



A pofonoktól a tűig – a negatív gyermekkori élmények és a szerhasználat

Fekete-Gál Martina¹, Matuszka Balázs², Makara Mihály³

¹Európai Prevenációs és Terápiás Medicina Alapítvány, ²PPKE-BTK Pszichológiai Intézet, ³Dél-Pesti Centrumkórház, Szent László Kórház telephely, Központi Felnőtt Szakrendelő

Absztrakt

A negatív gyermekkori élmények (Adverse Childhood Experiences, ACE) és az elszenvedésüket követő, későbbi életszakaszokban kimutatható egészségkárosító hatásukat számos kutatás igazolta. Az ACE-ek – egyéb egészségkárosító hatásuk mellett – képesek hatást gyakorolni a drogfogyasztás-, a depresszió-, valamint az öngyilkosság megjelenésére. Kutatásunk hazai mintán is igazolta a nemzetközi irodalomban feltárt összefüggéseket. A szerhasználók szignifikánsan több negatív élményt éltek át gyermekkorukban, mint a nem szerfogyasztó társaik. A 6 vagy annál több súlyos ACE-t átélők csoportjában 10-szer nagyobb volt annak az esélye, hogy valaki drogfogyasztóvá váljon, mint az egyetlen ACE-t sem elszenvedők csoportjában. Ugyanezen két csoport esetén depresszió tekintetében 15-szörös, míg a visszatérő öngyilkossági kísérletek tekintetében 27-szeres esély-növekedést találtunk.

Kulcsszavak: negatív gyermekkori élmények, kábítószer-fogyasztás, függőség, depresszió, öngyilkosság

Abstract

The subsequent health-damaging effects of adverse childhood experiences (ACEs) have been demonstrated by numerous studies. ACEs – next to many other adversities – can effect the emergence of drug use, depression, and suicide. Our research has found results that are in line with the prior international findings. Drug users experienced significantly more adverse experiences in their childhood than their non-drug-using peers. The group experiencing 6 or more serious ACEs was 10 times more likely to become a drug user than the group experiencing 0 ACEs. For the same two groups, we found a 15-fold increase of odds of depression and a 27-fold of multiple suicide attempts.

Keywords: adverse childhood experiences, drug use, addiction, depression, suicide

Bevezetés

Agyunk korai fejlődése – illetve annak zavartalansága – nagyban meghatározza későbbi képességeinket. Életünk első néhány éve minden szempontból szenzitív, sebezhető időszak, s az ebben a korban elszenvedett negatív behatások, traumák akár egész életen át hatással lehetnek nemcsak teljesítményünkre, kognitív funkcióinkra, hanem az egész személyiségünkre, testi és lelki egészségünkre is. A gyermekkorban elszenvedett traumák, negatív gyermekkori élmények (Adverse Childhood Experiences – ACE-ek) az élet minden területére képesek kifejteni hatásukat: szociális, kognitív és érzelmi károsodásokon keresztül egészségkárosító magatartásformákhoz vezethetnek, amelyek következményeként betegségek és szociális problémák alakulnak ki. A problémák egymásra rakódása pedig korai halált eredményezhet (1. ábra).



1. ábra. A negatív gyermekkori élmények lehetséges hatásai életünk során (Forrás: Felitti et al., 1998).

Az olyan egészségkárosító magatartásformák, mint a függőségek kialakulása csupán a piramis harmadik szintjén helyezkedik el, vagyis a gyermekkorban elszenvedett negatív élmények és az ezek okozta károsodások vezethetnek el oda, hogy valaki szerhasználóvá váljon. Fontos lenne, hogy megértsük: *a szenvedélybetegek számára az alkohol és a kábítószer sok esetben nem élvezeti cikkek, csupán eszközök, hogy elnyomjanak magukban valamit, hogy megszüntessék a kínzó tüneteket, a belső fájdalmat, a negatív gondolatokat, hogy eltereljék a figyelmüket a saját, belső világukról és kiszakadhassanak a valóságból.* A gyermekkorban elszenvedett káros élmények nyomot hagynak a gyermekekben, a fizikai károk mellett súlyos érzelmi problémákhoz, az önértékelés zavarához vezethetnek, valamint szociális, beilleszkedési, tanulási problémákat válthatnak ki akár már kisgyermekkorban is. Ha a gyermekek nem kapnak megfelelő segítséget, és nem látnak más kiutat, később a



szerhasználatba menekülnek, ezáltal próbálva „gyógyítani” magukat, és ezzel még súlyosabb károkat okozva az éltük során.

