



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

ADVERZNÍ DĚTSKÉ ZKUŠENOSTI A JEJICH NEGATIVNÍ KONSEKVENCE

Bakalářská práce

Studijní program

Mezinárodní sociální a humanitární práce

Autorka: Denisa Stýskalová

Vedoucí práce: Mgr. Vlastimil Vohánka, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Čeladné dne 30. 4. 2023

Denisa Stýskalová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě mnohokrát poděkovala vedoucímu této bakalářské práce Mgr. Vlastimilu Vohánkovi, Ph.D. za jeho přínosné rady, trpělivost a podporu.

Mé velké díky patří také Jarmile, Haně, Františkovi, Ireně, Michalovi, Tereze, Kristině, Daniele Veronice a Tomášovi.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK POUŽITÝCH V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI	6
ÚVOD	7
1 Jazyk stavějící osobu na první místo	10
2 Stručně ke kazuistikám	11
3 Adverzní dětské zkušenosti a trauma	12
3.1 Trauma a traumatická událost	13
3.2 Mechanismus přechodu ACE v trauma	18
4 CDC–Kaiser ACE studie.....	20
4.1 První vlna ACE studie	20
4.2 Druhá vlna ACE studie	25
4.3 Kritika ACE dotazníku	29
4.4 Kazuistika Marie	30
5 Sociální práce a adverzní dětské zkušenosti.....	33
5.1 Role sociální práce v mitigaci ACEs	33
5.2 ACES u sociálních pracovníků a pracovníc.....	34
6 Studie ACEs v České republice	36
7 Povědomí o ACEs v České republice	38
7.1 ACEs v česky psané literatuře	38
7.2 „Nepojmenované“ ACEs v českých publikacích.....	38
7.3 Další příklad konceptu ACEs v ČR	40
7.4 Nevhodné zacházení s dětmi v ČR	41
8 Dopady ACEs na fyziologii člověka	43
8.1 Negativní dopad ACEs na celkové zdraví	43
8.2 Aktivace osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny	46
8.3 Reakce útok, nebo útěk	49

9	Toxický stres	51
	9.1 Kratší telomery v důsledku stresu.....	52
10	Negativní vliv aces na duševní zdraví	54
	10.1 ACEs a deprese	54
	10.2 ACEs a úzkost.....	55
	10.3 ACEs a suicidalita.....	58
11	Prevence negativních následků ACEs.....	61
	11.1 Posílení resilience	61
	11.2 Pozitivní dětské zkušenosti	63
	11.3 Strategie prevence ACEs dle CDC	64
12	Posouzení situace klienta.....	66
	12.1 Diagnostické nástroje.....	66
	12.2 Tvorba „Biopsychosociální formulace“	66
	12.3 Kazuistika Emy	69
13	Další výzkumy ACEs	76
	DISKUSE	79
	LIMITY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	80
	ZÁVĚR.....	81
	BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM.....	83

SEZNAM ZKRATEK POUŽITÝCH V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

ACE – z anglického adverse childhood experience, adverzní dětská zkušenost

ACEs – z anglického adverse childhood experiences, adverzní dětské zkušenosti

APA – American Psychological Association

CA – z anglického childhood adversity, dětská adverzita

CAs – z anglického childhood adversities, dětské adverzity

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

ČOSIV – Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání

DSM – z anglického Diagnostic and Statistical Manual, Diagnostický a statistický manuál

GAD – z anglického generalised anxiety disorder, generalizovaná úzkostná porucha

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NCTSN – The National Child Traumatic Stress Network

NHS – National Health Service

NIH – National Institutes of Health

PCE – z anglického positive childhood experience, pozitivní dětská zkušenost

PCEs – z anglického positive childhood experiences, pozitivní dětské zkušenosti

PTSD – z anglického posttraumatic stress disorder, posttraumatická stresová porucha

ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je představit problematiku adverzních dětských zkušeností, výsledky výzkumů týkajících se vlivu adverzních dětských zkušeností na lidi v dospělém věku a popsat možnosti prevence adverzních dětských zkušeností. Ze samotné podstaty matérie adverzních dětských zkušeností je oprávněné presumovat, že tato bakalářská práce nebude zpracována optikou „sine ira et studio“, nýbrž prizmatem určité naléhavosti této rozvětvené problematiky.

Autorka by na tomto místě ráda vymezila pomyslné mantinely, v rámci kterých se bude tato bakalářská práce pohybovat. S intencí zachování důstojnosti potřebných osob, o kterých tato práce pojednává, usiluje autorka o vyjadřování v souladu s konceptem „person-first language“, tedy způsobu, kdy pisatelka na prvním místě zmiňuje osobu, ať už se jedná o klienta/klientku, pacienta/pacientku nebo jen obecně jedince, a až poté jeho/její stav, například onemocnění či poruchu. Cílem tohoto prizmatu je neredukovat jedince pouze na jeho zdravotní či sociální status nebo aktuální náročnou životní situaci. Tento přístup je více rozveden hned v následující kapitole.

Říčan (1995, dle Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, s. 9) užívá pro, eufemisticky řečeno, dobrovolné ukončení vlastního života latinského pojmu „suicidium“, které lze dle něj přeložit jako „sebezabití“. Zvolení této terminologie odůvodňuje Říčan svou snahou vyhnout se „odsuzujícímu akcentu“, který s sebou slovo „sebevražda“ nese, dodává, že toto akcentování u určitých suicidií „není na místě“. Autorka bakalářské práce ve svém textu z tohoto prizmatu vychází, proto tak o dobrovolném ukončení života nepíše jako o „sebevraždě“, ale rozhodla se pro používání termínu „suicidium“.

Dále je záhodno uvést, že, přestože si autorka uvědomuje kruciální, potažmo samotnou existenci, zastoupení žen jak v pomáhajících profesích, tak v roli potřebných osob, užívá často text této práce generické maskulinum.

Bakalářská práce je protkána anglickými akronymy, zejména pak akronymem pojmu **adverzní dětské zkušenosti**, tedy „ACEs“, jejich význam je uveden v „Seznamu zkratk použitých v bakalářské práci“. Tímto krokem autorka předchází neustálé repetici několikáslovných pojmů, což by mohlo zbytečně odvádět pozornost od zámyslu hlavního sdělení.

Čtenářům a čtenářkám této bakalářské práce se může zdát, že má tato tendence se, obrazně vyjádřeno, vylévat z břehů, tedy vzhledem ke svému cíli. A to například tím, že je zde značný prostor poskytován fenoménu traumatu. Nutno však podotknout, že **adverzní dětské zkušenosti a trauma jsou úzce provázanými problematikami**, proto v této práci nelze neposkytnout značný prostor právě traumatu a jemu příbuzné materii. Apel na to, že musí být vynakládány snahy pro prevenci přechodu ACEs do traumatu neznamená, že k tomu nebude docházet, proto se tato práce také hojně zabývá právě alarmujícími následky traumatu na lidský organismus, a to také jako jistý důkaz naléhavosti identifikace a, medicínsky řečeno, zaléčení ACEs. Rigidní fokus pouze na adverzní dětské zkušenosti by tak s sebou nesl riziko znemožnění pochopení komplexity této závažné společenské otázky.

Znalost problematiky konceptu adverzních dětských zkušeností by pro sociální pracovníky měla být krucální výbavou. Vedením senzitivního, reflektujícího rozhovoru, který by ovšem pokud možno měl být součástí jakékoliv intervence, může sociální pracovník například identifikovat riziko možné historie ACEs u klienta, přičemž se znalostí možných negativních následků, jako je trauma, může tohoto klienta odkázat, sít'ovat na další profesionály, ať už psychoterapeuta či lékaře. V té chvíli má sociální pracovník možnost za užití prvků psychoterapeutického rozhovoru a psychoedukace klienta jednak informovat o možné navazující intervenci, ale také poskytnout penzum informací k potížím, se kterými se klient potýká. To, co se totiž může okolí klienta jevit jako jeho lenost nebo pohodlnost, může být sociálním pracovníkem, tedy díky vědomostem o s ACEs spojených konsekvencích, nazíráno jako projev duševních zranění, se kterými však lze dále pracovat, je však nutné, aby byl sociální pracovník vybaven znalostmi, díky kterým problém klienta zachytí. Také vlastní zkušenost sociálních pracovníků s ACEs má potenciál přetavit tuto svou bolavou historii těchto negativních vlivů v preciznější či bližší pochopení prožívání či jednání klientů.

Bakalářská práce je členěna do více než desítky kapitol. Přičemž kapitola číslo 3 usiluje o ozřejnění terminologie týkající se adverzních dětských zkušeností, dětské adverzity, traumatu, traumatických událostí a souvztažnosti mezi těmito fenomény. Kapitola 4 se fokusuje na dvě vlny krucálního výzkumu k ACEs. Pátá kapitola pojednává o roli sociálních pracovníků v problematice potírání ACEs. Část práce je také věnována povědomí o ACEs v České republice a mapování nevhodného zacházení s dětmi v tuzemsku. Další frakce práce je zaměřena na následky ACEs, ať už se jedná o popis, jakým tyto zkušenosti působí na lidské tělo, nebo onemocnění, která jsou s ACEs, jakožto jejich možnou příčinou, spojována. Konečně se práce zabývá také prevencí, nebo alespoň mitigací, následků ACEs. Snahou bakalářské práce

je také v rámci případové studie zpracovat literaturou navrhovaný postup intervence u klientky s historií ACEs a přítomností posttraumatické stresové poruchy.

1 JAZYK STAVĚJÍCÍ OSOBU NA PRVNÍ MÍSTO

Podstatou tohoto přístupu ve verbální a psané podobě je stavět jedince na první místo a až poté uvádět okolnosti, se kterými se potýká, ať už se jedná o „poruchu, onemocnění, stav či postižení“. Intencí paradigmatu je nikoliv deskripce toho, čím jedinec „je“, nýbrž toho, co „má“, v praxi tedy například hovoření o jedinci jako o „člověku s diabetem, ne „diabetikovi“; „člověku s bipolární poruchou“, ne „bipolárním člověku“ (NIH, Person-first and Destigmatizing Language [online]).

Zároveň však nelze nezmínit existenci určitých komunit, jež upřednostňují „identify-first language“, tedy způsob vyjadřování, ve kterém je právě určitý spojující znak této skupiny akcentován. Mezi skupiny, jež percipují některé ze svých charakteristik jako jim inherentní, a vyjadřují tím tak příslušnost k dané komunitě, se řadí například osoby hluché nebo autistické, které se s danou komunitou identifikují. Upřednostňování této podoby komunikace zajisté neplatí ve sto procentech případů, je zde tak namísto otázat se dotyčného na to, jaký způsob oslovování preferuje (NIH, Person-first and Destigmatizing Language [online]).

Autorka této práce se však nedomnívá, že nevyužívání tohoto přístupu automaticky znamená, že chovají pracovníci a pracovníci v pomáhajících profesích jakýkoliv despekt vůči svým klientům, klientkám či pacientům a pacientkám. Totiž kromě toho, že jim, aniž by chtěla autorka jakkoli podceňovat jejich erudici, ani nemusí být tento koncept znám, může být užíváno verbálních zkratk ve smyslu právě „diabetik“ či „bipolární člověk“ za účelem vytvořit stručné a výstižné sdělení v rámci komunikace mezi profesionály v podmínkách každodenního shonu praxe. Vůči potřebným je však zajisté vhodné výše zmíněný přístup užívat, a to už jen proto, že má tento potenciál zbavit samotného klienta jistého redukcujícího a stigmatizujícího pohledu na vlastní diagnózu, popřípadě nepříznivou životní situaci.

2 STRUČNĚ KE KAZUISTIKÁM

Text této bakalářské práce je proložen kazuistikami, tyto jsou čerpány výlučně z literatury, nikoliv tedy z „vlastní praxe či zkušeností“. Jejich intencí je prakticky ilustrovat některé v bakalářské práci zmíněných fenoménů, a určitým způsobem tak někdy skrze ně zachytit možné způsoby řešení. V případech, kdy autorka sezná, že publikací nabízené řešení neodpovídá realitám České republiky, pokusí se navrhnout takový postup, který je aplikovatelný taktéž v podmínkách českého systému. Případové studie jsou vlastně výsledkem syntézy záplavy termínů, definic a přístupů na jedné straně a personalizací pojmů na straně druhé. Kazuistiky by již ze své podstaty měly být vnímány jako přeživšími velmi draze vykoupenou příležitostí pro rozšíření vědomostí, profesní růst a rozvoj čtenářů a čtenářek, potažmo až kultivaci společnosti.

3 ADVERZNÍ DĚTSKÉ ZKUŠENOSTI A TRAUMA

Intencí této kapitoly je nejen citovat definice termínů, nýbrž také usilovat o jisté utřídění těchto pojmů. To si klade za cíl zajistit jistou konzistenci následujícího textu a také obeznámení čtenářů a čtenářek s terminologickým jazykem této bakalářské práce.

Autory pojmu „adverzní dětské zkušenosti“ (dále v této bakalářské práci povětšinou jen „ACEs“ pro množné číslo a „ACE“ pro označení čísla jednotného) jsou Vincent Felitti, Robert Anda a jejich kolegové. Ti v roce 1998 publikovali výzkumný článek, jenž shrnuje výsledky studie zabývající se právě ACEs (Bartlett, Sacks, 2019 [online]; Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, Marks, 1998). Výstupy a okolnosti tohoto významného výzkumu budou obsahem jedné z kapitol práce.

CDC (Fast Facts [online]) definují adverzní dětské zkušenosti jako **„potenciálně traumatické události, ke kterým dochází v období dětství (0–17 let)“**. Na exaktní periodizaci dětství však, zdá se, neexistuje konsenzus. Například Felitti a kol. (1998, s. 247) totiž ve své studii percipují období dětství jako „prvních osmnáct let života“, kdežto Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, Wagenaar (2012, s. 127) uvádějí, že adolescence, tedy doba mezi dětstvím a dospělostí, „trvá přibližně (...) do 19 let“.

Nelze však opomenout, že ACEs nejsou samostatnou jednotkou, nýbrž spadají pod obecnější, širší skupinu, a sice pod **dětskou adverzitu**. Bartlett a Sacks (2019 [online]) označují ACEs za „podmnožinu“ dětské adverzity a popisují ji jako „obecný termín, který odkazuje na širokou škálu okolností nebo události, které představují závažnou hrozbu pro fyzické a psychické blaho dítěte“, mezi dětskou adverzitu řadí tyto autorky kupříkladu šikanu, vážné nehody nebo zranění, diskriminaci, extrémní chudobu či násilí v komunitě.

Tato bakalářská práce vychází z teze formulované příspěvkem Bartlett a Sacks (2019 [online]) na webu „Child Trends“, jehož název „Adverse childhood experiences are different than child trauma, and it’s critical to understand why“ (v překladu „Adverzní dětské zkušenosti jsou odlišné od dětského traumatu a je nutné porozumět proč“) v sobě kondenzuje celé toto paradigma vnímání vztahu mezi ACEs a traumatem. Pokud se vrátíme k výše uvedené definici ACEs formulované CDC, kruciólními zde jsou slova „potenciálně traumatické“. Z toho

vyplývá, že nelze a priori stavět rovnítko mezi ACE a trauma. Jak však směr textu napovídá, určitá vztahovost mezi těmito dvěma fenomény existuje.

3.1 Trauma a traumatická událost

Trauma představuje „jeden z možných následků expozice adverzité“. Přičemž adverzitou se rozumí „obecný pojem odkazující na širokou škálu okolností nebo událostí, které představují závažnou hrozbu pro fyzický a psychický blahobyt“ jedince (Vivrette, Bartlett, 2020 [online]). American Psychological Association (Trauma [online]) užívá pro deskripci pojmu trauma následující slova: „trauma je emocionální odpověď na děsivou událost, jako jsou nehoda, znásilnění nebo přírodní katastrofa“. Autorka by se zde opět ráda pokusila o bryskní analýzu této definice. A sice, kruciólní roli má slovo „odpověď“, což implikuje, že trauma není přímo „událostí“, nýbrž až reakcí na traumatickou událost.

Konsekvence traumatu jsou u každého jedince rozličné. Faktory determinujícími, jak bude daný jedinec na trauma reagovat, jsou jeho „věk; stupeň vývoje; míra závažnosti traumatické události; použité násilí a míra síly“; dále také to, zda se jednalo o izolovanou událost, nebo došlo k jejímu opakování; důležité složky představují i „povaha vztahu mezi přeživším a strůjcem traumatu; jakož i reakce okolí na to, kdy se se svým traumatem tato osoba svěří, tedy zda ji lidé věří, či nikoliv; s tím se pojí i neméně důležitá role podpory, které se přeživšímu dostane (Hepworth, Rooney, Rooney, Strom-Gottfried, 2021, s. 416).

Neošetřená **dětská traumata** představují prapůvod mnoha neblahých společenských jevů jako jsou „chudoba, zločinnost, nízké dosažené vzdělání, závislost, problémy v oblasti duševního zdraví a nízká kvalita zdraví“. Dětská traumata tak svým způsobem nepříznivě ovlivňují celou společnost, jedná se jak o „děti, rodiny, sousedství, komunity, tak školy či systémy služeb či daňové poplatníky“ (Gerrity, Folcarelli, 2008, s. 5). Přestože slova o negativním dopadu na plátce daní mohou působit až příliš pragmaticky či aneticky, totiž vzhledem k utrpení, které s sebou každé dětské trauma nese, jedná se o určitý „wake-up call“ pro ty, kteří by mohli argumentovat tím, že se necítí být problematikou fenoménu dětského traumatu, vlastně našťestí, nikterak zasažení, a tedy ani ohrožení.

Dle National Institute of Mental Health (Coping With Traumatic Events, 2022 [online]) lze pak **traumatickou událost** označit jako „šokující, děsivou nebo nebezpečnou zkušenost, která může jedince zasáhnout emocionálně i fyzicky“. Nolen-Hoeksema a kol. (2012, s. 818) zase charakterizují traumatickou událost jako „situaci krajního nebezpečí, jež přesahuje hranice

běžné lidské zkušenosti“. Řadí se zde široké spektrum událostí, a to od „přírodních katastrof, tedy hurikánů, zemětřesení, povodní“; až po „násilné činy (napadení, týrání, teroristické útoky, hromadné střelby) či autonehody“. Možné reakce na expozici traumatické události shrnuje **Tab. č. 1**. Pro účely této bakalářské práce je trauma chápáno jako následek traumatické události, nikoliv jako synonymum pro traumatickou událost.

Kognitivní	Emocionální
<ul style="list-style-type: none"> • špatná koncentrace • zmatenost • dezorientace • nerozhodnost • potíže s rozhodováním • zkrácená délka pozornosti • ztráta paměti • nechtěné vzpomínky 	<ul style="list-style-type: none"> • šok • insenzitivita • pocit zahlcení • deprese • pocit bezradnosti • strach ze sebeublížení a/nebo ublížení nejbližším • necítění „ničeho“ • pocit opuštění • nejistota v pocitech • volatilní (nestálé) emoce
Fyzické	Behaviorální
<ul style="list-style-type: none"> • nauzea • pocit na omdlení • vertigo • gastrointestinální problémy • rychlá tepová frekvence • třesy (tremor) • bolesti hlavy • skřípání zubů • únava • špatný spánek • bolest • hyperostrážitost („hyperarousal“) • nervozita („jumpiness“) 	<ul style="list-style-type: none"> • podezřívavost • iritabilita • hádky se známými a nejbližšími • stažení, uzavření se • excesivní mlčení • nevhodný humor • snížení/zvýšení přijímání stravy • změna sexuální touhy nebo fungování • nárůst kouření • nárůst užívání nebo zneužívání návykových látek

Tab. č. 1: Obvyklé reakce osob na traumatickou událost (CDC, n. d., nepaginováno; zpracování vlastní)

U pojmu **hyperostrážitost**, neboli „**hyperarousal**“, zmíněném v **Tab. č. 1** se nyní autorka na moment zastaví. Tento symptom, který je výsledkem traumatem spuštěných biologických procesů a může přetrvávat až roky, představuje způsob, jakým se lidský organismus udržuje v připravenosti. Sestává z potíží jako jsou „poruchy spánku, svalová tenze či nižší práh pro uleknutí“, v procesu diagnostikování PTSD hraje přítomnost toho příznaku úlohu jednoho z hlavních kritérií (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, s. 65). Pro ilustraci, jak se projevuje hyperostrážitost u osob s traumatem, uvádí SAMHSA (2014, s. 65) případ 35leté ženy, která byla ve svých 16 letech po cestě domů ze střední školy skupinově znásilněna. Následujícími slovy líčí, jak se jí tímto dnem změnil celý život. „Po znásilnění už jsem se nikdy sama necítila bezpečně. Dříve jsem ráda chodívala kamkoliv. Potom jsem ale nebyla schopná zvládnout strach, který jsem měla při procházení sousedstvím. Bylo jedno, zda jsem byla sama, nebo s přáteli, každý zvuk, který jsem slyšela, ve mně spustil strach. Měla jsem pocit, že se ta stejná věc stane znovu. Postupem času se to zlepšuje, ale často mám pocit, jako bych seděla na větvi stromu a čekala, až se zlomí. Dělá mi problém odpočívat. Snadno se polekám i když mi přes cestu přeletí list nebo když jsou mé děti hlučné při hře na dvoře. Nejlépe mohu popsat svůj život přirovnáním ke sledování strašidelného a napínavého filmu – sedíte na kraji křesla, zatímco se vám potí dlaně a buší srdce, úzkostlivě očekáváte, že se něco stane.“

O traumatickém stresu u dětí hovoříme v situaci, kdy „dramatické nebo nebezpečné události přesahují dovednosti dítěte tyto situace zvládat“. Nejenže se traumatický stres manifestuje různým způsobem u každého jedince, ale také se jeho symptomy různí v závislosti na jeho věku (SAMHSA, 2022 [online]), jak například zobrazuje **Tab. č. 2 níže**.

Předškolní věk	První stupeň základní školy	Druhý stupeň základní školy a střední škola
<ul style="list-style-type: none"> • strach ze separace od rodičů nebo pečujících osob • častý pláč a/nebo častý křik • nedostatečný příjem stravy a s tím spojené ubývání na váze • noční můry 	<ul style="list-style-type: none"> • vznik úzkostlivosti a obav • pocit viny nebo studu • problém s koncentrací • problémy se spánkem 	<ul style="list-style-type: none"> • pocit deprese a samoty • vznik poruch příjmu potravy a sebepoškozujícího jednání • rozvoj zneužívání alkoholu nebo drog • zahájení sexuální aktivity

Tab. č. 2: Znaky traumatického stresu u dětí dle přibližného věku (SAMHSA, 2022 [online]; zpracování vlastní)

Dle NCTSN (About Child Trauma [online]) nemusí traumatická událost vždy nutně rezultovat v rozvinutí traumatického stresu. O ono (ne)překlopení traumatické události do traumatického stresu se mohou zasloužit následující protektivní, respektive rizikové, faktory zobrazené v **Tab. č. 3**.

Závažnost události

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Jak závažná byla daná událost?• Jak vážně bylo dítěti nebo osobě, kterou mělo dítě velmi rádo, fyzicky ublíženo?• Došlo k převozu dítěte nebo jeho velmi blízké osoby do nemocničního zařízení?• Byla přivolána policie? | <ul style="list-style-type: none">• Došlo k oddělení dítěte od jeho pečující osoby?• Bylo dítě dotazováno na okolnosti události ze strany autorit, například policisty?• Zemřel přítel nebo člen rodiny dítěte? |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Míra zainteresování do události

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Bylo dítě nezprostředkovaně účastno události?• Přihlíželo dítě tomu, jak se událost děje někomu jinému, nebo bylo samo obětí? | <ul style="list-style-type: none">• Sledovalo danou událost dítě prostřednictvím televize?• Slyšelo dítě o události z úst milované osoby? |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Reakce ze strany pečující osoby

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Věřila rodina dítěti to, co o události vypovědělo?• Braly pečující osoby událostí indukované reakce dítěte se vší vážností? | <ul style="list-style-type: none">• Jakým způsobem pečující osoby reagovaly na potřeby dítěte a jak se samy tyto pečující osoby s událostí vypořádaly? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Existence dřívějšího traumatu

U dítěte, které bylo souvisle vystavováno traumatickým událostem, existuje vyšší riziko rozvoje reakcí traumatického stresu.

Faktory rodinné a komunitní

Mezi protektivní faktory, jež mají potenciál pomoci ochránit dítě a rodinu před neblahými následky traumatických událostí, lze zařadit „kulturu, kulturní identitu, rasu, etnicitu, jakož i komunitu“.

