela smo uporabili podatke dveh psiholoških vprašalnikov: Vprašalnika vezi s starši (PBI) in Vprašalnika travm v otroštvu (CTQ).

Podatke smo statistično obdelali s pomočjo 21 različice programa IBM SPSS. Izračunali smo opisno statistiko, frekvenčno porazdelitev, Kolmogorov-Smirnov test, Spearmanov korelacijski koeficient, Mann-Whitneyjev U-test in Hi-kvadrat.

### 3 REZULTATI

#### 3.1 OPISNA STATISTIKA

V Tabeli 3.01 so prikazani velikost vzorca, najnižja dosežena vrednost, najvišja dosežena vrednost, aritmetična sredina in standardni odklon za eksperimentalno in kontrolno skupino na podlestvicah vprašalnikov PBI in CTQ.

Tabela 3.01

*Opisna statistika (velikost vzorca, najnižja dosežena vrednost, najvišja dosežena vrednost, aritmetična sredina in standardni odklon) za eksperimentalno in kontrolno skupino na podlestvicah vprašalnikov PBI in CTQ*

Podlestvica	Eksperimentalna skupina					Kontrolna skupina				
	N	MIN	MAX	M	SD	N	MIN	MAX	M	SD
Oče –nega	26	12	45	30,23	10,10	30	23	48	37,17	6,54
Oče – nadzor	21	16	49	28,14	7,63	29	16	34	22,45	4,02
Mati –nega	27	14	47	34,78	8,35	31	15	47	38,90	7,34
Mati – nadzor	25	15	49	26,72	8,06	29	17	41	24,52	5,24
Telesna zloraba	31	0	20	4,00	4,97	30	0	2	0,23	0,50
Čustvena zloraba	29	0	19	5,90	5,72	31	0	11	1,26	2,50
Spolna zloraba	31	0	16	2,26	4,55	31	0	0	0	0
Čustveno zanemarjanje	29	0	19	7,07	5,39	31	0	10	3,19	3,02
Telesno zanemarjanje	31	0	12	3,48	4,12	31	0	4	0,55	1,12
Zanikanje	30	0	12	6,37	3,81	30	2	12	8,17	2,42
Veljaven N	14					26				

Opombe: N = velikost vzorca, MIN = najnižja dosežena vrednost, MAX = najvišja dosežena vrednost, M = aritmetična sredina, SD = standardni odklon in veljaven N = število v celoti izpolnjenih vprašalnikov.

Iz Tabele 3.01 je razvidno, da je v eksperimentalni skupini v primerjavi s kontrolno skupino manj udeležencev odgovorilo na vse postavke na obeh vprašalnikih. V eksperimentalni skupini sta bila nekoliko pogosteje izražena očetov in materin nadzor, medtem ko sta bila v kontrolni skupini nekoliko pogosteje izražena očetova in materina nega. Višja izraženost vseh vrst travm je bila v eksperimentalni skupini v primerjavi s kontrolno skupino. V kontrolni skupini je bilo v primerjavi z eksperimentalno skupino nekoliko bolj izraženo zanikanje.

V Tabeli 3.02 so prikazani velikost vzorca, najnižja dosežena vrednost, najvišja dosežena vrednost, aritmetična sredina in standardni odklon za moške in ženske v eksperimentalni skupini na podlestvicah vprašalnika CTQ.

Tabela 3.02

Opisna statistika (velikost vzorca, najnižja dosežena vrednost, najvišja dosežena vrednost, aritmetična sredina in standardni odklon) za moške in ženske v eksperimentalni skupini na podlestvicah vprašalnika CTQ

Podlestvica	N	Moški				Ženske				
		MIN	MAX	M	SD	N	MIN	MAX	M	SD
Telesna zloraba	20	0	20	4,55	5,74	11	0	8	3,00	3,16
Čustvena zloraba	19	0	19	5,68	5,64	10	0	15	6,30	6,17
Spolna zloraba	20	0	13	1,15	2,96	11	0	16	4,27	6,21
Čustveno zanemarjanje	19	0	14	6,53	4,78	10	0	19	8,10	6,56
Telesno zanemarjanje	20	0	12	3,50	3,62	11	0	12	3,45	5,11
Zanikanje	20	0	12	6,40	3,73	10	0	12	6,30	4,16
Veljaven N	18					9				

Opombe: N = velikost vzorca, MIN = najnižja dosežena vrednost, MAX = najvišja dosežena vrednost, M = aritmetična sredina, SD = standardni odklon in veljaven N = število v celoti izpolnjenih vprašalnikov.

Iz Tabele 3.02 je razvidno, da je v eksperimentalni skupini v celoti izpolnilo vprašalnik CTQ 2-krat več moških kot žensk. Pri moških je bila v primerjavi z ženskami v nekoliko večji meri prisotna telesna zloraba, v približno enaki meri pa sta bila prisotna telesno zanemarjanje in zanikanje. Pri ženskah pa so bili v primerjavi z moškimi pogostejši čustvena zloraba, spolna zloraba in čustveno zanemarjanje. Iz rezultatov je razvidno tudi to, da je bila pri moških najpogostejša vrsta travme čustveno zanemarjanje, v večji meri pa sta bili izraženi tudi telesna in čustvena zloraba. Pri ženskah je bila najpogostejša vrsta travme čustveno zanemarjanje, pogosti pa sta bili tudi čustvena in spolna zloraba.

### 3.2 FREKVENČNA PORAZDELITEV

V Tabeli 3.03 je prikazana frekvenčna porazdelitev rezultatov vprašalnika PBI. Ločeno so prikazane percepcije nege in nadzora za vsakega starša posebej ter percepcije stila starševstva matere in očeta glede na Parkerjev model, ločeno za eksperimentalno in kontrolno skupino.

Tabela 3.03

Frekvenčna porazdelitev rezultatov vprašalnika PBI

Podlestvica	Kategorija	Eksperimentalna skupina			Kontrolna skupina		
		f	%	Veljaven %	f	%	Veljaven %
Oče – nega	Nizka raven	17	47,2	65,4	14	43,8	46,7
	Visoka raven	9	25,0	34,6	16	50,0	53,3
	Σ	26	72,2	100,0	30	93,8	100,0
	NO	10	27,8		2	6,3	
Oče – nadzor	Nizka raven	7	19,4	33,3	22	68,8	75,9

