

Matuszka Balázs – Fekete-Gál Martina – Makara Mihály

## AZ ÁRTALMAS GYERMEKKORI ÉLMÉNYEK ÖSSZEFÜGGÉSEI A FELNŐTTKORI EGÉSZSÉGGÁROSODÁSSAL – ADATOK, TAPASZTALATOK, MEGELŐZÉSI LEHETŐSÉGEK

### **Kivonat**

*Jelen tanulmány az ártalmas gyermekkori élmények fogalmának bemutatása mellett sorra veszi azokat a legfontosabb kutatási eredményeket, amelyek az elmúlt évek folyamán publikálásra kerültek a felnőttkori egészségkárosodás és az ártalmas gyermekkori élmények összefüggésében. A jótékony gyermekkori élményekkel kapcsolatos ismeretek összefoglalása mellett sor kerül kutatócsoportunk tevékenységének bemutatására és kutatásaink három hulláma során feltárt néhány eredmény bemutatására is. Konklúzióként bemutatásra kerülnek a megelőzés és a transzgenerációs-átadás megszakításának lehetőségei is.*

### **The associations of adverse childhood experiences with health loss in adulthood – data, experiences, prevention**

### **Abstract**

*In addition to presenting the concept of adverse childhood experiences, this present paper enlists the most important scientific results that have been published in recent years in the context of adult health impairments and adverse childhood experiences. In addition to the summary of the concept of benevolent childhood experiences, the activities of our research group will be presented and the results of the three waves of our research program will also be presented. As a conclusion, the possibilities of prevention and interruption of transgenerational transmission of the ACEs are also presented.*

## **1. Bevezetés**

A gyermekkori élmények élethosszig tartó hatásai valamennyiünk számára evidensnek látszanak. Mindannyian fel tudunk idézni olyan számunkra nagy jelentőséggel bíró, és érzelmi töltetű pozitív gyermekkori pillanatokat, amelyekre még felnőttként is szívesen emlékszünk vissza, és amelyek kitüntetett szerepet töltenek be identitásunk alakulásában. Szerencsés esetben az ilyen és ehhez hasonló

pillanatok dominálnak, amelyek a lelki egészségünk és jóllétünk forrásait és fundamentumát jelentik. A gyermekkori tapasztalatok azonban negatívak is lehetnek, ez utóbbi esetben a lelki egészségünk helyett a mentális zavarok, jóllét helyett pedig a szegény, a rossz önértékelés vagy a kapcsolódási nehézségek megalapozójává válhatnak.

Noha a gyermekkori élmények meghatározó jelentősége a pszichológiai elméletek klasszikus témájává váltak Freud munkássága nyomán, és pszichoterápiás iskolák és megközelítések egész sorát hívták életre, ez utóbbi osztályuk szisztematikus, empirikus vizsgálata egészen az 1990-es évek közepéig váratott magára. A negatív érzelmi színezetű gyermekkori élmények egy specifikus osztályát *ártalmas gyermekkori élményeknek* (Adverse Childhood Experience, ACE) nevezzük, ugyanis ezek a gyermekkori tapasztalatok empirikusan igazolható módon jelentős mértékű összefüggést mutatnak számos pszichiátriai- és szomatikus megbetegedés, valamint pszichológiai probléma kialakulásával<sup>1</sup>. Maguknak az ACE-eknek a pontos meghatározására és elsőként történő empirikus vizsgálatára egyaránt a Felitti és Anda professzorok vezetésével lebonyolított *ACE Study* keretében került sor. Három fő kategóriát azonosítottak korábbi klinikai tapasztalataik és az akkor elérhető szakirodalom alapján ártalmas gyermekkori élményekként: az abúzust (érzelmi, fizikai vagy szexuális bántalmazást értve alatta), az elhanyagolást (érzelmi vagy fizikai természetű elhanyagolás) valamint a családi környezet diszfunkcionális működését (agresszió a szülők között; pszichoaktív szerabúzus a közvetlen családtagok körében; súlyos mentális betegségben érintett közvetlen családtag; a szülők válása; egy közeli családtag börtönbüntetésre ítéltetett). Az e tíz kategóriát megjelenítő kérdéseket kérdőíves módszerrel tették fel a vizsgálatban résztvevő több mint 17.000 válaszadónak, a vizsgálat két hullámában 1995 és 1997 között, akik egyszerűen igen/nem válasszal tudták megjelölni, hogy életük első 18 éve során tapasztalták-e bármelyiket is a felsorolt ártalmas élmények közül. A válaszadók a Kaiser-Permanente klinika betegei voltak, középosztálybeli szocioökonómiai státusszal és jó megbiztosítással rendelkeztek. A nők aránya 54% volt a mintában, míg a kaukázusi rasszhoz tartozó válaszadók aránya 74,8% volt, és több mint egy harmaduk egyetemi diplomával rendelkezett. A kutatás eredményeként feltárássra került, hogy a vizsgálati mintában a leggyakoribb ACE kategória a fizikai bántalmazás (28%) volt, és a leggyakrabban előfordulók közé tartozott a szerhasználó szülő a családban (27%), a válás a családban (23%) és a szexuális bántalmazás (21%). Ez a kutatás volt az első, amely kimutatta, hogy az ártalmas gyermekkori élmények dózis-válasz típusú összefüggést mutatnak a felnőttkori egészségkárosodás mértékével, azaz minél több ártalmas gyermekkori élményt tapasztal meg valaki élete első 18 éve során,

---

<sup>1</sup> FELITTI – ANDA – NORDENBERG – WILLIAMSON – SPITZ – EDWARDS – KOSS – MARKS: *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, in *American Journal of Preventive Medicine* 14/4 (1998) 245–258, 249–254, [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).