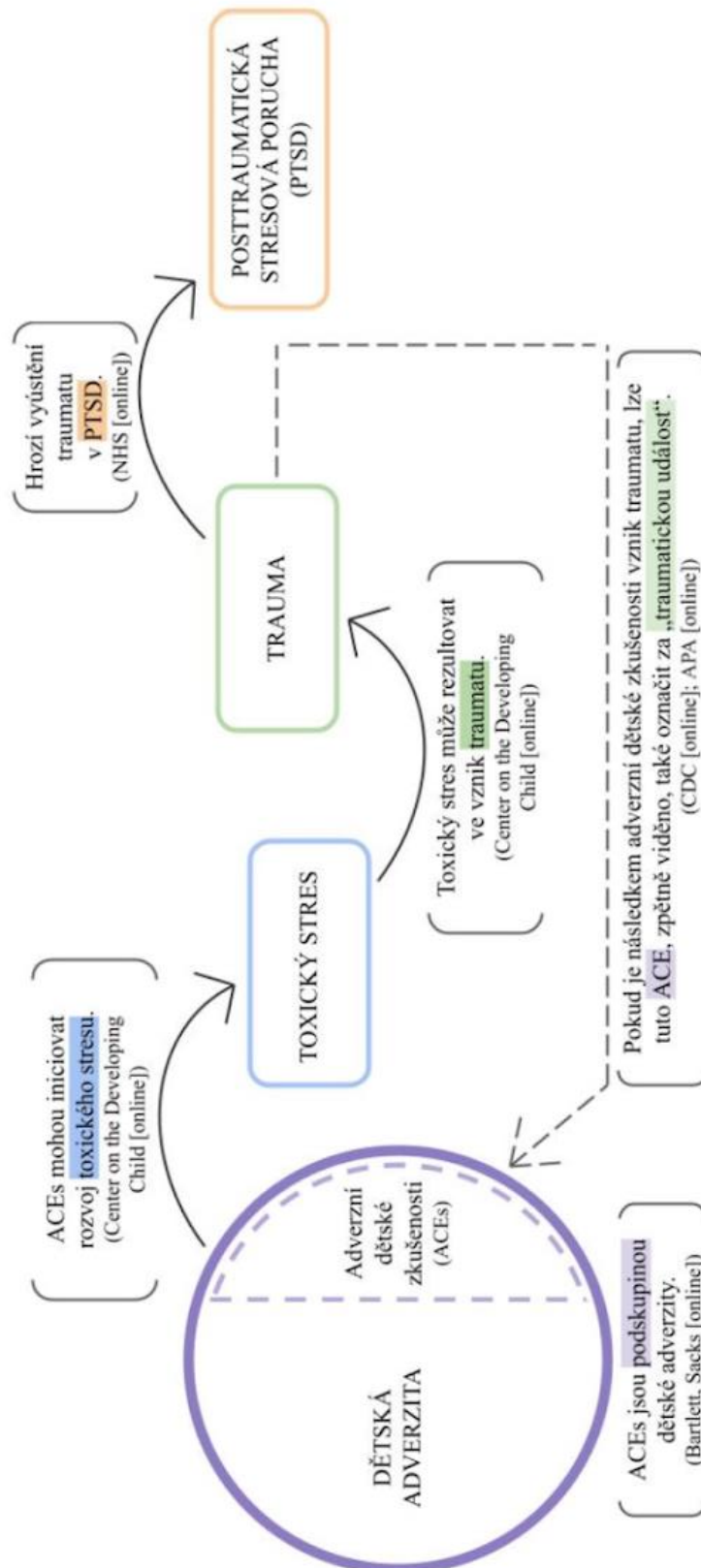
Na druhou stranu mohou neblahou roli rizikového faktoru pro vznik traumatického stresu sehrát projevy rasismu a diskriminace mířené proti danému jedinci.

Tab. č. 3: Rizikové a protektivní faktory pro rozvoj traumatického stresu následkem traumatické události (NCTSN, About Child Trauma [online]; zpracování vlastní)

3.2 Mechanismus přechodu ACE v trauma

Obr. č. 1 si klade za cíl zobrazení možného mechanismu tranzice ACE v trauma. **Traumatem** však následky ACEs končit nemusí, průměrně u jedné ze tří osob dochází po závažném traumatu také k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (dále jen PTSD) (National Health Service [online]). **PTSD** se řadí mezi úzkostné poruchy, k jejímu rozvoji dochází v důsledku „události přesahující hranici běžného lidského trápení“, doprovodnými symptomy je úsilí vyvarovat se impulzům, u kterých hrozí, že vyvolají silně negativní pocity spojené s traumatickou událostí. U takto zasažených osob se také objevují „pocity odcizení“ či značné potíže se spánkem (Nolen-Hoeksema a kol., 2012, s. 812).

Příkladem misinterpretace, kdy je o ACEs automaticky referováno jako o traumatu, je pojednání v publikaci „Direct Social Work Practice: Theory and Skills“ (Hepworth, Rooney, Rooney, Strom-Gottfried, 2021, s. 416, 417). Zde jsou totiž adverzní dětské zkušenosti, které byly zkoumány v rámci ACE studie nazývány „typem traumatu“ či „traumatickými událostmi“. Přičemž ani Felitti a kol. (1998) se ve své studii k ACEs o traumatu či termínu s tímto kořenem slova (tedy až na bibliografický seznam) nezmiňují. Autorka této bakalářské práce tímto však v žádném případě nechce jakkoli bagatelizovat utrpení, které lidem ACEs způsobily a působí, jen se však snaží o udržení nastaveného prismatu, tedy že ACEs nejsou totožné s traumatem, což vytváří prostor pro včasnou intervenci, která může předejít právě rozvoji traumatu.



Obr. 1: Mechanismus možného překlopení ACEs do traumatu nebo PTSD (Center on the Developing Child, ©2023a [online]; NHS, Post-traumatic stress disorder (PTSD) [online]; Bartlett, Sacks, 2019 [online]; CDC, Fast Facts [online]; APA, Trauma [online]; schéma zcela vlastní – zpracováno autorkou jako fúze uvedených pramenů)

4 CDC–KAISER ACE STUDIE

4.1 První vlna ACE studie

Byly tady již uvedeny konkrétní příklady traumatických událostí i dětské adverzity, zmíněno riziko překlopení ACEs v traumata, chybí však to hlavní, a sice rozptýlit vágnost definice ACEs uvedením konkrétních příkladů, to umožní níže představená studie, jejíž autoři jsou také tvůrci pojmu „adverzní dětské zkušenosti“ (Bartlett, Sacks, 2019 [online]).

Intencí CDC-Kaiser ACE studie, známé zkráceně také jako „ACE studie“ bylo identifikovat negativní dopady ACEs na zdraví jedinců v dospělosti. Výsledky výzkumu byly zpracovány ve formě článku s názvem „Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“ (CDC, About the CDC-Kaiser ACE Study [online]).

Pro potenciální čtenáře originální ACE studie a pro jasnost názvosloví je vhodné uvést, že Felitti a kol. (1998) ve svém článku kromě sousloví „adverzní dětské zkušenosti“ užívají také termínu „adverzní expozice v dětství“ („adverse childhood exposure“), z textu jejich práce však vyplývá, že se jedná o totožné, a tedy zaměnitelné pojmy.

Co se týče průběhu výzkumu, předpoklady pro účast na ACE studii splnilo všech 13 494 probandů, kteří absolvovali standardizované lékařské evaluace, ty sestávaly z vyplnění jak demografických, tak biopsychosociálních dat, kontroly jednotlivých orgánových soustav, dřívějších lékařských diagnóz a zaznamenání rodinné anamnézy. Zdravotník poté odebral osobní zdravotní anamnézu, realizoval lékařskou prohlídku, jakož i vyhodnocení výsledků provedených laboratorních testů. Po této první fázi studie byl respondentům zaslán samotný dotazník k adverzním dětským zkušenostem (dále jen ACE dotazník). Tento dotazník vyplnilo 9 508 osob, míra návratnosti zde tak tvořila 70,5 % (Felitti a kol., 1998, s. 246). Po vyloučení respondentů, kteří nevyplnili určité otázky, například ty týkající se rasy, dosaženého vzdělání, některých otázek k ACEs, bylo z 9 508 probandů nakonec do analýzy první vlny studie zařazeno **8 056 osob** (Felitti a kol., 1998, s. 247, 249).

V ACE dotazníku se v rámci **I. vlny studie** výzkumníci ptali na **sedm kategorií ACEs**, které jsou zobrazeny v **Tab. č. 4**, Felitti a kol. (1998, s. 248) nazývají tři kategorie ACEs „physical abuse“, „emotional abuse“ a „sexual abuse“ souhrnně „childhood abuse“. V této bakalářské práci autorka však, stejně jako Winnette (2019), překládá slovo „abuse“ v souvislosti

s psychickým a fyzickým utrpením jako „týrání“, kdežto u oblasti sexuální je toto slovo překládáno jako „zneužívání“.

Zneužívání/týrání dětí	Dysfunkce domácnosti
1. Psychické týrání	4. Zneužívání návykových látek
2. Fyzické týrání	5. Duševní onemocnění (včetně suicidia)
3. Sexuální zneužívání	6. Násilné jednání s matkou / nevlastní matkou
	7. Kriminální jednání

Tab. č. 4: Zkoumané kategorie ACEs v I. vlně CDC-Kaiser Study (Felitti a kol., 1998, s. 248; zpracování vlastní)

Jedna otázka v ACE dotazníku se týkala trestné činnosti, po dvou otázkách se dostalo kategoriím psychické týrání, fyzické týrání, zneužívání návykových látek, duševní onemocnění, konečně čtyři otázky byly mířeny na kategorii násilné jednání vůči matce či matce nevlastní. Každé z otázek přitom předcházela formulace ve znění „Během vyrůstání v prvních osmnácti letech života...“. Dotazník byl koncipován způsobem, kdy součet ACEs sahal od nuly, tedy žádné prožité ACE, po sedm, tudíž přítomnost všech sedmi kategorií ACEs. Respondent, který odpověděl alespoň na jednu otázku z každé kategorie ACEs kladně, byl identifikován jako jedinec s historií dané ACE (Felitti a kol., 1998, s. 247, 248). Otázky obsažené v dotazníku představuje **Tab. č. 5**. Samotným zněním ACE dotazníku článek nedisponuje.

Určitá forma stručnosti dotazníku skýtá prostor pro kritiku právě jeho redukce. Kritickému pohledu na podobu ACE dotazníku, kdy je fokus zúžen na sčítání ACEs, se bude věnovat jedna z následujících podkapitol.

Během vyrůstání v prvních osmnácti letech života... (těmito slovy byla uvozena každá otázka)

TÝRÁNÍ/ZNEUŽÍVÁNÍ DLE KATEGORIE

Psychické týrání

(Stávalo se, že rodič či jiný dospělý člověk v domácnosti)

Vám často nebo velmi často nadával, urážel Vás nebo Vás ponižoval?

Často nebo velmi často jednal takovým způsobem, že jste se obával/a fyzického ublížení?

Fyzické týrání

(Stávalo se, že rodič či jiný dospělý člověk v domácnosti)

Vás často nebo velmi často strkal, hrubě popadl, strčil, fackoval?

Vás často nebo velmi často udeřil tak silně, že na Vašem těle byly pozorovatelné stopy po úderu nebo došlo přímo k Vašemu zranění?

Sexuální zneužívání

Stalo se, že se Vás nějaký dospělý člověk nebo člověk alespoň o pět let starší dotýkal nebo hladil ve stylu sexuálním?

Dotýkal/a jste se těla nějakého dospělého člověka nebo člověka alespoň o pět let staršího než Vy?

DYSFUNKCE DOMÁCNOSTI DLE KATEGORIE

Zneužívání návykových látek

Žil/a jste s někým, kdo byl problémovým konzumentem alkoholu nebo alkoholikem?

Žil/a jste s někým, kdo užíval nelegální drogy?

Duševní onemocnění

Byl některý ze členů domácnosti depresivní nebo duševně nemocný?

Pokusil se některý ze členů domácnosti o suicidium?

Násilí mířené vůči matce

Byla Vaše matka (nebo nevlastní matka)

Někdy, často nebo velmi často strčena, popadnuta, udeřena nebo po ní byl hozen nějaký předmět?

Někdy, často nebo velmi často kopnuta, kousnuta, uhozena pěstí nebo uhozena nějakým tvrdým předmětem?

Minimálně jednou opakovaně udeřována po dobu několika minut?

Bylo Vaší matce (nebo nevlastní matce) vyhrožováno či ublíženo nožem nebo zbraní?

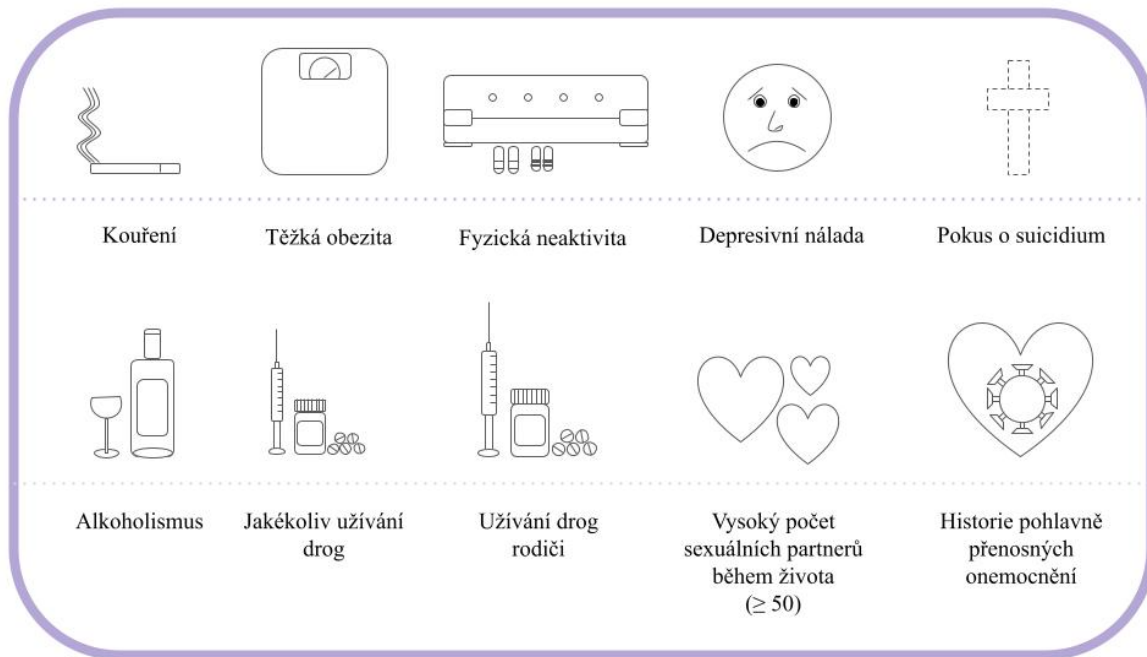
Trestná činnost v domácnosti

Nastoupil někdo ze členů domácnosti k trestu odnětí svobody?

Tab. č. 5: Otázky uvedené z ACE dotazníku (Felitti a kol., 1998, s. 247, 248; zpracování vlastní)

4.1.1 Rizikové faktory

Výzkumníci také pozorovali vztah mezi ACEs a **rizikovými faktory**. Mezi tyto rizikové faktory autoři studie zahrnuli následujících deset položek: kouření, těžká obezita, fyzická inaktivita, depresivní nálada, pokusy o suicidium, alkoholismus, jakýkoliv abúzus drog, abúzus drog rodiči, 50 a více sexuálních partnerů během života a výskyt sexuálně přenosné choroby v anamnéze (Felitti a kol., 1998, s. 248, 249). Rizikové faktory jsou předmětem **Obr. č. 2**.



Obr. 2: Deset rizikových faktorů pozorovaných v rámci I. vlny ACE studie (Felitti a kol., 1998, s. 248; zpracování vlastní)

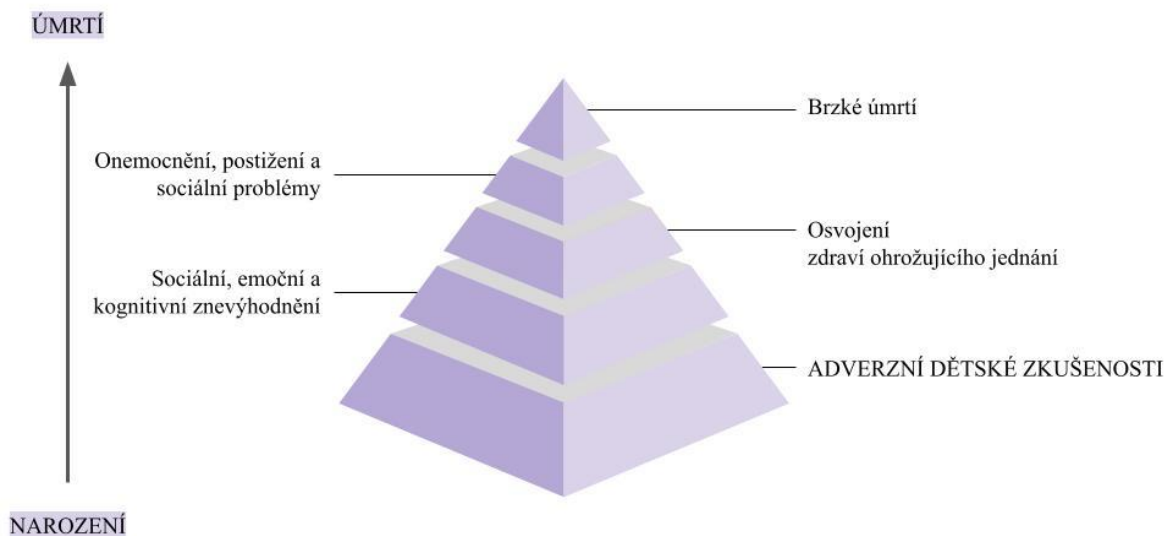
Se zvyšujícím se počtem prokázaných ACEs u respondentů docházelo k nárůstu jak prevalence, tak rizika, a to u těchto rizikových faktorů: kouření, těžká obezita, fyzická neaktivita, depresivní nálada a pokusy o suicidium (Felitti a kol., 1998, s. 249). Pokud bychom porovnali osoby se čtyřmi ACEs s respondenty, u kterých se nezjistila ani jedna kategorie ACEs, byl u prvně zmiňované skupiny poměr podílů pravděpodobností („odds ratio“) pro fyzickou aktivitu 1,3. Alarmující však byl poměr podílů pravděpodobností v tomto případě u pokusů o suicidium, kde tvořil hodnotu 12,2. Dále také docházelo s růstem počtu ACEs k růstu prevalence a rizika alkoholismu, užívání a injekční aplikace nezákonných drog, počtu sexuálních partnerů od padesáti výše a také historie sexuálně přenosných chorob (Felitti a kol., 1998, s. 249, 250).

4.1.2 Vztahy mezi ACEs

Prostor musí dostat také zjištění, ke kterým došli autoři, když se dívali na **vztahy mezi jednotlivými ACEs**. Byla totiž pozorována značná vztahovost mezi jednotlivými kategoriemi ACEs. U osoby, která za sebou měla jednu ACE, existovala pravděpodobnost, že byla tato osoba vystavena jakékoliv další kategorii ACEs v rozpětí od 65 % do 93 %. Pravděpodobnost, že budou pozorovány dvě a více ACEs sahala od 40 % do 74 %. Dle autorů bylo statisticky méně kategorií ACEs pozorováno u starších respondentů, dále Asiatů, osob s bílou barvou kůže a osob s ukončeným vzděláním na období české vyšší odborné školy („college“) (Felitti a kol., 1998, s. 249).

4.1.3 Rizika ACEs

Adverzní dětské zkušenosti mohou mít za následek řadu neblahých, až fatálních následků. Jedná se o vznik sociálního, emočního a kognitivního znevýhodnění; projevy zdraví ohrožujícího jednání; onemocnění, postižení a sociální problémy, v konečném důsledku až předčasné smrti, jak ilustruje **Obr. č. 3** (Felitti a kol., 1998, s. 256).



Obr. č. 3: Potenciální rizika, která s sebou v průběhu života nesou ACEs (Felitti a kol., 1998, s. 256; vzorem pro vytvoření tohoto schématu bylo schéma zdroje)

4.2 Druhá vlna ACE studie

U druhé vlny výzkumu činila míra návratnosti 65 %, jednalo se o **8 667 probandů**. Jen pro komplexnost, u vlny první bylo toto číslo **9 508**, a míra návratnosti tak byla nepatrně vyšší, přesněji 70 %. Celkově vzato, po sečtení respondentů obou vln se jednalo o **18 175 respondentů**, dohromady byla míra návratnosti 68 % (Dong a kol., 2004, s. 773).

Stejně jako u první vlny, kde došlo před samotnou analýzou k vyloučení 1 452 probandů (Felitti a kol., 1998, s. 249), bylo i ve druhé vlně přistoupeno k exkluzi jistého počtu probandů, konkrétně se to týkalo 38 osob, a to z důvodů nevyplnění některých informací právě ze strany těchto dotazovaných. V důsledku toho tedy sestávala kohorta druhé vlny z **8 629 respondentů** (Dong a kol., 2004, s. 774).

Druhá vlna ACE studie obsahovala navíc **tři kategorie ACEs**, a sice psychické zanedbávání, fyzické zanedbávání a odloučení rodičů nebo jejich rozvod (Dong a kol., 2004, s.774, 775), tyto tři kategorie jsou zobrazeny v **Tab. č. 6** (kategorie ACEs jsou záměrně označeny číslicemi 8, 9 a 10, aby bylo srozumitelné, že původních kategorií ACEs je celkově deset).

Zanedbávání dětí	Dysfunkce domácnosti
8. Psychické zanedbávání	10. Odloučení rodičů nebo rozvod
9. Fyzické zanedbávání	

Tab. č. 6: Přidané kategorie ACEs v II. vlně CDC-Kaiser Study (Dong a kol., 2004, s.774, 775; tabulka vlastní)

Tab. č. 4 usiluje o představení konkrétních otázek v dotazníku druhé vlny, jakož i možností odpovědí.

<i>Všechny níže uvedené otázky se týkaly prvních 18 let života dotazovaného.</i>	
Kategorie ACE	Kategorie odpovědí
	1. nikdy, 2. jednou nebo dvakrát, 3. někdy, 4. často, 5. velmi často
Psychické týrání	Za osoby s historií psychického týrání byli považováni ti probandi, kteří zde odpověděli „často“ nebo „velmi často“ na alespoň jednu z následujících otázek:

Všechny níže uvedené otázky se týkaly prvních 18 let života dotazovaného.

	<ol style="list-style-type: none">1. Jak často Vám rodič, nevlastní rodič nebo dospělý sdílející s Vámi domácnost nadával, urážel Vás nebo Vás ponižoval?2. Jak často jednal rodič, nevlastní rodič nebo dospělý žijící ve Vaší domácnosti způsobem, na základě kterého jste měl/a strach z případného fyzického ublížení?
Fyzické týrání	<p>Za osobu s historií fyzického týrání byl považován respondent, který na první z níže uvedených otázek odpověděl „často“ nebo „velmi často“ nebo v případě, kdy odpověděl „někdy“, „často“ nebo „velmi často“ na druhý dotaz:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jak často Vás rodič, nevlastní rodič nebo dospělý žijící s Vámi v domácnosti strčil, popadl, udeřil nebo na Vás něco hodil?2. Jak často Vás rodič, nevlastní rodič nebo dospělý žijící s Vámi v domácnosti udeřil tak silně, že byly po úderu na Vašem těle viditelné stopy nebo jste byl/a tímto úderem zraněn/a?
Domácí násilí	<p>Za respondenta s historií kategorie „domácí násilí“ byl považován každý, kdo alespoň na jednu z prvních dvou níže uvedených otázek odpověděl „někdy“, „často“ nebo „velmi často“, popřípadě ten, kdo odpověděl alespoň na jednu ze dvou posledních otázek jinak než „nikdy“:</p> <p>Každé ze čtyř otázek přecházela formulace ve znění „Někdy mezi rodiči dochází k fyzické konfrontaci. Během Vašeho vyrůstání v prvních osmnácti letech života, jak často se otec (nebo nevlastní otec) nebo matčin přítel dopustil na Vaší matce (nebo nevlastní matce)“:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Toho, že ji strčil, popadl, udeřil nebo na ni něco hodil?2. Toho, že ji kopal, kousal, udeřil pěstí nebo na ni hodil tvrdý předmět?3. Toho, že ji opakovaně po dobu minimálně několika minut bil?4. Toho, že jí vyhrožoval nožem nebo zbraní či přímo použil nůž nebo zbraň za účelem jí ublížit?

Všechny níže uvedené otázky se týkaly prvních 18 let života dotazovaného.

	1. v žádném případě pravda, 2. výjimečně pravda, 3. někdy pravda, 4. často pravda, 5. velmi často pravda
Psychické zanedbávání	Osoby se skóre 15 a vyšším byly považovány za přeživší psychického zanedbávání. Dotazovaní měli uvést odpovědi k následujícím tvrzením: <ol style="list-style-type: none">1. V rodině jsem měl/a někoho, díky komu jsem se cítil/a důležitý/důležitá nebo speciální.2. Cítil/a jsem se milovaný/milovaná.3. Členové mé rodiny se o sebe vzájemně starali.4. Členové mé rodiny k sobě měli blízko.5. Má rodina byla zdrojem síly a podpory.
Fyzické zanedbávání	Dotazovaná osoba, jejíž skóre bylo 10 nebo více, byla považována za přeživší fyzického zanedbávání: <ol style="list-style-type: none">1. Neměl/a jsem dostatek jídla.2. Věděl/a jsem, že jsem měl/a někoho, kdo by se o mě postaral a ochránil mě.3. Mí rodiče byli příliš pod vlivem alkoholu nebo návykových látek na to, aby se o mě postarali.4. Musel/a jsem nosit špinavé oblečení.5. Měl/a jsem ve své blízkosti osobu, která mě v případě potřeby mohla vzít k lékaři.
	<hr/>
Sexuální zneužívání	Kladná odpověď na jakoukoliv z níže uvedených otázek znamenala prokázanou historii této kategorie ACEs. <p>Výzkumníci se zde respondentů ptali, zda dospělý, příbuzný, rodinný přítel nebo cizí člověk, který byl alespoň o pět let starší než oni se minimálně jednou</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dopustil toho, že se jej/jí dotýkal nebo hladil ve stylu sexuálním.2. Dopustil toho, že jej/ji přiměl dotýkat se jeho/jejího těla ve stylu sexuálním.