	Visoka raven	14	38,9	66,7	7	21,9	24,1
	Σ	21	58,3	100,0	29	90,6	100,0
	NO	15	41,7		3	9,4	
Mati – nega	Nizka raven	17	47,2	63,0	15	46,9	48,4
	Visoka raven	10	27,8	37,0	16	50,0	51,6
	Σ	27	75,0	100,0	31	96,9	100,0
	NO	9	25,0		1	3,1	
Mati – nadzor	Nizka raven	14	38,9	56,0	20	62,5	69,0
	Visoka raven	11	30,6	44,0	9	28,1	31,0
	Σ	25	69,4	100,0	29	90,6	100,0
	NO	11	30,6		3	9,4	
Mati – stil starševstva	Brezbrižno starševstvo	6	16,7	27,3	9	28,1	32,1
	Nadzor brez naklonjenosti	8	22,2	36,4	5	15,6	17,9
	Ljubeče – omejevalni slog	2	5,6	9,1	3	9,4	10,7
	Optimalno starševstvo	6	16,7	27,3	11	34,4	39,3
	Σ	22	61,1	100,0	28	87,5	100,0
	NO	14	38,9		4	12,5	
Oče – stil starševstva	Brezbrižno starševstvo	3	8,3	15,8	8	25,0	27,6
	Nadzor brez naklonjenosti	11	30,6	57,9	6	18,8	20,7
	Ljubeče – omejevalni slog	1	2,8	5,3	1	3,1	3,4
	Optimalno starševstvo	4	11,1	21,1	14	43,8	48,3
	Σ	19	52,8	100,0	29	90,6	100,0
	NO	17	47,2		3	9,4	

Opombe: f = frekvenca, % = odstotek, veljaven % = veljaven odstotek, Σ = vsota (število vseh odgovorov) in NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov).

Iz Tabele 3.03 je razvidno, da so očetovo nego osebe v eksperimentalni skupini nekoliko pogosteje doživljale kot nizko raven in manj pogosto kot visoko raven v primerjavi s kontrolno skupino. V eksperimentalni skupini so osebe očetov nadzor manj pogosto doživljale kot nizko izraženega in zelo pogosto kot visoko izraženega v primerjavi s kontrolno skupino.

Osebe v obeh skupinah so nizko raven materine nege zaznavale v približno enaki meri, vendar so osebe v eksperimentalni skupini materino nego manj pogosto zaznavale kot visoko izraženo v primerjavi s kontrolno skupino. Materin nadzor so osebe v

eksperimentalni skupini manj pogosto zaznavale kot nizko izraženega in pogosteje kot visoko izraženega v primerjavi z osebami v kontrolni skupini.

V Tabeli 3.03 je prikazan tudi stil starševstva glede na Parkerjev model. Osebe v eksperimentalni skupini v primerjavi z osebami v kontrolni skupini so materin slog starševstva pogosteje opisovale kot nadzor brez naklonjenosti. Vsi ostali stili starševstva matere pa so bili v eksperimentalni skupini manj pogosti glede na kontrolno skupino.

Večina oseb iz eksperimentalne skupine je očetov stil starševstva dojemala kot nadzor brez naklonjenosti. V primerjavi s kontrolno skupino je bil v eksperimentalni skupini pogostejši očetov stil starševstva nadzor brez naklonjenosti, v približno enaki meri pa je bil prisoten ljubeče-omejevalni slog. Brezbrižno starševstvo in optimalno starševstvo sta bila v eksperimentalni skupini manj pogosta v primerjavi s kontrolno skupino.

Potrebno pa je opozoriti, da je bil v eksperimentalni skupini večji delež manjkajočih odgovorov.

### 3.3 KOLMOGOROV-SMIRNOV TEST

S pomočjo Kolmogorov-Smirnovega testa smo testirali, kakšna je porazdelitev rezultatov v eksperimentalni in kontrolni skupini. Rezultati so zbrani v Tabeli 3.04.

Tabela 3.04  
*Kolmogorov-Smirnov test za podlestvice vprašalnikov PBI in CTQ*

Podlestvica	Eksperimentalna skupina		Kontrolna skupina	
	K-S Z	p	K-S Z	p
Oče – nega	0,747	0,632	0,603	0,860
Oče – nadzor	0,580	0,890	0,850	0,466
Mati – nega	0,492	0,969	0,778	0,581
Mati – nadzor	0,631	0,821	0,715	0,686
Telesna zloraba	1,173	0,128	2,620	0,000
Čustvena zloraba	0,815	0,520	1,879	0,002
Spolna zloraba	2,046	0,000	/	/
Čustveno zanemarjanje	0,737	0,650	0,946	0,332
Telesno zanemarjanje	1,428	0,034	2,392	0,000
Zanikanje	0,726	0,667	0,945	0,333

Opombe: K-S Z = Kolmogorov-Smirnov Z in p = pomembnost.

Iz Tabele 3.04 je razvidno, da so v eksperimentalni in kontrolni skupini nekateri rezultati statistično pomembno odstopali od normalne porazdelitve. V eksperimentalni skupini so od normalne porazdelitve statistično pomembno odstopali rezultati na podlestvicah spolna zloraba in telesno zanemarjanje. V kontrolni skupini pa so od normalne porazdelitve statistično pomembno odstopali rezultati na podlestvicah telesna zloraba, čustvena zloraba in telesno zanemarjanje.



### 3.4 SPEARMANOV KORELACIJSKI KOEFICIENT

Izračunali smo tudi Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti rezultatov na vseh podlestvicah vprašalnikov PBI in CTQ, posebej za eksperimentalno in kontrolno skupino. V Tabeli 3.05 so podani Spearmanovi korelacijski koeficienti za vse podlestvice vprašalnikov PBI in CTQ v eksperimentalni skupini.

Tabela 3.05

*Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti vseh podlestvic na vprašalnikih PBI in CTQ v eksperimentalni skupini*

Pod- lestvica	$r_s$ in p	O. Ne.	O. Na.	M. Ne.	M. Na.	T. ZL.	Č. ZL.	S. ZL.	Č. ZA.	T. ZA.	ZAN.
O. Ne.	$r_s$ p	1,00 .	-0,42 0,073	0,17 0,430	-0,36 0,126	-0,35 0,090	-0,23 0,282	0,22 0,300	-0,14 0,537	0,02 0,932	0,31 0,153
O. Na.	$r_s$ p	-0,42 0,073	1,00 .	-0,58 0,014	0,94 0,000	0,30 0,220	0,06 0,801	0,01 0,965	-0,04 0,884	-0,06 0,818	-0,24 0,316
M. Ne.	$r_s$ p	0,17 0,430	-0,58 0,014	1,00 .	-0,53 0,012	-0,30 0,151	-0,57 0,004	-0,14 0,498	-0,65 0,001	-0,48 0,016	0,53 0,008
M. Na.	$r_s$ p	-0,36 0,126	0,94 0,000	-0,53 0,012	1,00 .	0,01 0,962	0,06 0,792	0,14 0,511	-0,01 0,953	-0,01 0,956	-0,14 0,534
T. ZL.	$r_s$ p	-0,35 0,090	0,30 0,220	-0,30 0,151	0,01 0,962	1,00 .	0,50 0,006	0,10 0,581	0,54 0,002	0,44 0,013	-0,45 0,012
Č. ZL.	$r_s$ p	-0,23 0,282	0,06 0,801	-0,57 0,004	0,06 0,792	0,50 0,006	1,00 .	0,12 0,527	0,70 0,000	0,66 0,000	-0,69 0,000
S. ZL.	$r_s$ p	0,22 0,300	0,01 0,965	-0,14 0,498	0,14 0,511	0,10 0,581	0,12 0,527	1,00 .	0,19 0,315	0,18 0,343	-0,21 0,257
Č. ZA.	$r_s$ p	-0,14 0,537	-0,04 0,884	-0,65 0,001	-0,01 0,953	0,54 0,002	0,70 0,000	0,19 0,315	1,00 .	0,70 0,000	-0,82 0,000
T. ZA.	$r_s$ p	0,02 0,932	-0,06 0,818	-0,48 0,016	-0,01 0,956	0,44 0,013	0,66 0,000	0,18 0,343	0,70 0,000	1,00 .	-0,50 0,004
ZAN.	$r_s$ p	0,31 0,153	-0,24 0,316	0,53 0,008	-0,14 0,534	-0,45 0,012	-0,70 0,000	-0,21 0,257	-0,82 0,000	-0,50 0,004	1,00 .