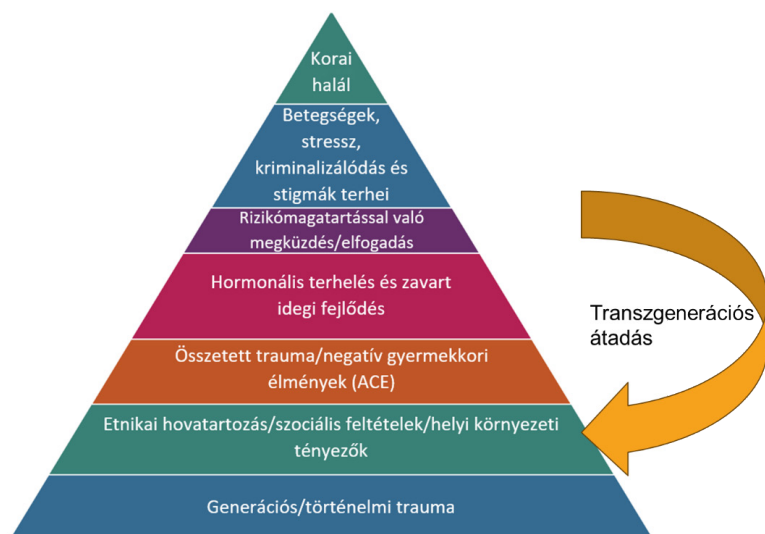
annál valószínűbb, hogy valamilyen súlyos mentális- vagy fizikai betegség alakul ki nála későbbi élete során. A leginkább veszélyeztetett csoport a 4, vagy annál több ártalmas gyermekkori élményt megtapasztaló személyeké, akiknél ezen ártalmak kialakulásának veszélye sokszorosa azokhoz az embertársaikhoz képest, akik nem tapasztaltak ilyen jellegű gyermekkori ártalmakat. Az eredeti tanulmány eredményei szerint a válaszadók 36%-a volt jellemezhető 0-s, míg 12,5%-a 4 vagy annál magasabb ACE pontszámmal. Az eredeti tanulmány jelentős visszhangra talált mind a tudományos közösség, mind a praktizáló orvosok, pszichológusok és szociális szakemberek, mind pedig általánosságban véve a társadalom körében. Jól mutatja mindezt, hogy jelen tanulmány írásának időpontjában az idézettsége 4297-es a PubMed orvosi adatbázisban. Megjegyzendő azonban, hogy az idéző közlemények száma a 2016-os évtől, azaz az eredeti publikáció megjelenését követően csaknem 20 évvel kezdett el rendkívül dinamikus mértékben nőni, ami arra utalhat, hogy majdnem két évtized alatt jutottak el ezek a rendkívül meggyőző, ám egyszersmind felzaklató eredmények abba a stádiumba, hogy elfogadottá, kutatóttá és társadalmilag kellően fontossá váljanak. Mindez alapján azonban ma már kellő mennyiségű tudományos evidencia sorakoztatható fel a gyermekkor során átélt ártalmas élmények, valamint a felnőttkori egészségkárosodás között. Egy 2017-ben<sup>2</sup> a *The Lancet*-ben publikált szisztematikus áttekintő tanulmány és metaelemzés eredményei szerint (amelyet összesen 37 korábban publikált nagymintás tanulmány adatain végeztek el mintegy 253.719 fő adatainak bevonásával) a 10 ártalmas élménykategória halmozódása (a már korábban említett 4 vagy annál több ACE-t megtapasztaló személyek csoportjában) erőteljes összefüggést mutatott a felnőttkori illegális droghasználattal és kockázatvállalással, a problémás alkoholhasználattal, a problémás droghasználattal valamint az öngyilkossági kísérletek elkövetésével (az esélyhányados mértéke az említett kimenetenként 5, 17, 6,86; 10,22 és 30,14 volt. Ez alapján az a személy, aki a gyermekkorában 4 vagy több ártalmas élménykategóriát tapasztalt meg harmincszor nagyobb valószínűséggel kísérelt meg öngyilkosságot elkövetni, mint az a társa, aki egy ilyen élményt sem szenvedett el.). Az eredeti ACE Study kérdéseinek felhasználásával számos országban eltérő kulturális háttér mellett végeztek nagymintás felméréseket. A kutatási eredmények azt látszanak tükrözni, hogy az egyes ártalmas élmények átélésének gyakoriságában és elterjedtségében ugyan mutatkoznak különbségek, de az összefüggések kultúrától és politikai rendszerektől függetlennek látszanak és úgy tűnik, hogy az ártalmas gyermekkori élmények hatásai az élet későbbi és – fontos életfeladatok szempontjából kritikus – szakaszaira is kifejtik egészségkárosító hatásukat. Erre az összefüggésre jó példa az a perui kutatás<sup>3</sup>,

<sup>2</sup> HUGHES – BELLIS – HARDCASTLE – SETHI – BUTCHART – MIKTON – DUNNE: *The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis*, in *The Lancet Public Health*, 2/8 (2017) e356-e366, e363, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4).

<sup>3</sup> SIEGO – SANCHEZ – JIMENEZ – RONDON – WILLIAMS – PETERLIN – GELAYE: *Associations between adverse childhood experiences and migraine among teenage mothers in Peru*, in *Journal of Psychosomatic Research* 147 (2021) 110507, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110507>.

amelyben leányanyák körében mutatták ki az ACE-ek és a migrénes típusú fejfájás közötti jelentős mértékű összefüggést (ami felveti a gyermekkori ártalmak negatív hatását a gyermekszülés körüli időszakban) valamint az a kínai kutatás<sup>4</sup>, amelyben 11.972 45 évesnél idősebb vizsgálati személy bevonásával elemezték a különféle testi betegségek és a gyermekkori ártalmak összefüggéseit. Eredményeik alapján még a 60 évnél idősebbek csoportjában is kimutatható volt az az összefüggés, hogy az ACE pontszámok emelkedésével nőtt a sokszervi megbetegedések előfordulási aránya.

A vizsgálati eredmények összegzéseként fontos megállapítani, hogy a gyermekkori ártalmak – jelen tudásunk szerint – élethosszig képesek kifejteni megbetegítő hatásukat, és ez a hatás kultúráktól függetlennek látszik, az elszenvedett ártalmak számával erősödik, valamint az érintett személyek nagy valószínűséggel át fogják adni azokat a saját utódaiknak is. Az alábbi ábra szemlélteti az ártalmas gyermekkori élmények kontextusát, következményeit, valamint azokat a mechanizmusokat, amelynek a végpontja a korai halál: a súlyos ártalmas élmények halmozott átélése a gyermekkor során akár húsz évvel is csökkentheti a várható élettartamot.



1. ábra: Az ACE Piramis. A Centers for Disease Control and Prevention ábrája nyomán. A szerzők által átdolgozott változat.

<sup>4</sup> LIN – WANG – LU – CHEN – GUO: Adverse Childhood Experiences and Subsequent Chronic Diseases Among Middle-aged or Older Adults in China and Associations With Demographic and Socioeconomic Characteristics, in *JAMA Netw Open* 4/10 (2021) e2130143, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.30143>, *Errors in figure*, in *JAMA Netw Open* 5/6 (2022) e2220614, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.20614>.

A kutatási eredmények és a kutatások során feltárt összefüggések mellett fontos megemlíteni, hogy maguk az ártalmas gyermekkori élménykategóriák is némiképpen átalakultak az elmúlt évek során. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a meggyőző kutatási bizonyítékok alapján kibővítette az ártalmas gyermekkori élmények körét, és ez a bővebb lista, az ACE-IQ (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire, Az ártalmas gyermekkori élmények nemzetközi kérdőíve) képezte az általuk kidolgozott kérdőívcsomag alapját. Maga az ACE-IQ már 31 kérdés segítségével méri a gyermekkori ártalmakat, amely a Felitti és Anda-féle ACE kérdőív kategóriát (közvetlen traumatikus élmények és családi diszfunkciók következtében kialakuló családi traumák) foglalja magába kiegészítve a környezeti traumák körével. Ez utóbbi kategóriába sorolható a kollektív (pl. háborús traumák) és közösségi (a lakóhelyen pl. bűnbandák cselekményei következtében) erőszak elszívása, valamint a gyermekek egymás között elkövetett kegyetlenkedései (pl. iskolai terrorizálás formájában). A mérőeszköz jelentős újítása továbbá az, hogy kétféleképpen is kiszámítható az összesített ACE pontszám, ami jelentősen javíthatja a mért adatok érvényességét. Az egyik megközelítés az eredeti ACE skála logikáját követi: ahányszor a személy azt jelöli meg, hogy egy adott ártalomkategóriát akár csak egyszer is megtapasztalt gyermekkorán, úgy automatikusan megkapja az adott kategóriához tartozó pontszámot. A második, kritériumokhoz kötött értékelés szerint egy személy csak akkor kapja meg az adott pontszámot, ha azt jelöli meg az egyes ártalom-kategóriáknál, hogy gyakran vagy nagyon gyakran szenvedte el azt gyermekkorán. Ez utóbbi értékelés a súlyos és ismétlődő esetek azonosításában, valamint egy megalapozottabb pontszámítási módszer alkalmazásában lehet a kutatók segítségére. Kutatásaink során kutatócsoportunk ez utóbbi megközelítést alkalmazta.