<i>Všechny níže uvedené otázky se týkaly prvních 18 let života dotazovaného.</i>	
	<p>3. Pokusil mít s ním/ní jakýkoliv typ pohlavního styku (orální, anální, vaginální).</p> <p>4. Reálně dopustil toho, že s ním/ní měl jakýkoliv typ pohlavního styku (orální, anální, vaginální).</p>
Zneužívání návykových látek v domácnosti	K této kategorii ACEs byly položeny dvě otázky s cílem zjistit, zda dotyčný sdílel domácnost s problémovým uživatelem alkoholu, alkoholikem nebo uživatelem nelegálních drog.
Osoba s duševním onemocněním v domácnosti	U respondenta byla identifikována historie této kategorie ACEs v případě, že v dětství žil s osobou, která byla depresivní, měla duševní onemocnění, popřípadě se pokusila o suicidium.
Odloučení rodičů nebo rozvod	Otázka zde spočívala ve zjištění, zda došlo někdy k odluce rodičů nebo zda se rodiče dotyčné osoby rozvedli.
Kriminální jednání člena domácnosti	U probanda, který odpověděl, že některý ze členů jeho domácnosti nastoupil trest odnětí svobody, byla identifikována historie této kategorie ACEs.

Tab. č. 7: Kategorie ACEs, které byly předmětem II vlny ACE studie (Dong a kol., 2004, s. 774, 775; zpracování vlastní)

Zde jen poznámka, autorka bakalářské práce u dále představovaných výsledků výzkumů dělí negativní události prožité v období dětství, o kterých studie pojednávají, na „**10 původních ACEs**“, čímž se myslí 7 ACEs z první vlny (Felitti a kol., 1998) a další 3 kategorie ACEs z druhé vlny CDC–Kaiser ACE Studie (Dong a kol., 2004), a **dětskou adverzitu** (bude užíváno anglického akronymu „CA“). A to přesto, že někteří výzkumníci nazývají ve svých odborných člancích dětskou adverzitu pojmem adverzní dětské zkušenosti. Cílem autorky je předejít misinterpretaci výzkumů, kdy by mohl vyvstat dojem, že se studie týkaly jen 10 původních kategorií ACEs.

4.3 Kritika ACE dotazníku

Amaya-Jackson, Absher, Gerrity, Layne, Halladay Goldman (2021, nepaginováno [4]) uvádí, zjednodušeně řečeno, kladné a stinné stránky přístupu sčítání ACEs v rámci dotazníkového šetření, jak je k vidění v **Tab. č. 8**. V případech, kdy autorka této bakalářské práce naznačila, že v původním textu dochází ke směšování pojmů ACEs a traumata, rozhodla se tato s cílem zachování konzistence terminologie a paradigmatu této práce modifikovat jednotlivé body tabulky do takové podoby, která odpovídá výchozímu prismau bakalářské práce, jež nese, simplifikovaně řečeno, zprávu, že ne všechny ACEs, potažmo ne všechny případy dětské adverzity, se automaticky překlopují do traumatu.

O čem sčítání ACEs vypovídá	O čem sčítání ACEs nevypovídá
Znalost ACEs představuje prostor pro věnování se jak otázkám spojeným s prevencí a rizikem, tak oblasti negativních důsledků deseti kategorií ACEs.	V desetipoložkovém dotazníku jsou opomíjeny další případy dětské adverzity. Existuje totiž velká spousta dalších negativních zkušeností s traumatickým potenciálem, u níž je známa značná míra prevalence pozdějších neblahých vlivů na zdraví jedince.
ACE Studie přinesla data o množství závažných a dlouhodobých důsledků historie ACEs v oblastech duševního a fyzického zdraví jedince.	Výlučné sčítání kategorií ACEs v rámci ACE dotazníku znemožňuje identifikovat a popsat jejich povahu, tedy „frekvenci; průběh; závažnost; věk probanda v době, kdy k expozici dané ACE začalo docházet; spolupůsobení mezi ACEs; současný distres a fungování či narušení vývojových úkolů“.
ACE Studie taktéž ukázala na „kumulativní následek“ ACEs, kdy s každou další ACE dochází ke stupňovitému nárůstu kumulativního efektu ACEs. Čím vyšší je tudíž počet zjištěných ACEs, tím se také zvyšuje riziko širokého spektra potíží v oblasti	Rezultát, kterým je pouhé skóre ACE dotazníku, tedy součet jednotlivých kategorií ACEs, nelze jakkoli klinicky aplikovat, a to pro absenci informací o „distresu (tedy výskytu kupříkladu posttraumatických stresových reakcí) či rizikového jednání a fungování“ konkrétní osoby. Potíž tedy tkví v tom, že s takto

<p>fyzického a duševního zdraví. Celkový součet ACEs získaný vyplněním ACE dotazníku, tedy zjednodušeně ACE skóre, je rezervoárem informací pro průzkumy fokusující se na „obecná rizika“ u populace.</p>	<p>limitovanou znalostí o klientovi získanou z ACE dotazníku nelze nastavit plán intervence, v rámci které jsou realizovány postupy jako „posouzení, léčba či odkázání na další specialisty (...)“.</p>
<p>V rámci intervence může získání informací o historii ACEs představovat pro rodiče, jakož i jejich děti, kruciólní příležitost nahlédnout či uvědomit si hrozící negativní důsledky ACEs na zdraví.</p>	<p>Klienti někdy neví, jak s koncepcí skóre ACEs nakládat. Bývají konsternováni určitým odporem k redukci jich samotných na pouhá skóre, také vzniká riziko, že budou percipovat následky vlastní historie ACEs zároveň jako predestinaci, tedy ireverzibilní danost, kterou již nelze jakkoliv změnit.</p>
<p>Zakomponování tématu ACEs do intervence má potenciál klientům poskytnout prostor pro verbalizaci, pojmenování konkrétních mezních situací, které prožili, a zároveň si uvědomit klíčovou roli těchto negativních zážitků v jejich životě. Právě jasné pojmenování těchto nepříjemných zkušeností může taktéž napomoci zplnomocnění klienta.</p>	

Tab. č. 8: Kladné a záporné stránky ACE dotazníku zjišťujícího přítomnost 10 ACEs (Amaya-Jackson a kol., 2021, nepaginováno [4]; zpracování vlastní, seznam autorkou zkrácen)

4.4 Kazuistika Marie

Autorka si zde dovolí vytvořit odbočku ve formě představení případové studie, která možná svým vyústěním ilustruje smutný, avšak možný oči otevírající Eureka efekt. Pro účely této kazuistiky dala autorka bakalářské práce níže zmíněné pacientce jméno Marie. Felitti (2019, s. 787) ve svém komentáři k CDC-Kaiser ACE Studii v publikaci „American Journal of Preventive Medicine“ píše o problematice obezity, kdy uvádí, že „obezita (...) je z hlediska daného pacienta často nevědomě zvoleným řešením nerozpoznaných traumatických životních

zkušeností, které byly ztraceny v čase a dále chráněny studem, tajností a sociálním tabu v objevování určitých oblastí lidské zkušenosti“.

Pro ilustraci uvádí příběh jedné z jeho pacientek z programu zaměřujícího se na léčbu obezity. Jednalo se o mladou ženu, jejíž tělesná hmotnost přesahovala 181 kilogramů. Sám Felitti označuje jako chybu svou i svého týmu, že diagnózu obezity percipovali jako samotný problém, se kterým se Marie potýká. Vlastně tedy položili rovnítko mezi manifestujícími se potížemi, tedy obezitou, a příčinou potíží Marie, které taktéž představovala obezita. Marie byla zařazena do programu, v rámci kterého se personál zaměřil na léčbu oněch viditelných symptomů, začala tak jednou týdně docházet na dvouhodinová skupinová setkání, se stejnou frekvencí byla také realizována biomedicínská hodnocení. S cílem předejít s lačněním spojeným komplikacím přijímala Marie během úplného lačnění náhradu stravy. V průběhu jednoho roku zhubla asi 122 kilogramů, přičemž po tomto rapidním úbytku hmotnosti vážila přibližně 60 kilogramů. Tuto váhu si, zatímco se postupně vracela k přijímání běžné stravy, však Marie udržela pouze po dobu několika týdnů. V průběhu následujících tří týdnů její váha stoupla cca o 18 kilogramů. Felitti k tomu dodává, že do té chvíle takto ohromné zvýšení váhy nepokládal za fyziologicky reálné. Marie se tak dostala na svou původní váhu, a to za ještě kratší období, než trvalo hubnutí v rámci programu. Při snaze vysvětlit nevídaný nárůst své váhy vyjádřila Marie hypotézu, že možná přijímá stravu ve spaní, bývala prý náměsíčná už jako dítě, tento jev se u ní však již roky neobjevil. Po počátečním odmítání porozumět dříve zmíněnému váhovému přírůstku ovšem následoval zlom, kdy se Marie svěřila s tím, že jí udělal kolega v zaměstnání sexuální návrh, v tu dobu taktéž začalo ono jedení ve spánku. Vzhledem k její nezvyklé reakci na tento odsouzeníhodný návrh ze strany kolegy, se Felittiho tým snažil přijít na prapůvod této abnormální odpovědi Marie ve formě rapidního zvýšení tělesné hmotnosti následkem excesivního jedení. Po několika minutách Marie sdělila, že jí od jejích deseti let, v tu dobu u ní také začalo docházet k nárůstu váhy, po dekádu sexuálně zneužíval její dědeček (Felitti, 2019, s. 787).

Z této smutné případové studie vyplývá, že mezi obezitou a nesmírně bolavou zkušeností v podobě sexuálního zneužívání v dětství existuje kauzalita. Zároveň tato kazuistika amplifikuje nutnost pátrat po příčinných souvislostech ve vztahu k aktuálnímu stavu pacienta či klienta. Tým Felittiho se fokusoval na pouhou léčbu symptomů a původně zcela abstrahoval od latentních příčin aktuálního zdravotního, tedy inherentně i duševního, stavu pacientky. Tento přístup může, obecně řečeno, rezultovat v začarovaný kruh, ve kterém dotyčný pacient/klient může sice dosáhnout krátkodobých úspěchů, ale stejně tak hrozí, že po určité připomínce

traumatické události, v případě Marie to byl sexuální návrh kolegy, dojde opět k prohloubení problémů.

5 SOCIÁLNÍ PRÁCE A ADVERZNÍ DĚTSKÉ ZKUŠENOSTI

5.1 Role sociální práce v mitigaci ACEs

Na první pohled se může jevit, že by problematika adverzních dětských zkušeností měla spadat spíše do objektu zájmu psychologů, psychoterapeutů nebo lékařských oborů jako psychiatrie, tedy – zajisté tam taktéž spadá. Následující text však dokládá, že i sociální pracovníci a pracovnice mají své nezastupitelné místo ve snaze ACEs, jakožto společenský problém, identifikovat a usilovat o jejich mitigaci.

Larki, Felitti a Anda (2014, s. 1) si ve své studii kladli za cíl zjistit, „jak by mohla efektivní sociální práce, která předchází ACEs a mobilizuje resilienci a zotavení z dětské adverbzity, podpořit dosažení národních cílů politiky zdraví“. Autoři se snažili za užití „biopsychosociální perspektivy“ shrnout strategie prevence, jakož i intervence, a to nejen s limitovaným fokusem na jednotlivce a rodiny, ale také na komunity a společnost jako celek.

Úsilím sociálních pracovníků může docházet až k **prevenci transgeneračního přenosu adverbzních dětských zkušeností**, a to formou intervence realizované s jednou generací rodiny, jejímž pozitivní důsledkem je poté to, že dochází k zesílení „protektivních zdrojů“ generace následné (Larki, Felitti a Anda, 2014, s. 7).

Larki, Felitti a Anda (2014, s. 10) vnímají roli sociální práce také v „podpoře zdraví a prevenci onemocnění“. Navrhují **osm kroků** jak pro sociální pracovníky, tak pro politiky, které mají být realizovány za účelem zvýšení úrovně zdraví ve společnosti:

- **Aplikovat biopsychosociální perspektivu:** Cílem je pochopit jednotlivé souvztažnosti mezi oblastmi vývoje člověka, kognitivního hodnocení a fyziologických procesů, a to také s ohledem na kulturu a systémy, ve kterých se klient pohybuje, s tímto prismaem také koreluje doporučení autorů, a sice integrace lékařských a společenskovedních výzkumů ACEs.
- **Využívat poznatky z ACE studie** pro nastavování prevence a intervencí.
- **Čerpat poznatky získané ze sociálněvědních výzkumů**, ze kterých mohou vycházet strategie mitigace ACEs, které sestávají z protektivních faktorů, jakož i resilience či úsilí o efektivní podporu rodin.

- **Zlepšit dostupnost služeb**, a to zejména s důrazem na osoby ze znevýhodněných komunit.
- **Podporovat komunity** ve zlepšování rodičovských dovedností.
- **Zapojit média** s cílem osvěty ve věci problematiky ACEs či koncepce pozitivního rodičovství.
- **Usilovat o realizaci na znalostech ACEs založených forem pomoci**, jako je klinická intervence, komunitní rozvoj či prevence.
- **Spolupracovat s ekonomy**, a to za účelem tvorby analýz možných úspor spojených s na znalostech ACEs realizované prevence a případné intervence ze strany sociální práce.

Role sociálních pracovníků v potírání adverzních dětských zkušeností spočívá v tom, že tito **„mohou propojovat tvůrce politik, programové ředitele, profesionály, jakož i členy komunit, a to s cílem transformovat systémy dodávání služeb za podpory komplexní odpovědi na problematiku ACEs, což aktivuje jak protektivní faktory, tak resilienci“**. Výše zmíněné v sobě integruje „mechanismy, které podporují komunitní partnerství pro pozitivní rodičovství, zvyšují podporu rodiny a také zlepšují přístup k efektivní léčbě“. Autoři vnímají taktéž roli **sociálních pracovníků realizujících výzkumy**, podle nich totiž „mají kruciální úlohu v rozšiřování znalostí, a to skrze existující či nově se formující prospektivní výzkumné studie zabývající se rizikem nebo resiliencí, a dávají tak vzniku znalostem o možném nastavení prevence a intervence“ (Larki, Felitti a Anda, 2014, s. 10).

I zde však existuje úskalí, kdy může o ACEs informovaný sociální pracovník, byť v dobré víře a nevědomě, nevhodnou intervencí „páchat dobro“ tím, že své znalosti o ACEs chybně aplikuje do praxe. Jak totiž například uvádí Mooney, Bunting, Coulter (2020, s. 564), „povědomí o ACEs s sebou nese potenciální přínosy pro sociální práci v oblasti péče o děti“, nicméně při chybném, redukcijním používání na znalostech ACEs založené praxe realizované ze strany sociálních pracovníků může při práci s rodinami docházet k neblahému důsledku ve formě „zesílení pocitu bezmocnosti rodičů a prohloubení jejich pocitů studu a viny (...)“.

5.2 ACEs u sociálních pracovníků a pracovnic

Nejenže se sociální pracovníci a pracovnice setkávají s ACEs u svých klientů a klientek, ale, jak dokazují níže uvedené studie, i oni sami se někdy ve svém osobním životě s následky vlastních ACEs potýkají.

Jedna studie se například zabývala výzkumem ACEs u 60 studentů sociální práce univerzity ve věku od 18 do 65 let, kdy byla zjišťována přítomnost 10 původních ACEs. Výzkum přinesl poznatek, že **prevalence ACEs je u studentů sociální práce vyšší než u všeobecné populace**, dále také, že většina studentů, která se zajímala o problematiku duševního zdraví, taktéž v dětství žila se členem domácnosti, který měl nějaké duševní onemocnění. Probandi, kteří byli v dětství psychicky zanedbáváni, navštěvovali psychoterapii více, než respondenti s „obecným vysokým ACE skóre“, přesněji se jednalo o 93 % osob s historií tohoto typu zanedbávání (Negrete, 2020, s. 21, 29, 30, 31, 37, 42).

Další studie získala kvalitativní data ze strany **1 828 licencovaných sociálních pracovníků** napříč 13 státy, přičemž ženy tvořily 76,6 % tohoto výzkumného vzorku, objektem zájmu bylo zjistit, jak existence původních 10 ACEs těchto probandů ovlivnila proces jejich rozhodování stát se sociálními pracovníky a také, jak právě vlastní historie ACEs ovlivňuje podobu jejich práce. Bylo zjištěno, že **ACEs u samotných sociálních pracovníků vzbudily zájem zabývat se dynamickou jak rodiny své, tak svých klientů, věnovat se pomoci ostatním lidem, docházet na psychoterapii, usilovat o porozumění zkušenostem, se kterými se klienti potýkají nebo snažit se o prosazování změn**. Autoři o sociálních pracovnících s ACEs příznačně píší jako o „wounded healers“, tedy v překladu „zraněných hojitelích“, v této souvislosti také upozorňují na nutnost realizace studií, které by dále rozvinuly poznatky o dlouhotrvajících následcích působících na sociální pracovníky s historií ACEs a zkoumaly by také, jaké jsou nejlepší formy pomoci, kterých by se těmto sociálním pracovníkům mělo dostat (Steen, Straussner, Senreich, 2021, s. 216, 222, 223, 230).

6 STUDIE ACES V ČESKÉ REPUBLICE

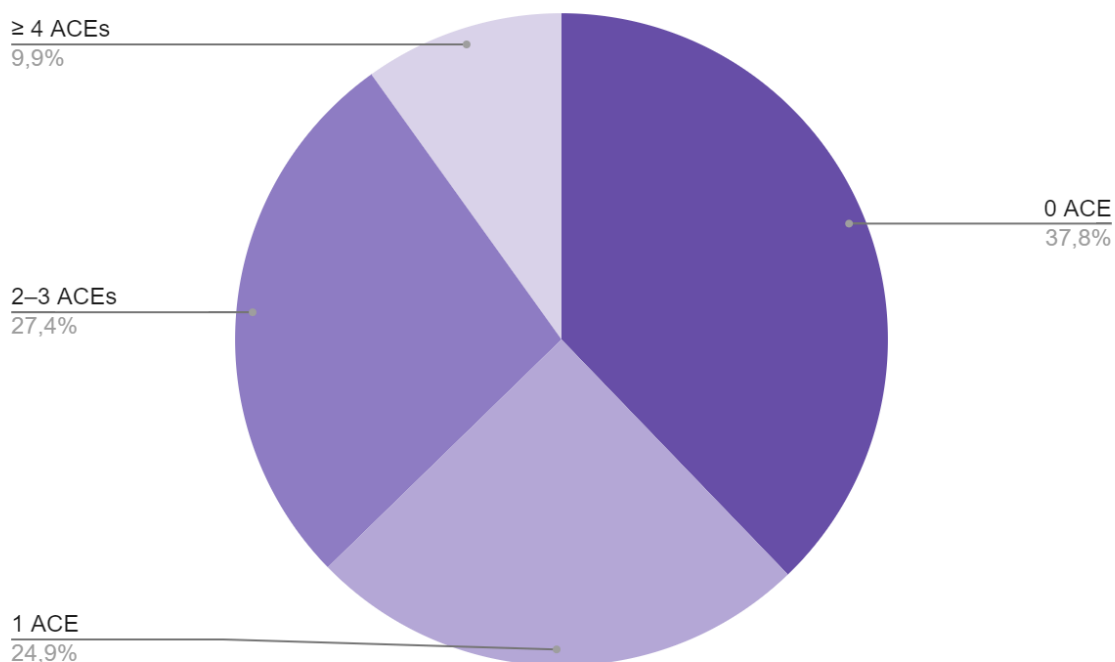
Nyní přichází na řadu výzkum ACEs, který probíhal v České republice od ledna 2013 do června téhož roku. Respondenty byli studenti nelékařských programů, povětšinou z prvních a druhých ročníků, pěti českých univerzit. Z celkového počtu 3 073 oslovených studentů bylo ve výzkumu ochotných participovat 2 030, nakonec se jich výzkumu reálně zúčastnilo **1 760**, z tohoto čísla však bylo dalších 79 respondentů exkludováno z důvodu nevyplnění všech otázek, zvláště pak těch týkajících se zkušenosti se sexuálním zneužíváním. Studii tak nakonec dokončilo **1 681 probandů** (Velemínský Sr., Dvořáčková, Samková, Rost, Sethic, Velemínský Jr., 2020, s. 4).

	ACES dle kategorie	Celkově (n = 1 681)	Muži (n = 480)	Ženy (n = 1 201)
Zneužívání/týrání a zanedbávání dětí	Fyzické týrání	17,1	18,3	16,7
	Sexuální zneužívání	6,4	6,3	6,4
	Psychické týrání	20,7	21,9	20,2
	Zanedbávání	8,0	8,1	7,9
Dysfunkce domácnosti	Zneužívání alkoholu	15,3	15,2	15,4
	Zneužívání drog	4,9	5,0	4,9
	Duševní onemocnění	13,4	14,4	13,0
	Pokus o suicidium	3,9	3,3	4,2
	Domácí násilí	22,1	21,3	22,5
	Pobyt ve vězení	1,4	1,3	1,4
	Odloučení rodičů nebo rozvod	23	22,1	23,3
POČET ACES	0 ACE	37,8	39,2	37,3

	1 ACE	24,9	23,3	25,6
	2–3 ACEs	27,4	26,7	27,6
	≥ 4 ACEs	9,9	10,8	9,5

Tab. č. 9: Prevalence (uvedena v %) výskytu a počtu ACEs (Velemínký a kol., 2020, s. 5; zpracování vlastní)

Jak ukazuje **Tab. č. 9**, co se týče prevalence ACEs, žádnou ACE nezažilo 37,8 % probandů, s jednou ACE se setkala 24,9 % respondentů, dvě až tři ACEs se objevily u 27,4 % osob, nejmenší skupinu sestávající z 9,9 % tvořili lidé s historií čtyř a více ACEs (Velemínký a kol., 2020, s. 5), vizuálně prevalenci počtu ACEs zpracovává **Graf č. 1**.



Graf č. 1: Znárodnění prevalence ACEs dle jejich počtu (Velemínký a kol., 2020, s. 5; graf vlastní)

U prevalence různých typů ACEs nebyl mezi muži a ženami pozorován žádný signifikantní rozdíl. **Nejčastější formou ACEs bylo psychické týrání, z celkového počtu 1 681 probandů jej zažilo 20,7 %**, dalším fyzické týrání se 17,1 %, u zanedbávání tvořila prevalence 8 %, nejmenší výskyt byl zjištěn u sexuálního zneužívání, se kterým mělo zkušenost 6,4 % dotázaných. V rámci dysfunkce domácnosti byla nejvyšší měrou zastoupena kategorie odloučení nebo rozvod rodičů (23 %), domácímu násilí v dětství přihlíželo 22,1 % z celkového počtu probandů, třetím nejčastějším typem ACEs v rámci dysfunkce domácnosti bylo zneužívání alkoholu, které tvořilo 15,3 %. (Velemínký a kol., 2020, s. 4). I tato data v sobě integruje **Tab. č. 9**.

7 POVĚDOMÍ O ACES V ČESKÉ REPUBLICE

7.1 ACES v česky psané literatuře

Na základě níže zmíněného lze konkludovat, že jisté povědomí o problematice ACES v České republice existuje. Zvláště pak vyniká úsilí o osvětu konceptu ACES **Petry Winnette**, jejíž **dvě publikace** „Co to je ACE?: Adverzní dětské zkušenosti (Adverse Childhood Experiences) a jejich vliv na sociální chování, psychické a celkové zdraví během života“ (2019) a „Poradenství a terapie dětí s adverzními dětskými zkušenostmi (ACE) a narušeným vývojem attachmentových vztahů: Jaké jsou možnosti odborné pomoci dětem a mladým lidem, kteří zažili dětské adverzní zkušenosti? Vědecké poznatky a dobrá praxe“ (2021) jsou mířeny mimo odbornou sféru také na „zaujatou veřejnost“. Obě uvedené publikace jsou volně dostupné online, což umožňuje jakousi nízkoprahovost přístupu k poznatkům o ACES v českém jazyce.

Mezi závěrečnými pracemi pojednávajícími o tématu ACES lze zmínit diplomovou práci Jany Votavové s názvem „Adverzní dětské zkušenosti u klientů s poruchou autistického spektra“ (2022) nebo diplomovou práci Veroniky Haumerové nazvanou „Časný začátek sexuálního života a adverzní zkušenosti z dětství: souvislosti s externalizací a internalizací problémů v adolescenci“ (2022).

Důležitým počinem pro rozšíření povědomí o konceptu ACES je **překlad originální ACE studie**, o který se zasloužila Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání (n. d. [online]). Tématu ACES se tato organizace věnuje taktéž na svém webu, mimo to za povšimnutí stojí, že sousloví „adverse childhood experiences“ překládá jako „negativní zkušenosti v dětství“, přičemž pro toto sousloví užívá českého akronymu „NZD“ (ČOSIV, n. d. [online]).

