

A Negatív Gyermekkori Élmények Hatása a Családra és az Egészségre – egy hazai kutatás első eredményeinek összefoglalása

Otohal József pszichológus (SE Városmajori Szív-és Érgyógyászati Klinika)

Matuszka Balázs egyetemi adjunktus (PPKE BTK Pszichológiai Intézet)

Fekete-Gál Martina kurátor (Európai Prevenációs és Terápiás Medicina Alapítvány)

Makara Mihály főorvos (Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Szent László Kórház Központi Felnőtt Szakrendelő)

1. Bevezetés

A negatív gyermekkori élmények (Adverse Childhood Experiences, ACE) és káros hatásaik a szélesebb nyilvánosságban az 1990-es évek végén kezdtek el nagyobb figyelmet kapni egy nagy jelentőségű és megdöbbentő eredményekkel szolgáló amerikai kutatás, az ACE Study következtében. Felitti és munkatársai széles körű vizsgálatot végeztek el 1998-ban a Kaiser Permanente Intézet klinikáján több mint 8000 középosztálybeli személy bevonásával, akik átlagéletkora 56 év volt. A szerzők 2 fő kategóriába sorolták a negatív gyermekkori élményeket, amelyekben belül összesen 7 altípust különböztettek meg: 1. abúzus (pszichológiai, fizikai és szexuális bántalmazás); 2. családi diszfunkciók (problémás szerhasználat a családban, mentális betegség a családban, anya elleni erőszak és börtönviselt családtag). A kérdésekre adott igenlő válasz azt jelentette, hogy a válaszadó gyermekkora során elszenvedte az adott negatív élményt, ráadásul az adott ACE-fajtának huzamosabb ideig és súlyos formában volt kitéve. A válaszadók több mint fele számolt be minimum 1 ACE-ről, a minta 6,2%-ánál állt fenn 4 vagy annál több ilyen jellegű élmény gyermekkora során. A vizsgálatban részt vevők egyharmada nem számolt be egyetlen negatív gyermekkori élményről sem. A leggyakoribb ACE-formának a kutatásban a problémás szerhasználóval való együttélés bizonyult (a válaszadók 25,6%-nál volt kimutatható), és azt is megállapították, hogy annál, aki átélt minimum egy ilyen eseményt, 80%-os valószínűséggel megjelent egy másik ACE is. Ezekon a kiemelendően magas arányokon

kívül az ACE Study során feltárássra kerültek az egészségkárosító magatartásmódok és a különböző szomatikus és pszichés megbetegedések, valamint az ACE-k közötti összefüggések is. A legkiemelkedőbb ezek közül a dohányzás, az alkoholbetegség és az öngyilkossági kísérletek elkövetésének jelentősen magasabb kockázata azoknál, akik több negatív élményről számoltak be, ráadásul ez az összefüggés dóziszválasz-jellegű volt (Felitti et al., 1998). A kutatás második hullámában a kérdéseket 1 további fő kategóriával bővítették, az elhanyagolással (érzelmi és fizikai), illetve a családi diszfunkciók kategóriája kiegészült a válással. Ebben a fázisban 17 000 középosztálybeli, egészségbiztosítással rendelkező személyt vontak be a kutatásba (Felitti & Anda, 2009).

Az egészségügyi kockázatok közül 10 olyan nagy közegészségügyi jelentőséggel bíró megbetegedést is vizsgáltak, amely a vezető mortalitási okok közé tartozott az Amerikai Egyesült Államokban. Ilyen volt például a szívroham, a különböző daganatos megbetegedések vagy a stroke. A kutatás eredményei szerint a súlyos tüdőbetegségek kialakulásának a valószínűsége majdnem négyszerese volt azok között, akik 4 vagy több negatív gyermekkori élményről számoltak be, azokhoz képest, akik nem éltek át ilyen jellegű élményeket, és esetükben a szívroham kialakulásának a valószínűsége is a duplája volt az ACE-kkel nem rendelkező személyekhez képest. Az öngyilkosság elkövetése és a negatív gyermekkori élmények száma között szintén erős kapcsolat volt kimutatható, amit Felitti és munkatársai eredményeinek közlése óta több kutatásban is alátámasztottak (Hughes et al., 2017; Merrick et al., 2017; Mosley-Johnson et al., 2019). Az eredeti kutatásban a 0 ACE-pontszámot elérő csoport 1,2%-a, míg a 4 vagy annál több ACE-vel rendelkezők csoportjának 18,3%-a kísérelt meg öngyilkosságot élete során. Összességében azon személyeknél, akik 4 vagy annál több ACE-vel rendelkeztek, megsokszorozódtak az egészségügyi kockázatok azokhoz képest, akik egy negatív élményt sem éltek át gyermekkorukban. Az öngyilkosság megkísérlésének kockázata 12,2-szer magasabb volt, míg az alkoholbetegség kialakulásának esélye 7,4-szer, a droghasználat kockázata pedig 10,3-szor volt magasabb a 4 vagy több ACE-vel jellemezhető személyek csoportjában a 0 pontot elérők csoportjához képest. Felitti és munkatársai eredményeinek hatására az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) is felismerte a problémakör jelentőségét, és megalkotta saját kérdőívét,

amely árnyaltabban képes feltérképezni a negatív gyermekkori élményeket, olyan kategóriákat adva hozzá a korábbi mérőeszközhöz, mint a kollektív erőszak, a kegyetlenkedés és a közösségi erőszak (WHO, 2018). Az ACE Study eredményei megtermékenyítőleg hatottak a tudományos közgondolkodásra és a tudományos erőfeszítésekre, amelyeknek hatására az elmúlt két évtizedben az ACE-kutatások témájában publikált közlemények száma dinamikus emelkedést mutatott. Mára kimutatták az ACE-k rövid, közép- és hosszú távú hatásait, a tudományos eredmények összefoglalását a CDC az 1. ábrán szemlélteti (CDC, 2021).



1. ábra: Felitti-piramis – az ACE-k következményei az élet későbbi szakaszai során

Hazánkban eddig nem született szisztematikus, nagymintás kutatás az ACE-k témájában változatos beteg- és társadalmi csoportok bevonásával. A téma tudományos igényű vizsgálatát dr. Makara Mihály kezdte el 2018 folyamán, és az elmúlt évek alatt a kutatásnak két adatfelvételi hulláma is lezajlott.