Mindezek mellett röviden megemlítendő az a kutatási irányzat, amely a 2010-es évek közepe óta érhető tetten a szakirodalomban, és az ACE-ek azonosításán és a hozzájuk kötődő testi- és lelki ártalmak kimutatásán túlmenően a gyermekkori élmények pozitív aspektusait igyekszik feltárni, amelyek potenciálisan csökkenthetik az ártalmas élmények egészségre gyakorolt negatív hatásait, valamint elősegíthetik a testi és lelki jóllét kialakulását a gyermekkor, valamint a felnőttkor során. Ezeket a gyermekkori élményeket egyaránt nevezik ellen-ACE-eknek (counter-ACEs), pozitív gyermekkori élményeknek (Positive Childhood Experiences, PCEs) vagy jótékony gyermekkori élményeknek (Benevolent Childhood Experiences, BCEs) (az egységes terminológia hiánya is híven jelzi ennek a kutatási területnek a relatív új mivoltát). Olyan tapasztalatok tartoznak például a jótékony gyermekkori élmények közé, mint hogy valaki mellett volt legalább egy olyan felnőtt a gyermekkorán, aki hitt benne vagy akire számíthatott; vagy hogy hitt valakiben; vagy hogy biztonságos és kiszámítható rutinok szerint tudta élni az életét. A kutatási eredmények számosságuk tekintetében egyelőre meg sem közelítik az ACE-ek kapcsán elérhető mértéket, azonban jelen ismereteink szerint úgy tűnik, hogy a jótékony gyermek-

kori élmények is kumulatív természetűek: minél több pozitív élményt él át valaki, annál jobbak lesznek a mentális egészség-mutatói a felnőttkora során, és úgy tűnik, hogy a pozitív gyermekkori élmények képesek csökkenteni az ACE-ek által keltett ártalmakat.<sup>5</sup>

## 2. Kutatócsoportunk és saját kutatásaink rövid bemutatása és legfontosabb eredményei

Kutatócsoportunk 2017-ben kezdte meg munkáját dr. Makara Mihály vezetésével. Makara doktor májbetegségben szenvedő (legtöbb esetben alkohol- vagy drogfüggő) pácienseivel végzett klinikai munkája során szerzett tapasztalatai alapján fordult az ártalmas gyermekkori élmények vizsgálata felé. Ez év során csatlakozott hozzá még egyetemi hallgatóként Fekete-Gál Martina, aki pedig a szakdolgozati munkája kapcsán (2018-ban) kereste fel Matuszka Balázst, aki abban az évben csatlakozott a közös munkához. Kutatócsoportunk céljai az alábbiak: 1.) az ártalmas és jótékony gyermekkori élmények felmérése különféle klinikai és lakossági mintákon, a jelenség hazai elterjedtségének megismerése 2.) megfelelő mérőeszközök biztosítása a megbízható kutatási eredmények előállítására érdekében 3.) az ártalmas gyermekkori élmények bio-pszicho-szociális kontextusának a megismerése, összefüggések feltárása az ACE-ek és a felnőttkori egészségkárosodás között 4.) a jótékony gyermekkori élmények vizsgálata és az ACE-prevenció lehetséges módozatainak kidolgozása és 5.) a kutatási eredmények legszélesebb körben történő kommunikációja és a társadalmi és szakpolitikai figyelem ráirányítása a feltárt összefüggésekre.

Kutatásaink eddig három fő fázis keretében valósultak meg. Az első fázis (2017–2018) során az eredeti ACE-kérdőív és az ACE-IQ magyar változatainak nyelvi validálása, valamint a két kérdőív összevetése történt meg pszichometriai és felhasználhatósági szempontok alapján. Maga a kutatás klinikai közegben és kontrollcsoportok segítségével valósult meg. A klinikai mintában összesen 71 fő szerepelt, akik valamilyen súlyos májbetegség okán kaptak kezelést a Dél-Pesti Centrumkórházban (korábbi intravénás kábítószer-fogyasztók (n=71) alkoholbetegek (n=15) és zsírmájban szenvedő kórosan elhízott betegek (n=12)). A kontrollmintában 126 fő szerepelt, akik vagy 18 éves koruk után kapott vérátömlesztés következtében lettek májbetegesek (és emiatt esetükben betegségüket nem az életmódjuk okozta) vagy egy amerikai IT cég hazai irodájában dolgoztak, felsőfokú végzettséggel rendelkeztek és jó körülmények között éltek (az előzetes szakirodalmi ismeretek szerint elvárható volt körükben az ACE-ek alacsony száma). Az első fázis során igazolódott, hogy a

---

<sup>5</sup> BETHELL – JONES – GOMBOJAV – LINKENBACH – SEGE: *Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels*, in *JAMA Pediatrics* 173/11 (2019) e193007, <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007>.

*Errors in Table and Figures*, in *JAMA Pediatrics* 173/11 (2019) 1110, <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.4124>.

mérőeszközök magyar mintán is alkalmazhatóak, és hogy az ACE-IQ segítségével részletesebb adatok gyűjthetők. Emellett a klinikai és a kontrollcsoportok összevetése drámai különbségeket eredményezett mind az ACE-ek számában, mind az ACE-ek nyomán kimutatható felnőttkori ártalmakban.

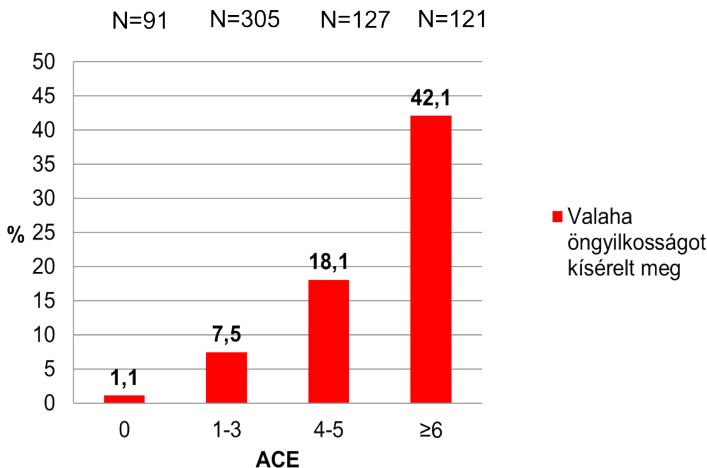
A kutatás második fázisa (2018–2020) során már lényegesen nagyobb mintán vizsgáltuk meg az ACE-ek jellegzetességeit. Fontos célkitűzésünk volt, hogy a klinikai minta mellett minél több társadalmi csoport is meg tudjon jelenni a vizsgálati mintában, amely természetesen semmilyen szempontból sem reprezentálta a magyar lakosságot. Ebben a kutatásban már kizárólagosan az ACE-IQ-t használtuk, amelyet egy átfogó teszt-battéria egészített ki, amelyekben standard pszichológiai mérőeszközök és saját magunk által kidolgozott kérdések szerepeltek. A célunk ebben az esetben is az ACE-ek kontextusának és összefüggéseinek megismerése volt, ám az első fázisnál alkalmazott mintánál heterogénebb csoportok körében. A vizsgálati minta (n=644 fő) összetételét az 1. táblázat szemlélteti.