7.2 „Nepojmenované“ ACES v českých publikacích

Přestože, jak se zdá, koncepce ACES není v Česku příliš známá, tedy alespoň autorka si na základě svého dojmu dovoluje tuto premisu vyslovit, je nutno podtrhnout, že jednotlivé kategorie ACES, byť takto nebývají pojmenovávány, v odborných publikacích diskutovány jsou. Dokonce lze u některých tvrdit, že s většími či menšími nuancemi kopírují názvy, či hlavní myšlenky, deseti kategorií ACES, tedy sedmi z první vlny (Felitti a kol., 1998) a dalších tří kategorií z druhé vlny (Dong a kol., 2004) ACE studie. Autorka je tedy daleka toho tvrdit, že

by adverzní dětské zkušenosti jako takové v Česku nebyly známy, jen jednotlivé příklady na dítě adverzně působících vlivů asi nebývají nazírány prismatem koncepce ACEs.

Lze uvést například publikaci „**Podpora rodiny: Manuál pro pomáhající profese**“ (Matoušek, Pazlarová a kol. 2014), která pojednává o nejrůznějších faktorech negativně ovlivňujících život dítěte. Matoušek, Pazlarová a kol. (2014, s. 6, 7) zpracovali svou publikaci do následujících, vybraných, kapitol, které de facto jistým způsobem kopírují již výše zmíněný seznam 10 kategorií ACEs (hrnaté závorky uvádějí rozsah stran, kterým se daná kapitola věnuje):

- „Rodina a domácí násilí“ [109–113]
- „Rodina s dospělým ve výkonu trestu odnětí svobody“ [115–118]
- „Rodina se závislým členem“ [121–124]
- „Rodina s duševně nemocným dospělým“ [131–133]
- „Rodina v rozvodu“ [157–162]

Matoušek, Pazlarová a kol. (2014, s. 93) v kapitole „Rodina ohrožující dítě“ dále řadí mezi „základní typy závažných ohrožení dětí“ následující tři oblasti:

- **Nevhodné životní podmínky:** V domě je zima, protože se netopí; dítěti není poskytován dostatek oblečení či jídla. Druhý zmiňovaný příklad by mohl být vnímán jako zanedbávání dětí v případě, kdy by rodina prostředky k zajištění potřeb měla, ale z nějakého důvodu tyto potřeby dítěte nesaturovala, pokud je však příčinou neuspokojování těchto potřeb dítěte extrémní chudoba, lze tento příklad zařadit právě do kategorie „nevhodné životní podmínky“, a to proto, že absence uspokojení těchto potřeb je nevyhnutelně přítomna u všech členů domácnosti.
- **Zanedbávání:** Za situace, kdy se jedná o zanedbávání potřeb psychických, jej lze označit jako „deprivaci“, případně „citové zanedbávání“.
- **Týrání**
- **Zneužívání:** Tuto kategorii autoři dále rozlišují na sexuální, ekonomické a kriminální.

Druhou publikací, k jejíž krátké obsahové analýze bude přistoupeno, je kniha „**Posílení rodiny: Základy krátké terapie zaměřené na řešení**“ (Berg, 2013, s. 7), kde se, alespoň z letmého pohledu na obsah, jedná o tři kategorie srovnatelné s kategoriemi ACEs definovanými Felittim a kol. (1998), jedná se o strany 151 až 158:

- „Násilí v rodině“

- „Sexuální zneužívání“
- „Alkohol a drogy“.

Posledním knižním zdrojem zde zmíněným, jenž jistým způsobem zachycuje některé z kategorií z původních 10 kategorií ACEs, je publikace nesoucí název „**Dítě v nesnázích: Prevence, příčiny, terapie**“ (Elliott, Place, 2002). Řeč je o kapitole „Traumatizující a stresové situace“ sestávající z následujících kategorií (Elliott, Place, 2002, s. 90, 94, 96, 100):

- „Násilí v rodině“:
- „Sexuální zneužívání“
- „Rozchod a rozvod rodičů“.

Po překlopení odpovídají první dvě položky dvěma ACEs z první vlny ACE studie (Felitti a kol., 1998); kdežto třetí koreluje s kategorií přidanou v druhé vlně ACE studie (Dong a kol., 2004).

7.3 Další příklad konceptu ACEs v ČR

Mimo literaturu lze uvést **konferenci** organizovanou Institutem rodinné péče NATAMA o. p. s., která se měla konat v prosinci 2019, přednášející zde měla být právě již dříve zmíněná Petra Winnette (Asociace manželských a rodinných poradců ČR, 2019 [online]).

V této práci už uvedená Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání (n. d. [online]) vytvořila několikabodový seznam rad, které by mohly fungovat jako preventivní faktory před samotným vznikem ACEs, koncept nazvaný „5P“ je, jak samotné zaměření organizace napovídá, mířen do prostředí škol. Při troše invence lze „5P“ aplikovat také i na praxi sociální práce jako takové. **Koncepce „5P“** zní následovně (ČOSIV, n. d. [online]):

- „Propojujeme potřebné rodiny a odborníky.
- Poukazujeme na vliv negativních zkušeností na děti a zaujmeme trauma respektující přístup ve školách.
- Pomáhejme dětem i rodičům naučit se zdravě zvládat stres a náročné životní situace.
- Přijmeme zodpovědnost, všimněme si signálů ohrožení dětí a včas na ně upozorníme.
- Podporujeme wellbeing pedagogického sboru a dětí“.

7.4 Nevhodné zacházení s dětmi v ČR

Situaci ohrožených dětí v České republice průběžně mapuje Ministerstvo práce a sociálních věcí, které na svém webu zveřejňuje zpracované statistické **údaje o poskytování sociálně-právní ochrany dětí za jednotlivé roky**. K dubnu 2023 zde byly zveřejněny data od roku 2005, včetně roku 2022. Dokumenty vždy nesou název „Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za [konkrétní rok]“ (MPSV, 2023 [online]).

Tab. č. 10 představuje šest kategorií nevhodného zacházení s dětmi, přičemž lze říci, že oblasti, které by odpovídaly původním kategoriím ACEs (Felitti, 1998; Dong a kol., 2004) jsou minimálně tyto čtyři: tělesné týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání dětí.

Mimo alarmující fakt, že bylo v České republice jen za rok 2022 zaznamenáno **8 495 případů týrání, zneužívání a zanedbávání dětí**, stojí také za zmínění, že všechny tyto projevy nepřijatelného jednání vůči dětem byly, tedy s výjimkou případů zanedbávání dětí, směřovány více proti dívkám než chlapcům. Markantní rozdíl je k vidění u sexuálního zneužívání, se kterým se potýkalo 143 chlapců a 715 dívek, a dále u dětské pornografie, které bylo obětí 21 chlapců a 106 děvčat. Jak dále vyplývá z **Tab. č. 9**, v pěti případech dopadlo nepřijatelné zacházení s dítětem fatálně. Přesněji se jednalo o tři případy úmrtí dítěte následkem fyzického týrání, poté o jeden případ smrti v důsledku sexuálního zneužívání a jednou byl skonek dítěte zapříčiněn jeho zanedbáváním (MPSV, n. d., s. 6).

Autorka bakalářské práce si je vědoma jistého redukujícího pohledu, který uvedením statistických údajů jen z jednoho roku vzniká. Komplexně případy nevhodného zacházení s dětmi na území České republiky mapují na časové ose let 2005 až 2019 Pemová a Ptáček ve své publikaci „**Data o dětech: Sociálně-právní ochrana dětí v České republice v datech**“ (2022).

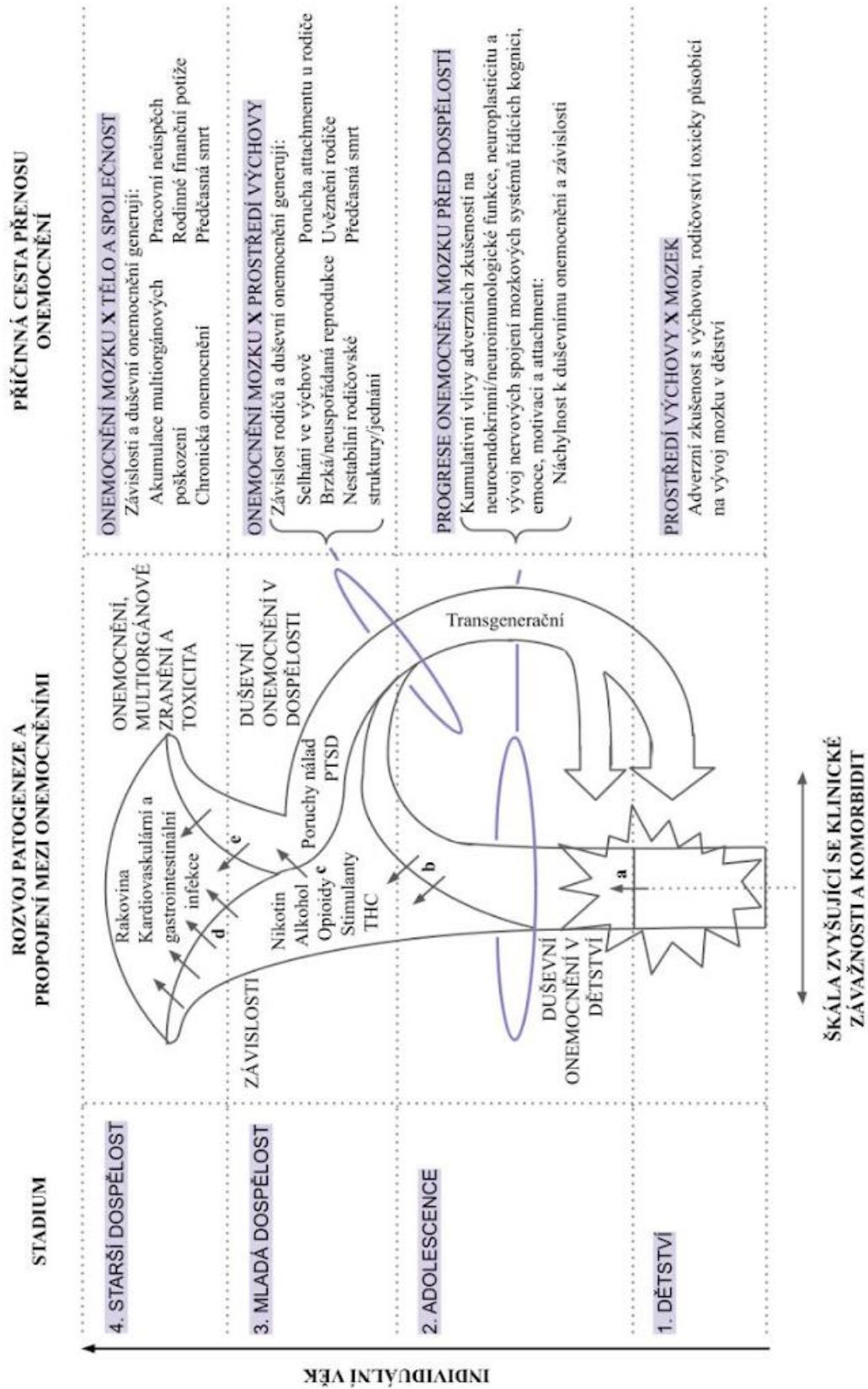
	Tělesné týrání		Psychické týrání		Sexuální zneužívání		Dětská pornografie		Dětská prostituce		Zanedbávání dětí		CELKOVĚ	
	chlapani	divky	chlapani	divky	chlapani	divky	chlapani	divky	chlapani	divky	chlapani	divky	chlapani	divky
do 1 roku	24	12	8	6	1	1	0	1	0	0	249	213	282	233
od 1 do 3 let	24	26	41	28	2	5	0	0	0	0	430	391	497	450
od 3 do 6 let	60	45	65	68	22	58	3	4	0	0	542	520	692	695
od 6 do 15 let	178	194	211	243	104	499	13	82	10	8	1 579	1 346	2 095	2 372
od 15 do 18 let	54	80	46	90	14	152	5	21	0	3	389	326	508	672
CELKOVĚ	340	357	371	435	143	715	21	106	10	12	3 189	2 796	4 074	4 421
DOPAD NA DÍTĚ														
Hospitalizace	44	34	4	19	2	19	1	0	0	2	56	37	107	111
Tělesné poškození	23	14	2	8	3	20	0	0	0	0	9	14	37	56
Nutnost poskytnutí psychologické pomoci	112	137	155	188	58	348	7	48	9	3	632	617	973	1 341
Posttraumatická stresová porucha	11	11	7	15	4	32	0	2	0	0	22	45	44	105
Úmrtí	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	3
Těhotenství	-	-	-	-	-	28	-	0	-	0	-	-	-	28

Tab. č. 10: Počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí a dopady na tyto děti v České republice za rok 2022 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, n. d., s. 6; zpracování vlastní)

8 DOPADY ACES NA FYZIOLOGII ČLOVĚKA

8.1 Negativní dopad ACEs na celkové zdraví

Mechanismus, jakým ACEs negativně ovlivňují nejrůznější oblasti lidského zdraví, zpracovali Zarse, Neff, Yoder, Hulvershorn, Chambers, Chambers (2019, s. 15) do vizuální podoby „polnice“. Jejich cílem bylo ozřejmit, proč literatura často pojednává o kauzalitě mezi ACEs na jedné straně a duševním onemocněním v dospělosti, závislostmi a zdravotními komorbiditami na straně druhé.



Obr. č. 4: Paralela polnice pro ilustraci dalekosáhlých vlivů ACEs na zdraví jedince (Zarse a kol., 2019, s. 15; zpracování vlastní, vytvořeno dle předlohy zdroje)

Zarse a kol. (2019, s. 15) ke komplexnímu nákresu poskytují legendu formulovanou takto (pro větší přehlednost členěným do jednotlivých bodů, autorka si zde uvědomuje excesivní množství přímé citace, avšak pro zachování terminologie a podstaty sdělení byla tato nevyhnutelná):

- Během období dětství (v nákresu označeno číslem 1) a adolescence (2) jsou jevy jako „adverzní prostředí výchovy, narušené jednání rodičů a poruchy attachmentu biologicky **neurotoxické** pro vyvíjející se mozek jedince“.
- V důsledku toho dochází ke vzniku „preklinických nebo již se manifestujících znaků **duševního onemocnění**“ (tato změna je představena šipkou a).
- Rezultátem je pak v období adolescence (2) a/nebo ve stadiu mladé dospělosti (3) „**neurobiologická zranitelnost** k závislosti na drogách způsobená duševním onemocněním vedoucí k nástupu jedné či více druhů závislostí“ (znázorňují šipky b).
- Následkem toho dochází ke „**zhoršení** neurobiologických a klinických aspektů latentního duševního onemocnění“ (představeno šipkou c).
- Komorbidita spojená s duševním onemocněním nebo závislostí, která je přítomna v průběhu mladé dospělosti (3), má za následek „neuspořádanou reprodukci a přenáší se dále na descendenty. Dochází tak ke genezi nového **začarovaného kruhu** sestávajícího z „adverzního prostředí výchovy a rodičovských nedostatků“.
- Příčinný mechanismus je znázorněn „rukojetí“ polnice, a sice prezentuje „**transgenerační a transenviromentálně-neurobiologický cyklus**, kdy je onemocnění mozku u rodiče původcem adverzního prostředí pro dítě, toto adverzní prostředí u dítěte způsobuje onemocnění mozku, které se po letech v dospělosti objeví v podobě duševního onemocnění, závislosti a potíží s rodičovskými kompetencemi.
- S přibývajícím věkem, kdy jedinec vstupuje do vývojového stadia starší dospělosti (4), „se rozsah a závažnost komorbidit spojených se závislostmi a duševním onemocněním **zhoršují**“ (ilustrováno rozšiřujícím se obvodem polnice).
- To vede ke **kumulaci** „většího rozsahu a vyšší závažnosti multiorgánových toxicit a zranění (například chronických onemocnění)“. Tato kumulace je následkem „závislostí (šipky d), jednání způsobených duševním onemocněním (šipky e) příbuzných neuroimunologických poškození z období časného traumatu“.

Tento obšírný popis plný spletené terminologie se autorka pokusí kondenzovat do pár vět. Z ilustrace a přidruženého textu tedy vyplývá, že nevhodně nastavené prostředí pro výchovu dítěte se, naneštěstí, přenáší z generace na generaci, což má za následek nekonečný

koloběh obstrukcí pro zdravý vývoj dítěte, a tudíž rezultuje v rozvoj širokého spektra zdravotních komplikací. Údiv může vzbudit poznatek, že k největšímu nahromadění všech následků dětské adverzity dochází až v období pozdní dospělosti (Zarse a kol., 2019, s. 15).

8.2 Aktivace osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny

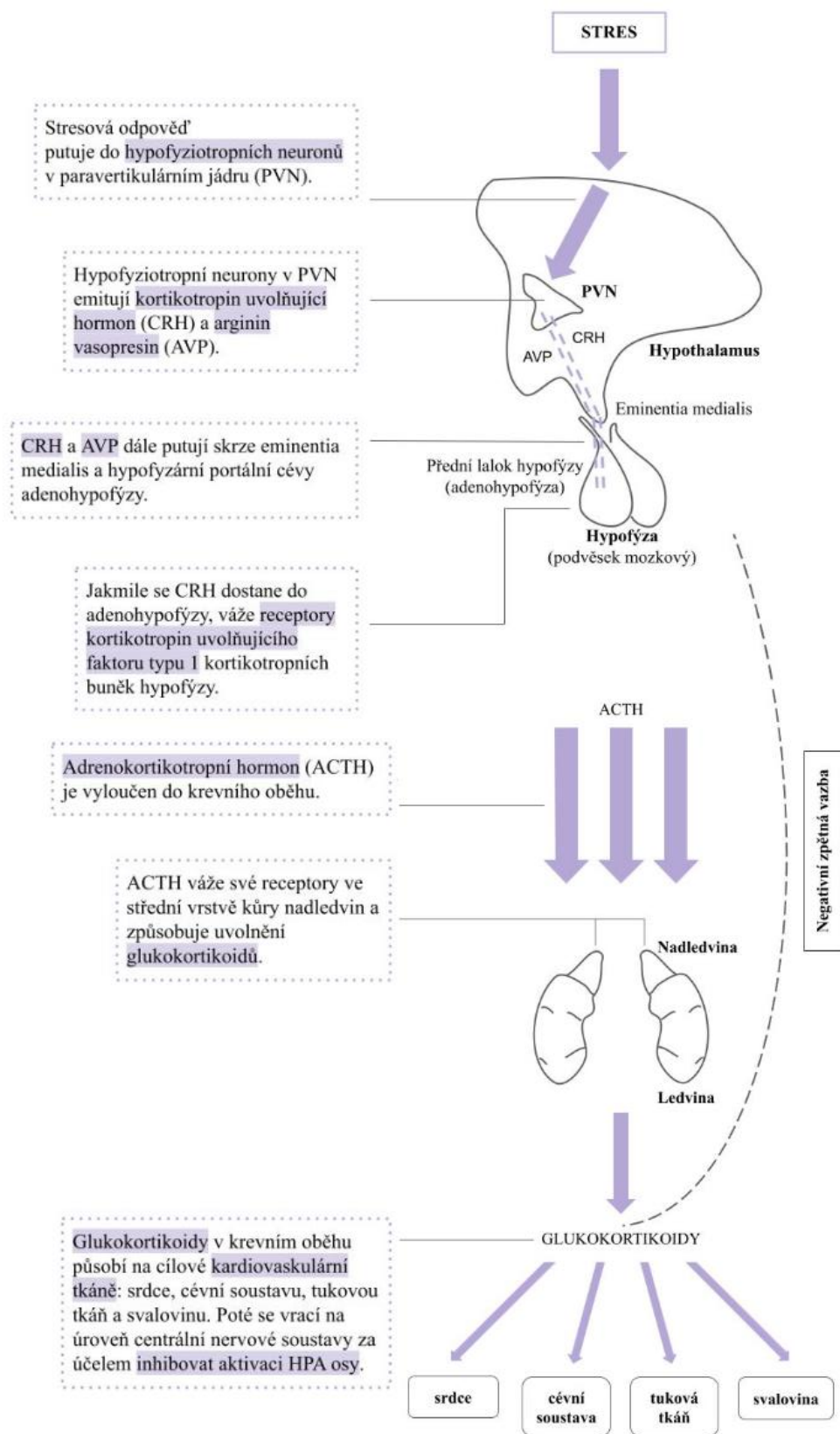
Dle Karin Raz, Tendler, Bar, Kohanim, Milo, Alon (2020, s. 1) „aktivuje stres komplexní síť hormonů známou jako **osa hypotalamus-hypofýza-nadledviny**“. V případě působení **chronického stresu** a psychiatrických onemocnění však dochází k dysregulaci, jinými slovy k poruchám řízení, této osy. Mimochodem, právě studie Karin a kol. (2020, s. 1) měla za cíl rozptýlit nejasnost původu této dysregulace pomocí tvorby matematického modelu. **Obr. č. 5** si klade za cíl popsat mechanismus aktivace osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny.

Jeden výzkum se zabýval vlivem čtyř případů CA na **3 235 dospělých**. Jednalo se o psychické týrání, fyzické týrání, dysfunkce v domácnosti a napjatá finanční situace, přestože tedy autoři o těchto oblastech píší jako o ACEs, autorka bakalářské práce ve snaze dostat původním 10 ACEs dle Felittiho a kol. (1998) a Dong a kol. (2004) užívá pojmu dětská adverzita. Byla zjištěna **asociace mezi historií CA a vyšším počtem výskytu stresorů** u probandů v průběhu jednoho dne, jakož i závažností těchto stresorů a fyzicky se manifestujících symptomů. Přínosem bylo také zjištění, že počet případů CA značně souvisel s výskytem mnohočetných typů stresorů (těmi autoři minili více než dva typy stresorů reportovaných ze strany probandů v průběhu všech dnů), dále s počtem dnů, během kterých byla přítomnost stresorů pozorována, přičemž autoři vyzdvihují, že zvláště pak týrání v dětství mělo za následek vyšší počet dnů, v průběhu kterých se u dotazovaných stresory objevily (Mosley-Johnson, Campbell, Garacci, Walker, Egede, 2022, s. 1, 4).

Jiný výzkum se zabýval vztahem mezi **13 kategoriemi CA a psychologickým distresem** u 1 223 osob ve věku mezi 22 a 23 lety, přičemž 52 % probandů tvořily ženy. Zmíněných 13 oblastí CA sestávalo z 10 původních ACEs a tří kategorií CA, kterými byly kategorie „úmrtí rodiče“, „chronické onemocnění“ a „nezaměstnanost“. Alespoň jednu CA zažilo téměř 90 % respondentů a u 28 % byla zjištěna přítomnost psychologického distresu v dospělosti. S výjimkou rozvodu rodičů a nezaměstnanosti byly všechny kategorie CA jednotlivě asociovány s psychologickým distresem. Samostatné případy CA rezultovaly ve zvýšení pravděpodobnosti výskytu psychologického distresu 1,42x u chronického onemocnění a 2,79x u psychického zanedbávání. V porovnání s jedinci, u kterých nebyla zjištěna žádná CA, byla u osob s jednou CA až pěti CAs třikrát vyšší pravděpodobnost výskytu psychologického

distresu, v situacích šesti a více CAs byla pravděpodobnost existence tohoto stresu vyšší téměř osmkrát (Manyema, Norris, Richter, 2018, s. 1, 5, 8).

Cílem další studie bylo identifikovat rozdíly mezi osou hypotalamus-hypofýza-nadledviny u pacientů s „velkou depresivní poruchou“ a ACEs na jedné straně a osob bez ACEs na straně druhé, přičemž byl u osob s depresí a zároveň historií ACEs zjištěn negativní vliv na funkci osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny (Yang, Kang, Yuan, Zhang, Wei, Xu, Zhou, Fan, 2021, s. 2, 7).