Számos kutatás igazolta, hogy a gyermekkorban elszenvedett negatív élmények összefüggésbe hozhatók olyan pszichés tényezőkkel, mint az önértékelés (Holovits et al., 2009), a szorongás (van der Feltz-Cornelis et al., 2019), a reménytelenség érzése (Baxter et al., 2017), a depresszió, vagy az öngyilkossági kísérletek elkövetésének valószínűsége (Felitti et al., 1998; Merrick et al., 2017). Vagyis a traumának való kitettség nem csak gyermekkorban képes problémákat okozni, a negatív gyermekkori élmények egész életen át tartó károsodásokat okozhatnak.

Negatív gyermekkori élmények

Az első átfogó tanulmány, amely a negatív gyermekkori élmények és bizonyos egészségügyi kockázati tényezők összefüggéseit vizsgálta, 1998-ban jelent meg Amerikában Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, vagyis Negatív Gyermekkori Élmények Tanulmány címmel. A tanulmány alapjául szolgáló kutatás első hulláma során Vincent J. Felitti, Robert F. Anda és munkatársaik 8708 felnőttek vizsgáltak, míg a kutatás második szakaszában 8629 személy töltötte ki a kérdőívet, így összesen 17337 középosztálybeli, egészségügyi biztosítással rendelkező vizsgálati személy adataival dolgozhattak (Dube et al., 2001; Felitti & Anda, 2009). A kérdőíveket postán juttatták el a kitöltőkhöz, akik kórtörténetét már ezt megelőzően felvették a Kaiser Permanente betegellátó és biztosító klinikán, San Diegoban (Felitti et al., 1998).

Az általuk használt kérdőívben a negatív gyermekkori élmények 10 kategóriájára kérdeztek rá: 1) gyakori vagy súlyos érzelmi-, 2) fizikai- és 3) akár egyszeri szexuális bántalmazás, 4) gyakori érzelmi- és 5) fizikai elhanyagolás, 6) anya ellen elkövetett erőszak, 7) szülők válása, 8) a gyermek olyan személlyel él egy háztartásban, aki szenvedélybeteg, 9) aki pszichiátriai betegségben szenved, vagy követett el öngyilkosságot, illetve 10) aki volt börtönben. Minden kategóriára 1-1 kérdés vonatkozott, amelyre igennel vagy nemmel felelhettek a kitöltők, annak függvényében, hogy megtörtént-e velük gyermekkorukban az adott élmény, vagy sem. A kérdőívek elemzése során minden ACE kategóriában adott „igen” válasz 1 ACE pontot ért, így maximum 10 pontot érhetnek el a kitöltők, s a kapott pontszám alapján 5 kategóriába sorolták őket: 0 ACE, 1 ACE, 2 ACE, 3 ACE, 4 vagy több ACE (Felitti & Anda, 2009).

A kutatás eredményeiből nyilvánvalóvá vált, hogy a negatív gyermekkori élmények sokkal gyakoribbak, mint azt elsőre gondolnánk, szoros összefüggést mutatnak egymással és akár évtizedekkel később is hatással lehetnek egészségi állapotunkra. A vizsgálati személyek egyharmada nem számolt be egyetlen gyermekkorban átélt negatív élményről sem, azonban, ha egy kitöltő már megnevezett egy átélt negatív élményt, akkor 87% volt a valószínűsége, hogy legalább egy további kategóriába tartozó negatív élményt még elszenvedett gyermekkorában. Minden hatodik vizsgálati személy a legsúlyosabb kategóriába tartozott, vagyis 4 vagy annál több volt az ACE pontszáma, minden kilencedik személy pedig 5 vagy több negatív gyermekkori élményt is átélt (Felitti & Anda, 2009).