Csoport	Fő	ACE-ek átlaga
I.v. drog, HCV	69	4,94
OPAI	85	4,18
Alkoholos májbetegség	11	2,36
Vérátömlesztés felnőtt (HCV)	21	1,19
Egyetemisták	114	2,49
Álláskereső	50	2,41
Borsodiak	50	2,38
Háziorvos	57	1,95
Rehabilitációs alapítvány	47	4,38
Elítéltek (börtön)	44	3,23
Anonim HIV/HCV szűrés	6	2,17
Obesitas (NAFLD)	8	2,63
HIV betegek	51	1,90
Hajléktalanok	29	4,79
Amerikai számítástechnikai cég magyar dolgozói	2	0,5
	644	3,10

1. táblázat: A kutatás második fázisának csoportjai és a hozzájuk tartozó elemszámok

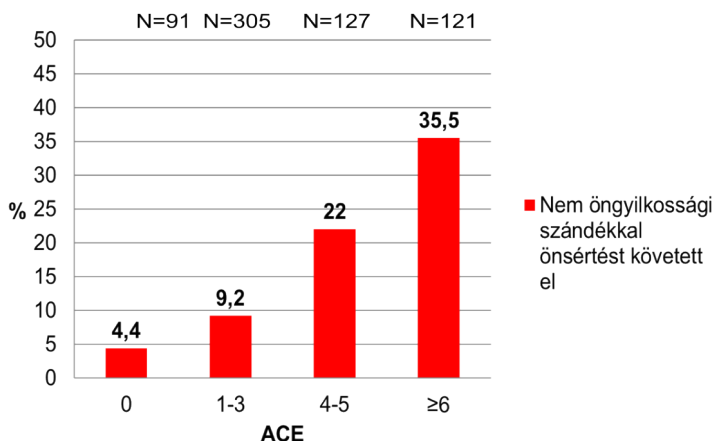
Ebben a fázisban még mindig relatíve szűk körből kerültek ki a válaszadók. A vizsgálati minta három alcsoportra volt tagolható. Az első alcsoportot ez esetben is a kórházban kezelt szenvedélybetegek mintája jelentette. A klinikai szenvedélybeteg csoportba ismét májbetegségeket kerültek, akik vagy intravénás drogfogyasztás következtében szereztek C típusú májgyulladás, vagy alkoholos májbetegségben

szenvedtek, vagy az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetben kezelték őket valamilyen szenvedélybetegségük okán (n=165 fő). A második alcsoport olyan speciális csoportokból állt, ahol az ACE-ek száma várhatóan magas volt, azonban nem kórházban kezelt szenvedélybetegek tartoztak közéjük. Ide tartoztak az egyik fővárosi rehabilitációs alapítvány segítségével józanodó személyek, hajléktalanok, nem-alkoholos zsírmáj betegségben szenvedők, HIV-betegek, börtönbüntetésüket töltő fogvatartottak (n=185). A harmadik alcsoportot a kontrollcsoport alkotta, ahová olyan személyek kerültek bevonásra, akik körében várhatóan alacsony az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási aránya: egyetemisták, álláskeresők, borsod-vármegyei lakosok, vérátömlesztésen átesettek, akik 18 éves koruk után a vérátömlesztés miatt lettek májbetegek, a háziorvosukhoz jogosítványuk meghosszabbítása miatt forduló, anonim szűrővizsgálaton résztvevők, valamint egy számítástechnikai cég dolgozói (n=294). A mért ACE-pontszámokban jelentős különbség mutatkozott a klinikai minta, a speciális minta, valamint a kontrollminta között (1. táblázat). A „szigorúbb” értékelést alkalmazva is 4 pont fölötti érték volt mérhető a kezelt drog- és májbeteg, a hajléktalanok, valamint rehabilitálódó szenvedélybetegek körében. A legalacsonyabb pontszámok a jogosítvány-hosszabbítás okán háziorvoshoz forduló és a vérátömlesztés miatt HCV fertőzést elszenvedők körében voltak mérhetőek. A teljes, 644 fős mintán az ACE-pontszámok átlaga 3,1 volt. A kutatás második fázisa során néhány figyelemreméltó összefüggés vált kimutathatóvá az ACE-ek és a testi- valamint a lelki megbetegedések vonatkozásában. Az egyik legerősebb összefüggés – a feljebb bemutatott szakirodalmi eredményekkel összhangban – az öngyilkossági kísérletek elkövetése és a kummulálódó ACE pontszámok között volt megfigyelhető:



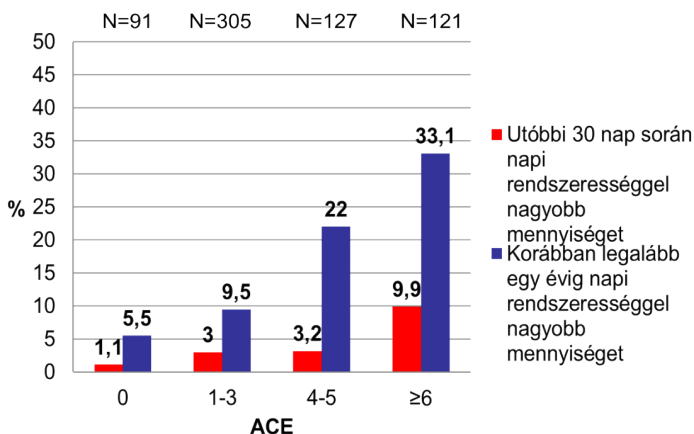
2. ábra: Az ACE Pontszámok és az öngyilkossági kísérletek elkövetésének összefüggései

A 2. ábrán bemutatott összefüggések szerint a 0 ACE-ponttal jellemezhető csoportban szinte senki sem követett el öngyilkossági kísérletet, míg a 4 vagy annál több ACE-ponttal rendelkezők körében ez az arány már 60,2% volt. Különösen veszélyeztettek a 6 pontot vagy annál többet elérő személyek az öngyilkossági kísérlet elkövetésének szempontjából. Hasonló összefüggés mutatkozott a nem öngyilkossági szándékú önsértés (saját test vagdalása, égetése, stb., amelynek célja a fájdalom átélése, de nem az élet önkezű kioltása) esetén is (3. ábra).



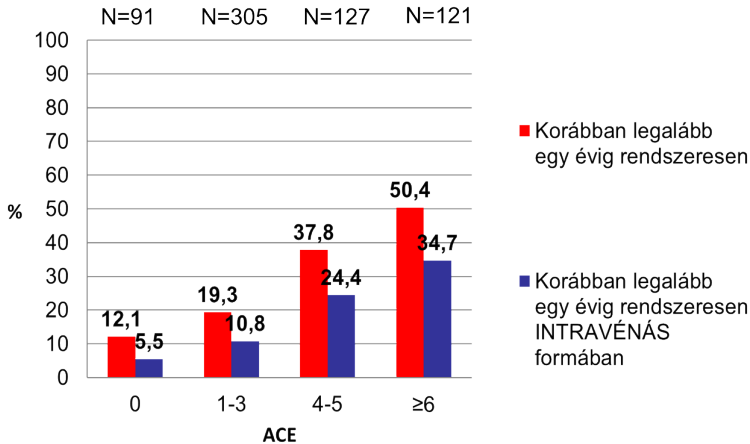
3. ábra: Az ACE Pontszámok és a nem öngyilkossági célú önsértés elkövetésének összefüggései.

Az alkohol- és drogfogyasztást vizsgálva szintén hasonló dózis-válasz típusú összefüggéseket kaptunk, szintén a 6 vagy annál több ártalmas gyermekkori élmény átélők csoportjában volt a legvalószínűbb a szerhasználat.