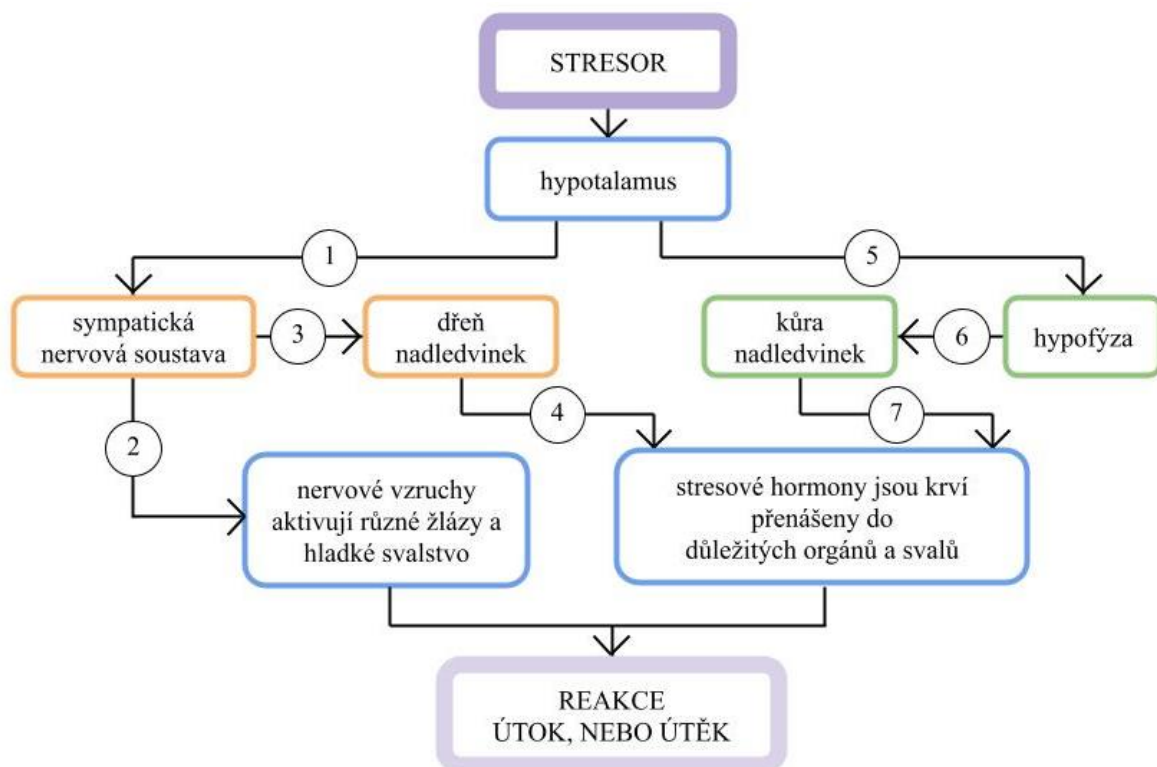


Obr. č. 5: Mechanismus aktivace osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny (Burford, Webster, Cruz-Topete, 2017, s. 2; Incollingo Rodriguez, Epel, White, Standen, Seckl, Janet Tomiyama, 2015, s. 302; Holmes, Landry, Granton, 2003, s. 428; zpracování vlastní, dle předlohy ze zdrojů)

Zvýšení hladiny glukokortikoidů, které bývá reakcí jak na vnitřní, tak vnější stresory, hraje příznivou úlohu v umožňování lidskému organismu **obnovit svou homeostázu** (Burford a kol., 2017, s. 2). Homeostázou se rozumí „normální hladina fungování typická pro zdravý organismus“ (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 806), jinými slovy se jedná o „souhrn rovnovážných funkcí typických pro zdravý organismus“. Pro příklad, pokud člověk pocítuje, že je mu horko, dochází k tomu, že se začne potit, v případě, že je mu zase chladno, třese se. U obou situací dochází k hypotalamem řízeným „procesům směřujícím k obnovení normální tělesné teploty“. V situacích, kdy je organismus člověka exponován stresoru, dochází k narušení homeostázy, což rezultuje v iniciaci takových kroků těla, které mají za cíl její restoraci (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 67).

8.3 Reakce útok, nebo útěk

Jiný pohled na mechanismus průchodu stresové reakce lidským tělem nabízí (Nolen-Hoeksena, 2012, s. 596), jak znázorňuje **Obr. č. 6**.



Obr. č. 6: Mechanismus reakce útok, nebo útěk (Nolen-Hoeksena, 2012, s. 596; zpracování vlastní, dle předlohy ze zdroje)

Iniciace mechanismů odpovědi na působení stresu je přirozeností lidského organismu, a to neohledně na podobu stresového faktoru, krucíální je jen jeho přítomnost (Nolen-Hoeksema

a kol., 2012, s. 595). Nolen-Hoeksema a kol. (2012, s. 596) schéma tohoto mechanismu reakce útok-útěk (**Obr. č. 6**) doprovodili následující legendou: Působením stresové situace je iniciována aktivace **hypotalamu**, jenž má za úkol řízení dvou neuroendokrinních soustav, a to sympatické soustavy (označena oranžovou barvou) a adrenokortikální soustavy (označena zelenou barvou):

- „Sympatická nervová soustava reaguje na **nervové vzruchy** z hypotalamu (číslo 1) a aktivuje různé orgány a hladké svalstvo (2). Zvyšuje například srdeční tepovou frekvenci a rozšiřuje zornice.
- Sympatická nervová soustava také vydává pokyn dření nadledvinek (3), aby uvolnila **noradrenalin a adrenalin** do krevního oběhu (4).
- Adrenokortikální soustava je aktivována, když hypotalamus vylučuje **faktor uvolňující kortikotropin** (CRF).
- CRF působí na **hypofýzu**, která se nachází přímo pod hypotalamem (5).
- Hypofýza vylučuje **hormon ACTH**. Ten putuje krevním řečištěm do kůry nadledvinek (6), kde stimuluje uvolnění několika hormonů, včetně kortizolu, který reguluje hladinu krevního cukru (7). ACTH také dává pokyn dalším endokrinním žlázám, aby uvolnily asi 30 hormonů.
- Kombinovaný účinek různých stresových hormonů přenášených krví a nervová činnost sympatického oddílu autonomní nervové soustavy tvoří **reakci útok, nebo útěk**.“ (Nolen-Hoeksena, 2012, s. 596)

Zde je nutno zdůraznit, že existuje ještě třetí reakce na stres, kterou je **zamrznutí**, spolu s reakcemi útok a útěk tvoří tzv. F3, tedy z anglického „fight“ pro útok, „flight“ pro útěk a právě „freeze“ pro zamrznutí (Anxiety Canada [online]).

9 TOXICKÝ STRES

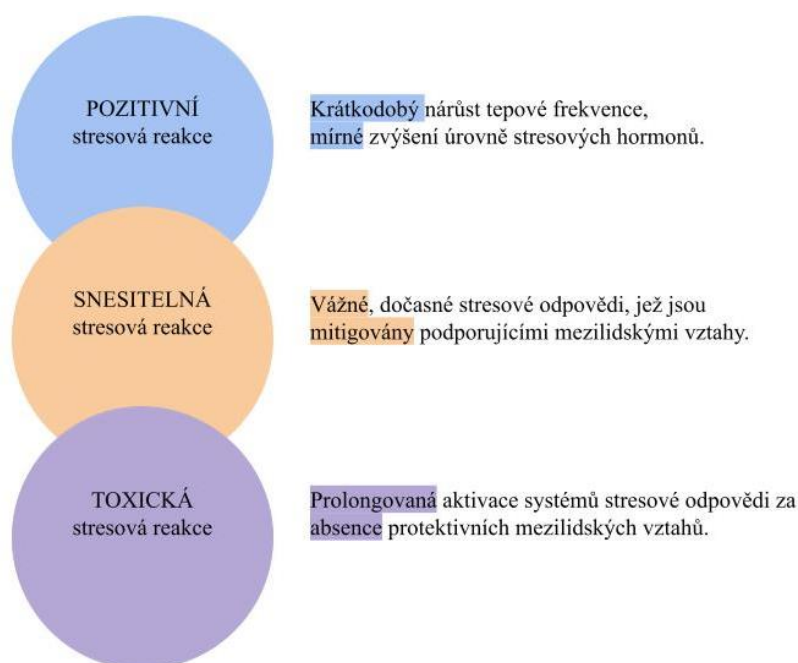
Sousloví „**toxický stres**“ bylo vytvořeno na počátku 21. století radou „National Scientific Council on the Developing Child“. Zjednodušeně lze říci, že toxický stres představuje „spouštěč biologických reakcí, které vedou k negativním důsledkům na jedince v jeho pozdějším životě“. In extenso je možné tento koncept deskribovat jako „rozsáhlou, vědeckou znalost o následcích nadměrné aktivace systémů stresové odpovědi na vyvíjející se mozek dítěte, jakož i imunitní systém, metabolické regulační systémy a systémy kardiovaskulární“. Za okolností, kdy dané dítě zažívá více než jednu ACE a nedostává se mu ze strany dospělých podporujícího prostředí, „**dochází ke spuštění excesivní a dlouhotrvající stresové odpovědi**“ (Center on the Developing Child, ©2023b [online]).

Situace nepřetržité reakce lidského organismu na toxický stres nebo případy, kdy je tato reakce iniciována hromadným působením spouštěčů, rezultují v celoživotní neblahé důsledky na zdraví jedince. Zjednodušeně platí neradostná přímá úměra, že čím více ACEs dítě během vyrůstání zažívá, tím více roste pravděpodobnost, že se u tohoto jedince objeví jak zdržení ve vývoji, tak rozvoj zdravotních komplikací jako jsou „onemocnění srdce, diabetes, zneužívání návykových látek nebo deprese“ (Center on the Developing Child, ©2023b [online]).

Rozlišuje se mezi třemi reakcemi na stres, a sice **pozitivní, snesitelnou a toxickou**, stručně také níže shrnuje **Obr. č. 7** (Center on the Developing Child, ©2023b [online]):

- **Pozitivní stresová odpověď:** Jedná se o běžnou složku zdravého vývojového procesu jedince, příznačné pro ni je krátkodobé zvýšení tepové frekvence, jakož i mírný nárůst úrovně stresových hormonů. Jako okolnosti, které mohou u dítěte rezultovat v iniciaci pozitivní stresové odpovědi lze uvést první den strávený v přítomnosti nové pečující osoby nebo imunizace pomocí očkování.
- **Snesitelná stresová odpověď:** Tento typ stresové odpovědi rezultuje ve zvýšenou aktivaci „systémů varování“ lidského těla, a to v reakci na „závažnější, dlouhotrvající těžkosti“. Do této kategorie náleží třeba situace, kdy dítěti zemře blízká osoba, setká se s přírodní katastrofou nebo se potýká s vážným zraněním. Pokud je spuštěná stresová odpověď dočasná, a to díky přítomnosti protektivního faktoru v podobě pozitivních, podporujících vztahů ze strany dospělých osob, zvládnou se mozek i ostatní orgány zotavit, čímž se předejde adverzním následkům.

- **Toxická stresová odpověď:** Ke spuštění této reakce dochází za okolností, „kdy dítě zažívá silnou, častou a/nebo dlouhotrvající adverzitu“. Spektrum je široké, od „fyzického a psychického týrání, chronického zanedbávání, zneužívání návykových látek pečující osobou, duševního onemocnění pečující osoby, expozice násilí, až po nahromaděné ekonomické problémy rodiny“, to vše bez odpovídající podpory ze strany dospělých osob. Stav dlouhodobé „aktivace na stres reagujících systémů“ může rezultovat v „narušení vývoje architektury mozku a taktéž ostatních orgánů“, dále také v rozvoj „se stresem spojených onemocnění a kognitivních poruch“.



Obr. č. 7: Tři typy stresové reakce (Center on the Developing Child, ©2023b [online]; zpracování vlastní dle předlohy zdroje)

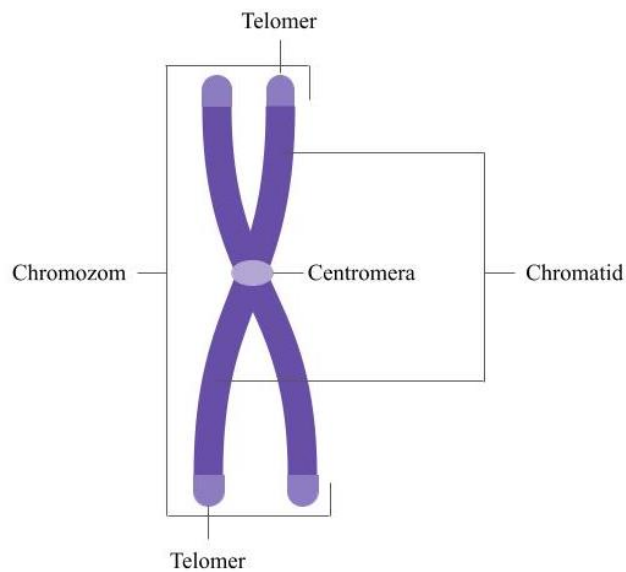
9.1 Kratší telomery v důsledku stresu

Telomery mají nepostradatelnou funkci při protekci lidského genomu, jedná se o struktury DNA nacházející se na koncích chromozomu, jejichž úkolem je tedy právě chránit genom člověka před negativními vlivy jako je například nukleolytická degradace (Shammas, 2011, s. 1 [online]).

Za rychlejším zkracováním telomerů stojí **oxidační stres**, který bývá vyvolán například kouřením či obezitou. Nutno však uvést, že ke zkracování telomerů dochází přirozeně s přibývajícím věkem (Shammas, 2011, s. 2, 3, 4). Také bylo zjištěno, že **psychologický stres**, jak vnímaný, tak chronický, rezultuje ve vyšší míru oxidačního stresu a kratší délku telomerů. Působením stresu na lidský organismus tak může docházet k časnějšímu rozvoji chorob

souvisejících s přibývajícím věkem (Epel, Blackburn, Lin, Dhabhar, Adler, Morrow, Cawthon, 2004, s. 17312). Souvztažností mezi zkracováním telomerů a stresem v raném dětství se například ve svém článku „Telomeres and Early-Life Stress: An Overview“ věnují Price, Kao, Burgers, Carpenter, Tyrka (2014).

Pro představu je níže uveden velmi zjednodušený náčrt chromozomu s umístěním telomerů (**Obr. č. 8**).



Obr. č. 8: Simplifikovaná stavba chromozomu (Chadwick, 2023 [online]; zpracování vlastní dle předlohy zdroje)

10 NEGATIVNÍ VLIV ACES NA DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Dle autorů Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips, Rahman (2007, s. 859) tvoří asi jednu čtvrtinu celosvětových onemocnění „**neuropsychiatrická onemocnění**“, autoři však zároveň také upozorňují, že potíží je **podceňování role duševních onemocnění**, jež je způsobeno absencí chápání souvztažnosti právě mezi duševními onemocněními a ostatními zdravotními potížemi, se kterými se lidé potýkají. Autoři taktéž formulovali premisu, že „nemůže existovat zdraví bez zdraví duševního“.

Touto optikou se ubírá také zájem následujícího textu, který se zaměří na duševní onemocnění, která může mít u jednotlivců na svědomí jejich historie ACEs. CDC (2021, s. 3) mezi negativní následky ACEs v oblasti duševního zdraví řadí výskyt **deprese, úzkosti a suicidií**.

10.1 ACEs a deprese

Tato subkapitola poskytuje poznatky o vlivu ACEs na pozdější rozvoj depresivní poruchy u daných osob. Nejdříve však bude přistoupeno ke stručnému popisu vybraných typů deprese, jak je uvedeno v **Tab. č. 11**.

NÁZEV	POPIS
ČASTÉ TYPY DEPRESE	
Klinická deprese	Depresivní symptomy se objevují většinu času, a to po dobu minimálně dvou týdnů. Projevy narušují každodenní aktivity jedince jako je práce, studium, spánek či přijímání stravy.
Persistentní depresivní porucha (dystymie)	Depresivní symptomy jsou častokrát méně závažné než u klinické deprese. Délka doby, po kterou projevy přetrvávají, bývá až dva roky.
DALŠÍ TYPY DEPRESE	

Perinatální deprese (včetně poporodní deprese)	Tato forma deprese se objevuje u žen s klinickou depresí v průběhu těhotenství nebo po porodu.
Sezónní afektivní porucha	Porucha se objevuje v závislosti na ročním období. Je běžné, že k nástupu symptomů dochází ke konci podzimu či začátku zimy, ty poté v průběhu jarních a letních měsíců vymizí.
Deprese se symptomy psychózy	V tomto případě se jedná o závažný typ deprese. Jsou přítomny psychotické příznaky jako deluze, tedy „znepokojivá a chybná pevná přesvědčení“, a halucinace.

Tab. č. 11.: Typy deprese a jejich stručná charakteristika (National Institute of Mental Health, 2021 nepaginováno [2]; zpracování vlastní)

Vztahu mezi 10 původními ACEs a depresí se věnoval výzkum publikovaný v březnu 2023 v periodiku „Child Abuse & Neglect“. Ten zkoumal 450 osob, z nichž polovinu tvořili muži, průměrný věk probandů byl 36 let. Badatelé došli ke zjištění, že téměř 50 % respondentů vykazovalo depresivní symptomy a asi dvě třetiny probandů za sebou měly historii ACEs. U respondentů s ACEs byla v porovnání s osobami s nulovým počtem ACEs zjištěna **45% pravděpodobnost výskytu příznaků deprese** (Cross, Warren-Findlow, Bowling, Reeve, Michele Issel, 2023, s. 1, 7).

Také studií 6 363 adolescentů z roku 2022 byla **zjištěna pozitivní korelace mezi ACEs a výskytem deprese a úzkostí**. Bylo taktéž zaznamenáno, že pozitivní dětské zkušenosti jsou naopak negativně asociovány s rizikem onemocnění depresí či úzkostí. U adolescentů s nízkým počtem ACEs (konkrétně méně než čtyři) a vysokým počtem pozitivních dětských zkušeností (6 až 7 kategorií) bylo prokázáno **nižší riziko deprese**. Lze tedy konkludovat, že PCEs mají potenciál zmírňovat negativní vliv ACEs na duševní zdraví u adolescentů (Qu, Ma, Liu, Han, Zhang, Ding, Sun, Qin, Chen, Sun, 2022, s. 1).

10.2 ACEs a úzkost

Tato podkapitola kopíruje formát té předchozí, nejprve budou představeny typy úzkostné poruchy (**Obr. č. 12**), poté bude následovat přehled výsledků výzkumů potvrzujících asociaci mezi ACEs a rozvojem úzkostné poruchy v dospělém věku.

NÁZEV	POPIS
Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)	<p>U tohoto typu úzkostné poruchy osoba často zažívá „neustálý pocit úzkosti nebo obavy“, v důsledku čehož může docházet k narušení aktivit běžného života. Tento stav přetrvává měsíce, jindy až roky.</p> <p>Mezi symptomy GAD lze zařadit „pocit neklidu, silné obavy a napjatost; rychlý nástup únavy; potíže s koncentrací; podrážděnost; bolest hlavy, svalů, žaludku nebo bolesti bez zjevné příčiny; potíže kontrolovat své pocity strachu nebo potíže se spaním“.</p>
Panická porucha	<p>U panické poruchy jsou charakteristické „časté a nečekané panické ataky“, ty lze popsat jako „náhlé periody intenzivního strachu, diskomfortu nebo pocit ztráty kontroly bez jasného ohrožení či spouštěče“. Nutno však dodat, že ne u všech osob, které se potýkají s panickými atakami, dochází také k rozvoji panické poruchy.</p> <p>Možnými projevy panické ataky jsou „bušení srdce, pocení, třes a mravenčení, bolest na hrudi, pocit blížícího se konce nebo ztráty kontroly“.</p>
S FOBÍÍ SPOJENÉ PORUCHY	
<p>Fobii lze popsat jako „intenzivní strach (...) z konkrétních předmětů nebo situací“. Vzhledem k reálnému ohrožení jsou tyto obavy excesivní.</p>	
Sociální úzkostná porucha (dříve sociální fobie)	<p>Pro tento typ úzkostné poruchy je signifikantní „intenzivní, neustálý pocit, že je dotyčná osoba sledována a hodnocena druhými lidmi“.</p> <p>Tato excesivní míra obav může vést až do situace, kdy jedinec absentuje v práci či škole.</p> <p>Porucha se projevuje „zarděním, pocením, třesem; bušením srdce; bolestí žaludku; rigidním postavením těla a velmi tichým hlasem při hovoru; dále také pocity, že je osoba středem pozornosti a že bude negativně hodnocena ze strany okolí“; objevují se také „potíže s vytvořením očního kontaktu“, osoba s touto poruchou se taktéž nerada obklopuje lidmi, které nezná.</p>

Specifické fobie	U specifické fobie vyvolává strach nebo úzkost konkrétní předmět nebo situace, tedy kupříkladu „létání, výšky, konkrétní zvířata (...), injekce, krev“.
Agorafobie	Pro agorafobii jsou příznačné silné obavy „z dvou či více následujících situací: cestování ve veřejné dopravě, pobyt na otevřených prostranstvích; pobyt v uzavřených místech; čekání v řadě či pobyt v davu; samostatný pobyt mimo svůj domov“. Obavy z toho, že by se dotyčného zhostila úzkost právě v jedné z výše zmíněných situací, mají často za následek, že se tento člověk potenciálně úzkost vyvolávajícím okolnostem vyhýbá. Potíže mohou dojít až do bodu, kdy osoba odmítá opustit své obydlí.
Separáční úzkostná porucha (separační úzkost)	Separáční úzkost se vyskytuje jak u dětí, tak u dospělých. U těchto osob dochází k „obavě, že budou pryč od jim blízkých osob“, pokud v danou chvíli s blízkým nejsou, mají o něj strach. Zde jen dvě poznámky autorky bakalářské práce: V částečné kontradikci stojí vysvětlení termínu dle Nolen-Hoeksema a kol. (2012, s. 814), kteří kladou separáční úzkost do souvztažnosti jen s dětstvím. O separáční úzkosti u dětí pojednává například publikace „Psychická deprivace v dětství“ (Langmeier, Matějček, 2011).
<p>Selektivní mutismus je vzácnou, s úzkostí související poruchou. Lze jej charakterizovat jako „neschopnost dané osoby za specifických sociálních situacích hovořit, a to navzdory jejím normálním jazykovým dovednostem“.</p> <p>Lidé, u nichž byl selektivní mutismus diagnostikován, často mívají také jiné úzkostné poruchy.</p> <p>Tato porucha se obvykle vyskytuje u dětí před pátým rokem života a pojí se s ní projevy „extrémního studu, strachu ze společenského znemožnění, kompulzivní znaky, stažení se, citově vázané jednání a záchvaty vzteku“.</p>	

Tab. č. 12: Typy úzkosti a jejich stručná charakteristika (National Institute of Mental Health, 2023 [online]; zpracování vlastní)

Studie publikovaná v roce 2014 přinesla zjištění, že **vyšší počet ACEs způsobuje vyšší úroveň hypochondrie**. V rámci studie byla sledována souvztažnost mezi ACEs a právě

výskytem projevů hypochondrie („health anxiety“) v dospělosti. Výzkumu se zúčastnilo 264 probandů ve věku od 18 do 59 let. Počet i jednotlivé kategorie ACEs souhlasily s původními 10 kategoriemi, přičemž autoři pro účely své studie sloučili obě kategorie zanedbávání do jedné, „fyzické a duševní zanedbávání“ tak bylo vnímáno jako jedna kategorie. Dále také stojí za zmínku prevalence ACEs, kdy žádnou ACE nezažilo 38,3 % probandů, jednu ACE za sebou mělo 20,1 % respondentů, dvě ACEs byly zjištěny u 13,3 % dotázaných a 11,0 % osob mělo ve své anamnéze tři případy ACEs (Reiser, McMillan, Wright, Asmundson, 2014, s. 407, 410).

Další studie se zabývala dětskými adverzivitami u **298 ambulantních pacientů s úzkostnou a depresivní poruchou**. Z celého výzkumného vzorku zažilo alespoň jednu CA 77,2 % a 58,7 % za sebou mělo dva a více případů CAs. Autorka bakalářské práce zde opět záměrně píše o CAs (přestože o problému autoři píší jako o ACEs), protože mezi zkoumané adverzity spadala dysfunkce rodiny, fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání, ale také násilí mezi vrstevníky, svědectví komunitnímu násilí a vystavení kolektivnímu násilí (van der Feltz-Cornelis, Potters, van Dam, Koorndijk, Elfeddali, van der Sluijs, 2018, s. 458, 459).

Studie se zabývala vztahem mezi CAs (včetně některých ACEs) a generalizovanou úzkostí u 400 dospělých žen v Keni. Konkrétně se jednalo o následující kategorie: psychické týrání; fyzické týrání; sexuální zneužívání; psychické zanedbávání; odchod od rodiny nebo smrt rodiče; přítomnost domácímu násilí mezi partnery; sdílení domácnosti s člověkem s depresí nebo člověkem, který uskutečnil suicidium; sdílení domácnosti s osobou, která byla ve vězení; sdílení domácnosti s člověkem, jenž užíval nelegální látky nebo nadužíval alkohol. Nejčastější ACE bylo psychické týrání s 67 %, nejméně respondentů, přesněji 23 %, se setkalo se sexuálním zneužíváním. Autoři došli k zjištění, že dětská adverzita s sebou u žen v rurální Keni nese pozdější onemocnění úzkostí (Goodman, Baker, Maigallo, Elliott, Keiser, Raimer-Goodman, 2022, s. 1, 3, 4, 5).

10.3 ACEs a suicidalita

Tato subkapitola se zabývá suicidalitou jako celkem, nikoliv pouze samotným suicidiem. Odstavec usiluje o ozřejnění tří termínů souvisejících s fenoménem suicidality. Pojem **suicidium** lze deskribovat jako „smrt způsobenou vlastním škodlivým jednáním s úmyslem následkem tohoto jednání zemřít“. Dalším pojmem je **pokus o suicidium**, ten popisuje „nikoliv fatální, sebeřízené, potenciálně zranění způsobující jednání, přičemž úmyslem dané osoby je, aby toto jednání rezultovalo ve smrt“. Výsledkem nutně nemusí být

fyzické zranění jedince. Posledním souslovím jsou **myšlenky na suicidium**, které představují „přemýšlení o suicidii, jeho zvažování či plánování“ (NIH, Suicide [online]).