Opombe:  $r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient, p = pomembnost, O. Ne. = očetova nega, O. Na. = očetov nadzor, M. Ne. = materina nega, M. Na. = materin nadzor, T. ZL. = telesna zloraba, Č. ZL. = čustvena zloraba, S. ZL. = spolna zloraba, Č. ZA. = čustveno zanemarjanje, T. ZA. = telesno zanemarjanje in ZAN. = zanikanje.

V Tabeli 3.05 je prikazana povezanost podlestvic v eksperimentalni skupini. Na nivoju 1% tveganja so bili statistično pomembno med seboj pozitivno povezani očetov in materin nadzor, materina nega in zanikanje, telesna zloraba in čustvena zloraba, telesna zloraba in čustveno zanemarjanje, čustvena zloraba in čustveno zanemarjanje, čustvena zloraba in telesno zanemarjanje ter čustveno in telesno zanemarjanje. Statistično pomembno med seboj negativno povezani, na nivoju 1% tveganja, pa so bili materina nega in čustvena

zloraba, materina nega in čustveno zanemarjanje, čustvena zloraba in zanikanje, čustveno zanemarjanje in zanikanje ter telesno zanemarjanje in zanikanje.

Na nivoju 5% tveganja smo opazili še dodatne statistično pomembne korelacije med podlestvicami PBI in CTQ v eksperimentalni skupini. Pozitivno povezana, na nivoju 5% tveganja, sta bila telesna zloraba in telesno zanemarjanje, negativno povezani pa so bili očetov nadzor in materina nega, materina nega in nadzor, materina nega in telesno zanemarjanje ter telesna zloraba in zanikanje.

V Tabeli 3.06 so podani Spearmanovi korelacijski koeficienti povezanosti vseh podlestvic na vprašalnikih PBI in CTQ v kontrolni skupini.

Tabela 3.06

*Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti vseh podlestvic na vprašalnikih PBI in CTQ v kontrolni skupini*

Pod- lestvica	$r_s$ in p	O. Ne.	O. Na.	M. Ne.	M. Na.	T. ZL.	Č. ZL.	S. ZL.	Č. ZA.	T. ZA.	ZAN.
O. Ne.	$r_s$ p	1,00 .	-0,55 0,002	0,57 0,001	-0,47 0,011	-0,17 0,382	-0,45 0,013	. .	-0,78 0,000	-0,22 0,247	0,31 0,108
O. Na.	$r_s$ p	-0,55 0,002	1,00 .	-0,54 0,002	0,50 0,006	0,25 0,203	0,36 0,054	. .	0,46 0,013	0,16 0,419	-0,24 0,219
M. Ne.	$r_s$ p	0,57 0,001	-0,54 0,002	1,00 .	-0,41 0,026	-0,11 0,572	-0,37 0,042	. .	-0,59 0,001	-0,27 0,150	0,63 0,000
M. Na.	$r_s$ p	-0,47 0,011	0,503 0,006	-0,41 0,026	1,00 .	0,09 0,639	0,31 0,107	. .	0,28 0,145	0,15 0,436	-0,33 0,091
T. ZL.	$r_s$ p	-0,17 0,382	0,25 0,203	-0,11 0,572	0,09 0,639	1,00 .	-0,04 0,832	. .	0,20 0,288	0,13 0,511	0,12 0,549
Č. ZL.	$r_s$ p	-0,45 0,013	0,36 0,054	-0,37 0,042	0,31 0,107	-0,04 0,832	1,00 .	. .	0,53 0,002	0,09 0,614	-0,28 0,131
S. ZL.	$r_s$ p	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
Č. ZA.	$r_s$ p	-0,78 0,000	0,46 0,013	-0,59 0,001	0,28 0,145	0,20 0,288	0,53 0,002	. .	1,00 .	0,17 0,376	-0,39 0,034
T. ZA.	$r_s$ p	-0,22 0,247	0,16 0,419	-0,27 0,150	0,15 0,436	0,13 0,511	0,09 0,614	. .	0,17 0,376	1,00 .	-0,34 0,063
ZAN.	$r_s$ p	0,31 0,108	-0,24 0,219	0,63 0,000	-0,33 0,091	0,12 0,549	-0,28 0,131	. .	-0,39 0,034	-0,34 0,063	1,00 .

Opombe:  $r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient, p = pomembnost, O. Ne. = očetova nega, O. Na. = očetov nadzor, M. Ne. = materina nega, M. Na. = materin nadzor, T. ZL. = telesna zloraba, Č. ZL. = čustvena zloraba, S. ZL. = spolna zloraba, Č. ZA. = čustveno zanemarjanje, T. ZA. = telesno zanemarjanje in ZAN. = zanikanje.

Iz Tabele 3.06 je razvidno, da so bile tudi v kontrolni skupini nekatere podlestvice statistično pomembno povezane med seboj. Na nivoju 1% tveganja so bili statistično pomembno med seboj pozitivno povezani očetova in materina nega, očetov in materin

nadzor, materina nega in zanikanje ter čustvena zloraba in čustveno zanemarjanje. Statistično pomembno med seboj negativno povezani, na nivoju 1% tveganja, pa so bili očetova nega in nadzor, očetova nega in čustveno zanemarjanje, očetov nadzor in materina nega ter materina nega in čustveno zanemarjanje.

Na nivoju 5% tveganja smo opazili še večje število statistično pomembnih korelacij. Pozitivno povezana na nivoju 5% tveganja sta bila očetov nadzor in čustveno zanemarjanje, negativno povezani pa so bili očetova nega in materin nadzor, očetova nega in čustvena zloraba, materina nega in materin nadzor, materina nega in čustvena zloraba ter čustveno zanemarjanje in zanikanje.

### 3.5 MANN-WHITNEYEV U-TEST

S pomočjo Kolmogorov-Smirnovega testa smo ugotovili, da rezultati v eksperimentalni in kontrolni skupini niso bili normalno porazdeljeni (Tabela 3.03), zato smo razlike med skupinama poskušali izračunati s pomočjo Mann-Whitneyevega U-testa. Rezultati so podani v Tabeli 3.07 in Tabeli 3.08.