A függőségek lelki eredete

Bár a szenvedélybetegségek kialakulása mögött okkal feltételezhetünk felnőttkori, a függőség kialakuláshoz időben közelebbi eseményeket, sok kutatás és elmélet fókuszában mégis a gyermekkor áll a kiváltó okok tekintetében. Az addikció pszichológiai modellje a személyiségfejlődés valamilyen hiányosságának vagy torzulásnak tulajdonítja a szerfüggőség kialakulását. E modell szerint az alkohol vagy drog mintegy eszközként van jelen a fogyasztó életében, amely segítségével elfedheti tüneteit, vagy megszabadulhat azoktól. Az olyan tényezők, mint a szülők halála vagy válása, vagy egy alkoholista szülő a gyermek életében, károkat okozhatnak a korai személyiségfejlődés során, ezzel olyan kognitív és érzelmi folyamatokat elindítva, amelyek elősegítik a függőség kialakulását. A szociális tanulási modell ezzel szemben a szociális működés hibás elsajátítását nevezi meg kiváltó okként az addikciók kialakulásában. A sikeres szocializációt gátló tényező lehet például az erőszak a családon belül, a szülői szerhasználat, a szülő hiánya, vagy a szexuális zaklatás is (Kalapos, 2016).

A fent leírt elméletek alap álláspontját, vagyis, hogy a függőségek eredete a gyermekkorban keresendő, több kutatás is alátámasztotta. A negatív gyermekkori élmények egészségkárosító magatartásformákkal való összefüggéseit már az eredeti ACE tanulmány is hangsúlyozta. Felitti és munkatársai kimutatták, hogy a negatív élmények elszenvedése gyermekkorban növeli a kóros elhízás, a fizikai inaktivitás, a szexuális úton terjedő betegségek, és a dohányzás kockázatát is, hasonlóan a két legsúlyosabb egészségkárosító magatartásforma; az alkohol- és drogfogyasztás rizikójához (Felitti et al., 1998). Egy 2017-es vizsgálatban azt találták, hogy azok a személyek, akik 3 ACE-el rendelkeztek, nagyobb valószínűséggel számoltak be alkoholizmusra utaló alkoholfogyasztási szokásokról, mint azok, akik nem éltek át egyetlen negatív élményt sem gyermekkorban (Kim, 2017). Stein és munkatársai pedig összefüggést találtak a negatív gyermekkori élmények és az intravénás droghasználat között, valamint azt találták, hogy az ACE-ek számával fordítottan arányos az, hogy hány éves korban válik valaki ópiát-fogyasztóvá (Stein et al., 2017). Egy 2014-es kutatás eredményei szerint minden ACE kategóriával egyre nő annak a valószínűsége, hogy valaki drogfogyasztóvá válik serdülő- vagy felnőttkorban, valamint nő annak a valószínűsége, hogy valakinek az élete során drogproblémái legyenek vagy kábítószerfüggővé váljon (Dube et al., 2003).

Thege és munkatársai egy szisztematikus szakirodalmi áttekintés során 181 olyan tanulmányt elemeztek, amelyek a traumák és az addiktív viselkedés kapcsolatát vizsgálták. A tanulmányok 39,7%-ában szignifikáns összefüggést találtak a gyermekkori traumák és az addiktív viselkedés között, 64,6%-ban pedig olyan traumákkal találtak összefüggést, amely esetén az elszenvedés életkora nem volt specifikálva, de ebbe beletartozhattak a gyermekkorban átélt élmények is. A tanulmányok 43,6%-a egyértelműen alátámasztotta, hogy a súlyosabb traumának való kitettség korrelált a súlyosabb addiktív viselkedési problémákkal (Thege et al., 2017).

Az említett, szenvedélybetegségek eredetét kutató elméletekben közös, hogy lehetséges kiváltó okként nevezték meg a szülői szerhasználatot. Stein és munkatársai is kitértek erre tanulmányukban, amely szerint a szülők szerhasználatát hatással van a gyermekek kábítószer