4. ábra: Az ACE Pontszámok és jelenlegi és múltbeli nagymennyiségű alkoholhasználat összefüggései

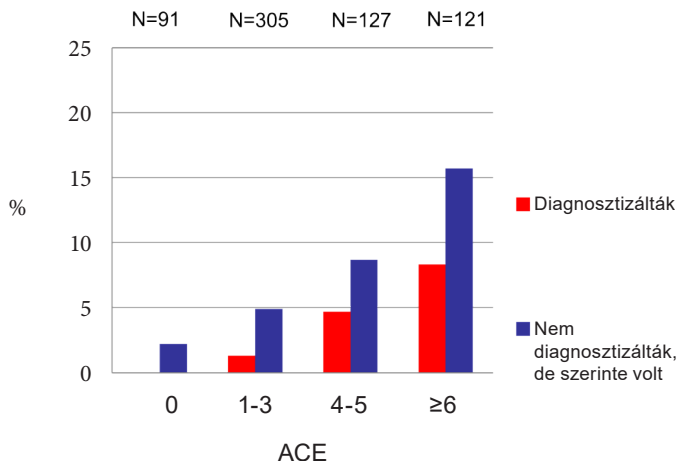
A 4. ábrán látható, hogy mind a jelenlegi, mind pedig a múltbeli nagy mennyiségű (legalább 1 üveg bor vagy azzal egyenértékű alkoholmennyiség/nap) alkoholfogyasztás kapcsán hasonló összefüggést tapasztalhattunk.



5. ábra: Az ACE Pontszámok és jelenlegi és múltbeli nagymennyiségű alkoholhasználat összefüggései

Az 5. ábrán bemutatott adatok a droghasználat vonatkozásában is az ACE-pontszámok emelkedése és a rendszeres droghasználat közötti jelentős összefüggést támasztják alá. Alacsonyabb előfordulási arány mellett, de ugyanez volt igaz a rendszeres intravénás droghasználatra is, ami az egyik legsúlyosabb droghasználati formának tekinthető: több mint hatszor olyan gyakori volt az intravénás droghasználat a 6 vagy több ACE-pontszámot elérők körében, mint a 0 pontot elérők csoportjában.

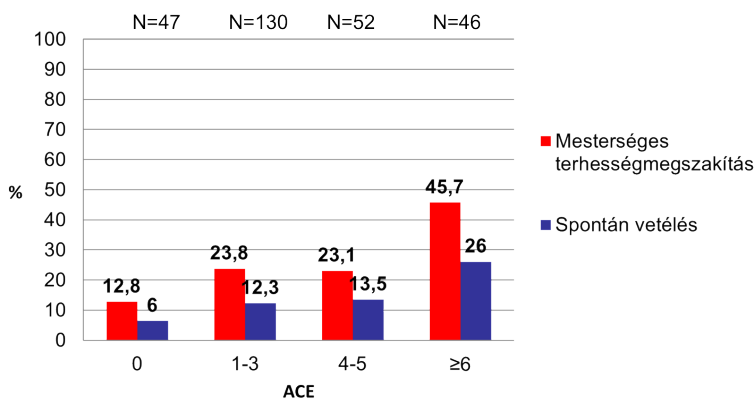
A kutatási eredmények közül a teljesség igénye nélkül további két eredményt szeretnénk kiemelni. Az egyik a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ADHD) és az ACE-pontszámok összefüggéseit foglalja magában (6. ábra).



6. ábra: Az ACE Pontszámok és az ADHD közötti összefüggések bemutatása

A feltárt összefüggések szerint mind a diagnosztizált (ezekben az esetekben a személyek pszichiáter szakorvos által felállított ADHD-diagnózissal rendelkeztek), mind a nem diagnosztizált (hivatalos diagnózissal nem rendelkező, ám a válaszadó szerint fennálló probléma) ADHD-s esetek száma szignifikánsan növekedett az ACE-pontszámok emelkedésével. Mindkét esetben a 6 vagy annál több ACE-pontszámmal rendelkező személyek körében voltak a legmagasabbak az előfordulási arányok. Szembetűnően nagy a hivatalos diagnózisban nem részesülő, ám szubjektíve a betegség tüneteitől szenvedő személyek aránya.

Végül, a spontán vetélések, a művi terhességmegszakítások és az ACE-pontszám közötti összefüggések tekintetében is hasonló eredményeket kaptunk (7. ábra).



7. ábra: Az ACE Pontszámok és az abortuszok és vetélések közötti összefüggések

Eszerint minél több ártalmas gyermekkori élményt él át egy nő, annál nagyobb valószínűséggel végeztet el művi terhességmegszakítást felnőttkorában, és annál valószínűbb, hogy terhessége spontán módon megszakad. Ez utóbbi aránya 39,5% volt a 4 vagy annál több ACE-pontszámmal jellemezhető személyek csoportjában.

A kutatási program *harmadik fázisában* (2022) a korábbi fázisokhoz képest sokkal nagyobb és a lakosság egészéhez képest jellemzőbb mintát szerettünk volna toborozni. Emellett fontos célkitűzésünk volt, hogy az ártalmas gyermekkori élmények mellett a jótékony gyermekkori élményeket is vizsgáljuk (egyfelől megfelelő mérőeszközt tudjunk kialakítani, másfelől pedig a BCE-k elterjedtségét és összefüggéseit is vizsgálni szerettük volna). Harmadik fontos célkitűzésünk szerint szerettük volna megismerni azokat a védő tényezőket, amelyek lehetővé teszik, hogy nagyszámú ártalmas gyermekkori élmény megtapasztalása esetén is valaki egészséges és produktív tudjon maradni. Ennek érdekében a nagymintás kvantitatív vizsgálatunk mellé egy kisebb mintás kvalitatív vizsgálatot is terveztünk (87 fő bevonásával) olyan személyek körében, akik bár 4 vagy annál több pontot értek el az ACE-IQ skálán, mégis megfelelnek az alábbi kritériumoknak: nem lettek szenvedélybetegek, van munkájuk, családot alapítottak, vagy szeretnének a jövőben családot alapítani. Ezen kritériumoknak való megfelelés arról tanúskodik, hogy sikerült olyan életvitelt kialakítaniuk a vizsgálati személyeknek, ami adaptívnak és sikeresnek mondható az átélt ártalmak árnyékában is. Mivel az interjúk felvétele és elemzése jelenleg is zajlik, ezért e helyütt a nagymintás kvantitatív kutatás néhány első eredménye kerül bemutatásra.

A vizsgálati minta a Covid-járvány alatt került toborzásra, így a korábbi fázisokhoz képest jelentős változtatásnak tekinthető, hogy online kérdőív segítségével toboroztuk a vizsgálati személyeinket. Az online adatgyűjtés alapsokaságát az ország valamennyi háziiorvosi praxisa, és a háziiorvosi praxisokban kezelt és gondozott állampolgárok jelentették. A háziiorvosi praxisokat szakmai felhívás keretében kértük fel a vizsgálatban való részvételre. A felkérésünkre összesen 24 háziiorvosi praxis jelezte részvételi szándékát (6 praxis Budapesten és 4 Pest vármegyében /Budaörs, Solymár, Vác, Verőce/, 7 regionális központi jelentőségű városban /Salgótarján, Miskolc, Kecskemét, Hódmezővásárhely, Pécs, Zalaegerszeg, Székesfehérvár/ és 7 kisebb településen /Egervár, Szajk, Orgovány, Jászszentlászló, Makó, Ikervár, Berzence/. A következő lépésben a háziiorvosok a praxisukban általuk gondozott személyek e-mail címére kiküldték a kutatásban való részvételre szóló felkérést a kutatási kérdőív linkjével. Összesen mintegy 20.000 fő kapott felkérést a vizsgálatban való részvételre s közülük 2.105 fő meg is kezdte a kérdőívek kitöltését (adott informált beleegyező nyilatkozatot, és vállalta a részvételt anonim módon). Közülük 1.259 fő adatai érkeztek be, ám az adattisztítás során közülük csak 1199 fő adatai voltak felhasználhatóak. Ez a vizsgálati minta – szemben a korábbi fázisokban alkalmazottakkal – már sokkal inkább lakossági mintának tekinthető (hiszen nem csak a háziiorvoshoz forduló betegekből állt, hanem vala-

mennyi állampolgár bekerülhetett, akinek az e-mail elérhetősége rendelkezésre állt a háziorvosi praxisban), mégis számos ponton torzít a lakosság alapvető demográfiai jellemzőihez képest. Egyfelől a válaszadók többsége (62,5%-a) nő volt, valamint felülreprezentálta a felsőfokú végzettséggel rendelkező válaszadókat (58,8%). Az életkor tekintetében kiegyenlítettnek tekinthető (átlagéletkor=49,26 év; SD=14,49 év, a kitöltők életkora 18 és 91 év között szóródott). A válaszadók 75,5%-a élt családban vagy párkapcsolatban, 12,2% volt egyedülálló és 11,5% elvált vagy özvegy. A kérdőív 17 kategóriában tartalmazta azokat a jótékony gyermekkori élményeket, amelyeket addig a szakirodalomban a legtöbbször idéztek (ide tartozik a 10 tételes Jótékony Gyermekkori Élmények Skála is) (8. ábra).