Az első, 2019-es adatfelvételi hullám során a WHO által kidolgozott ACE-IQ kérdőívet, valamint egy részletes, a testi és a lelki egészség mutatóit, valamint a válaszadók szociodemográfiai jellemzőit egyaránt felmérő kérdőívet alkalmaztunk. A WHO ACE-IQ 13 kategóriában összesen 33 kérdést tartalmaz. Kiértékeléskor a WHO által súlyosnak ítélt válaszokat vettük figyelembe. Így a kérdőíven maximum 13 pontot lehet elérni (kategóriánként, azaz meg tapasztalt negatívélmény-típusonként 1 pont adható). Az adatfelvétel a Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Szent

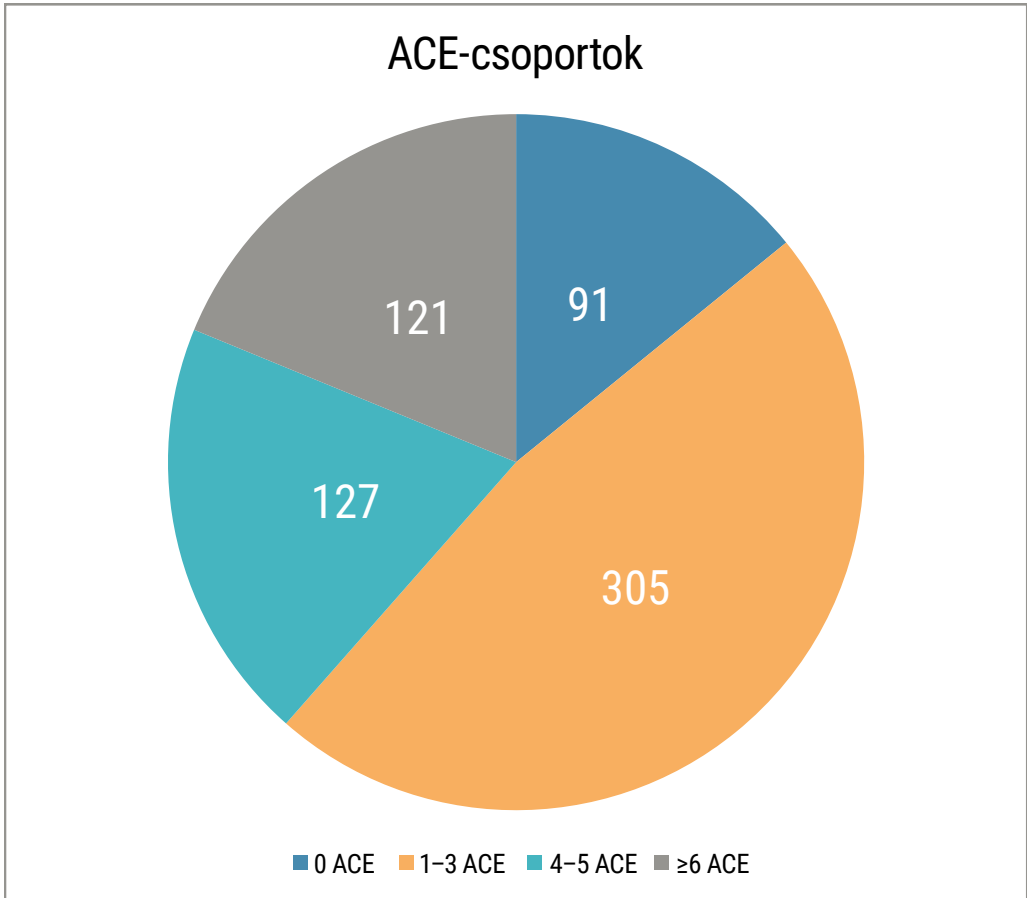
László Kórház Központi Felnőtt Szakrendelőjében zajlott. A kutatás során 246 vizsgálati személy adatait dolgoztuk fel, akik közül 87-en szenvedélybetegek voltak. Esetükben a negatív gyermekkori élmények halmozottan fordultak elő a kontrollcsoporthoz képest, továbbá az ACE-k halmozódása az öngyilkosság kockázatát is nagymértékben növelte. Az első adatfelvételi hullám eredményei alapján a legmagasabb prevalenciájú bántalmazási forma Magyarországon jellemzően az érzelmi bántalmazás, de kiemelkedően magas a problémás szerhasználat a családtagok körében és a szülők válása is (Gál et al., 2020).

1. táblázat: A minta eloszlása

	Csoport	Fő	ACE-átlagpontszám
Kórházi minta	Addiktológiai beteg	85	4,18
	Alkoholista	11	2,36
	Korábbi droghasználó	69	4,94
Egyéb minta	Vérátömlesztést kapott beteg	21	1,19
	Egyetemista	114	2,49
	Álláskereső	50	2,41
	Borsodi lakos	50	2,38
	Háziorvos (jogosítványhosszabbítás)	57	1,95
	Rehabilitációs alapítvány	47	4,38
	Börtön	44	3,23
	HIV-szűrésen vett részt	6	2,17
	HIV-beteg	51	1,9
	Hajléktalan	29	4,79
	Jó munkahelyen dolgozó	2	0,5
	Kórosan elhízott beteg	8	2,63
	Összesen		644

Kutatásunk második adatfelvételi hullámában is a WHO ACE-IQ kibővített kérdőívét használtuk a minél pontosabb és átfogóbb eredmények érdekében, az adatgyűjtés pedig többek között a Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Szent László Kórház Központi Felnőtt Szakrendelőjében történt, de számos egyéb helyen, így pl. hajléktalanszállón és egyetemeken is történt adatgyűjtés (1. táblázat). Az adatfeldolgozást nem csoportonként, hanem az összes kitöltő ACE-pontszámai szerint végeztük el. Az ACE-pontszámok kiértékelésekor 4 csoportot hoztunk létre a nemzetközi szakirodalomnak megfelelően. A második szakaszban már összesen 644 személy adatait dolgoztuk fel, akik közül 91 személy 0, 305 személy 1–3,

127 személy 4–5, míg 121 személy 6 vagy annál több negatív gyermekkori élményről számolt be (2. ábra). A minta átlagéletkora 39,9 év volt, a nemek aránya pedig nagyjából kiegyenlített volt.



2. ábra: Az adott ACE-pontszámmal rendelkezők száma

2. Eredmények

A jelenlegi családi állapotot tekintve magányosabbnak mondhatók azok, akik több ACE-vel rendelkeznek, ugyanis amíg a 0 pontot elérők körében 22% az egyedülállók aránya, addig a 6 vagy annál több ACE-ponttal rendelkezők csoportjában ez az arány 42,1% volt. A házasságot tekintve a legsúlyosabb (legalább 6 pontot elérő) kategóriába tartozók mindössze 13%-a házas, szemben a 0 ACE-pontot elérők 29,7%-ával (3. ábra).