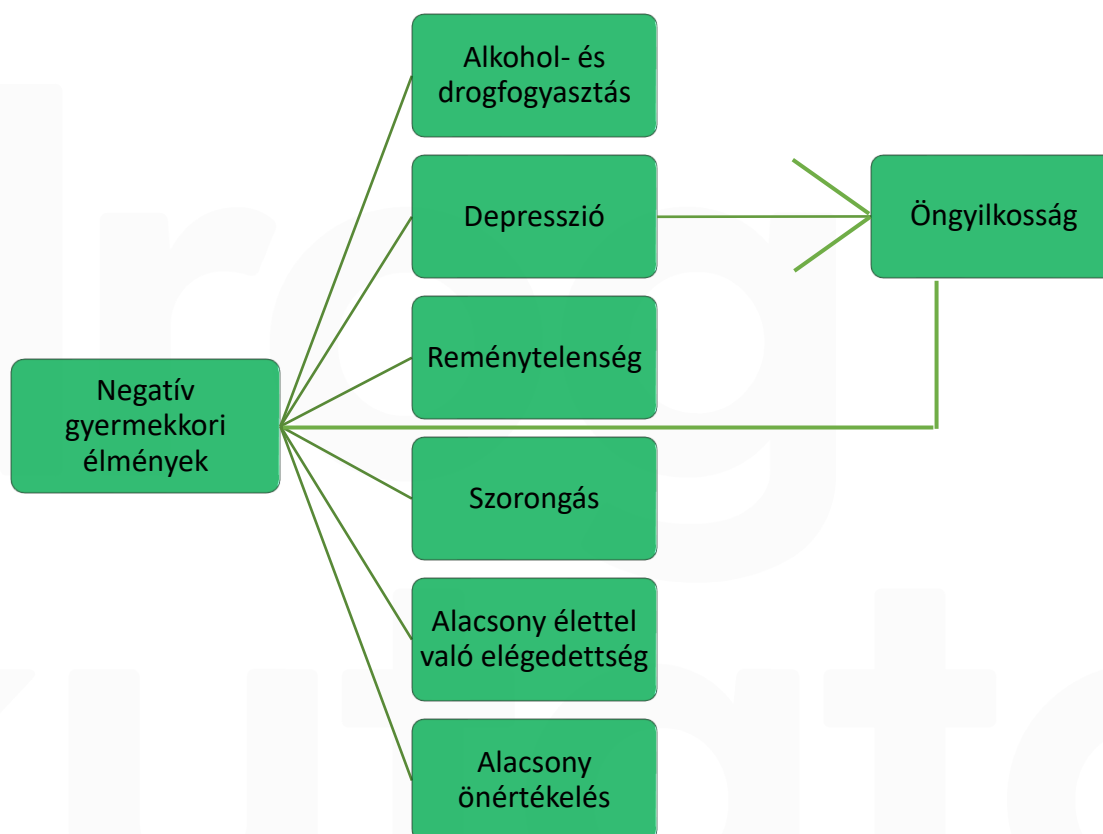


használatának kockázatára, akár genetikai öröklődés, akár a szülők viselkedésének modellezése következtében (például a drog használata a negatív élményekkel való megküzdésben), akár azért, hogy fokozza a gyermek életében a környezeti stresszorokat (például elhanyagolás, bántalmazás vagy szegénység) (Stein et al., 2017). Dube és munkatársai tanulmányukban azt találták, hogy az, ha egy gyermek 18 éves korát megelőzően alkoholistá vagy drogfogyasztó felnőttel élt egy háztartásban, az 2,1-szeresére növelte annak az esélyét, hogy élete során kábítószer fogyasztóvá váljon, valamint 5,2-szeresére növelte annak az esélyét, hogy már 14 éves kora előtt elkezdjen drogokat fogyasztani (Dube et al., 2003).

A függőségen túl

A negatív gyermekkori élmények egészségre, és a rizikómagatartásokra kifejtett hatásain túl számos pszichés jellemzővel is szoros összefüggést mutatnak. Ezen tényezők pedig egymással is kapcsolatban állhatnak, így a negatív gyermekkori élmények hatásainak pontos feltérképezéséhez elengedhetetlen a pszichés egészség aspektusaira kifejtett hatások közötti kapcsolatrendszer feltárása.