► 3 kérdőív (BCEs Scale, PICs,TAQ)

- 17 kategória
  - Jó kapcsolat az **anyával**
  - Jó kapcsolat az **apával**
  - **Gondviselő**, aki törődött vele
  - Volt legalább egy jó **barátja**
  - Volt **felnőtt**, aki támogatta
  - **Hitt** valamiben, ami vigaszt nyújtott neki
  - Volt egy **tanár**, aki törődött vele
  - Szeretett **iskolába** járni
  - Jó kapcsolat a **szomszédokkal**
  - Lehetőség a **szórakozásra**
  - Kiszámítható **napirend**
  - **Szerette** önmagát
  - Gyakran **megdicsérték**
- **Biztonságban** érezte magát
- Volt **valami, amiben nagyon jó volt**
- Közös **programok a szülőkkel**
- Volt olyan **tevékenység**, amibe bele tudott feledkezni

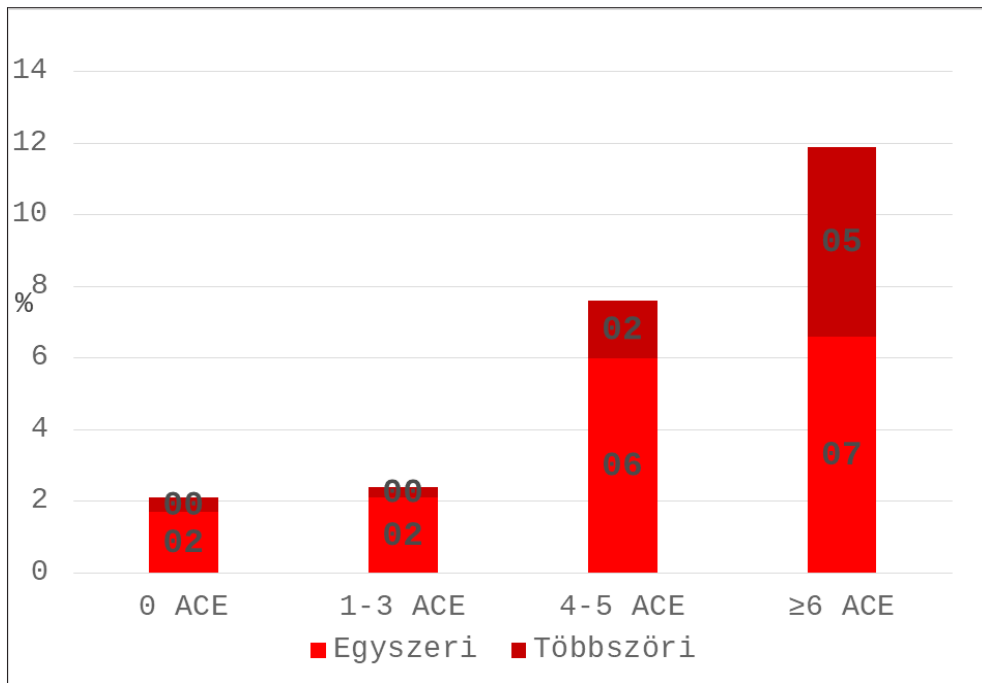
8. ábra: A kutatás harmadik fázisában mért pozitív gyermekkori élmények kategóriái

Az ártalmas gyermekkori élmények kérdőív pontszámait tekintve a háziorvosok páciensei körében toborzott online mintán az átlag 2,5 pont volt, ami alacsonyabb volt, mint a korábbi kutatások során a klinikai- vagy speciális csoportokban mért 4 pont fölötti pontszám, azonban magasabb volt, mint a kontrollcsoportokban mért átlagosan 1,2 pontos pontszám. Az ACE-pontszámok megoszlását a 2. táblázat szemlélteti.

ACE pontszám kategória	elemszám		%	
	szenvedélybetegek	háziiorvosi minta	szenvedélybetegek	háziiorvosi minta
0	7	232	3,3	19,3
1, 2 vagy 3	76	631	35,9	52,6
4 vagy 5	45	184	21,2	15,3
6 vagy több	84	152	39,6	12,7

2. táblázat: Az elemszámok alakulása az egyes ACE kategóriák mentén a szenvedélybeteg és a háziiorvosi mintákon

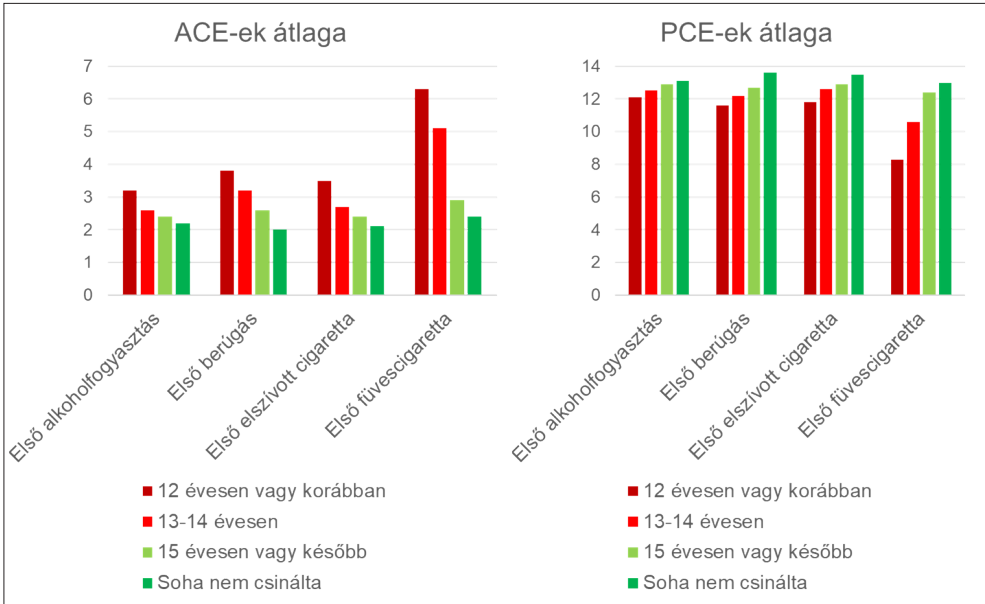
Ez alapján látszik, hogy a háziiorvosi mintában a legtöbb személy 1, 2 vagy 3 ACE-pontszámmal rendelkezik. A teljes minta 19,3%-a rendelkezik 0 ACE-ponttal, ami elmarad az eredeti ACE Studyban kimutatott 36%-os értéktől. A 4 vagy annál magasabb pontszámot mutató személyek aránya 28%, ami szintén rosszabb, mint az eredeti ACE-kutatásban feltárt arány. A korábbi kutatási hullámok során rögzített szenvedélybetegek körében mért adatokhoz képest azonban jelentősen kisebb arányban fordulnak elő az ACE-ek a háziiorvosi mintában valamennyi kategória mentén. Az adatok mégis azt mutatják, hogy a válaszadók közel egyharmada számolt be arról, hogy súlyos és visszatérő jelleggel tapasztalt meg a gyermekkorán legalább 4 féle ártalmas élményt. A legtöbben ezek közül a szülei választását vagy halálát (54,7%) jelölték meg, de gyakorinak mondható továbbá a szenvedélybeteg családtaggal való együttélés (32,6%) a bántalmazó családtaggal való együttélés (32,3%) és az érzelmi elhanyagolás elszenvedése (24%) az első 18 életév során. Érdekes eredmény, hogy a kutatás korábbi fázisában feltárt eredményekhez hasonlóan alakult a testi és lelki egészség mutatóinak alakulása az ACE-pontszámok függvényében, azonban az arányok alacsonyabbak voltak, mint a szenvedélybetegek körében mért adatok. A rendelkezésre álló terjedelem okán mindössze az öngyilkossági kísérletek elkövetésének példájával szemléltetem azt a jelenséget. Az ACE-pontszámok és az öngyilkossági kísérletek elkövetésének összefüggéseit a 9. ábra mutatja be.