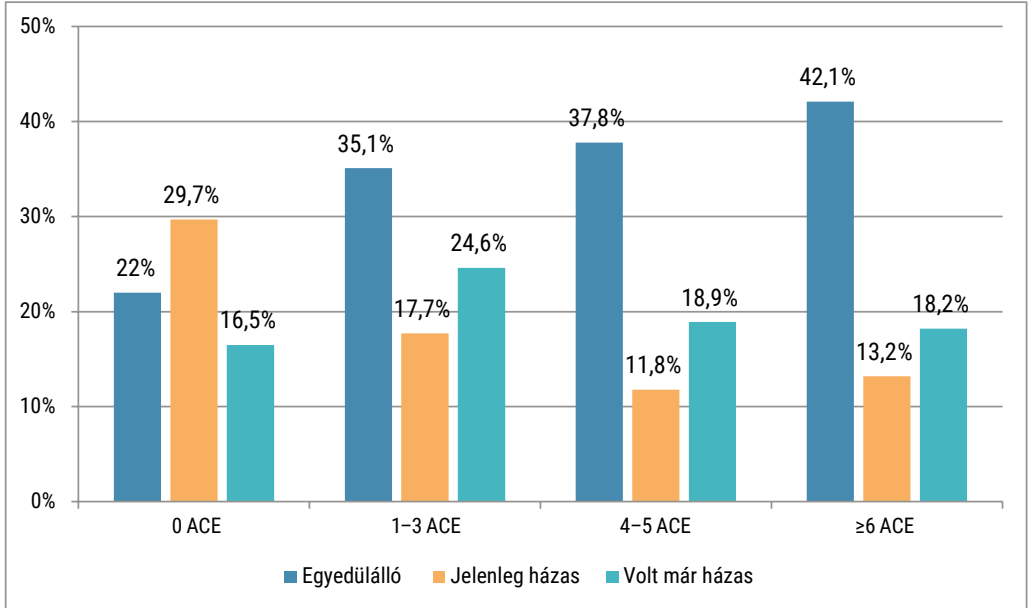
Az adatok alapján kimutatható, hogy azok a személyek számottevően több negatív élményről számolnak be életük első 18 évéből, akik gyámság alatt álltak gyermekkoruk során. Azokra, akiknek az ACE-pontszámuk magas, az is igaz, hogy valamilyen formában távol voltak a szüleiktől 18 éves koruk előtt. A 6 vagy annál több ACE-pontot elérő csoport 44,6%-a volt fél évnél vagy annál tovább távol a szüleitől gyermekkorában, és 28,9%-uk elköltözött otthonról 16 éves kora előtt. Ezek az arányok a 0 pontot elérő csoportban 4,4 és 2,2% voltak.

Megállapítható volt továbbá, hogy minél magasabb ACE-pontszámot ért el valaki, annál rosszabbnak írta le a szülei közötti kapcsolatot, továbbá annál kevésbé fordulhatott a szüleihez a problémáival (4–5. ábra).

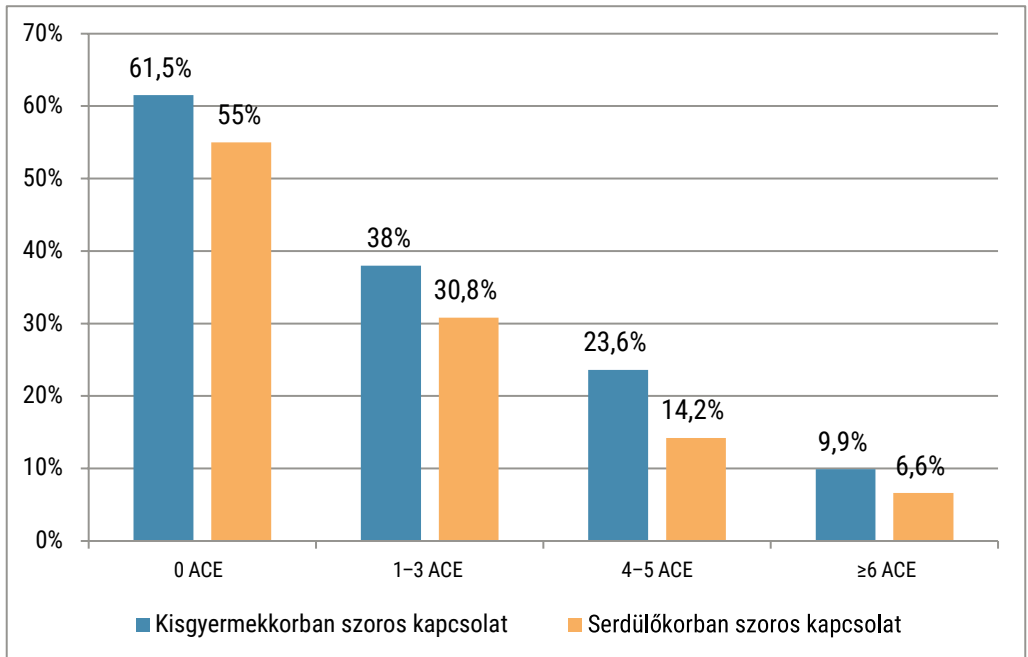
Szintén a családi diszfunkciók mértékéről árulkodik az az eredmény, amely szerint a 6 vagy annál több ACE-pontot elérő csoport 28,1%-a érezte magát bűnösnek a szülei cselekedetei miatt, míg a 0 pontot elérők csoportjában ez mindössze 1,1% volt. A 6 vagy annál több pontot elérők 59,5%-a érezte azt, hogy gyermekkorában igazságtalanul bántották vagy verték meg a szülei, szemben azokkal, akiknek nincs negatív gyermekkori élményük, náluk ez az arány mindössze 1,1% volt (5. ábra).

A traumatikus gyermekkori élmények a szexualitással és a későbbi párkapcsolatok minőségével is összefüggésben álltak. Akiknek több negatív gyermekkori élményük volt (6 vagy annál több szemben a 0-val), hamarabb elvesztették a szüzességüket (16 éves kor előtt az arány 46% vs. 12%), és született 19 éves koruk előtt gyerekük (6,6% vs. 2,2%). Figyelemre méltó eredmény az is, hogy az abortusz és a spontán vetélés esetében is rendkívül nagy különbségek voltak megfigyelhetők az ACE-pontszámok mentén. Míg a negatív gyermekkori élménnyel nem rendelkező nők esetében 12,8% vett részt mesterséges terhességmegszakításon, addig a 6 vagy annál több negatív gyermekkori élményről beszámolóknak 45,7%-a. A spontán vetélés prevalenciája is több mint 4-szer nagyobb az utóbbi csoportban (6. ábra).