V Tabeli 3.07 so zbrane vrednosti rangov za obe skupini na vseh podlestvicah vprašalnikov PBI in CTQ, ki smo jih izračunali s pomočjo Mann-Whitneyevega U-testa.

Tabela 3.07  
*Vrednosti rangov na vseh podlestvicah vprašalnikov PBI in CTQ*

Postavka	Skupina	Velikost vzorca	Srednji rang	Vsota rangov
Oče – nega	Kontrolna	30	33,60	1008,00
	Eksperimentalna	26	22,62	588,00
Oče – nadzor	Kontrolna	29	20,31	589,00
	Eksperimentalna	21	32,67	686,00
Mati – nega	Kontrolna	31	33,69	1044,50
	Eksperimentalna	27	24,69	666,50
Mati – nadzor	Kontrolna	29	25,84	749,50
	Eksperimentalna	25	29,42	735,50
Telesna zloraba	Kontrolna	30	22,15	664,50
	Eksperimentalna	31	39,56	1226,50
Čustvena zloraba	Kontrolna	31	22,68	703,00
	Eksperimentalna	29	38,86	1127,00
Spolna zloraba	Kontrolna	31	26,50	821,50
	Eksperimentalna	31	36,50	1131,50
Čustveno zanemarjanje	Kontrolna	31	24,55	761,00
	Eksperimentalna	29	36,86	1069,00
Telesno zanemarjanje	Kontrolna	31	23,45	727,00
	Eksperimentalna	31	39,55	1226,00

Zanikanje	Kontrolna	30	34,78	1043,50
	Eksperimentalna	30	26,22	786,50

Opombe: Uporabili smo Mann-Whitneyev U-test.

Iz Tabele 3.07 so razvidne razlike med skupinama. V eksperimentalni skupini je bilo v primerjavi s kontrolno skupino prisotno manj očetove in materine nege ter manj zanikanja. Obenem pa je bilo v eksperimentalni skupini v primerjavi s kontrolno skupino prisotno več očetovega in materinega nadzora, več zlorab (telesna, čustvena in spolna) in več zanemarjanja (čustveno in telesno). Ti podatki nam ne povedo dovolj, zato smo preverili še testno statistiko Mann-Whitneyevega U-testa, da bi ugotovili statistično pomembnost razlik med skupinama.

V Tabeli 3.08 je podana testna statistika rezultatov Mann-Whitneyevega U-testa za vse podlestvice vprašalnikov PBI in CTQ.

Tabela 3.08

*Testna statistika Mann-Whitneyevega U-testa za vse podlestvice vprašalnikov PBI in CTQ*

Podlestvica	Mann-Whitneyev U	p
Oče – nega	237,00	0,012
Oče – nadzor	154,00	0,003
Mati – nega	288,50	0,042
Mati – nadzor	314,50	0,404
Telesna zloraba	199,50	0,000
Čustvena zloraba	207,00	0,000
Spolna zloraba	325,50	0,001
Čustveno zanemarjanje	265,00	0,006
Telesno zanemarjanje	231,00	0,000
Zanikanje	321,50	0,055

Opombe: p = pomembnost.

Iz Tabele 3.08 je razvidna statistična pomembnost razlik med eksperimentalno in kontrolno skupino. Skupini sta se na nivoju 1% tveganja razlikovali v postavkah očetov nadzor, telesna zloraba, čustvena zloraba, spolna zloraba, čustveno zanemarjanje in telesno zanemarjanje. Na nivoju 5% tveganja pa sta se skupini razlikovali v podlestvica očetova nega in materina nega. Ugotovili smo tudi, da ni bilo statistično pomembnih razlik med skupinama v percepcijah materinega nadzora in v zanikanju.

Ob upoštevanju U-vrednosti, statistične pomembnosti in srednjih rangov (Tabela 3.07) lahko z 99% verjetnostjo trdimo, da so bila v eksperimentalni skupini višja povprečja v primerjavi s kontrolno skupino na podlestvica očetov nadzor, telesna zloraba, čustvena zloraba, spolna zloraba, čustveno zanemarjanje in telesno zanemarjanje. Obenem lahko s 95% verjetnostjo trdimo, da so bila v eksperimentalni skupini nižja povprečja, v primerjavi s kontrolno skupino, na podlestvica očetova nega in materina nega. Statistično

pomembnih razlik med skupinama v povprečju na podlestvicah materin nadzor in zanikanje nismo uspeli potrditi.

### 3.6 HI-KVADRAT

S pomočjo Hi-kvadrata smo ugotavljali razliko v stilu starševstva matere in očeta pri obeh skupinah. Rezultati so zbrani v Tabeli 3.09 in Tabeli 3.10.

V Tabeli 3.09 so podane frekvence rezultatov testa Hi-kvadrat za eksperimentalno in kontrolno skupino na vprašalniku PBI.

Tabela 3.09

*Frekvence rezultatov testa Hi-kvadrat na vprašalniku PBI za eksperimentalno in kontrolno skupino*

Spremenljivka	Stil starševstva	Eksperimentalna skupina			Kontrolna skupina		
		O. N.	P. N.	O.	O. N.	P. N.	O.
Stil starševstva pri materi	Brezbrižno starševstvo	6	5,5	0,5	9	7,0	2,0
	Nadzor brez naklonjenosti	8	5,5	2,5	5	7,0	-2,0
	Ljubeče-omejevalni slog	2	5,5	-3,5	3	7,0	-4,0
	Optimalno starševstvo	6	5,5	0,5	11	7,0	4,0
Stil starševstva pri očetu	Brezbrižno starševstvo	3	4,8	-1,8	8	7,3	0,8
	Nadzor brez naklonjenosti	11	4,8	6,3	6	7,3	-1,3
	Ljubeče-omejevalni slog	1	4,8	-3,8	1	7,3	-6,3
	Optimalno starševstvo	4	4,8	-0,8	14	7,3	6,8

Opombe: O. N. = opažena frekvenca, P. N. = pričakovana frekvenca in O. = ostanek.

Iz Tabele 3.09 je razvidno, da je Hi-kvadrat za stil starševstva pri materi v obeh skupinah veljaven, saj je pričakovana frekvenca v obeh skupinah večja od 5. Hi-kvadrat stila starševstva pri očetu pa je veljaven le v primeru kontrolne skupine (pričakovana frekvenca je večja od 5). Ker je pričakovana frekvenca v eksperimentalni skupini manjša kot 5, test posledično ni veljaven.

Ugotovili smo, da je bil v eksperimentalni skupini najpogostejši stil starševstva pri materi nadzor brez naklonjenosti, pogosta pa sta bila tudi brezbrižno starševstvo in optimalno starševstvo. V kontrolni skupini je bil najpogostejši stil starševstva pri materi optimalno

starševstvo, visoko izraženo pa je bilo tudi brezbrizno starševstvo. Ugotovili smo tudi, da je bil v eksperimentalni skupini v primerjavi s kontrolno pogostejši stil starševstva pri materi nadzor brez naklonjenosti, vsi ostali stili starševstva pa so bili pogostejši v kontrolni skupini. V eksperimentalni skupini je bil najpogostejši stil starševstva pri očetu nadzor brez naklonjenosti, v kontrolni skupini pa je najbolj izstopalo optimalno starševstvo. V eksperimentalni skupini v primerjavi s kontrolno je bil pogostejši stil starševstva pri očetu nadzor brez naklonjenosti, manj pogosta pa sta bila brezbrizno starševstvo in optimalno starševstvo. Ljubeče-omejevalni slog starševstva pri očetu je bil v enaki meri izražen v obeh skupinah.