9. ábra: Az öngyilkossági kísérletek elkövetésének alakulása az ACE pontszámok kategóriái mentén az online mintában

Jól látható az ábrán, hogy a szenvedélybetegek körében kimutatottakhoz hasonlóan itt is jelentősen növekszik az öngyilkossági kísérletek száma az ACE-pontszámok növekedésével, azonban még a legsúlyosabb esetben is – 6 vagy annál több ártalmas élményt átélők körében – 10,6% szemben a szenvedélybetegek körében korábban kimutatott 42,1%-kal.

A pozitív gyermekkori élmények kategóriáinak megoszlását vizsgálva kijelenthetjük, hogy a vizsgált 17 élménykategória közül 8 esetében a válaszadók legalább háromnegyede megtapasztalta azokat élete első 18 éve során. Három kategória esetén szinte valamennyi válaszadó (több, mint 93%) kijelentette, hogy megtapasztalta: volt legalább egy gondviselője, aki mellett biztonságban érezte magát; volt legalább egy jó barátja; és volt lehetősége arra, hogy jól érezze magát és szórakozzon. A három kategória, amelyre a legkevesebben válaszoltak igennel (55% alatti arányban) az alábbiak voltak: szerette önmagát vagy elégedett volt önmagával; megdicsérték és éreztették vele, hogy értékes ember; és szülőkkkel közös programokban való részvétel. Noha az ez irányú adatelemzések még zajlanak, mégis kijelenthető, hogy az első eredmények bizakodásra adnak okot a pozitív gyermekkori élmények jótékony hatásai szempontjából. A függőséget okozó szenvedélyszerek életkorok szerinti ki- próbálását vizsgálva a PCE-k átlaga érdekes összefüggést mutat (10. ábra)

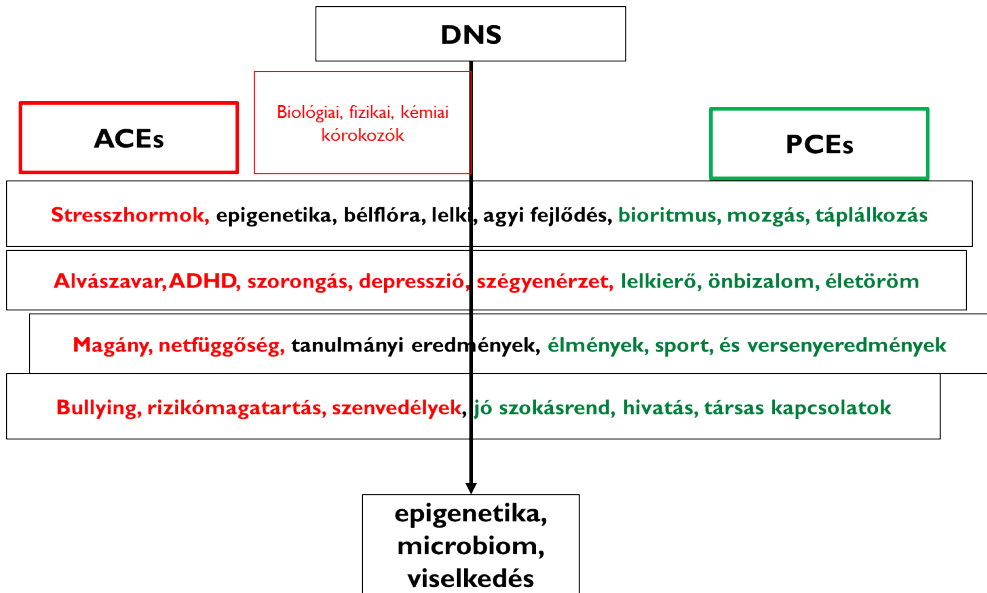


10. ábra: Az egyes szenvedély-szerek kipróbálásának életkori megoszlása az ACE és PCE pontszámok mentén

Az ábrán látható, hogy a PCE-pontszámok átlaga ellentétes tendenciát mutat az ACE-pontszámokhoz képest, azaz minél később kezdett el fogyasztani alkoholt, nikotinos- vagy marihuánás cigarettát valaki a kamaszkora során (vagy egyáltalán nem fogyasztotta ezeket), annál több pozitív gyermekkori élmény pontszámot ért el. Ezek természetesen csak első és leíró természetű adatok, azonban érdekes tendenciát jelenítenek meg.

### 3. Következtetések

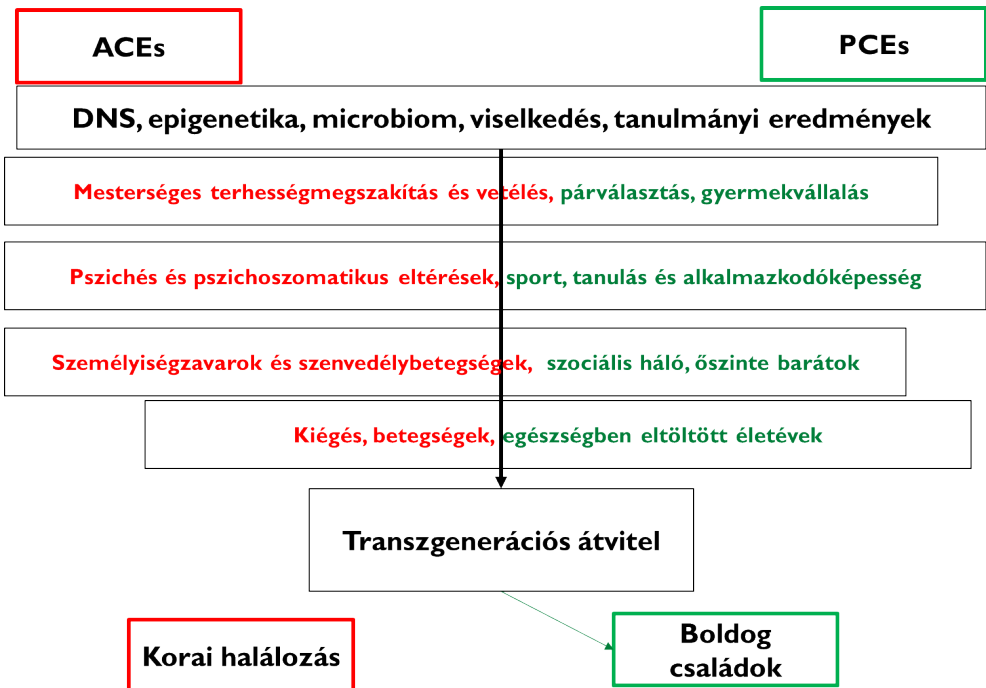
A szakirodalmi adatok, valamint saját kutatási eredményeink alapján fundamentális jelentőségűnek tűnik az a megállapítás, amely szerint a gyermekkorunk során átért élményeink, és az azok nyomán kialakuló személyiségbeli, életvitelbeli és szociális jellemzők döntő fontosságúak felnőttkori egészségünk szempontjából. Ezt a bonyolult és sok elemű összefüggésrendszert a gyermekkor során az alábbi sematikus ábra szemlélteti (11. ábra).