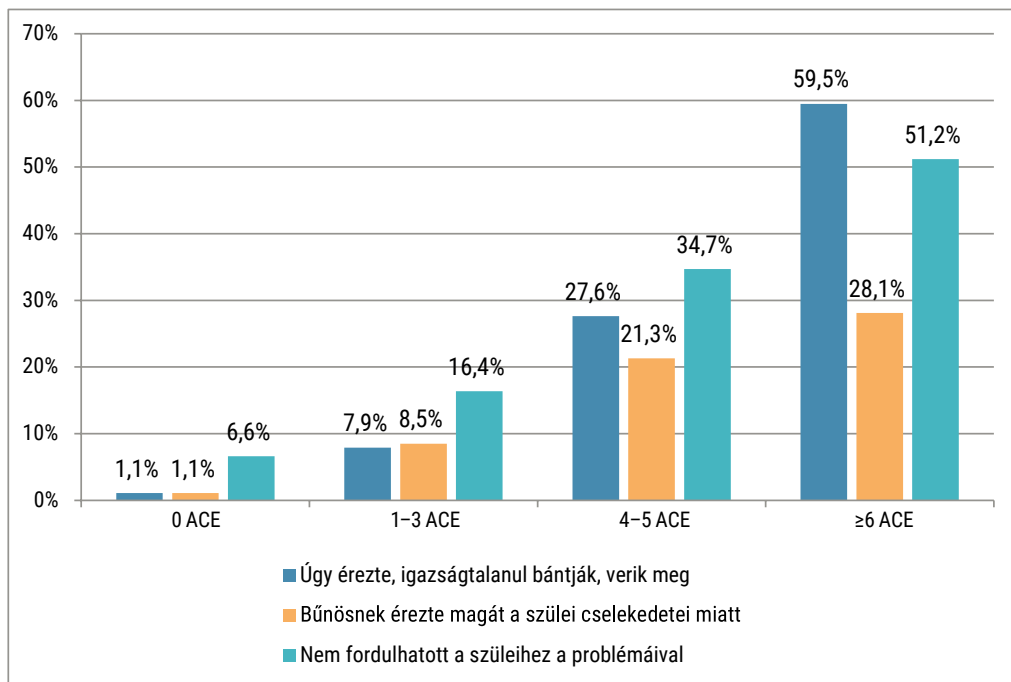
Ezenfelül minél magasabb ACE-pontszámmal volt valaki jellemezhető, az eredmények szerint annál fogékonyabb volt a párkapcsolati erőszak elkövetésére és elszenvedésére (7. ábra).