V roce 2020 zemřelo v Česku v důsledku suicidia 1 008 mužů a 215 žen, celkově se tak jednalo o **1 223 osob** (ÚZIS, 2021, s. 73, 75, 77). Přestože od vzniku České republiky v roce 1993 dochází v tuzemsku ke kontinuálnímu poklesu počtu případů suicidií, pořád tyto statistiky převyšují průměr Evropské unie (Český statistický úřad, Sebevražednost v Česku setrvale klesá [online]). S intencí předcházet suicidiím v Česku vytvořila pracovní skupina „Prevence a výzkum sebevražd“ Národního ústavu duševního zdraví web „**P.S. žij**“ (Národní ústav duševního zdraví [online]).

V jedné studii se výzkumníci zaměřili na vztah mezi fyzickým týráním a zanedbáváním v dětství a následným „se suicidiem spojeným jednáním“ u 3 792 dospělých, přičemž větší část výzkumného vzorku (přesněji 1 776) tvořili muži. Co se týče právě mužů, bylo zjištěno, že myšlenky na suicidium mělo 16,3 %, plánování suicidia realizovalo 5,4 % a o samotné suicidium se jich pokusilo 3,4 %. U žen byla procenta ve dvou případech vyšší, kdy se suicidální myšlenky objevily u 19,1 %, 4,7 % žen suicidium plánovalo a 5,6 % se o suicidium pokusilo (Obikane, Shinozaki, Takagi, Kawakami, 2018, s. 224, 225, 226). Zde jen drobná poznámka autorky bakalářské práce – autoři do kategorie „childhood abuse“ řadí také zanedbávání (Obikane a kol., 2008, s. 225), což neodpovídá terminologii dle Felitti a kol. (1998) a Dong a kol. (2004), kteří na zanedbávání pohlížejí jako na samostatnou kategorii ACEs.

Jiný výzkum se fokusoval na vztah mezi historií 10 původních ACEs (Felitti a kol., 1998; Dong a kol., 2004) a výskytem pokusů o suicidium u osob starších osmnácti let s duševním onemocněním a osob závislých na návykových látkách. Autoři zdůrazňují vliv **sexuálního zneužívání a duševního onemocnění rodiče či jiného člena rodiny na následný výskyt pokusů o suicidium**. Výskyt výše zmíněných dvou ACEs představoval u probandů vyšší pravděpodobnost realizace pokusu o ukončení vlastního života jak u žen, tak u mužů, přičemž v případě mužské části respondentů hrálo svou neblahou roli i psychické zanedbávání. Taktéž bylo zjištěno, že čím vyšší byl počet ACEs, tím dříve u dotazovaných došlo k pokusu o suicidium (Choi, DiNitto, Marti, Segal, 2017, s. 252, 256).

Jiná studie 3 515 adolescentů ve věku 10 až 18 let (56 % tvořily ženy) v jižní Africe byla realizována formou opakovaných longitudinálních rozhovorů, a to v rozmezí jednoho roku. Za poslední měsíc před rozhovorem se 3,2 % dětí pokusilo o suicidium, 5,8 % plánovalo uskutečnění suicidia a 7,2 % vypovědělo, že o suicidii uvažovalo. O rok později byl zjištěn **vztah mezi dětskou adverbizitou a všemi třemi výše zmíněnými typy suicidálního jednání**.

Ani v této studii se nejednalo ryze o ACEs. Autoři zde uvádějí, že ke čtyřem ACEs definovaným Felittim a kol. (1998), přesněji fyzickému a psychickému týrání, sexuálnímu zneužívání a domácímu násilí, přidávají také dalších pět typů ACEs, které však autorka bakalářské práce nazývá CA (opět za účelem dostat původním 10 ACEs). Badatelé přidání těchto CAs odůvodňují svou snahou přizpůsobit výzkum reáliím subsaharské Afriky, přesněji se jednalo o tyto nové kategorie: „osiřelost z důvodu AIDS“, „onemocnění AIDS u rodiče“, „smrt rodiče následkem zabití“, „expozice komunitnímu násilí“ a „potravinová nejistota“ (Cluver, Orkin, Boyes, Sherr, 2015, s. 52, 53).

11 PREVENCE NEGATIVNÍCH NÁSLEDKŮ

ACES

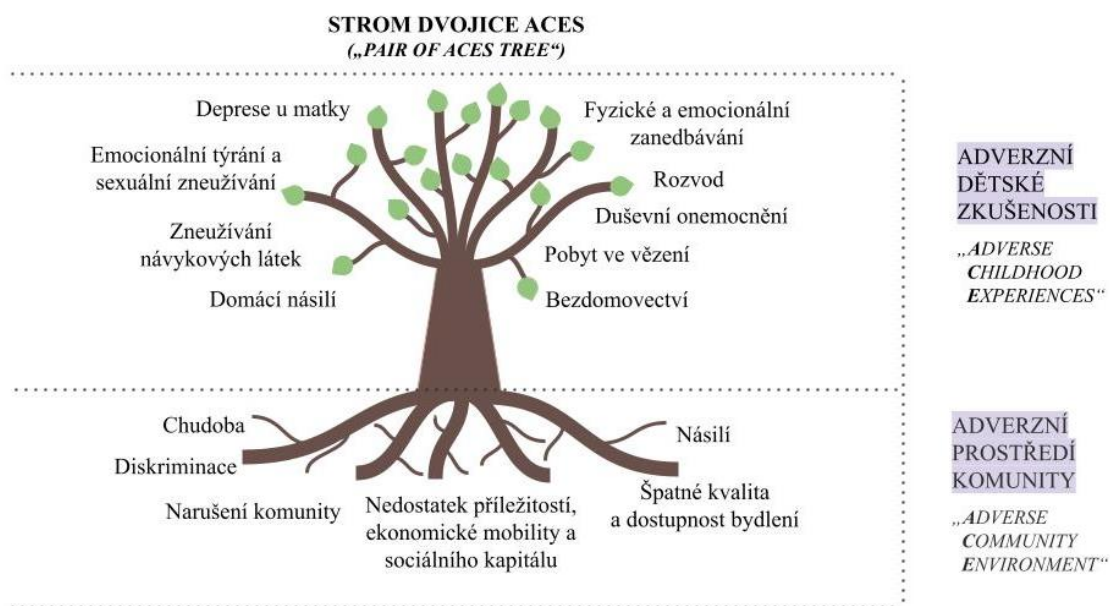
11.1 Posílení resilience

Resilience je zjednodušeně „proces pozitivní adaptace na adverzitu pramenící z interakce mezi jednotlivci a jejich prostředím“ (Vivrette, Bartlett, 2020 [online]). Resilienci, nebo též psychologickou resilienci, lze popsat i jako „proces a výsledek úspěšné adaptace na složité či náročné životní zkušenosti, zvláště pak skrze duševní, emocionální a behaviorální flexibilitu a přizpůsobení se vnitřním a vnějším požadavkům“. Resilience představuje soubor faktorů, které hrají významnou roli v tom, jak se jedinec vypořádá s nepřízní, se kterou se během života setkává (American Psychological Association [online]).

Psychickou resilienci lze vnímat jako agregát těchto **tří složek** (American Psychological Association [online]):

- „Způsob, jakým jedinec nazírá a zapojuje se do dění okolo sebe“
- „Dostupnost a kvalita sociálních zdrojů“ (mezi sociální zdroje lze zařadit například sociální sounáležitost, síť sociální podpory a sociální kapitál (Webel, Sattar, Schreiner, Craig Phillips, 2016, s. 1))
- „Konkrétní strategie zvládnání“ (příčemž zvládnáním, neboli copingem, se myslí „procesy, jejichž prostřednictvím se jedinec pokouší zvládnout stresové podmínky“ (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 820)).

Obr. č. 9 vyobrazuje strom, který má představovat **metaforu komunity**, kdy listy vyjadřují projevy ACEs, které jsou v podmínkách zdravotnické péče, vzdělávacího systému či sociálních služeb relativně lehce rozpoznatelné (diagnostikovatelné). Tento strom však koření v zemi, která je prostoupena „strukturálním rasismem“, ten strom kontinuálně zbavuje živin, čímž znemožňuje existenci „prospívající komunity“. Případy adverzních prostředí komunity jsou strůjcem nekonečného začarovaného kruhu, který se podílí na oslabování, atrofii stromu, tedy komunity (Ellis, Dietz, Daniel Chen, 2022, s. 19).



Obr. č. 9: Ohrožení resilience komunity (Ellis, Dietz, Daniel Chen, 2022, s. 19; zpracování vlastní dle předlohy zdroje)

Za zmínku stojí studie vztahu mezi historií CAs a odolností u mladých lidí, která vyniká velikostí výzkumného vzorku. Autoři tohoto výzkumu totiž provedli metaanalýzu devíti studií, přičemž **celkový počet participantů byl 161 165**. Zjištění badatelů implikovalo existenci negativní asociace mezi CAs a psychologickou resiliencí, tedy, že **úroveň resilience byla nižší u těch probandů, u nichž došlo k prokázání vyšší prevalence CAs** (Morgan, Chang, Choy, Tsai, Hsieh, 2022, s. 1, 6).

Předmětem níže uvedené studie byl vztah mezi dětskou adverzitou a resiliencí u **26 198 žen** ve věku od 18 do 69 let. Autorka bakalářské práce zde záměrně uvádí pojem dětská adverzita, studie se totiž zabývala 13 kategoriemi, které její autoři sice nazývají ACEs, ale jen část se týkala původních 10 ACEs. Mezi více než desítkou kategorií se objevily i případy dětské adverzity, ke kterým pochází vně prostředí domova, například šikana či komunitní násilí. V porovnání s případem žádné dětské adverzity byla u žen s pěti a více CA zjištěna až **o 36 % nižší prevalence vysoké schopnosti zvládnání a o 58 % nižší prevalence vysoké psychiatrické resilience**. Autoři vyzdvihují čtyři kategorie CA, konkrétně psychické zanedbávání, šikanu, sexuální zneužívání a duševní onemocnění u člena domácnosti, jejichž výskyt byl spojen se sníženou úrovní resilience v dospělosti. Lze konkludovat, že byla zaznamenána vztahovost mezi kumulativními expozicemi adverzity v dětství a nižší resiliencí u dospělých žen, a to nezávisle na socioekonomických faktorech nebo sociální podpoře, z čehož autoři vyvozují, že **resilience v období dospělosti závisí na tom, jaké základy jí byly**

postaveny v dětství (Dánielsdóttir, Aspelund, Thordardottir, Fall, Fang, Tómasson, Rúnarsdóttir, Yang, Choi, Kennedy, Halldorsdottir, Lu, Song, Jakobsdóttir, Hauksdóttir, Valdimarsdóttir, 2022, s. 1, 18).

Poslední studie se zabývala souvztažností mezi 10 původními ACEs a resiliencí u **1 871 studentů** 12 vyšších odborných škol („colleges“) v Číně, průměrný věk respondentů byl 20,62 let a 66,97 % probandů tvořily ženy. Badatelé formulovali hypotézu, že u studentů s výskytem ACEs je pozorovatelná nižší úroveň resilience, tato hypotéza byla výzkumem potvrzena, zjistila se totiž **negativní asociace mezi historií ACEs a resiliencí**. Výsledky také ukázaly, že 14 % dotázaných zažilo rozluku nebo rozvod rodičů, 12 % psychické zanedbávání, psychické týrání zažilo 11 %, sexuální zneužívání taktéž 11 %, historie fyzického týrání se objevila u 6 % a se členem rodiny, který měl duševní onemocnění, žilo 5 % probandů (Chen, Huang, Yang, Wang, 2022, s. 623, 625, 627).

11.2 Pozitivní dětské zkušenosti

Protiváhu adverzních dětských zkušeností představují pozitivní dětské zkušenosti („positive childhood experiences“), zkráceně PCEs. Jedná se o takové „události v období dětství, které u dítěte budují pocit sounáležitosti a propojení“ (Prevent Child Abuse Arizona, ©2023 [online]).

Organizace Prevent Child Abuse Arizona (©2023 [online]) uvádí **sedm kategorií PCEs** s tím, že čím více těchto pozitivních zkušeností dítě má, tím vyšší je pravděpodobnost, že bude zdravé a psychicky odolné:

- „pocit dítěte, že je možné se členy rodiny hovořit o svých pocitech,
- pocit dítěte, že za ním rodina v náročných časech stojí,
- radost dítěte z participace na tradicích komunity,
- pocit sounáležitosti během studia na střední škole,
- pocit, že je dítě podporováno svými přáteli,
- přítomnost alespoň dvou dospělých, mimo rodičů, s upřímným zájmem o dítě,
- pocit bezpečí a ochrany ze strany dospělého člena domácnosti“.

Bethell, Jones, Gombojav, Linkenbach, Sege (2019, s. 1) se ve své práci zabývali vztahem mezi PCEs a přítomností deprese a podlomeného duševního zdraví v dospělosti. Studie se zúčastnilo **6 188 respondentů** ve věku od 18 let, nepatrnou většinu, tedy 50,7 %, tvořily ženy. Více než polovina dotázaných (52,3 %) zažila 6 až 7 PCEs, historie ACEs byla zjištěna

u 56,7 % probandů, kritéria pro depresi a podlomené duševní zdraví splnilo 21,2 %, 55,1 % probandů sdělilo, že se jim v případě vyhledání sociální a emocionální podpory této vždy dostalo. Autoři konkludují, že **existuje příčinná souvislost mezi PCEs a pozdějším duševním zdravím v dospělosti. PCEs tak mohou mít celoživotní příznivý vliv na duševní kondici jedince, a to i navzdory jeho historii ACEs.** (Bethell a kol., 2019, s. 4, 8). PCEs skóre sestávalo z následujících sedmi kategorií (jedná se o pozměněnou formulaci již výše uvedených sedmi kategorií PCEs), u kterých probandi odpovídali, jak často, popřípadě nakolik (se) během dětství

- Cítili schopni hovořit s rodinou o svých pocitech
- Pociťovali, že za nimi jejich rodina v náročných časech stála
- Měli radost ze své účasti na tradicích komunity
- Pociťovali sounáležitost během studia na střední škole (s výjimkou respondentů, kteří školu nenavštěvovali, případně byli v režimu domácí školy)
- Cítili podporováni ze strany svých přátel
- Měli ve svém okolí alespoň dvě dospělé osoby, vyjma jejich rodičů, kteří o ně jevíli upřímný zájem
- Doma cítili bezpečně a chráněně ze strany dospělého“ (Bethell a kol., 2019, s. 3).

11.3 Strategie prevence ACEs dle CDC

Tab. č. 13 stručně shrnuje možnosti realizace preventivních kroků za účelem prevence adverzních dětských zkušeností. Jednotlivé strategie dále rozpracovává na stranách 11 až 22 publikace „Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence“ (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Strategie	Přístup
Posílení ekonomické podpory rodin	<ul style="list-style-type: none"> • Posílení finančního zabezpečení domácností • Pracovní politika přívětivá k rodině
Podpora sociálních norem, které chrání před násilím a adverzítami	<ul style="list-style-type: none"> • Veřejné vzdělávací kampaně • Legislativní kroky k omezení fyzických trestů • Muži a chlapci jako partneři v prevenci
Zajištění silného startu pro děti	<ul style="list-style-type: none"> • Návštěvy v domácnostech u malých dětí

	<ul style="list-style-type: none"> • Vysoká úroveň péče o děti
Výuka dovedností	<ul style="list-style-type: none"> • Sociálně-emoční učení • Programy zaměřující se na dovednosti bezpečného seznamování a zdravých vztahů • Přístupy rozvíjející rodičovské dovednosti a rodinné vztahy
Propojení mladých lidí s pečujícími dospělými a aktivitami	<ul style="list-style-type: none"> • Programy mentoringu • Mimoškolní programy
Intervence pro snížení bezprostředních a dlouhotrvajících škod	<ul style="list-style-type: none"> • Zlepšení primární péče • Služby zaměřené na oběť • Nastavení léčby s cílem snížit negativní dopady ACEs • Léčba s cílem prevence problémového jednání a potenciálního zapojení do násilí • Na rodinu zaměřená léčba abúzu na návykových látkách

Tab. č. 13: Strategie a konkrétní přístupy pro prevenci ACEs (Centers for Disease Control and Prevention, 2019, s. 9; zpracování vlastní)

12 POSOUZENÍ SITUACE KLIENTA

12.1 Diagnostické nástroje

V oblasti diagnostiky lze na světové scéně pozorovat jistou dichotomii nástrojů. Na jedné straně totiž stojí **Mezinárodní klasifikace nemocí**, aktuálně konkrétně MKN-11. Ke schválení 11. revize MKN došlo na 72. Světovém zdravotnickém zasedání, jež bylo pořádáno v květnu roku 2019. V platnost pak MKN-11 vstoupila v roce 2022, přesněji hned prvního ledna (World Health Organization, International Classification of Diseases (ICD) [online]). K datu 21. 3. 2023 bylo do českého jazyka přeloženo 10 kapitol MKN-11 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) [online]). Na straně druhé stojí **Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické společnosti**, jeho poslední verze, DSM-5, byla v českém jazyce vydána v roce 2015 (Hogrefe, n. d. [online]).

12.2 Tvorba „Biopsychosociální formulace“

Tato bakalářská práce usiluje, kromě shrnutí poznatků o ACEs, také o poskytnutí penza informací aplikovatelných v praxi sociální práce. Za zmínku stojí metoda pro tvorbu **biopsychosociální formulace**, kterou navrhuje Ross (2000). Prizmatem tohoto přístupu nahlížíme kupříkladu jednu z kazuistik také autoři již dříve zmíněné publikace „Direct Social Work Practice: Theory and Skills“ (Hepworth a kol., 2021, s. 242, 243).

Ross (2000, s. 1) vnímá při práci na biopsychosociální formulaci jako pomyslný největší kámen úrazu „sumarizování případu, namísto jeho syntetizování“. Konkrétně by tak měla biopsychosociální formulace představovat chronologicky zpracovaný, „kreativní syntézou“ vyprávěný příběh daného klienta. Další kruciální podmínkou je **výstižnost**, akcentovány tak mají být ty osoby a události, které se, metaforicky vyjádřeno, podílely na sochání jedinečnosti klienta. Ve své koncepci pro pozdější **genezi formulace**, která vychází z předchozího „klinického posouzení“, užívá Ross (2000, s. 2) rámce (či tabulky) sestávajícího ze dvou kategorií. První, umístěná na horizontále, zachycuje život klienta optikou chronologie. Vertikála pak znázorňuje tři oblasti posouzení, tedy biologickou, psychologickou a sociální.

Ross (2000, s. 2) dále fragmentuje postup do **čtyř bodů**, jejichž výsledkem má být kompletace zmíněné tabulky:

- Extrahování kruciálních poznatků o klientovi z (v bakalářské práci nepředstavené) psychiatrické evaluace
- Zakomponování těchto poznatků do příslušného, odpovídajícího pole vytvořeného rámce
- Kontemplativní pozastavení nad možným mutuálním působením jednotlivých poznatků, invenční tvorba „hypotetických konstruktů“ rozvíjejících právě identifikované vztahy mezi jednotlivými položkami, přičemž aspirací těchto hypotéz by mělo být hloubkové porozumění situaci daného klienta;
- Úsporné, avšak výstižné, verbální vyjádření těchto vzniklých konstruktů a samotná kompletace onoho kreativní syntézou zpracovaného příběhu, tedy formulace.

Ross (2000, s. 2, 3) zastává názor, že ideální je konstruovat biopsychosociální formulaci v podmínkách existence **multidisciplinárního týmu**, konkrétně uvádí složení ze sociálního pracovníka, psychologa či psychiatra. Důvodem je jedinečný přínos každého zástupce dané pomáhající profese, tedy jejich rozdílná percepce, úhel nazírání problému a erudice. Hrubou verzi formulace poté může sepsat jeden z členů týmu, načež se na její kontrole opět podílí celý kolektiv.

Mimochodem, kruciálnost **multidisciplinarity** vyzdvihují také Bechyňová a Konvičková (2020, s. 44), podle kterých jak dle českých, tak zahraničních poznatků vykazuje nejvyšší míru efektivnosti právě „multidisciplinární diagnostický přístup“.



Obr. č. 10: Rámec pro tvorbu biopsychosociální formulace (Ross, 2000, s. 3; tabulka vlastní)

Vhodné je zmínit, že Ross (2000, s. 5) ve své práci taktéž uvádí jak příklad špatné formulace, tak té, kterou považuje za správnou. Specifikem **chybné formulace** (kterou ve své publikaci Ross uvádí) je na první pohled menší rozsah, což je možná symptom zpracování

nereflektujícího souvztažnosti mezi jednotlivými problémy klienta, tato formulace se nedívá na možné implikace známých skutečností, neusiluje o vytvoření „bigger picture“, tedy jistého pohledu za to, co bylo explicitně klientem řečeno, absentuje zde kreativní přístup. S intencí věrně zachytit znění formulace, které Ross (2000, s. 5) považuje za **příklad dobré praxe**, autorka níže uvedenou formulaci v **Tab. č. 14** překládá spíše doslovně a pacientovi dala jméno Jan.

„Pan Jan je 34letý muž, jehož cílem je léčit svou depresi. Vzhledem k výskytu deprese v rodině, může mít pro toto duševní onemocnění jak rodinnou, tak genetickou predispozici. Jan vyrůstal v podporujícím prostředí. Zároveň byl však svou matkou určitým způsobem rozmazlený, ta totiž vykonávala většinu povinností spojených s domácností, aniž by je delegovala také na své děti. V manželství se mohla projevovat nevědomá touha Jana po tom, aby se jeho manželka chovala jako jeho matka, a postarala se tak o jeho potřeby v domácnosti, potřeby emoční i tužby. Janova manželka však na druhou stranu asi očekávala, že bude Jan samostatnější a zodpovědný za saturaci svých vlastních potřeb, proto jej za tento jeho deficit kritizovala. Jan se tak mohl cítit svou ženou zklamaný, cítil k ní hněv, tyto pocity manifestoval formou pasivní agrese, která se projevovala čím dál menším zapojením do pomoci ženě s chodem domácnosti. To vše rezultovalo v bludný kruh, kdy Jan vykonával stále méně povinností, to mělo za následek sílící kritiku ze strany manželky, která opět vedla k dalšímu utlumení jeho činností, což následně vyescalovalo do odloučení manželů. Pro Jana byl odchod manželky velmi stresujícím, choval vůči ní hněv a cítil se odmítnutý, brzy se tyto pocity metamorfovaly do vzniku deprese. Na nevědomé úrovni mohl Jan cítit hněv na sebe samého za to, že od své ženy očekával příliš mnoho a od sebe málo. Mohlo dojít k tomu, že si introjektoval hněv, který, ve spojení s pocity odmítnutí, vyústil v depresivní náladu. Vznik velké depresivní epizody mohl jít na vrub jak odloučení, tak následné depresivní nálady a potenciální genetické predispozici.

Jan se dva roky léčí s hypotyreózou. Přestože se zdá, že je léčba spíše dostačující, je možné, že toto onemocnění štítné žlázy určitou měrou participuje na vzniku deprese. Funkce štítné žlázy by tak měla být opět vyšetřena a v případě potřeby její dysfunkce zaléčena.

Obecně vzato je Janova prognóza v zásadě uspokojivá. Pokud je funkce jeho štítné žlázy normální, měl by užívat antidepresiva, ta mají potenciál značně eliminovat projevy deprese. Hlavní zaměření léčby však bude spočívat v psychologické a sociální oblasti, která je také určujícím faktorem vývoje prognózy. Podstatnou otázkou tak zůstává, zda budou mít

on a jeho manželka zájem usilovat o usmíření. Pokud ano, vyvstává další otázka, a sice jestli budou schopni osvojit si dovednosti, které jsou stěžejní pro úspěšné manželství. Pro splnění tohoto cíle by mohla posloužit jak manželská poradna, tak individuální psychoterapie, ať už by se jednalo o insight-orientovanou či kognitivní terapii. Pokud se však klient a jeho manželka pro usmíření nerozhodnou, popřípadě pokud se o něj pokusí, avšak bezvýsledně, byla by stále nasnadě individuální psychoterapie. V tomto případě by byla prognóza odvislá od toho, zda by Jan získal určitý vhled a tuto svou zkušenost přijal jako, byť náročný, proces vlastního růstu, nebo by nadále potlačoval své primitivní tužby, a dával tak volný průchod depresi a svému vzteku.“

Tab. č. 14: Příklad správné Biopsychosociální formulace (Ross, 2000, s. 5, 6; zpracování vlastní)

12.3 Kazuistika Emy

Níže je představena případová studie z publikace „Clinical Assessment for Social Workers: Quantitative and Qualitative Methods“ (Jordan, Franklin, 2021). Protože výše zmíněná publikace popisuje jednotlivé kroky řešení případové studie pro praxi klinické sociální práce, které autorka bakalářské práce níže věrně kopíruje, jsou obsahem této subkapitoly některé z možných definic a charakteristik této specifické oblasti sociální práce.

Podle Etického kodexu Asociace klinické sociální práce („Clinical Social Work Association“) (2016, s. 1), „zahrnuje praxe **klinické sociální práce** čtyři hlavní oblasti: biopsychosociální posouzení a diagnostiku, sociální případovou práci, poradenství a psychoterapii“, přičemž se souslovím „biopsychosociální posouzení a diagnostika“ rozumí „schopnost vnímat klienta holisticky a využít nejaktuálnější vydání Diagnostického a statistického manuálu (DMS) pro pochopení symptomů a problémů, se kterými se klient potýká“.