11. ábra: Az ACEk és PCEk lehetséges kimenetelei a gyermekkori fejlődés során

A fejlődés alapvonalait és a biológiai lehetőségek alakulását a DNS kódolja. Természetesen a genetikai hatások velünk születettek, azt a környezeti hatások csak modulálni tudják. Azonban e moduláció hatására számos betegség tud manifesztálódni szélsőséges környezeti hatások következtében, amelyek lappangó természetűek maradnának ezek hiányában. A genetikai hatások ráadásul az olyan jelentős problémák esetében, mint az alkoholbetegség csak kb. 45–55%-os magyarázóerővel bírnak, ami kiemeli a környezeti – és ezek közül elsőrendűen a gyermekkori és családi – hatások jelentőségét. A genetikai okok mellett a különféle kórokozók, kémiai ártalmak vagy balesetek is jelentős hatást gyakorolhatnak a gyermekkori fejlődésre. Ezek természetesen alapvetően függetlenek lehetnek az ártalmas gyermekkori élményektől, de össze is függhetnek velük. Például egy elhanyagoló családi közegben nagyobb az esély arra, hogy valakinél súlyos szövődmények alakuljanak ki egy banális fertőzés esetén is, hiszen a szülők nem követik kellő figyelemmel gyermekük egészségi állapotát vagy kifejezetten bagatellizálják a gyermek betegségére vonatkozó jelzéseit. Ezeken a döntően biológiai természetű determinánsokon kívül – úgy tűnik – a leginkább meghatározó tényező a gyermekkori egészséges fejlődés szempontjából a gyermekkori élményvilág és a családhoz, valamint a tágabb környezethez kötődő „tapasztalat-kincs”. Amennyiben az ártalmas élmények dominálják egy fejlődő gyermek világát, úgy jól tetten érhető, és egymásra épülő rendellenes fejlődési folyamatok figyelhetők meg (döntően a stresszválasszal összefüggő komplex pszichofiziológiai hatások révén, amelyek kimutathatók az agyi fejlődés szuboptimális

irányában, a korai pszichés problémák tüneteiben, de a legújabb kutatások szerint a bélflóra összetételében, valamint epigenetikai változásokban is), amelyek a serdülőkorra komplex problémaviselkedés-csoport kialakulásában válnak nyilvánvalóvá (Izd. 11. ábra). Ezzel szemben a döntően pozitív élmények által dominált gyermekkori fejlődés képes ellensúlyozni bizonyos kedvezőtlen biológiai hatásokat, valamint kellően ellenállóvá és kreatívvá teszi a gyermeket az élet későbbi szakaszainak kihívásával szemben. Ez a kétféle fejlődési pálya aztán a felnőttkor során még drámaibb különbségeket idéz elő a döntően ártalmas vagy pedig döntően biztonságos és jótejkony élményeket átélő személyek között (Izd. 12. ábra).



12. ábra: Az ACEk és PCEk lehetséges kimenetelei a felnőttkor során

A dominánsan ártalmas élményeket megtapasztaló gyermekek felnőttkorára már megszilárduló biológiai és pszichológiai eltérések vezetnek el azokhoz a felnőttkori ártalmakhoz, amelyek a legtöbb kutatás eredményében konzekvensen visszatérnek: az életvezetési nehézségekhez, a különféle testi- és lelki megbetegedésekhez, a szenvedélybetegségekhez, a korai halálozáshoz. A másik, üdvösebb fejlődési útvonalon felnövő személyek felnőttkori életére ezzel szemben az önmegvalósítás, a teljesebb, boldogabb élet és az egészségben eltöltött évek jellemzőek. Az egyéni sors alakulásának szempontja mellett legalább ennyire fontos kérdés a gyermekkori élmények generációról generációra történő átadásának kérdése. A genetikai hatások

mellett döntő fontosságúnak tűnik a viselkedésformák átadása, a gyermekkorban megtapasztalt élményvilág továbbadása, és ezzel az újabb generációk „megfertőzése”, vagy testi és lelki jóllétének megalapozása. Az ártalmas élményekben érintett embertársaink meggyógyítása ilyen értelemben a következő generáció számára preventív jelentőségű. A rendelkezésre álló jó gyakorlatok alkalmazása mellett fontos lenne az iskolai környezet, a szociális rendszer, valamint az egészségügyi ellátórendszer traumatudatos fejlesztése, szakemberek széles körének gondoskodó összefogása. Emellett a társadalmi kommunikáció szempontjait sem lehet kellő mértékben hangsúlyozni, hogy szakítani lehessen azzal a felfogással, „miszerint engem is vertek a szüleim, mégis ember lettem”. Mára tudományos evidenciákkal alátámasztott állítás, hogy az 1. ábrán bemutatott piramis „eltéríthető” a hosszú és boldog élet kialakítása felé. Azonban minél később kerül valaki ellátásra, annál nehezebb megállítani és visszafordítani a már megindult megbetegítő folyamatokat. A széleskörű megelőzés, a korai beavatkozás és a társadalmi tudatosítás tűnnek a leginkább kifizetődő és hosszú távon is hatékony stratégiáknak. A magunk szerény szolgálataival ezekhez a célokhoz kívántunk hozzájárulni az elmúlt hét esztendő folyamán. Az elvégzett munka tetemes, de a kihívások is hatalmasnak látszanak. A kérdés hazai tudományos megalapozása érdekében a fent röviden bemutatott kutatási lépések mellett szerveztünk három konferenciát, részt vettünk több tucat szakmai workshopon és rendezvényen, valamint megjelentettünk 8 szakmai publikációt és témavezetői voltunk 15 szakedzőnek és egy OTDK-versenyzőnek. Ezekon felül egy interdiszciplináris szakmai csoportot és kutatóműhelyt hoztunk létre Egyesület a Gyermek Egészséges Lelkivilágért néven (EGyELV), amelynek missziója a tudományos ismeretek gyarapítása, a jó gyakorlatok hazai terjesztése, valamint a társadalmi tudatosság növelése az ACE-ek vonatkozásában.

Összegzésképpen hangsúlyozandó, hogy az ártalmas gyermekkori élmények hazánkban elterjedtek, több generációt érintenek, és jelentős mértékben felelősek a rossz hazai egészségi mutatókért (kiemelkedő mértékben például a problémás alkoholhasználatért, amiben lakosságarányosan jelenleg világelső vagyunk). A már kialakult testi és lelki megbetegedések felnőttkori gyógyítása során azok lélektani hátterével is foglalkozni kellene, nemcsak a gyógyító munka sikere, hanem a másodlagos prevenció fontossága okán is. Emellett jelentős mértékű és összehangolt prevenciós munkára lenne szükség annak érdekében, hogy a következő generáció egészségesebb, boldogabb és teljesebb életet élhessen, mint a korábbiak.