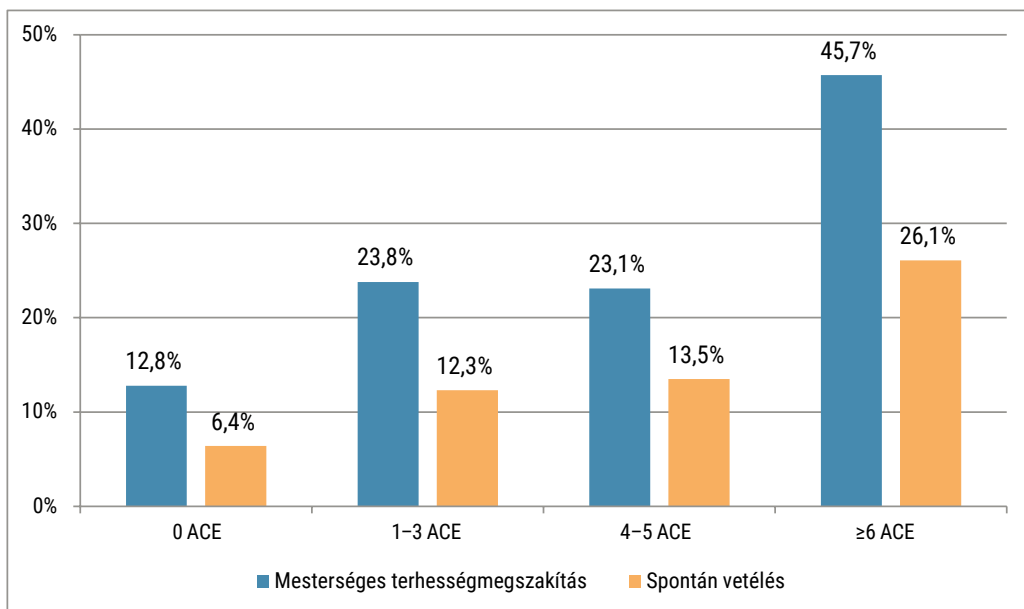
3. ábra: Kapcsolati státusz



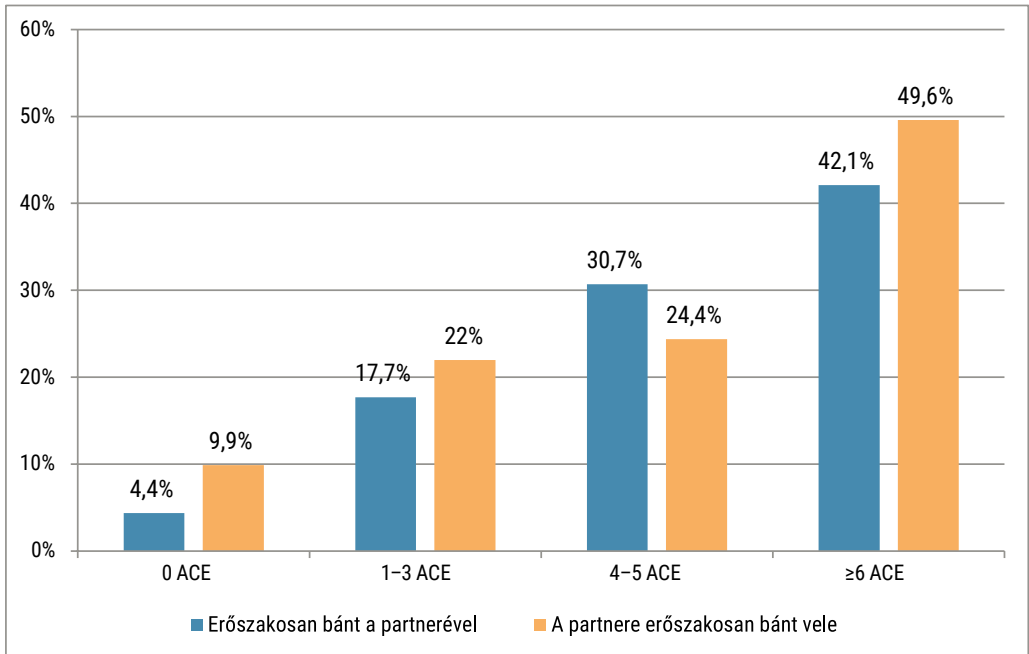
4. ábra: Kapcsolat a szülőkkel



5. ábra: Bántalmazás; bűnösség érzése; segítségkérés a szülőtől



6. ábra: Abortusz és spontán vetélés



7. ábra: Párkapcsolati erőszak

A vizsgált gyermekkori negatív tapasztalatok az egészségkárosító magatartásformákkal és a szerhasználattal is összefüggésben álltak. Minél több ACE-t éltek át a személyek, annál valószínűbb volt, hogy valamilyen szert használtak felnőttkoruk során. Azon személyek 33,1%-a fogyasztott napi rendszerességgel nagyobb mennyiségű alkoholt legalább 1 évig, akik 6 vagy több negatív gyermekkori élményt tapasztaltak meg, míg akiknek nem volt ilyen súlyos negatív élményük, azoknál ez az arány 5,5% volt. A dohányzás esetén is hasonló különbségek állapíthatók meg: a jelenleg napi rendszerességgel dohányzók aránya (az adatfelvételt megelőző 30 nap során) 60,6% volt a 4–5, míg 72,7% a 6 vagy annál több ACE-pontot elérő személyek csoportjában, szemben a 0 pontot elérők körében mért 31,9%-os prevalenciaadattal. Hasonló tendencia volt feltárható a korábbi dohányzás és az erős dohányzás prevalenciájában is (2. táblázat).

A drogfogyasztás esetén 16%-kal magasabb volt az adatfelvételt megelőző 30 napban mért prevalencia a legtöbb negatív élményről beszámoló csoportjában a legkevesebbekéhez képest. A legmagasabb ACE-pontszámú csoport több mint 50%-a használt valamilyen fajta illicit drogot élete során legalább 1 évig (3. táblázat). Az összefüggés hasonló tendenciát követett az intravénás droghasználat vonatkozásában is.

2. táblázat: Alkoholfogyasztás és dohányzás

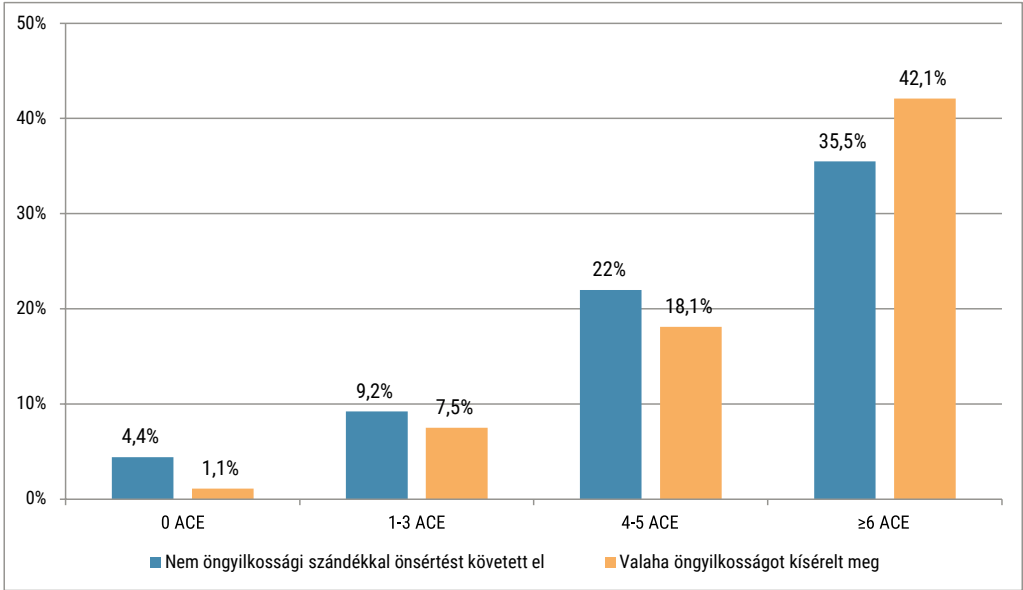
	Alkoholfogyasztás		Dohányzás		
	Utóbbi 30 nap során napi rendszerességgel nagyobb mennyiséget	Korábban legalább 1 évig napi rendszerességgel nagyobb mennyiséget	Az utóbbi 30 nap során	Korábban legalább egy évig rendszeresen	Korábban naponta legalább 20 szál
0 ACE (N=91)	1,1%	5,5%	31,9%	27,5%	7,7%
1–3 ACE (N=305)	3%	9,5%	51,8%	45,9%	11,2%
4–5 ACE (N=127)	3,2%	22%	60,6%	59,8%	25,2%
≥6 ACE (N=121)	9,9%	33,1%	72,7%	72,7%	30,6%

3. táblázat: Drogfogyasztás

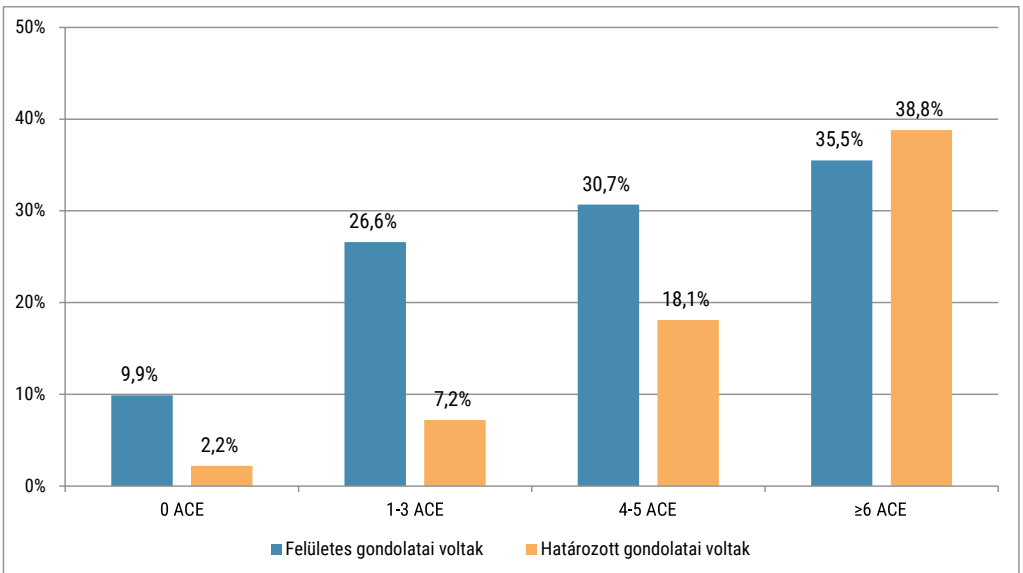
	Drogfogyasztás az utóbbi 30 napban		Drogfogyasztás korábban		
	Utóbbi 30 nap során kábítószer fogyasztott	Utóbbi 30 nap során intravénás formában kábítószer fogyasztott	Korábban legalább egy évig rendszeresen	Korábban legalább egy évig rendszeresen intravénás formában	Korábban egy évnél rövidebb ideig
0 ACE (N=91)	9,9%	2,2%	12,1%	5,5%	0,2%
1–3 ACE (N=305)	14,8%	3,3%	19,3%	10,8%	22,3%
4–5 ACE (N=127)	20,5%	0,8%	37,8%	24,4%	41,7%
≥6 ACE (N=121)	25,6%	9,1%	50,4%	34,7%	28,1%