Kutatások támasztják alá, hogy a negatív gyermekkori élmények csökkentik az élettel való elégedettség szintjét (Hughes et al., 2016; Mosley-Johnson et al., 2019), növelik a reménytelenség szintjét (Baxter et al., 2017), valamint bizonyos negatív gyermekkori élmények szorongást idéznek elő (van der Feltz-Cornelis et al., 2019), vagy alacsonyabb önértékeléshez vezetnek (Holvits et al., 2009). Több vizsgálatban összefüggést találtak a negatív gyermekkori élmények és a depresszió (Kim, 2017; Merrick et al., 2017; Nelson et al., 2017), valamint az öngyilkosság között (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2016; Merrick et al., 2017; Mosley-Johnson et al., 2019). Az ACE-ek tehát igen szerteágazóan képesek kifejteni hatásukat a mentális egészségre (2. ábra), jelen tanulmányban azonban csak két fontos tényezőt, a depresszió és az öngyilkosság kérdését, valamint ezek összefüggéseit szeretnénk kiemelni.



2. ábra. A negatív gyermekkori élmények hatása a függőségre és bizonyos pszichológiai tényezőkre (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Az eredeti ACE tanulmány feltárta, hogy az ACE-ek számának növekedésével nő a deprimált hangulat megjelenésének kockázata, valamint az öngyilkossági kísérletek elkövetésének valószínűsége is. Összehasonlítva azokat a vizsgálati személyeket, akik egyetlen negatív élményt sem éltek át azokkal, akik 4 vagy több ACE-t is megtapasztaltak, 12,2-szer nagyobb volt az öngyilkosság elkövetésének kockázata a legtöbb ACE-t elszenvedők csoportjában, míg a depressziós epizód előfordulásának esélye 4,6-szer nagyobbak bizonyult azok körében, akik 4 vagy több negatív gyermekkori élményt is átéltek gyermekkorukban (Felitti et al., 1998).

A depresszió komorbiditásának aránya az alkohol- és drogabúzással 32-54% közé tehető (Gerevich et al., 2009). Már több évtizeddel ezelőtt világossá vált, hogy a depressziót átélő betegek gyakran a szerhasználatba menekülnek, a kábítószerből várva negatív tüneteik csökkenését és állapotuk javulását (Khantzian, 1985), azonban fordított összefüggés is megfigyelhető, a függőség is vezethet depresszió kialakulásához (Dackis & Gold, 1983). Vagyis a szerhasználat kétirányú összefüggésben állhat a depresszió kialakulásával.

A WHO adatai alapján a szerfogyasztás minden formája növeli az öngyilkosság kockázatát, az összes elkövetett öngyilkosság 25-50%-ában alkohol- és egyéb szerhasználati problémákat azonosítottak (WHO, 2014). A már előrehaladott alkohol- és drogbetegség esetében magasabb az öngyilkossági kísérletek elkövetésének kockázata (Buda, 2001). Egy amerikai vizsgálat eredményei szerint az öngyilkosok 40-70%-ánál szerfogyasztó volt az áldozat, a



leggyakoribb az alkohol- és a cannabis-fogyasztás volt, de nagy százalékban megjelentek egyéb kábítószeres is (Kalapos, 2016). Az öngyilkosság rizikófaktorai közé tartozik a reménytelenség, az alkohol- és drogfogyasztás (WHO, 2014), valamint a depresszió is (Buda, 2001; Rihmer et al., 2015), amely tényezők a negatív gyermekkori élményekkel is összefüggést mutatnak. Ezen eredmények alapján feltételezhetjük, hogy azokban az esetekben, amikor a negatív gyermekkori élmények nem közvetlenül vezetnek az öngyilkossági kísérletek elkövetéséhez vagy a depressziós állapot kialakulásához, akkor az alkohol és drogfogyasztási szokásokon keresztül is hatással lehetnek az öngyilkossági motiváció és depresszió megjelenésére (2 ábra).

Jól látható tehát, hogy a negatív gyermekkori élmények számos tényezőre, pszichológiai jellemzőre képesek negatív hatást kifejteni, amely tényezők egymással is szoros összefüggésben állhatnak. Ezáltal az ACE-ek nem csupán közvetlenül, hanem közvetetten is képesek hatást gyakorolni a felnőtt élet bizonyos aspektusaira, s olyan dominó-hatást indíthatnak el, amely útján egyik negatív hatás váltja ki a másikat, ezzel az élet több területén okozva negatív következményeket vagy akár maradandó károsodásokat.