Definici klinické sociální práce bližší českým realitám nabízí Mátela (2015, s. 14), který ji vnímá jako:

„specializovanou odbornou činností sociální práce založenou na přímé praxi klinického sociálního pracovníka s jednotlivcem, párem, rodinou nebo malou skupinou v interakci s jejich prostředím. Jedná se o psychosociální působení klinických sociálních pracovníků s cílem předcházet, odstranit nebo zmírnit intrapsychické a interpersonální poruchy sociálního fungování uživatelů služeb (zejména psychosociálních dysfunkcí, duševní a emocionálních poruch a zdravotních postižení) prostřednictvím specializovaného sociálního poradenství,

sociální terapie a dalších terapeutických metod, včetně psychoterapie, jakož i celkového posílení klienta. Vykonávaná může být ve zdravotnických zařízeních, zařízeních sociálních služeb, ambulantně, jakož i v soukromé praxi.“

Text dále představuje návrh intervence ze strany sociální pracovnice, který je v publikaci „Clinical Assessment for Social Workers: Quantitative and Qualitative Methods“ (Jordan, Franklin, 2021) jejími autory zpracován. Autorka bakalářské práce pojmenovala klientu jako Emu.

12.3.1 Popis sociální situace Emy

Emu je sedmnáctiletou studentkou střední školy, z důvodu nedávného úmrtí matky jí byla školním poradcem doporučena návštěva organizace poskytující pomoc v oblasti duševního zdraví. Emu bývala ve škole premiantkou, hrála volejbal a mezi přáteli byla velmi oblíbená. Bydlela se svou matkou a desetiletým bratrem. Její matka byla dlouhodobě závislá na drogách a alkoholu, také si často domů vodívala různé muže. Matka porodila Emu ve svých patnácti letech. Po tom, co zjistila, že je těhotná, zanechala svého studia. Emu a její matka k sobě měly velmi blízko. Emu o matce hovořila jako o zábavné ženě, která ráda zpívala. Matka pracovala na částečný úvazek v místní restauraci. Před dvěma měsíci matka následkem předávkování zemřela. Když se tehdy Emu kolem tří hodin ráno vzbudila, protože potřebovala na toaletu, našla svou matku ležet ve vaně, na zemi ležely jehly. Matka nereagovala na oslovení. Emu okamžitě vytočila tísňovou linku a vzbudila svého bratra. Takto Emu situaci popsala: „Nevěděla jsem, co mám dělat, byla jsem v šoku. Po vytočení tísňové linky jsem měla okno a nedokázala jsem si ani dobře vybavit, co se dělo potom. Pamatovala jsem si jen, že přišla spousta policistů, všude bylo hodně světel a pokládali mi velké množství otázek.“ Policie později potvrdila, že příčinou smrti Eminy matky bylo předávkování drogami. Emu a její bratr byli dočasně umístěni k prateč. Po smrti matky začala být Emu doma i ve škole povětšinou tichá, odtažitá a uzavřená. Přestala trávit čas se svými přáteli a hrát volejbal, kterému se dříve věnovala. Každý den se poté, co přijde ze školy, zamyká ve svém pokoji. Dále začala propadat z předmětů, což u jejích pedagogů vyvolalo jisté obavy. Emu uvedla následující: „Nemůžu se na nic soustředit. Přestože jsem seděla ve třídě, nedokázala jsem učivo chápat, zpracovávat. Mozek mi přestal fungovat. Zkrátka se neustále cítím otupená.“ K otázce vlastních emocí Emu sdělila: „Ani se necítím smutně nebo depresivně. Jen uvnitř sebe pociťuji prázdnotu. Vlastně mě nikdo a nic nezajímá.“ Dle svých slov začala být Emu více podrážděná a často se u ní objevují výbuchy vzteku, zároveň ale neví, kde se v ní tato zuřivost bere: „Poslední dobou se s

bratrem hodně hádám. Nedávno jsem se pohádala i s pratetou, byla jsem tehdy tak naštvaná, že jsem praštila pěstí do zdi takovou silou, až v ní zůstala díra. Nedokážu s ní vyjít, nejde s ní vydržet“. K tématu spánkové hygieny Ema sdělila: „Od té doby, co se to stalo, nemůžu usnout. Prostě se mi nedaří zastavit, vypnout mozek. Jsem opravdu unavená, ale jednoduše nemůžu spát. Od té doby, co maminka umřela, se někdy z ničeho nic probudím ve tři hodiny ráno. Zkrátka z hlavy nemůžu dostat ten obraz, představu mé maminky, jak leží ve vaně.“ (Jordan, Franklin, 2021, s. 327)

12.3.2 Posouzení

Na radu školního poradce se Ema rozhodla vyhledat odbornou pomoc s cílem řešit své potíže s insomnií (nespavostí) a koncentrací, se kterými se po smrti své matky potýká. Sociální pracovnice provedla detailnější psychosociální posouzení v následujících bodech (Jordan, Franklin, 2021, s. 328):

- Symptomy, které se u Emy projevují,
- Předchozí a aktuální léčba,
- Zdravotní anamnéza a
- Jakékoliv myšlenky na sebepoškozování.

Z posouzení vyplynulo, že Eva vykazuje symptomy PTSD. Pro posouzení symptomů PTSD využila sociální pracovnice „UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index for DSM-5“, tento dotazník obsahoval otázky týkající se vystavení traumatu, jeho četnosti, intenzity a průběhu symptomů. Z dotazníku vyplynulo, že Ema splnila kritéria DMS-5 pro diagnózu PTSD. Po rozhovoru se sociální pracovníci se Ema rozhodla začít docházet na psychoterapii, která by mohla mitigovat symptomy PTSD (Jordan, Franklin, 2021, s. 328).

12.3.3 Plán intervence

Na základě posouzení pomohla Emě sociální pracovnice vytvořit plán intervence, který byl rozdělen do pěti oblastí: **škola, sociální oblast, duševní zdraví, domov a komunita**. Sociální pracovnice dále s Emou probrala její silné stránky, které byly v plánu taktéž zohledněny. Poté s Emou návrh plánu konzultovala, aby se ujistila, že s ním klientka nejen souhlasí, ale má i možnost do něj cokoliv přidat (Jordan, Franklin, 2021, s. 328).

Oblast školy (Jordan, Franklin, 2021, s. 328):

- **Doučování a program po vyučování:** Vzhledem k tomu, že došlo k dramatickému zhoršení klasifikace Emy, je nabíledni pomoci jí zařídit doučování. Na tomto místě autoři také zmiňují spolupráci mezi sociální pracovníci, školním poradcem a vyučujícími. Ve snaze o zasazení do sociokulturního kontextu České republiky lze na tomto místě doporučit Emě například doučování poskytované organizací Člověk v tísni, které bývá bezplatně poskytováno v sedmi krajích České republiky (Člověk v tísni, n. d. [online]).
- Tento bod je aplikovatelný ryze na severoamerické reálie, autorka bakalářské práce jej zde však pro zajímavost uvádí: autoři totiž doporučují realizaci „plánu duševního zdraví 504“ („**504 mental health plan**“). Dle Understood (n. d. [online]) se jedná se o „detailní plán poskytující školám informace, jak podporovat studenty s postižením a odstraňovat bariéry ve studiu“, intencí je poskytnout všem studentům rovný přístup ke vzdělání.

Sociální oblast (Jordan, Franklin, 2021, s. 328, 329):

- **Dovednosti pro řešení mezilidských konfliktů:** Ema mívá při kontaktu s ostatními výbuchy vzteku. Sociální pracovníce s Emou tyto konflikty probere a během setkávání s ní realizuje hru rolí („role-play“). Dle Hepworth a kol. (2021, s. 377) se jedná o nejčastěji využívanou techniku nácviku jednání, jejímž cílem je podpora ovládnutí. Intencí je pomoci klientovi či klientce realizovat „nácvik požadovaného jednání či výsledku“. Technika spočívá v simulování okolností, v rámci kterých má klient možnost dále rozvíjet své dovednosti či schopnosti, ale také pojmenovat komplikace, ke kterým může ve skutečnosti dojít. Klientovi je tak umožněno si nanečisto nacvičit jednání ještě předtím, než k situaci dojde.
- **Dovednosti pro zvládnutí vzteku:** Sociální pracovníce se s Emou zaměří na pojmenování spouštěčů jejích výbuchů, taktéž budou pracovat na osvojení „pozitivních strategií zvládnutí“ za účelem předcházení hádkám s rodinou.

Oblast duševního zdraví a zdraví obecně (Jordan, Franklin, 2021, s. 329):

- **Psychoterapie:** Setkání sociální pracovníce s Emou mezi čtyřma očima budou cílit na posouzení, zda je Ema připravena zpracovávat prožité traumatické události. Úlohou sociální pracovníce zde bude pomáhat Emě právě ve zpracování jak negativního stresu, tak hlavně traumatu a všech náročných změn, které před ní aktuálně stojí. K tomu lze využít prvky na trauma zaměřené kognitivně-behaviorální terapie, jakož i aplikaci „principů trauma-informované praxe“, jednotlivé principy jsou předmětem **Tab. č. 15**.

- **Dovednosti relaxace a zvládnání:** Sociální pracovnice vybaví Emu penzem praktických rad, jak se naučit odpočívat. Také se zaměří na osvojení „dovedností emoční regulace“, tedy kroků, jak zpracovávat či nakládat se svými emocemi, mezi technikami zde náležejícími lze uvést kupříkladu meditaci či mindfulness, během setkávání bude fokus namířen také na realizaci těchto přínosných způsobů práce s emocemi.
- **Poskytnutí psychoedukace:** Jedním z dílčích cílů sociální pracovnice bude také Emu citlivě edukovat, ne však z pozice moci, ale rovnocenného partnera, o projevech spojenými s PTSD a truchlením, jakož i jednotlivých kritériích pro PTSD. To by mělo vést ke zvýšení povědomí Emy o své diagnóze, díky čemuž může své prožitky nahlížet z jiného úhlu pohledu.
- **Zlepšení kvality spánku:** Sociální pracovnice se bude taktéž zajímat o to, jak vypadá Emy denní rutina a spánkové vzorce. Pro posouzení kvality spánku bude využit protokol, který Ema každé ráno vyplní. Na základě toho budou zvažovány možné kroky s cílem zvýšit kvalitu spánkové hygieny.

Oblast domova (Jordan, Franklin, 2021, s. 329):

- **Vztah pečující osoba-dítě:** Psychoedukace bude ze strany sociální pracovnice poskytnuta také pratetě Emy, a to jednoduše z důvodu jisté osvěty či obeznámenosti týkající se symptomů PTSD. Mimo výše zmíněné individuální setkávání s Emou, poskytne sociální pracovnice taktéž prostor pro rodinnou terapii, a to s cílem společně dosáhnout zlepšení komunikace mezi Emou a její pratetou.
- Sociální pracovnice může **dále zprostředkovat pratetě kontakt s pracovníky sociálně-právní ochrany dětí** (obdoba instituce „Child Protective Services“ v USA), se kterými může probrat budoucí místo pro život Emy a jejího mladšího bratra.

Vztah mezi sourozenci (Jordan, Franklin, 2021, s. 329, 330):

- Sociální pracovnice pomůže Emě konstruktivně **řešit konflikty** se svým bratrem.
- Dále se sociální pracovnice setká s pratetou Emy, aby s ní prodiskutovala možnost **poradenství také pro bratra Emy**, který byl traumatickou událostí taktéž zasažen.

Oblast komunity (Jordan, Franklin, 2021, s. 330):

- **Doporučení navštěvování terapeutické skupiny:** Poslední úlohou sociální pracovnice bude zmapovat místní skupinové terapie, ve kterých se pracuje právě s tématem zármutku a ztráty blízké osoby, případně Emě doporučit návštěvu konkrétní svépomocné skupiny.

Zde členění publikace na jednotlivé oblasti intervence se strany sociální pracovnice končí, avšak autoři zmiňují neméně důležitou baterii informací, a tou je identifikace protektivních faktorů které hrají kruciální roli v cestě za Eminým zotavením. Konkrétně píší o pěti oblastech, které mohou být Emě důležitými pomocníky a motivací (Jordan, Franklin, 2021, s. 330):

- Ema má velmi ráda svého mladšího bratra, protože je jeho nejbližším příbuzným, vyjadřuje svou touhu být mu co nejvíce oporou.
- Ema chová lásku k hudbě a umění. Když se cítí ve stresu, poslouchá hudbu a kreslí si.
- Prateta Emu i jejího bratra velmi podporuje, ráda by si děti osvojila.
- Kruciálním protektivním faktorem je také skutečnost, že Ema je motivovaná docházet na terapie a být v kontaktu s jinými pomáhajícími profesionály.
- Poslední bod náleží aspektu školy, protože se Emě ze strany vyučujících dostává značné podpory.

Dle autorů klade proces posuzování traumatu a ACEs **vysoké nároky na komplexní orientaci sociálního pracovníka** v této oblasti. A jak konkludují, vzhledem k vysokému výskytu traumat a ACEs ve společnosti, je pro klinického sociálního pracovníka znalost nejrůznějších nástrojů pro posouzení situace klientů klíčová (Jordan, Franklin, 2021, s. 330).

Bezpečí	Pocit fyzického, jakož i psychického bezpečí má být vlastní nejen klientům, ale také samotným pracovníkům a pracovním organizace poskytující sociální služby.
Důvěryhodnost a transparentnost	Všechny kroky a rozhodnutí organizace by měly být transparentní. Jedná se o kruciální prvek, kterým si organizace pěstuje důvěryhodnost v tuto instituci jak mezi samotnými zaměstnanci, tak příjemci pomoci spolu s jejich blízkými.
Peer podpora	Pojmem „peer“, nebo také v tomto kontextu „přeživším traumatu“, se rozumí osoba, která si taktéž prošla traumatickou událostí. V případě, že jsou klienty děti, lze za „peera“ považovat dospělého člověka o toto dítě pečujícího. Princip v sobě syntetizuje „vzájemnou svépomoc“, která má potenciál rezultovat v atmosféru přijetí ztělesněnou pocitu „bezpečí, naděje a důvěry (...)“.

Spolupráce a vzájemnost	Organizace by měla mít na mysli, že svou holistickou roli ve vytváření atmosféry přijetí mají všichni zaměstnanci, tedy nejen vyložené pomáhající profesionálové, nýbrž také personál zajišťující chod instituce, ať už se jedná o personál, který má za úkol udržovat úklid, nebo administrativní pracovníci.
Zplnomocnění, hlas a volba	Silné stránky klientů mají být pojmenovány a v rámci intervence dále využívány. Organizace má na prvním místě vnímat právě uživatele služby, percipovat kruciálnost resilience a také „schopnost jedinců, organizací a komunit uzdravit se“. Prvky empowermentu by měly být rozvíjeny nejen u klientů, ale také u osob pomáhajících. Motivování klientů spočívá v „podpoře sdíleného procesu rozhodování, výběru, a nastavování cílů pro determinaci plánu směřujícího k uzdravení“, důležitou dovedností je také schopnost postavit se sám za sebe. Lze shrnout, že prisma tohoto principu percipuje úlohu odborníka jako „facilitátora“ procesu zotavování, nikoliv jeho „kontrolora“, přičemž je kladen důraz také na vytvoření podporujícího prostředí pro samotný odborný personál.
Kulturní, historické a genderové problémy	Příznačné pro organizaci má být vymezení vůči předpojatosti či jakýmkoliv projevům kulturních stereotypů, ať už na základě sexuální orientace, vyznávaného náboženství, genderové identity, místa pro život, etnicity nebo rasy. Organizace by se měla fokusovat na zakomponování takových mechanismů a pravidel, které citlivě reagují na specifika klientů a s tím spojené rozličné potřeby těchto osob.

Tab. č. 9: Šest klíčových principů trauma-informovaného přístupu (SAMHSA, 2014, s. 11; zpracování vlastní)

13 DALŠÍ VÝZKUMY ACES

Tato kapitola v sobě integruje výzkumy k ACEs, které nebyly zařazeny v průběhu bakalářské práce.

Tématu **ACES u matek**, v tomto případě původních deseti ACEs, se věnovali Kang, Kwack, Song, Kim, Hyuk Park, Kim, Moon (2021, s. 1050, 1052, 1053, 1054), jejich intencí bylo popsat vliv matčiných ACEs na internalizující a externalizující problémy jejich dětí. Mezi internalizující problémy byly řazeny kategorie „úzkost/deprese“, „uzavření/deprese“ a „somatická onemocnění“, externalizujícími problémy autoři rozuměli například „delikventní jednání“ a „jednání agresivní“. Výzkumný vzorek tvořilo **450 dvojic** sestávajících vždy z matky a dítěte. Větší polovina, konkrétně 62,5 % matek, dosáhla vyššího než středoškolského vzdělání. Největší skupinu tvořily matky, které nezažily žádné ACEs, jednalo se o 288 žen, tedy 63,9 %, dalších 67 žen (14,9 %) za sebou mělo jednu ACE, se dvěma ACEs se setkalo 46 probandek (10,2 %), konečně rozpětí tři až osmi ACEs bylo zjištěno u 50 respondentek (11,1 %). Výsledky studie ukázaly na existenci pozitivní korelace mezi třemi a více mateřskými ACEs a internalizujícími a externalizujícími potížemi, se kterými se potýkali jejich potomci. Kategorie „úzkost/deprese“ či „somatická onemocnění“ se projevovaly u potomků matek, které bývaly v dětství **zanedbávány**.

Příklad výzkumu, který „nekopíroval“ původních deset ACEs, byla studie provedená v Srbsku, ta zkoumala **2 792 probandů**. V tomto případě autoři do „rodiny ACEs“ zahrnuli celkově **17 kategorií**, nutno podotknout, že včetně těch původních. Autorka této práce si dovolí, na základě prismatického zachování konceptu původních deseti ACEs, o těchto 17 zkušenostech dětí referovat jako o dětské adverzitě, nikoliv ACEs. Nejvyšší prevalence byla zjištěna u osob s opakovanou historií komunitního násilí (37,7 %), na druhém místě bylo opakované psychické týrání (26,3 %), třetím nejčastějším příkladem dětské adverzity bylo opakované zapojení do fyzické potyčky (19,7 %). Co se týče prevalence výskytu CA, žádnou adverzitu nezažilo 28,8 %, jednu adverzitu 25,0 %, dva až tři případy adverzity se objevily u 26,5 % osob, čtyři a více adverzit se objevilo u 19,7 % probandů (Kostić, Lazarević, Maravić, Vončina, Kirčanski, Stojković, Videnović, 2019, s. 5).

Za zmínění stojí také následující studie. Mezi lety 2015 až 2017 došlo ke sběru dat napříč 25 státy, zkoumána byla přítomnost osmi kategorií ACEs. Bylo zjištěno, že téměř jeden z šesti dospělých probandů, konkrétně 15,6 %, za sebou měl čtyři či více ACEs. Značná

souvztažnost byla pozorována mezi ACEs a horší kvalitou zdraví, pro zdraví rizikovým jednáním a potížemi v socioekonomické oblasti. Alespoň jednu ACE pak zažilo 60,9 % probandů (Merrick, Ford, Ports, Guinn, Chen, Klevens, Metzler, Jones, Simon, Daniel, Ottley, Mercy, 2019, s. 999, 1000, 1001).

Pro účely jiné studie byl autory expandován soubor původních ACEs, kdy k seznamu 10 původních kategorií ACEs, které autoři studie nazývají „tradičními“, připojili také **„rozšířené ACEs na úrovni komunity“**, mezi tyto přidané kategorie patřily následující oblasti: „svědectví u násilí“, „percipovaná diskriminace“, „adverzní sousedské zkušenosti“, „šikana“ a „život v pěstounské péči“. Studie se zúčastnilo **1 784 dospělých probandů**, téměř sedm z deseti respondentů zažilo jednu CA a dva z pěti zažili čtyři a více CAs, dalším zjištěním bylo, že téměř 40 % dotazovaných zažilo čtyři nebo více z těchto rozšířených CAs na úrovni komunity (The Philadelphia ACE Project, ©2021 [online]).

Posledním výzkumem, který si zaslouží prostor, je studie, jež se zaměřila výzkum **kumulativních ACEs** Autorka si k zachycení myšlenky onoho kumulativního efektu vypůjčí frakci definice holistického myšlení, které lze dle Nolen-Hoeksema (2012, s. 806) chápat jako „zaměření na celý kontext nebo oblast a jejich chápání v kauzálních souvislostech (...)“. Konkrétně se jednalo o výzkum **9 953 probandů** ve věku 15 a více let. A opět, přestože o následujících kategoriích badatelé hovoří jako o ACEs, je zde nutno podotknout, že ne všechny kategorie odpovídají původním deseti kategoriím. Přesněji se zde jedná o následujících šest okruhů zájmu: „fyzické týrání“, „sexuální zneužívání“, „konflikt mezi rodiči–manžely“, „nekvalitní vztah mezi rodičem a dítětem“, „nízké vzdělání rodiče“ a konečně „psychopatologie rodiče“. Výzkum přišel se zjištěním, že **72 % dětí zažilo alespoň jednu z těchto kategorií CAs, dvě a více těchto zkušeností za sebou mělo 37 % respondentů**. Jak však výzkumníci uvádějí, v praxi nebývá jednoduché týrání/zneužívání dětí identifikovat, a to proto, že k tomu dochází skrytě v rodinách, celkový počet nahlášených případů tak tvoří jen zlomek těch existujících. Důležité také je, že studie zjistila pozitivní asociaci mezi výskytem šesti výše zmíněných případů dětské adverzity v domácnosti a nízkou kvalitou zdraví v dospělosti, jakož i vysoký výskyt potřeby využívat služeb zdravotní péče. Co se týče kumulativního efektu, každým dalším případem dětské adverzity bylo pozorováno zvýšené riziko vzniku zdravotních problémů v dospělosti, přesněji řečeno, **s každou další dětskou adverzitou se o 1,29 zvýšil poměr podílů pravděpodobností („odds ratio“)** u „návštěv pohotovosti“, o 1,24 u „postižení“ a „bolesti“, dále o 1,22 u „mnohočetných zdravotních problémů“, o 1,19 u „užívání služeb zdravotníků“, konečně o 1,18 došlo ke zvýšení poměru podílů

pravděpodobností u „sebehodnocení vlastního zdraví jako chabého“ (Chartier, Walker, Naimark, 2010, s. 454, 461).

DISKUSE

Následující slova by mohla být zařazena také do kapitoly „Limity“, neboť se simultánně jedná o stinnou stránku této bakalářské práce. Autorka vnímá, že by tuto bakalářskou práci býval obohatil dotazník, respektive zjištění jím získaná, který by měl za cíl zmapovat **obeznámenost koncepce adverzních dětských zkušeností v prostředí pomáhajících profesí**, popřípadě pohled pracovníků a pracovníc v oblasti přímé péče o klienty či pacienty na to, zda by potenciálně vnímali, či nevnímali, možný přínos koncepce ACEs v českých reáliích. Analýza dotazníkového šetření mohla být jistou přidanou hodnotou této bakalářské práce, a přispět tak k syntéze plastičtějšího a komplexnějšího obrazu o povědomí o problematice ACEs v České republice. Potenciální dotazník by mohl sestávat z následujících pěti otázek: 1. Slyšel/a jste někdy o konceptu adverzních dětských zkušeností? 2. Pokud ano, využil/a jste ve své praxi v kontaktu se svými klienty tyto znalosti? 3. Použil/a jste někdy pro zjištění existence či případného počtu ACEs v kontaktu s klientem jakoukoliv mutaci ACE dotazníku? 4. Domníváte se, že by koncepce adverzních dětských zkušeností mohla mít potenciál zefektivnit pomoc potřebným, nebo v tom nevidíte žádný smysl? 5. Jakou profesi vykonáváte?

LIMITY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Mezi limity této bakalářské práce autorka řadí jisté riziko, respektive spíše přítomnost, větší či menší nezamýšlené misinterpretace spojené s překladem anglicky psaných zdrojů, které se autorka bakalářské práce dopustila. Dalším omezením, vlastně vázaným k prvně zmíněnému, je faktor hojného čerpání literatury reflektující realie a stav společnosti ve státech, kde použité písemné materiály vznikaly. Autorka bakalářské práce také vnímá absentující propojení svého textu, jeho častou nekonzistentnost a využívání excesivního množství přímé citace. V práci je také užito několika anglicismů, což může být osobami, které nevládnou anglickým jazykem, považováno za zbytné či zbytečně narušující komprehensivnost textu. Bakalářská práce se také mohla více zabývat problematikou kumulativních ACEs, jakož i rozličnou prevalencí mezi potenciálními negativními důsledky adverzních dětských zkušeností, protože ne všechny ACEs s sebou nesou stejně závažné důsledky na lidské zdraví.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo představit problematiku adverzních dětských zkušeností, výsledky výzkumů týkajících se vlivu adverzních dětských zkušeností na lidi v dospělém věku a popsat možnosti prevence adverzních dětských zkušeností. Vedlejším produktem hlavního cíle byla také snaha o utřídění pojmů týkajících se adverzních dětských zkušeností, ale také s traumatem spojených termínů.