Az önsértő viselkedésmódok és az öngyilkossági kísérletek száma is egyenes arányban állt – és nagymértékben növekedett – a negatív gyermekkori élmények számával. Míg azon személyeknek, akik nem számoltak

be gyermekkori negatív élményekről, 1,1%-a kísérelt meg öngyilkosságot, addig azoknak, akik 6 vagy annál többfajta negatív élményt is megtapasztaltak gyermekkoruk folyamán, 42,1%-a kísérelt már meg öngyilkosságot. Ez a tendencia megfigyelhető a nem öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés és az öngyilkossági gondolatok kapcsán is (8–9. ábra).



8. ábra: Önsértés és öngyilkossági kísérelés



9. ábra: Öngyilkossági gondolatok

3. Megbeszélés

Kutatásunk első eredményei alátámasztani látszanak azt az állítást, amely szerint meghatározó szerepe van az egészséges és biztonságos gyermekornak vagy éppen a hiányának, hiszen a negatív és traumatikus élmények az egész felnőtt élet során éreztetik hatásukat.

Jelen kutatásban is kiemelkedően magas az öngyilkosságot megkísérlők aránya. Jellemző az a tendencia, miszerint minél több negatív gyermekkori élményről számol be valaki, annál nagyobb az öngyilkosság kockázata. Ez nemcsak a hazai kutatásban, hanem korábbi vizsgálatok során is bebizonyosodott. Merrick és munkatársai (Merrick et al., 2017) kutatásukban azt találták, hogy azoknál a személyeknél, akik 6 vagy annál több negatív gyermekkori élményről számoltak be, több mint 24-szeres a valószínűsége annak, hogy felnőttkorukban öngyilkosságot kísérelnek meg, mint azok esetében, akik nem éltek át negatív gyermekkori élményeket. Lensch és munkatársai 2021-es tanulmányukban arra a következtetésre jutottak, hogy a legfontosabb és leghatásosabb védőfaktorok a szuicid viselkedés kapcsán a megfelelő családi kommunikáció és a megfelelő iskolai közeg (Lensch et al., 2021). Azaz, ha érzelmileg megközelíthető családtagokkal él együtt a gyermek, akikkel bizalmasan megoszthatja a problémáit, illetve az iskolában vannak barátai, a tanárok pedig kellően figyelmesek, akkor csökken az esélye a felnőttkori szuicid viselkedésformák megjelenésének.

A szerhasználattal kapcsolatos eredményeink az első adatfelvételi hullám eredményeit támasztják alá, miszerint a negatív gyermekkori élmények számával egyenes arányban nő mind a droghasználat, mind az alkoholfogyasztás valószínűsége. Hasonló eredményekre jutottak Stein és munkatársai (Stein et al., 2017), akik azt kutatták, hogy az opiátok használata miként függ össze a negatív gyermekkori élményekkel. Arra az eredményre jutottak, hogy az ACE-k magasabb száma összefüggésbe hozható azzal, hogy a személy korábban nyúl először opiáthoz, a túladagolás lehetőségével és a jelenlegi használattal is. Az ACE-k halmozódása ezenfelül növeli annak a valószínűségét, hogy a személy már fiatal felnőttként szerhasználó lesz (Shin et al., 2018). Brett és munkatársai (Brett et al., 2018) szerint hatékony eszköz lehet a negatív gyermekkori élmények következtében megjelenő problémás alkoholfogyasztás káros hatásainak mérséklésére a mindfulness-képességek fejlesztése.

Az abortuszok és mesterséges terhességmegszakítások prevalenciája jelen kutatásban kiemelkedően magas a több ACE-ről beszámoló személyek esetében. Ez az eredmény megfelel a nemzetközi eredményeknek, hiszen azokban is hasonló tendenciákat térképeztek fel. Kerkar és munkatársai azt találták, hogy azon nők között, akik 4 vagy annál több negatív gyermekkori élményről számoltak be, 1,9-szer nagyobb volt a valószínűsége, hogy az első terhesség során elvetéljenek, illetve 1,7-szer nagyobb volt az esélye annak is, hogy ez bármelyik terhességük során megtörténjen. Fontos kiemelni, hogy egyes ACE-típusoknak nagyobb szerepük van a spontán terhességmegszakítások kapcsán, ilyen például az érzelmi és a fizikai bántalmazás (Kerkar et al., 2021).

A fejlődéslélektani elméletek szerint az egészséges és biztonságos kötődés a gondviselővel, tanárokkal, a megfelelő kortárskapcsolatok és a pozitív önkép megalapozói az egészséges felnőttkori kapcsolatok kialakításának és az adaptív szociális funkcionálásnak (Narayan et al., 2018). Ennek értelmében fontos megtalálni azokat a legfontosabb gyermekkori védőfaktorokat, amelyek ilyen formában biztonságossá teszik a gyermekkort, és elősegítik a reziliencia fejlődését. A negatív gyermekkori élmények mellett így kockázatcsökkentő/pozitív gyermekkori élményeket is el tudunk különíteni (ellen-ACE-k). Ilyen védőfaktor többek között a gondviselő, aki mellett biztonságosan érezheti magát a gyermek, egy jó barát, megfelelő iskolai környezet gondoskodó tanárokkal, megfelelő lakóközeg, minőségi szabadidős tevékenység, kiszámíthatóság és jó önkép. E tényezők megléte pozitív hatással van a mentális és a fizikai egészségre is, például védenek a depresszióval, a stresszel vagy a rossz alvásminőséggel szemben is (Crandall et al., 2019). Crandall és munkatársai a kutatásuk során arra jutottak, hogy a counter-ACE-k, vagyis ellen-ACE-k nagyban képesek semlegesíteni a negatív gyermekkori élmények egészségre gyakorolt káros hatásait. Valamint felnőttkorban a származási családdal való kapcsolattartást is elősegíti e kockázatcsökkentő gyermekkori élmények/feltételek megléte.