V Tabeli 3.10 je prikazana testna statistika testa Hi-kvadrat za eksperimentalno in kontrolno skupino na vprašalniku PBI.

Tabela 3.10

*Testna statistika testa Hi-kvadrat na vprašalniku PBI za eksperimentalno in kontrolno skupino*

Spremenljivka	Eksperimentalna skupina			Kontrolna skupina		
	$\chi^2$	df	p	$\chi^2$	df	p
Stil starševstva pri materi	3,455	3	0,327	5,714	3	0,126
Stil starševstva pri očetu	11,947	3	0,008	11,966	3	0,008

Opombe:  $\chi^2$  = Hi-kvadrat, df = stopinje prostosti in p = pomembnost. V kontrolni skupini pri nobeni spremenljivki ni pričakovanih frekvenc manjših od 5. V eksperimentalni skupini je število pričakovanih frekvenc pri stilu starševstva pri materi večje od 5, pri stilu starševstva pri očetu pa je število frekvenc manjše od 5 (število pričakovanih frekvenc je 4,8).

Iz Tabele 3.10 je razvidno, da gre za statistično pomembno razliko med skupinama v stilu starševstva pri očetu. V eksperimentalni skupini je bil najpogostejši stil starševstva pri očetu nadzor brez naklonjenosti, medtem ko je bil v kontrolni skupini najpogostejši stil starševstva pri očetu optimalno starševstvo (Tabela 3.09).

## 4 RAZPRAVA

Z magistrskim delom smo ugotavljali, kakšno vlogo imajo travme v otroštvu in odnosi s starši pri pojavu zasvojenosti s prepovedanimi drogami. Na podlagi pregleda literature smo si postavili šest hipotez, ki smo jih s pomočjo statistične analize poskušali potrditi.

Ugotovili smo, da so bile pri osebah, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, pogostejše vse vrste travm v otroštvu. V eksperimentalni skupini v primerjavi s kontrolno so bile prisotne višje ravni očetovega in materinega nadzora, in nižje ravni očetove in materine nege.

Prve tri hipoteze smo preverjali s pomočjo rezultatov vprašalnika CTQ, ki meri različne vrste travm v otroštvu: telesno, čustveno in spolno zlorabo, ter čustveno in telesno zanemarjanje. Vprašalnik vključuje tudi lestvico veljavnosti (zanikanje).

Na podlagi opisne statistike prikazane v Tabeli 3.01, sklepamo, da so osebe v eksperimentalni skupini v primerjavi z osebami v kontrolni skupini pogosteje izkusile vse vrste travm. Ugotovili smo statistično pomembne povezave (Tabela 3.05) med posameznimi vrstami travm v eksperimentalni skupini. Več kot je bilo prisotne telesne zlorabe, pogostejši so bili tudi čustvena zloraba ( $r_s = 0,50$ ;  $p = 0,006$ ), čustveno zanemarjanje ( $r_s = 0,54$ ;  $p = 0,002$ ) in telesno zanemarjanje ( $r_s = 0,44$ ;  $p = 0,013$ ). Pogostejša kot je bila čustvena zloraba, pogostejši sta bili obe vrsti zanemarjanja (čustveno zanemarjanje:  $r_s = 0,70$ ;  $p = 0,000$  in telesno zanemarjanje  $r_s = 0,66$ ;  $p = 0,000$ ). Enako ugotavljamo tudi za obe vrsti zanemarjanja, več kot je bilo čustvenega zanemarjanja, več je bilo tudi telesnega zanemarjanja ( $r_s = 0,70$ ;  $p = 0,000$ ).

Ugotovili smo, da je pogostost določenih vrst travm pri osebah, ki so bile zasvojene s prepovedanimi drogami, povezana z manj pogostim zanikanjem. Manj kot so imele osebe v eksperimentalni skupini izraženo zanikanje, pogostejše so doživele čustveno zlorabo ( $r_s = -0,70$ ;  $p = 0,000$ ), telesno zlorabo ( $r_s = -0,45$ ;  $p = 0,012$ ), čustveno zanemarjanje ( $r_s = -0,82$ ;  $p = 0,000$ ) in telesno zanemarjanje ( $r_s = -0,50$ ;  $p = 0,004$ ).

Na podlagi rezultatov podanih v Tabeli 3.07 in Tabeli 3.08, smo ugotovili statistično pomembne razlike med eksperimentalno in kontrolno skupino. V eksperimentalni skupini so bile namreč v primerjavi s kontrolno skupino pogostejše vse tri vrste zlorab (telesna zloraba:  $U = 199,50$ ;  $p = 0,000$ , čustvena zloraba:  $U = 207,00$ ;  $p = 0,000$  ter spolna zloraba:  $U = 325,50$ ;  $p = 0,001$ ) in obe vrsti zanemarjanja (čustveno zanemarjanje:  $U = 265,00$ ;  $p = 0,006$  ter telesno zanemarjanje  $U = 231,00$ ;  $p = 0,000$ ). Na podlagi ugotovitev smo z 99% verjetnostjo potrdili prvo hipotezo, ki trdi, da: »Osebe, zasvojene s prepovedanimi drogami, so v primerjavi s kontrolno skupino v otroštvu pogosteje doživele vse vrste travm ne glede na spol.« Podobne rezultate so dobili tudi drugi avtorji (Conroy idr., 2009; Walton idr., 2011; Rosenkranz idr., 2012).

Druga zastavljena hipoteza trdi, da: »Ženske, odvisne od prepovedanih drog, so v otroštvu najpogosteje doživele spolno in čustveno zlorabo.« Najpogostejša vrsta travme pri ženskah, ki so bile zasvojene s prepovedanimi drogami, je bilo čustveno zanemarjanje. Izmed zlorab pa sta bili najpogostejši čustvena in spolna zloraba (Tabela 3.02). Na podlagi teh ugotovitev smo lahko potrdili drugo hipotezo, kar je skladno z ugotovitvami drugih avtorjev (Cosden in Cortez-Ison, 1999; Conroy idr., 2009; Rosenkranz idr., 2012; Lake idr., 2015).

Moški, ki so bili zasvojeni s prepovedanimi drogami, so v otroštvu najpogosteje doživeli čustveno zanemarjanje. Pogosto pa so izkusili tudi telesno in čustveno zlorabo (Tabela 3.02). Na podlagi teh ugotovitev, smo potrdili tudi tretjo hipotezo: »Moški, odvisni od prepovedanih drog, so bili v otroštvu najpogosteje telesno in čustveno zlorabljeni.« Ugotovitev je skladna z ugotovitvami preteklih raziskav (Conroy idr., 2009).