Adverzní dětské zkušenosti se zajisté nevyhýbají ani praxi sociální práce, přičemž znalost této problematiky otevírá sociálním pracovníkům dveře pro včasnou pomoc svým klientům, například ve formě odkázání na jiné relevantní zástupce pomáhajících profesí. Pokud totiž klient trpí traumatem, které je inherentním následkem nezaléčených ACEs, je v této situaci kruciální odborná pomoc ve formě individuální psychoterapie, to však, pokud není sociální pracovník zároveň také psychoterapeutem, nemůže on sám realizovat, může ale tuto službu zprostředkovat, samozřejmě se souhlasem klienta. Práce taktéž poukázala na fakt, že i sociální pracovníci ve své anamnéze adverzní dětské zkušenosti mívají a vlastní ACEs u některých sociálních pracovníků bývají taktéž jednou z motivací pro studium oboru sociální práce.

Tato bakalářská práce vycházela ze dvou paradigmat, a sice definovala ACEs optikou kategorií zkoumaných v přelomovém výzkumu o dvou vlnách – ACE studie (Felittiho a kol., 1998, Dong a kol., 2004), druhý výchozí bod by se dal definovat jako prisma, že ne všechny případy adverzních dětských zkušeností se překlopují do traumatu, a to aniž by chtěla autorka bakalářské práce jakkoli bagatelizovat závažnost hrůzných zkušeností, kterými si děti po celém světě procházely a procházejí. Jedná se o jisté okno příležitostí – tedy, pokud okolo dítěte existuje nebo vznikne podpůrné prostředí, ideálně v podobě blízké osoby, existuje taky naděje, že se předejde rozvoji traumatu, popřípadě PTSD, z prožité ACE. Je však nutné podotknout, že lze předpokládat, že dítě či dospělý s historií ACEs onu blízkou podporující osobu při sobě spíše neměl, protože pravděpodobně právě tato osoba byla oním strůjcem ACEs, tedy mohla být kupříkladu závislá na alkoholu či jiných návykových látkách, popřípadě být obětí domácího násilí.

Koncept ACEs zhmotněný ustáleným seznamem negativních zkušeností formulovaným ACE studií umožňuje uchopit tuto problematiku, zastřešit ji jedním, byť víceslovným, termínem, vytvořit jistý unifikovaný souhrnný název pro neblaze působící vlivy na dítě v prostředí domova. Autorka usilovala o uvedení konkrétních výzkumů dokládajících negativní vliv adverzních dětských zkušeností, v některých případech i případů dětské adverzity, na

zdraví osob. Jak konkludovaly jednotlivé v práci zmíněné studie, ACEs mají vážný negativní vliv na, nejen, duševní zdraví osob, které si jimi prošly.

Kruciální roli v potírání adverzních dětských zkušeností tak hraje resilience, a to jak individuální, tak její amalgám v podobě resilience komunitní. Právě resilience (či odolnost) má potenciál hrát ve snaze předcházet ACEs, nebo alespoň mitigovat jejich následky, roli „gamechangera“, tedy rozhodujícího faktoru, který může zvrátit trajektorii zhoubných následků ACEs.

Nežijeme ve sterilním ekosystému, denně nás pozitivně či negativně ovlivňuje nespočet činitelů. Bylo by tedy utopistické očekávat, že informovanost, motivace, dovednosti a vůle zaručí ve všech případech saturaci potřeb dětí, a absolutně se tak podaří vyhnout adverzitám, které život přináší. Návrhy, jak předcházet ACEs jsou jen kamínkem ve spleťte mozaice všech negativních vlivů, které na jedince působí.

BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM

AMAYA-JACKSON, L., L. E. ABSHER, E. T. GERRITY, C. M. LAYNE a J. HALLADAY GOLDMAN. *Beyond the ACE Score: Perspectives from the NCTSN on Child Trauma and Adversity Screening and Impact* [online]. 2021 [cit. 2023-01-14]. Dostupné z: <https://www.nctsn.org/resources/beyond-the-ace-score-perspectives-from-the-nctsn-on-child-trauma-and-adversity-screening-and-impact>

American Psychological Association. Resilience. *Dictionary.apa.org* [online]. ©2023 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://dictionary.apa.org/resilience>

American Psychological Association. Trauma. *Apa.org* [online]. ©2023 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.apa.org/topics/trauma>

Anxiety Canada. Fight-Flight-Freeze. *Anxietycanada.com* [online]. ©2023 [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://www.anxietycanada.com/articles/fight-flight-freeze/>

Asociace manželských a rodinných poradců ČR, z.s. CO TO JE ACE (ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCE)?. In: *Amrp.cz* [online]. 3. listopadu 2019 [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <http://www.amrp.cz/vzd282laacutevaacuteniacute/co-to-je-ace-adverse-childhood-experience>

BARTLETT, Jessica Dym a Vanessa SACKS. Adverse childhood experiences are different than child trauma, and it's critical to understand why. *Childtrends.org* [online]. 10. dubna 2019 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.childtrends.org/blog/adverse-childhood-experiences-different-than-child-trauma-critical-to-understand-why>

BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ, 2020. *Sanace rodiny: Sociální práce s dysfunkčními rodinami*. 3. Praha: Portál, 151 s. ISBN 978-80-262-1624-7.

BERG, Insoo Kim, 2013. *Posílení rodiny: Základy krátké terapie zaměřené na řešení*. Praha: Portál, 168 s. ISBN 978-80-262-0500-5.

BETHELL, Christina, Jennifer JONES, Narangerel GOMBOJAV, Jeff LINKENBACH a Robert SEGE. Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA Pediatrics* [online]. 2019, 173(11), 1–10 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3007

BURFORD, Natalie G., Natalia A. WEBSTER a Diana CRUZ-TOPETE. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Modulation of Glucocorticoids in the Cardiovascular System. *International Journal of Molecular Sciences* [online]. 2017, 16 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: doi:10.3390/ijms18102150

Center on the Developing Child. ACEs and Toxic Stress: Frequently Asked Questions. *Developingchild.harvard.edu* [online]. ©2023 [cit. 2023-04-18, 2023-04-23]. Dostupné z: <https://developingchild.harvard.edu/resources/aces-and-toxic-stress-frequently-asked-questions/>

Center on the Developing Child. Toxic Stress. *Developingchild.harvard.edu* [online]. ©2023 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/toxic-stress/>

Centers for Disease Control and Prevention, 2019. *Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence* [online]. [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingACES.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention, 2021. *Adverse Childhood Experiences Prevention Strategy* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: https://www.cdc.gov/injury/pdfs/priority/ACES-Strategic-Plan_Final_508.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. About the CDC-Kaiser ACE Study. *Cdc.gov* [online]. 6. duben 2021 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>

Centers for Disease Control and Prevention. Fast Facts. *Cdc.gov* [online]. 6. dubna 2022 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html>

Centers for Disease Control and Prevention. *Helping Patients Cope With A Traumatic Event* [online]. n. d. [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: https://www.cdc.gov/masstrauma/factsheets/professionals/coping_professional.pdf

Clinical Social Work Association. *Clinical Social Work Association Code of Ethics* [online]. Duben 2016. [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://www.clinicalsocialworkassociation.org/resources/Documents/CSWA%20Code%20of%20Ethics.pdf>

CLUVER, Lucie, Mark ORKIN, Mark E. BOYES a Lorraine SHERR. Child and Adolescent Suicide Attempts, Suicidal Behavior, and Adverse Childhood Experiences in South Africa: A Prospective Study. *Journal of Adolescent Health* [online]. 2015, 52–59 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.001>

CROSS, Lisa M., Jan WARREN-FINDLOW, Jessamyn BOWLING, Charlie L. REEVE a L. MICHELE ISSEL. A pilot study of the adverse childhood experiences-dimensions questionnaire (ACE-DQ): Associations with depression☆. *Child Abuse & Neglect* [online]. 2023, 1–12 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106158>

Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání, © 2020. *ACE study: Jak negativní zkušenosti v dětství ovlivňují náš další život?* [online]. [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://cosiv.cz/cs/2021/10/14/ace-study-jak-negativni-zkusenosti-v-detstvi-ovlivnuji-nas-dalsi-zivot/>

Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání. *Studie souvislostí mezi negativními zkušenostmi v dětství a vybranými hlavními příčinami úmrtí v dospělosti* [online]. n. d., 14 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: https://drive.google.com/file/d/1vGiy5_JXsYBy0aZGINv8Nsp7LgLbqrEJ/view

Český statistický úřad. Vydáváme: Sebevražednost v Česku setrvale klesá. *Czso.cz* [online]. 10. prosince 2021 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazednost-v-cesku-setrvale-klesa>

Člověk v tísni. Co děláme?: Doučování. *Clovekvtisni.cz* [online]. n. d. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.clovekvtisni.cz/co-delame/socialni-prace-v-cr/doucovani>

DANIÉLSDÓTTIR, Hilda Björk, Thor ASPELUND, Edda Bjork THORDARDOTTIR a kol. Adverse childhood experiences and resilience among adult women: A population-based study. *ELife* [online]. 2022, 1–25 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.7554/eLife.71770>

DONG, Maxia, Robert F. ANDA, Vincent J. FELITTI, Shanta R. DUBE, David F. WILLIAMSON, Theodore J. THOMPSON, Clifton M. LOO a Wayne H. GILES. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect* [online]. 2004, 771–784 [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.008

ELLIOTT, Julian a Maurice PLACE, 2002. *Dítě v nesnázích: Prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 208 s. ISBN 80-247-0182-0.

ELLIS, Wendy, William H. DIETZ a Kuan-Lung DANIEL CHEN. Community Resilience: A Dynamic Model for Public Health 3.0. *Journal of Public Health Management and Practice* [online]. Leden/únor 2022, 28(1) [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: doi:10.1097/PHH.0000000000001413

EPEL, Elissa S., Elizabeth H. BLACKBURN, Jue LIN, Firdaus S. DHABHAR, Nancy E. ADLER, Jason D. MORROW a Richard M. CAWTHON. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [online]. 2004, 101(49), 17312–17315 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: doi:10.1073/pnas.0407162101

FELITTI, Vincent J. Origins of the ACE Study. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. 2019, 787–789 [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.011](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.011)

FELITTI, Vincent J., Robert F. ANDA, Dale NORDENBERG, David F. WILLIAMSON, Alison M. SPITZ, Valerie EDWARDS, Mary P. KOSS a James S. MARKS. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. 1998, (4), 245–258 [cit. 2023-04-10].

GERRITY, Ellen a Cynthia FOLCARELLI, Zář 2008. *Child Traumatic Stress: What Every Policymaker Should Know This project was funded by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), US Department of Health and Human Services (HHS): A Guide from the National Child Traumatic Stress Network* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/child_traumatic_stress_what_policymakers_should_know.pdf

GOODMAN, Michael L., Larissa BAKER, Agnes Karambu MAIGALLO, Aleisha ELLIOTT, Philip KEISER a Lauren RAIMER-GOODMAN. Adverse childhood experiences, adult anxiety and social capital among women in rural Kenya. *Journal of Anxiety Disorders* [online]. 2022, 1–6 [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102614](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102614)

HAUMEROVÁ, Veronika. [online]. 2022. Časný začátek sexuálního života a adverz ní zkušenosti z dětství: souvislosti s externalizací a internalizací problémů v adolescenci. Brno (diplomová práce). Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. [2023-04-14]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/svwwf/DP_Veronika-Haumerova_s6s0f.pdf

HEPWORTH, Dean H., Ronald H. ROONEY, Glenda DEWBERRY ROONEY a Kimberly STROM-GOTTFRIED, 2021. *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. 10. Boston: Cengage, 652 s. ISBN 978-1-305-63380-3.

Hogrefe. Metody: DMS-5. *Hogrefe.cz* [online]. n. d. [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://hogrefe.cz/metody/dsm-5>

HOLMES, Cheryl L, Donald W LANDRY a John T GRANTON. Science Review: Vasopressin and the cardiovascular system part 1 – receptor physiology. *Critical Care* [online]. 2003, 7(6), 427–434 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: [doi:10.1186/cc2337](https://doi.org/10.1186/cc2337)

CHADWICK, Lisa H. Telomere. *Genome.gov* [online]. 18. duben 2023 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://www.genome.gov/genetics-glossary/Telomere>

CHARTIER, Mariette J., John R. WALKER a Barbara NAIMARK. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect* [online]. 2010, 454–464 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: doi:10.1016/j.chiabu.2009.09.020

CHEN, Yafan, Chien-Chung HUANG, Meifen YANG a Jianfeng WANG. Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Resilience in College Students in China. *Journal of Family Violence* [online]. 2022, 623–632 [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1007/s10896-022-00388-4>

CHOI, Namkee G., Diana M. DINITTO, C. NATHAN MARTI a Steven P. SEGAL. Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental and substance use disorders. *Child Abuse & Neglect* [online]. 2017, 252–262 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.024>

INCOLLINGO RODRIGUEZ, Angela C., Elissa S. EPEL, Megan L. WHITE, Erin C. STANDEN, Jonathan R. SECKL a A. JANET TOMIYAMA. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation and cortisol activity in obesity: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology* [online]. 2015, 301–318 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.08.014>

JORDAN, Cathleen a Cynthia FRANKLIN, 2021. *Clinical Assessment for Social Workers: Quantitative and Qualitative Methods* [online]. 5. Oxford University Press [cit. 2023-03-18]. LCCN 2020009363.

KOSTIĆ, Milutin, Ljiljana LAZAREVIĆ, Vanja MANDIĆ MARAVIĆ, Marija MITKOVIĆ VONČINA, Jelena RADOSAVLJEV KIRČANSK, Ana STOJKOVIĆ a Marina VIDENOVIĆ, Březen 2019. *ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACE) STUDY: Research on Adverse Childhood Experiences in Serbia* [online]. [cit. 2023-04-26]. ISBN 978-86-80902-24-1. Dostupné z: [https://www.unicef.org/serbia/media/10726/file/Adverse%20Childhood%20Experiences%20\(ACE\)%20Study.pdf](https://www.unicef.org/serbia/media/10726/file/Adverse%20Childhood%20Experiences%20(ACE)%20Study.pdf)

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK, 2011. *Psychická deprivace v dětství* [online]. 4. Praha: Karolinum [cit. 2022-01-16]. ISBN 978-80-246-2866-0.

LARKIN, Heather, Vincent J. FELITTI a Robert F. ANDA. Social Work and Adverse Childhood Experiences Research: Implications for Practice and Health Policy. *Social Work in Public Health* [online]. 2014, 1–16 [cit. 2023-04-29]. ISSN: 1937-190X. Dostupné z: doi:10.1080/19371918.2011.619433

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. Suicidalita u psychických poruch [online]. Praha: Grada Publishing, 216 s. [cit. 2023-04-29]. ISBN 978-80-247-9049-7.

MANYEMA, Mercy, Shane A. NORRIS a Linda M. RICHTER. Stress begets stress: the association of adverse childhood experiences with psychological distress in the presence of adult life stress. *BMC Public Health* [online]. 2018, 1–12 [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5767-0>

MÁTEL, Andrej, 2015. Klinická sociálna práca z hľadiska odbornej lexiky a terminológie. *Sociálné práce / Sociálna práca* [online]. (4.), 5–15 [cit. 2023-04-21]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: https://www.socialnprace.cz/img/soubory/sp4-2015_web_m-161102120026.pdf

MATOUŠEK, Oldřich, Hana PAZLAROVÁ a kol., 2014. *Podpora rodiny: Manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 176 s. ISBN 978-80-262-0697-2.

MERRICK, Melissa T., Derek C. FORD, Katie A. PORTS a kol. Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention — 25 States, 2015–2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report* [online]. Listopad 2019, 68(44) [cit. 2023-02-15].

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Statistika. *Mpsv.cz* [online]. 4. dubna 2023 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Statistika: Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2022* [online]. n. d. [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statistiky-1>

MOONEY, Suzanne, Lisa BUNTING a Stephen COULTER. INCORPORATING ACES IN RELATIONSHIP-BASED SOCIAL WORK PRACTICE: THE FAMILY LIFE STORIES WORKBOOK. *Scottish Affairs* [online]. 2020, 564–581 [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: doi:10.3366/scot.2020.0345

MORGAN, Cyleen A., Yun-Hsuan CHANG, Olivia CHOY, Meng-Che TSAI a Shulan HSIEH. Adverse Childhood Experiences Are Associated with Reduced Psychological Resilience in Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Children* [online]. 2022, 1–9 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.3390/children9010027>

MOSLEY-JOHNSON, Elise, Jennifer A. CAMPBELL, Emma GARACCI, Rebekah J. WALKER a Leonard E. EGEDE. Stress that Endures: Influence of Adverse Childhood Experiences on Daily Life Stress and Physical Health in Adulthood. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2022, 1–16 [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jad.2021.02.018.

Národní ústav duševního zdraví. O nás. *Sebevrazdy.cz* [online]. ©2022 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://sebevrazdy.cz/o-nas/>

National Health Service. Causes - Post-traumatic stress disorder. *Nhs.uk* [online]. 13 květen 2022 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/causes/>

National Institute of Mental Health. Anxiety Disorders. *Nimh.nih.gov* [online]. Duben 2023 [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>

National Institute of Mental Health. Coping With Traumatic Events. *Nimh.nih.gov* [online]. Květen 2022 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/coping-with-traumatic-events>

National Institute of Mental Health. Mental Health Information: Suicide. *Nimh.nih.gov* [online]. Červen 2022 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>

National Institute on Mental Health, 2021. *Depression* [online]. [cit. 2021-10-29]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression>

National Institutes of Health. Person-first and Destigmatizing Language. *Nih.gov* [online]. 8. prosince 2022 [cit. 2023-04-06]. Dostupné z: <https://www.nih.gov/nih-style-guide/person-first-destigmatizing-language>

NEGRETE, Maria, 2020. Adverse Childhood Experiences of Social Work Students and Implications for Field Specialization and Practice [online]. [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/1033/?utm_source=scholarworks.lib.csusb.edu%2Fetd%2F1033&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages. Electronic Theses, Projects, and Dissertations. California State University, San Bernardino.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan, Barbara L. FRIEDRICKSON, Geoff R. LOFTUS a Willem A. WAGENAAR, 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3. Praha: Portál, 888 s. ISBN 978-80-262-0083-3.

OBIKANE, Erika, Tomohiro SHINOZAKI, Daisuke TAKAGI a Norito KAWAKAMI. Impact of childhood abuse on suicide-related behavior: Analysis using marginal structural models. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2018, 224–230 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.034>

PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK, 2022. *Data o dětech: Sociálně-právní ochrana dětí v České republice v datech* [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2023-04-16]. ISBN 978-80-271-1842-7.

Prevent Child Abuse Arizona. There is Hope: Research Shows Positive Childhood Experiences Combat the Effects of Childhood Trauma. *Pcaaz.org* [online]. ©2023 [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://pcaaz.org/there-is-hope-research-shows-positive-childhood-experiences-combat-the-effects-of-childhood-trauma/>

PRICE, Lawrence H., Hung-Teh KAO, Darcy E. BURGERS, Linda L. CARPENTER a Audrey R. TYRKA. Telomeres and Early-Life Stress: An Overview. *Biological Psychiatry* [online]. 2014, 1–20 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: doi:10.1016/j.biopsych.2012.06.025.

PRINCE, Martin, Vikram PATEL, Shekhar SAXENA, Mario MAJ, Joanna MASELKO, Michael R PHILLIPS a Atif RAHMAN. Global Mental Health 1: No health without mental health. *The Lancet* [online]. 2007, 859–877 [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(07)61238-0

QU, Guangbo, Shaodi MA, Haixia LIU a kol.. Positive childhood experiences can moderate the impact of adverse childhood experiences on adolescent depression and anxiety: Results from a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect* [online]. 2022, 1–14 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105511>

REISER, Sarah J., Katherine A. MCMILLAN, Kristi D. WRIGHT a Gordon J. G. ASMUNDSON. Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse & Neglect* [online]. 2014, 407–413 [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.007>

RI KANG, Na, Young SOOK KWACK, Jeong-Kook SONG, Moon-Doo KIM, Joon HYUK PARK, Bung-Nyun KIM a Duk-Soo MOON. The Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Offspring's Internalizing and Externalizing Problems. *Psychiatry Investigation* [online]. 2021, 1050–1057 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.30773/pi.2021.0343>

ROSS, David E. A Method for Developing a Biopsychosocial Formulation. *Journal of Child and Family Studies* [online]. 2000, 9(1), 1–6 [cit. 2023-03-17].

SAMHSA. *Samhsa.gov* [online]. 21. dubna 2022 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.samhsa.gov/child-trauma/recognizing-and-treating-child-traumatic-stress>

SHAMMAS, Masood A. Telomeres, lifestyle, cancer, and aging. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* [online]. 2012, 1–13 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: doi:10.1097/MCO.0b013e32834121b1.

STEEN, Jeffrey Thomas, Shulamith Lala A. STRAUSSNER a Evan SENREICH. Adverse Childhood Experiences and Career-Related Issues among Licensed Social Workers:

A Qualitative Study. *Smith College Studies in Social Work* [online]. 2021, 91.(3.), 216–233 [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1080/00377317.2021.1887790](https://doi.org/10.1080/00377317.2021.1887790)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services: A Treatment Improvement Protocol* [online]. 319 s. [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4816.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014. *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* [online]. [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

The National Child Traumatic Stress Network. About Child Trauma. *Nctsn.org* [online]. n. d. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>

The Philadelphia ACE Project. PHILADELPHIA ACE SURVEY. *Philadelphiaaces.org* [online]. ©2021 [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://www.philadelphiaaces.org/philadelphia-ace-survey>

Understood. What is a 504 plan?. *Understood.org* [online]. n. d. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.understood.org/en/articles/what-is-a-504-plan>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021. *Zemřeli 2020* [online]. [cit. 2023-04-25]. ISBN 1210-9967. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Klasifikace: 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). *Uzis.cz* [online]. n. d. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#ceska-verze>

VAN DER FELTZ-CORNELIS, Christina M., Evelien C. POTTERS, Anniek VAN DAM, Rachel P.M. KOORNDIJK, Iman ELFEDDALI a Jonna F. VAN ECK VAN DER SLUIJS. Adverse Childhood Experiences (ACE) in outpatients with anxiety and depressive disorders and their association with psychiatric and somatic comorbidity and revictimization. Cross-sectional observational study. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2018, 458–464 [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.096](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.096)

VELEMÍNSKÝ SR., Miloš, Olga DVOŘÁČKOVÁ, Jana SAMKOVÁ, Michael ROST, Dinesh SETHI a Miloš VELEMÍNSKÝ JR. Prevalence of adverse childhood experiences (ACE) in the Czech Republic. *Child Abuse & Neglect* [online]. 2020, 1–13 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104249](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104249)

VIVRETTE, Rebecca a Jessica Dym BARTLETT. Trauma-Informed Strategies for Supporting Children and Youth in the Child Welfare System during COVID-19.

Childtrends.org [online]. 30. září 2020 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.childtrends.org/publications/trauma-informed-strategies-for-supporting-children-and-youth-in-the-child-welfare-system-during-covid-19>

VOTAVOVÁ, Jana. [online]. 2022. Adverzní dětské zkušenosti u klientů s poruchou autistického spektra. Brno (diplomová práce). Filozofická fakulta, Psychologický ústav. [2023-04-14]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/uctza/Adverzni_detske_zkusenosti_u_klientu_s_poruchou_autistickeho_spektra.pdf

WEBEL, Allison R., Abdus SATTAR, Nate SCHREINER a J. CRAIG PHILLIPS. Social Resources, Health Promotion Behavior, and Quality of Life in Adults Living with HIV. *Applied Nursing Research* [online]. Květen 2016, 204–209 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: doi:10.1016/j.apnr.2015.08.001

WINNETTE, Petra, 2019. *Co to je ACE?: Adverzní dětské zkušenosti (Adverse Childhood Experiences) a jejich vliv na sociální chování, psychické a celkové zdraví během života* [online]. Praha: NATAMA Publishing [cit. 2023-01-12]. ISBN 978-80-907023-3-2. Dostupné z: <https://www.natama.cz/userfiles/page/309/b85d7ad85d0728f27c72b13565dacc94.pdf>

WINNETTE, Petra, 2021. *Poradenství a terapie dětí s adverzními dětskými zkušenostmi (ACE) a narušeným vývojem attachmentových vztahů: Jaké jsou možnosti odborné pomoci dětem a mladým lidem, kteří zažili dětské adverzní zkušenosti? Vědecké poznatky a dobrá praxe.* [online]. Praha: NATAMA Publishing [cit. 2023-04-17]. ISBN 978-80-907830-4-1. Dostupné z: <https://www.natama.cz/userfiles/page/334/c4c41398179aa0fcb597ae64f75665e2.pdf>

World Health Organization. Classifications: International Classification of Diseases (ICD). *Who.int* [online]. ©2023 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

YANG, Jian Zhong, Chuan Yuan KANG, Jing YUAN, Yan ZHANG, Yu Jun WEI, Li XU, Fang ZHOU a Xinxin FAN. Effect of adverse childhood experiences on hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis function and antidepressant efficacy in untreated first episode patients with major depressive disorder. *Psychoneuroendocrinology* [online]. 2021 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105432>

ZARSE, Emily M., Mallory R. NEFF, Rachel YODER, Leslie HULVERSHORN, Joanna E. CHAMBERS a R. Andrew CHAMBERS. The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental

illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine* [online]. 13. února 2019, 24 [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: doi:10.1080/2331205X.2019.1581447