Sloven és munkatársai (Sloven et al., 2017) azt vizsgálták, hogy a pozitív gyermekkori élmények (pl. érzelmi támogatottság, állandó lakhely, kétszülős család stb.) összefüggésbe hozhatók-e a középkorú emberek kardiovaszkuláris egészségével. Arra az eredményre jutottak, hogy a több

pozitív gyermekkori tapasztalat ideálisabb egészségi állapotot jelent felnőttkorban a kardiovaszkuláris megbetegedéseket illetően. Ezt a kapcsolatot három tényező mediálta: az iskolázottság, a depresszív epizód kialakulása az élettartam során, valamint a szociális támogatottság. Egy friss szlovén kutatás (Kuhar & Kocjan, 2021) szintén összefüggést talált a pozitív gyermekkori élmények és a fizikai egészség között. Kevésbé volt gyakori a légúti vagy emésztőrendszeri megbetegedés, a krónikus fejfájás vagy hát- és nyakfájdalom azoknál a személyeknél, akik az átlagnál több pozitív gyermekkori tapasztalatról számoltak be. Ezzel egyetemben az olyan egészségkárosító viselkedésformák is kevésbé voltak jellemzők, mint a dohányzás, a droghasználat vagy a fizikai inaktivitás.

A reziliencia konstruktumának kérdése és az ACE-k vonatkozásában folytatott empirikus kutatási háttere az elmúlt évek során a tudományos diskurzus homlokterébe került, ugyanis a mentális és fizikai egészségre gyakorolt pozitív, illetve protektív hatásainak kutatása az utóbbi időben megsokszorozódott. A reziliencia tulajdonképpen a jó alkalmazkodást jelenti olyan helyzetekben, mint egy negatív életesemény, trauma, tragédia, fenyegetés, vagy komoly stresszkeltő szituációkban, például szociális vagy egészségügyi problémák, munkahelyi stressz esetén. A reziliencia magába foglalja az egyensúlyi helyzetbe való „visszabillenést” és a személyes növekedési lehetőséget is az Amerikai Pszichológiai Társaság szerint. Sciaraffa, Zeanah és Zeanah 2018-as tanulmányukban (Sciaraffa et al., 2018) arról írnak, hogy a negatív gyermekkori élmények és a biztonságos kötődés hiánya miképpen befolyásolja negatívan a gyermekek agyának fejlődését. A legfontosabb tényező, amely segíthet abban, hogy egészséges és sikeres felnőttek váljanak ezekből a traumatizált gyermekekből, az a reziliencia fejlesztése, hiszen ennek segítségével nemcsak hogy kezelni tudják a negatív életeseményt, de a trauma akár növekedéshez, a személyiség pozitív irányú változásához is vezethet. Az ACE-kutatások során a reziliencia fejlesztésére és a negatív gyermekkori élmények káros hatásainak csökkentésére három egymással szorosan átfedésben lévő „védelmi rendszert” írtak le, amelyekben a gondozóknak, tanároknak megfelelő figyelmet, foglalkozást és oktatást kell nyújtaniuk a gyerekeknek. A három védelmi rendszer: 1. a személy saját képességeinek fejlesztése és hangsúlyozása; 2. olyan gondozó személy jelenléte, aki mellett azt érzi a gyermek, hogy van kihez tartoznia, és van, aki törődik vele; illetve 3. protektív, bizalmi

környezet a megfelelő kulturális normákkal. A gyermek saját képességei fejlesztésének segítése több részből áll, ilyen például az önkontroll, az aszszertivitás vagy az érzelemszabályozás fejlesztése különböző módszerekkel. Ahhoz, hogy a gondviselő megfelelő bizalmi kapcsolatot alakíthasson ki a gyermekkel, elengedhetetlen, hogy dicsérje őt, következetesen jelen legyen az életében, és rendelkezésére álljon, ha szüksége van rá, illetve jelezzen vissza a gyermek érzelmeire. Ha mindezen feltételek adottak a megfelelő környezetben, akkor a gyermek képes lehet az esetleges negatív és traumatikus élményekkel megbirkózni, elkerülve ezzel a hosszú távú káros hatásokat. Ezért is nagyon fontos a prevenció és az, hogy az illetékes személyek időben felismerjék a problémát, és megoldást keressenek. Kutatásunk következő szakaszában a fókusz a pozitív gyermekkori élményekre kerül, a leghatásosabb protektív tényezők feltérképezése érdekében. Ezek támogatásával ugyanis rengeteg gyermeknek lehetne biztonságosabb gyermekkort biztosítani, amely a teljes társadalom testi és lelki egészségi állapotára kedvező hatással lehetne.

Jelen kutatás folytatásaként érdemes és fontos lenne a későbbiekben egy országos szintű, nagymintás vizsgálatot is végezni, hogy feltárjuk a pontos összefüggéseket a teljes hazai lakosság körében. Ezáltal kidolgozhatók lennének olyan, a pozitív gyermekkori élményeken alapuló, azokat elősegítő és az ACE-k hatásának semlegesítésére törekvő népegészségügyi programok, amelyek akár a magyar népességcsökkenést is lassíthatnák, illetve kollektív életminőség-javulást eredményeznének. Ez azért is rendkívül fontos, mert 2019-ben például a lakosság 5,2%-a nagyívó volt (KSH, 2021a), ami több mint 508 000 embert jelent. Az öngyilkosságok száma is kiemelkedően magas hazánkban, a tavalyi évben több mint 1700-an vetettek véget önmaguknak az életüknek (KSH, 2021b), jelen kutatás adataiból pedig látszik, hogy az öngyilkosság kockázatát jelentősen növelik a negatív gyermekkori élmények. Ha tehát sikerülne megfelelő prevencióval és edukációval a kört valahol megszakítani, a traumatizált gyerekek felnőttkorukban nem örökítenék tovább ezeket a tanult maladaptív viselkedésformákat, ami akár demográfiai növekedéshez is vezethetne a jövőben.

4. Limitációk

A kutatás kapcsán felmerülő egyik legfontosabb limitáció a minta nem reprezentatív volta. Bár igyekeztünk minél szélesebb körben minél több csoportot tartalmazó mintát kialakítani, és törekedtünk egy magasabb, már statisztikailag is kielégítő elemszám elérésére, a csoportok specifikuságából adódóan a következtetéseinket nem terjeszthettük ki az egész populációra. Ezért lenne fontos országos, reprezentatív vizsgálatot végezni, hogy a teljes magyar lakosság körében feltárhassuk az ACE-k mintázatait és hatásait.