Zadnje tri hipoteze smo preverjali s pomočjo vprašalnika PBI, ki preverja količino očetove in materine nege ter nadzora na podlagi spominov udeležencev raziskave o vzgoji do 16. leta. Na podlagi visoke ali nizke stopnje nege smo vzgojo staršev razvrstili na 4 stile starševstva: optimalno starševstvo (visoka stopnja nege in nizka stopnja nadzora), ljubeče-omejevalni slog (visoka stopnja nege in visoka stopnja nadzora), nadzor brez naklonjenosti (nizka stopnja nege in visoka stopnja nadzora) ter brezbrizno starševstvo (nizka stopnja nege in nizka stopnja nadzora).

Četrta hipoteza trdi: »Pomembno vlogo pri razvoju zasvojenosti z drogami ima materina nizka stopnja nege.« Na podlagi opisne statistike (Tabela 3.01) sklepamo, da je bila v eksperimentalni skupini v primerjavi s kontrolno skupino materina nega nižje izražena. Glede na frekvenčno porazdelitev (Tabela 3.03), smo ugotovili, da je bila nizka stopnja materine nege približno enako izražena v obeh skupinah, vendar je bila v eksperimentalni skupini v primerjavi s kontrolno skupino manj pogosta visoka stopnja materine nege. Rezultati Mann-Whitneyevega testa (Tabela 3.07 in Tabela 3.08) so pokazali statistično pomembno razliko med skupinama v izraženosti materine nege. V eksperimentalni skupini je bila namreč pogostejša prisotnost nizke izraženosti materine nege v primerjavi s kontrolno skupino ( $U = 288,50$ ;  $p = 0,042$ ). Na podlagi teh ugotovitev, smo potrdili četrto hipotezo. Ugotovitve so skladne z ugotovitvami drugih raziskovalcev (Pettenon idr., 2014).

Peta hipoteza trdi, da: »Osebe, zasvojene s prepovedanimi drogami, očetovo vzgojo večinoma dojemajo kot nadzor brez naklonjenosti.« Na podlagi rezultatov, prikazanih v Tabeli 3.03, sklepamo, da je bil najpogostejši stil starševstva pri očetu v eksperimentalni skupini nadzor brez naklonjenosti. Hi-kvadrat v primeru stila starševstva pri očetu v eksperimentalni skupini ni bil najbolj zanesljiv (Tabela 3.09), vendar pa je pokazal na statistično pomembno razliko med skupinama v stilu starševstva pri očetu ( $\chi^2 = 11,947$ ;  $p = 0,008$ ). Najpogostejši stil starševstva pri očetu v eksperimentalni skupini je bil namreč nadzor brez naklonjenosti. Na podlagi rezultatov smo potrdili peto hipotezo. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Pettenon in sodelavci (2014).



Šesta hipoteza trdi: »Pri osebah, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, je prevladujoč stil starševstva nadzor brez naklonjenosti.« Na podlagi frekvenčne porazdelitve (Tabela 3.03) sklepamo, da je bil najpogostejši stil starševstva pri materi v eksperimentalni skupini nadzor brez naklonjenosti. Najpogostejši stil starševstva pri očetu pa je bil prav tako nadzor brez naklonjenosti. Hi-kvadrat (Tabela 3.09 in Tabela 3.10) ni pokazal statistične pomembnosti v razliki v stilu starševstva pri materi med eksperimentalno ( $\chi^2 = 3,455$ ;  $p = 0,327$ ) in kontrolno skupino ( $\chi^2 = 5,714$ ;  $p = 0,126$ ). V eksperimentalni skupini je bilo prisotno tudi večje število manjkajočih odgovorov kot v kontrolni skupini, zato hipoteze »Pri osebah, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, je prevladujoč stil starševstva nadzor brez naklonjenosti.« ne moremo v celoti potrditi. Naše ugotovitve odstopajo od ugotovitev ostalih raziskovalcev (Schweitzer in Lawton, 1989; Pettenon idr., 2014).

Ugotavljali smo tudi interakcijo travm v otroštvu in odnosov s starši, vendar zaradi pomanjkanja tovrstnih raziskav nismo mogli postaviti utemeljenih hipotez. Našli smo določene statistično pomembne korelacije, ki bi lahko bile pomembne pri celostnem razumevanju problematike. Z 99% verjetnostjo lahko trdimo, da je bila materina nega negativno povezana s čustvenim zanemarjanjem, saj sta spremenljivki v obeh skupinah negativno korelirali. Povezava je bila nekoliko močnejša v eksperimentalni skupini kot v kontrolni. Obenem lahko s 95% verjetnostjo trdimo, da je bila materina nega negativno povezana tudi s čustveno zlorabo. Povezava med spremenljivkama je bila v obeh skupinah enako močna. Negativna povezava med materino nego in telesnim zanemarjanjem se je pojavila le v eksperimentalni skupini. Posledično lahko s 95% verjetnostjo trdimo, da je obstajala negativna povezava med materino nego, telesnim zanemarjanjem in pojavom zasvojenosti s prepovedanimi drogami. V kontrolni skupini smo opazili močno negativno povezavo, na nivoju 99% verjetnosti, med očetovo nego in čustvenim zanemarjanjem, ter negativno povezavo med očetovo nego in čustveno zlorabo. S 95% verjetnostjo lahko trdimo, da je bil očetov nadzor pozitivno povezan s čustvenim zanemarjanjem.

Ugotovili smo, da so nekatere vrste travm v otroštvu pomembno povezane z odnosi s starši ter da vplivajo na pojav zasvojenosti z drogami. Zaradi premajhnega vzorca ne moremo trditi, da sta imela dejavnika vpliv na pojav zasvojenosti z drogami, je pa lahko naša ugotovitev dobra smernica za naprej. Zdi se nam smiselno, da bi se v Sloveniji izvedlo podobno raziskavo na vzorcu iz celotne Slovenije, saj bi tako dobili bolj relevantne podatke.

#### 4.1 VREDNOST MAGISTRSKEGA DELA

Vrednost magistrskega dela je predvsem v tem, da smo obdelali v Sloveniji še neraziskano področje. Združili smo dva pomembna dejavnika, ki vplivata na razvoj zasvojenosti s prepovedanimi drogami, travmo v otroštvu in odnose s starši, ter poskušali odkriti povezavo med dejavnikoma. Prednost dela vidimo tudi v tem, da nam prikaže grobo oceno stanja v Sloveniji. Prednost raziskave je tudi v tem, da so bili udeleženci iz Obalno-kraške regije, saj je največ uporabnikov drog ravno iz tega območja. Magistrsko delo predstavlja

osnovo za celotno razumevanje družinske problematike na pojav zasvojenosti s prepovedanimi drogami.

Omejitve magistrskega dela vidimo v tem, da smo zajeli relativno majhen vzorec. Zavedamo se, da smo vključili rizično populacijo in pri nekaterih posameznikih odprli bolečo temo, vendar bi nam večji vzorec dal bolj relevantne podatke. Projekt CLOUD je bil omejen na področje Obalno-kraške regije, psihološko testiranje pa je bilo pogojevano z uspešno odvzetim vzorcem krvi, kar je še zmanjšalo število udeležencev v raziskavi. Vprašljiva relevantnost je tudi retrospektivno odgovarjanje. Pojavilo se nam je vprašanje, ali so udeleženci res odgovarjali tako, kot so se spominjali svoje vzgoje in travm, ali pa so bili njihovi spomini prirejeni, glede na sedanji odnos s starši.

V prihodnosti bi bilo smiselno raziskavo razširiti na področje celotne Slovenije, da bi dobili bolj zanesljive podatke, ki bi jih lahko posplošili na celotno populacijo. Potrebno bi bilo tudi razmisliti o ustreznosti vprašalnikov. Morda bi nam daljša verzija vprašalnika CTQ nudila boljše rezultate, čeprav bi lahko bil vprašalnik subjektivno predolg za našo ciljno skupino in bi posledično imeli še več pomanjkljivo izpolnjenih vprašalnikov. Morda bi bilo smiselno v raziskovalni načrt vključiti tudi polstrukturirani intervju, ki bi pripomogel k bolj celostnemu razumevanju.

## 5 SKLEPI

V magistrskem delu smo obdelali v Sloveniji še neraziskano področje. Zanimalo nas je, kakšno vlogo imajo travme v otroštvu in odnosi s starši pri pojavu zasvojenosti s prepovedanimi drogami. Na podlagi pregleda literature smo si zastavili šest hipotez, ki smo jih poskušali potrditi. Uporabili smo dva psihološka vprašalnika: Vprašalnik vezi s starši in Vprašalnik travm v otroštvu. Ugotovili smo, da so pri osebah, ki so vključene v nizkopražne substitucijske programe zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog, pogostejše vse vrste travm v otroštvu (telesna, čustvena in spolna zloraba ter čustveno in telesno zanemarjanje), v primerjavi s kontrolno skupino. Pri osebah v eksperimentalni skupini so v primerjavi s kontrolno skupino pogostejše višje ravni starševskega nadzora in nižje ravni starševske nege. Osebe, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, očetovo vzgojo večinoma opisujejo kot nadzor brez naklonjenosti. Opazili smo tudi nekaj korelacij, ki bi lahko bile pomembne v smislu nadaljnjega raziskovanja. Smiselno bi bilo narediti podobno raziskavo na večjem vzorcu iz celotne Slovenije.

## 6 LITERATURA IN VIRI

Afifi, T. O., Henriksen, C. A., Asmundson, G. J. G. in Sareen, J. (2012). Childhood Maltreatment and Substance Use Disorders Among Men and Women in a Nationally Representative Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(11), 677-686.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Pridobljeno 28. 12. 2016, s <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/dsm-v-ingles-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf>.

Bačar, U. (2014). *Pregled programov za pomoč odvisnikom od prepovedanih drog*. Zaključna naloga, Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije.

Barnard, M. (2007). *Drug Addiction and Families*. London in Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Bart, G. (2012). Maintenance Medication for Opiate Addiction: The Foundation of Recovery. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 207-225.

Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S. in Roeger, L. (2004). Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: gender differences in young community adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 34-41.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. in Ruggiero, J. (1994). Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse And Neglect*, 27, 169-190.

Briere, J. in Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: an overview. *Trauma, Violence, and Abuse*, 10(4), 375-388.

Caraci, F. in Drago, F. (2014). New definition of addiction proposed by the American Society of Addiction Medicine: Which implications for the treatment of tobacco dependence? *European Neuropsychopharmacology*, 24, 1-4.

Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B. in Chau, N. (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among french adolescents: gender and family structure differentials. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1), 73-80.

Conroy, E., Degenhardt, L., Mattick, R. P. in Nelson, E. C. (2009). Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: Comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group. *Child Abuse and Neglect*, 33(6), 343-352.

Cosden, M. in Cortez-Ison, E. (1999). Sexual Abuse, Parental Bonding, Social Support, and Program Retention for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(2), 149-155.

Černelič Bizjak, M. in Jug, V. (2016a). *IPA-CLOUD: Pregled aktivnosti znanstveno-raziskovalnega dela projekta. Predstavitev s sestanka*. Neobjavljeno gradivo.

Černelič Bizjak, M. in Jug, V. (2016b). *Vloga travme v otroštvu in stila starševstva pri pojavu zasvojenosti od drog*. Neobjavljeno gradivo.

Danielson, C. K., Amstadter, A. B., Dangelmaier, R. E., Resnick, H. S., Saunders, B. E. in Kilpatrick, D. G. (2009). Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults. *Addictive Behaviors*, 34(4), 395-399.

De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 155-170.

De Bellis, M. D. in Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185-222.

Drev, A. (ur.). (2017). *Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 12. 5. 2017, s <http://www.nijz.si/sl/publikacije/stanje-na-podrocju-prepovedanih-drog-v-sloveniji-2016>.

Drevenšek, G. (2016). *Zdravljenje odvisnosti in zasvojenost. Zapiski s predavanj*. Neobjavljeno gradivo.

Edgardh, K. in Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 88, 310-319.

Enoch, M. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214, 17-31.

Garhart Mooney, C. (2010). *Theories of Attachment: An Introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennell, and Klaus*. Saint Paul: Redleaf Press.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. in Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. in Gorelick, D. A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241.

Hadland, S. E., Werb, D., Kerr, T., Fu, E., Wang, H., Montaner, J. S. in Wood, E. (2012). Childhood Sexual Abuse and Risk for Initiating Injection Drug Use: A Prospective Cohort Study. *Preventive Medicine*, 55(5), 500-504.

Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A., O'Callaghan, M. J. in Williams, G. M. (2009). Childhood Sexual Abuse and Cannabis Use in Early Adulthood: Findings from an Australian Birth Cohort Study. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 135-142.

Heffernan, K., Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Portera, L. in Leon, A. C. (2000). Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addictive Behaviors*, 25(5), 797-803.

Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 364, 462-470.

Jurcik, T., Moulding, R. in Naujokaitis, E. (2013). How do drug and alcohol use relate to parental bonding and risk perception in university students? *Journal of Substance Use*, 18(4), 254-261.

Kail, R. V. in Cavanaugh, J. C. (2014). *Human Development: A Life-Span View, Seventh Edition*. Canada: Cengage Learning.

Kastelic, A. in Kostnapfel, T. (2010). Substitucijski programi zdravljenja odvisnosti od opioidov v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik*, 79, 575-581.

Kastelic, A. in Mikulan, M. (2004). *Mladostnik in droga: Priročnik za starše in učitelje*. Ljubljana: Prohealth.

Kerr, T., Stoltz, J., Marshall, B. D. L., Lai, C., Strathdee, S. A. in Wood, E. (2009). Childhood Trauma and Injection Drug Use Among High-Risk Youth. *Journal of Adolescent Health*, 45, 300-302.