Habár a kutatás során célul tűztük ki, hogy az adatfelvételt azonos elemszámok (min. 100 fő) eléréséig folytatjuk az egyes csoportokban, sajnos a minta sokszínűségéből fakadóan ezt nem sikerült kiviteleznünk, mivel egyes csoportok tagjai nehezebben elérhetőnek bizonyultak (pl. börtönlakók), vagy egyébként is kisebb, specifikusabb csoportot alkotnak a többi csoporthoz képest. Ezért a mintán belüli csoporteloszlás egyenetlen, így nem tudtunk megfelelő összehasonlításokat végezni az egyes alcsoportok között. Továbbá a kontrollminta elemzése során azt tapasztaltuk, hogy bár eredetileg kontrollszemélyként töltötték ki a kérdőívet, számos szenvedélybeteg is bekerült a mintába, így ez is problémaként jelent meg a csoportok összehasonlítása során. Ennek következtében nem kaptunk képet az egyes csoportok közötti különbségekről, csupán az általunk kialakított, ACE-kategóriák szerinti csoportbontás eredményeit tudtuk kiértékelni.

A kutatás keresztmetszeti jellege egyes kérdések tekintetében szintén limitáló tényező lehet, így a későbbi kutatási fázisok során érdemes lehet hosszmetzeti vizsgálatokat is végezni.

Meg kell említenünk az írásbeli adatfelvételből eredő limitációkat is. A kérdőív számos összetett kérdést tartalmaz, így a kitöltés során elkerülhetetlenek az esetleges félreértések, félreolvasások. Emellett nem elhanyagolható az a tényező sem, hogy a kérdések megértése és alapos átgondolása nehézséget okozhatott az alacsony olvasási és megértési képességekkel rendelkező vizsgálati személyeknek. Így a kérdőív harmadik változatának kidolgozása során már különös figyelmet fordítottunk arra, hogy a kérdéseket egyszerűbben, érthetőbben fogalmazzuk meg.

A kérdőívet 18. életévüket betöltött személyek tölthették ki, azonban a kérdőív jelentős része a gyermekkorra vonatkozó kérdéseket tartalmazott, így még egy limitációval kellett számolnunk, a felidézési torzítások jelenségével. A vizsgálati személyek sokszor nem vagy tévesen emlékeznek életük bizonyos eseményeire, mely torzítás kihathat a statisztikai eredményekre.

Felhasznált irodalom

- Brett et al. (2018) = Brett, I. E., Espeleta, C. H., Lopez, V. S., Leavens, L. E., & Leffingwell, R. T. (2018). Mindfulness as a mediator of the association between adverse childhood experiences and alcohol use and consequences. *Addictive Behaviors*, 84, 92–98.
- CDC (2021) = Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *About the CDC-Kaiser ACE Study*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html> (letöltés ideje: 2022. 01. 14.)
- Crandall et al. (2019) = Crandall, A., Miller, R. J., Cheung, A., Novilla, K. L., Glade, R., Novilla, L. M., ... Hanson, L. C. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse & Neglect*, 96,
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2009). The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Medical Disease, Psychiatric Disorders, and Sexual Behavior: Implications for Healthcare. In Lanius, R., & Vermetten, E., *The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease* (pp. 77–87). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Felitti et al. (1998) = Felitti, J. V., Anda, F. R., Nordenberg, D., Williamson, F. D., Spitz, M. A., Edwards, V., ... Marks, S. J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults – The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4) 245–258.
- Gál et al. (2020) = Gál, M., Makara, M., & Matuszka, B. (2020). A negatív gyermekkori élmények összefüggései az iskolai végzettséggel és az öngyilkossággal. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, (25), 5–9.
- Hughes et al. (2017) = Hughes, K., Bellis, A. M., Hardcastle, A. K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... Dunne, P. M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356–366.
- Kerkar et al. (2021) = Kerkar, S., Shankar, A., BoyntonJarrett, R., & Harville, W. E. (2021). Adverse Childhood Experiences are Associated with Miscarriage in Adulthood: The GROWTH Study. *Maternal and Child Health Journal*, 25(3), 479–486.
- KSH (2021a) = *A népesség megoszlása alkoholfogyasztási szokások szerint*. (2021). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0038.html (letöltés ideje: 2022. 01. 14.)
- KSH (2021b) = *Halálozások a gyakoribb halálokok és nem szerint*. (2021). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html (letöltés ideje: 2022. 01. 14.)

- Kuhar, M., & Kocjan, Z. G. (2021). Associations of adverse and positive childhood experiences with adult physical and mental health and risk behaviours in Slovenia. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1924953.
- Lensch et al. (2021) = Lensch, T., Clements-Nolle, K., Oman, F. R., Evans, P. W., Lu, M., & Yang, W. (2021). Adverse Childhood Experiences and Suicidal Behaviors Among Youth: The Buffering Influence of Family Communication and School Connectedness. *Journal of Adolescent Health*, 68(5), 945–952.
- Merrick et al. (2017) = Merrick, T. M., Ports, A. K., Ford, C. D., Afifi, O. T., Gershoff, T. E., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10–19.
- Mosley-Johnson et al. (2019) = Mosley-Johnson, E., Garacci, E., Wagner, N., Mendez, C., Williams, S. J., & Egede, E. L. (2019). Assessing the Relationship between Adverse Childhood Experiences and Life Satisfaction, Psychological Well-being, and Social Well-Being: United States Longitudinal Cohort 1995-2014. *Quality of Life Research*, 28(4), 907–914.
- Narayan et al. (2018) = Narayan, J. A., Rivera, M. L., Bernstein, E. R., Harris, W. W., & Lieberman, F. A. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. *Child Abuse & Neglect*, 69, 19–30.
- Sciaraffa, A. M., Zeanah, D. P., & Zeanah, H. C. (2018). Understanding and Promoting Resilience in the Context of Adverse Childhood Experiences. *Early Childhood Educ J*, 46, 343–353.
- Shin et al. (2018) = Shin, H. S., McDonald, E. S., & Conley, D. (2018). Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 78, 187–192.
- Slopen et al. (2017) = Slopen, N., Chen, Y., Guida, L. J., Albert, A. M., & Williams, R. D. (2017). Positive childhood experiences and ideal cardiovascular health in midlife: Associations and mediators. *Preventive Medicine*, 97, 72–79.
- Stein et al. (2017) = Stein, D. M., Conti, T. M., Kenney, S., Anderson, J. B., Flori, N. J., Risi, M. M., & Bailey, L. G. (2017). Adverse childhood experience effects on opioid use initiation, injection drug use, and overdose among persons with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 325–329.
- WHO (2018) = *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. (2018). Geneva: World Health Organization.