Lake, S., Wood, E., Dong, H., Dobrer, S., Montaner, J. in Kerr, T. (2015). The Impact of Childhood Emotional Abuse on Violence among People Who Inject Drugs. *Drug and Alcohol Review*, 34(1), 4-9.

Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J. in Kaplow, J. (2002). A 12-Year Prospective Study of the Long-term Effects of Early Child Physical Maltreatment on Psychological, Behavioral, and Academic Problems in Adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(8), 824-830.

Lee, W., Ti, L., Marshall, B. D. L., Dong, H., Wood, E. in Kerr, T. (2015). Childhood sexual abuse and syringe sharing among people who inject drugs. *AIDS and Behavior*, 19(8), 1415-1422.

Lo, C. C. in Cheng, T. C. (2007). The Impact of Childhood Maltreatment on Young Adults` Substance Abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 139-146.

Locke, T. F. in Newcomb, M. D. (2003). Childhood Maltreatment, Parental Alcohol/Drug-Related Problems, and Global Parental Dysfunction. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 73-79.

Marcenko, M. O., Kemp, S. P. in Larson, N. C. (2000). Childhood Experiences of Abuse, Later Substance Use, and Parenting Outcomes Among Low-Income Mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 316-326.

Marjanovič Umek, L. in Zupančič, M. (2009). Teorije psihičnega razvoja. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (str. 28-63). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete: distribucija Rokus Klett.

Marshall, N. A. (2012). A Clinician`s Guide to Recognizing and Reporting Parental Psychological Maltreatment of Children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(2), 73-79.

Maschi, T., Baer, J., Morrissey, M. B. in Moreno, C. (2012). The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature. *Traumatology*, 19(1), 49-64.

May-Chahal, C. in Cawson, P. (2004). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 29, 969-984.

*Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM)*. Verzija 6. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 28. 12. 2016, s [http://www.nijz.si/files/uploaded/ks\\_mkb10-am-v6\\_v02\\_splet.pdf](http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf).

Medrano, M. A., Zule, W. A., Hatch, J. in Desmond, D. P. (1999). Prevalence of Childhood Trauma in a Community Sample of Substance-Abusing Women. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(3), 449-462.

Meyer, J. S. in Quenzer, L. F. (2005). *Psychopharmacology: Drugs, the Brain, and Behavior*. Sunderland: Sinauer Associates, Inc..

Min, M., Farkas, K., Minnes, S. in Singer, L. T. (2007). Impact of Childhood Abuse and Neglect on Substance Abuse and Psychological Distress in Adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 833-844.

Moran, P. B., Vuchinich, S. in Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse and Neglect*, 28, 565-574.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2007). *The Neurobiology of Drug Addiction*. Pridobljeno 11. 6. 2017, s <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1922-the-neurobiology-of-drug-addiction.pdf>.

National Intitute on Drug Abuse (NIDA). (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, third edition*. Pridobljeno 11. 6. 2017, s [https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podat\\_1.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podat_1.pdf).

Nelson, E. C., Heath, A. C., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Statham, D. J. in Martin, N. G. (2006). Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychological Medicine*, 36, 1473-1483.

Overbeek, G., Ten Have, M., Vollebergh, W. in De Graaf, R. (2007). Parental lack of care and overprotection. Longitudinal associations with DSM-III-R disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(2), 87-93.

Parker, G., Tupling, H. in Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

Perkins, D. F. in Jones, K. R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 28, 547-563.

Pettenon, M., Kessler, F. H. P., Guimarães, L. S. P., Pedroso, R. S., Hauck, S. in Pechansky, F. (2014). Perceptions of parental bonding in freebase cocaine users versus non-illicit drug users. *Indian Journal of Medical Research*, 139(6), 835-840.

Pinel, J. P. J. (2011). *Biopsychology*. Boston: Pearson Education, Inc..



Repič, T. (2006). Avtonomija in intimnost v družini kot dejavnika tveganja za spolno zlorabo. *Psihološka obzorja*, 15(1), 111-125.

Repič, T. (2008). *Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Rikhye, K., Tyrka, A. R., Kelly, M. M., Gagne, G.G. Jr., Mello, A. F., Mello, M. F., ... Carpenter, L. L. (2008). Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: impact on quality of life. *Child Abuse and Neglect*, 32(1), 19-34.

Robbins, T.W. in Clark, L. (2015). Behavioral addictions. *Current Opinion in Neurobiology*, 30, 66-72.

Rosenkranz, S. E., Muller, R. T. in Henderson, J. L. (2012). Psychological maltreatment in relation to substance use problem severity among youth. *Child Abuse and Neglect*, 36(5), 438-448.

Rosenkranz, S. E., Muller, R. T. in Henderson, J. L. (2014). The Role of Complex PTSD in Mediating Childhood Maltreatment and Substance Abuse Severity Among Youth Seeking Substance Abuse Treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 25-33.

Schatzberg, A. F., Cole, J. O. in DeBattista, C. (2005). *Manual of Clinical Psychopharmacology, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc..

Schreiber, R. in Lyddon, W. J. (1998). Parental Bonding and Current Psychological Functioning Among Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 358-362.

Schweitzer, R. D. in Lawton, P. A. (1989). Drug Abusers' Perceptions of their Parents. *British Journal of Addiction*, 84, 309-314.

Segura-Garcia, C., Rania, M., Aloï, M., Palmieri, A., Pellegrino, A., Manfrida, A. P., ... De Fazio, P. (2016). Parental bonding in substance and alcohol abusers. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 18(2), 13-20.

Simpson, T. L. in Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 27-77.

Smith, T. (ur.). (1992). *Družinska zdravstvena enciklopedija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Stahl, S. M. (2000). *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, Second Edition*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. in Van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 345-355.

Temnik, S. (2010). Čustvena zloraba otrok: Vreden sem toliko kot me imajo radi. *Psihološka obzorja*, 19(2), 129-141.

Torresani, S., Favaretto, E. in Zimmermann, C. (2000). Parental Representations in Drug-Dependent Patients and Their Parents. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 123-129.

Walsh, C., MacMillan, H. L. in Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1409-1425.

Walton, G., Co, S. J., Milloy, M-J, Qi, J., Kerr, T. in Wood, E. (2011). High prevalence of childhood emotional, physical and sexual trauma among a Canadian cohort of HIV-seropositive illicit drug users. *AIDS Care*, 23(6), 714-721.

Widom, C. S., Marmorstein, N. R. in White, H. R. (2006). Childhood Victimization and Illicit Drug Use in Middle Adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 394-403.

Zupančič, M. (2009). Socialni razvoj dojenčka in malčka. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (str. 255-277). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete: distribucija Rokus Klett.

Zupančič, M. in Svetina, M. (2009). Socialni razvoj v mladostništvu. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (str. 589-611). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete: distribucija Rokus Klett.

Žvelc, G. (2011). *Razvojne teorije v psihoterapiji: Integrativni model medosebnih odnosov*. Ljubljana: IPSA.