Minta és módszer

A Felitti, Anda és munkatársaik által megalkotott 10 kérdéses ACE kérdőívet számos kutatásban alkalmazták és alkalmazzák mind a mai napig, van azonban a kérdőívnek egy részletesebb, kibővített változata, az Egészségügyi Világszervezet által kidolgozott WHO ACE-IQ, vagyis a Negatív Gyermekkori Élmények Nemzetközi Kérdőíve (WHO, 2018). A 31 kérdéses kérdőív segítségével pontosabb képet kaphatunk a negatív gyermekkori élményekről, ugyanis már nem csak igen-nem válaszokra van lehetőség, hanem megjelölhető az adott gyermekkori élmény elszívódásának gyakorisága is. Valamint a kérdőív kibővíti az ACE kategóriák számát 3 további negatív élmény kategóriával, így már nem 10, hanem 13 negatív gyermekkori élmény kategória mérhető a segítségével. A válaszok árnyaltságából (Sokszor/Néhányszor/Egyszer/Soha) adódóan az ACE IQ kétféleképpen is kiértékelhető. Létezik egy „megengedőbb” kiértékelés, amely alapján akkor is kap pontot a kitöltő, ha az adott kategóriába tartozó negatív élményt csak egyszer élte át, valamint létezik a „szigorúbb” kiértékelés, amely esetén csak akkor adunk pontot az adott ACE kategóriára, ha a negatív élmény többször is megélt a kitöltővel. Statisztikai elemzéseink során a szigorúbb kiértékelési módot alkalmaztuk, azaz a súlyos negatív élmény-kategóriák számát vizsgáltuk (0-13 ACE).

Kutatásunk során a Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Szent László Kórház Központi Felnőtt Szakrendelőjében alkoholfogyasztás következtében szerzett májkárosodás, és intravénás droghasználat következtében szerzett hepatitisz fertőzés kezelése okán megjelenő, valamint kóros elhízás miatt kialakult zsírmájú betegeket, valamint az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet - Nyíró Gyula Kórház (OPAI) Addiktológiai Osztályán fekvő betegeket vizsgáltuk. Kontrollcsoportként felnőttkorban transzfúzió átesett, és betegségüket így szerzett hepatitisz fertőzöttek, valamint házi orvosukhoz jogosítványmegújítás (vagyis nem betegség) kapcsán érkező páciensek adatait



elemztük. A kórházi és háziorvosi minta mellett külsős csoportokban is történt adatfelvétel, így összesen 15 csoportunk volt, amelyekben összehasonlítottuk az ACE-ek átlagát (1. táblázat).

Csoportok	Fő	ACE-ek átlaga
Intravénás drogfogyasztók hepatitiszsel	69	4,94
OPAI betegei	85	4,18
Alkohol okozta májbetegség	11	2,36
Vérátömlesztés miatti hepatitisz	21	1,19
Háziorvos (jogosítvány)	57	1,95
Egyetemisták	114	2,49
Álláskeresők	50	2,41
Borsodi lakosok	50	2,38
Emberbarát Alapítvány	47	4,38
Fogvatartottak (börtön)	44	3,23
Anonim HIV/HCV szűrés	6	2,17
Kórosan elhízott betegek	8	2,63
HIV betegek	51	1,90
Hajléktalanok	29	4,79
Számítástechnikai cég dolgozói	2	0,5
Összesen	644	3,10

1. táblázat. A minta felosztása (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

A teljes minta átlag ACE-pontszáma 3,1 volt. A legmagasabb átlagpontszám az intravénás droghasználók (4,94) csoportjában, valamint a hajléktalanok (4,79) és az Emberbarát Alapítvány addiktológiai kórképekben szenvedő betegei (4,38) körében volt megfigyelhető. Mivel az Emberbarát Alapítvány Alkohol- és Drogrehabilitációs Intézetként működik, így ez a csoport – bár nem került be a vizsgálati mintába – valójában szenvedélybetegekből tevődik össze. A hajléktalan csoportban pedig minden valószínűség szerint szintén felülreprezentált a szenvedélybetegek aránya, így már a csoporton belüli átlagok vizsgálatából is jól látható, hogy a szenvedélybetegek körében magasabb a negatív gyermekkori élmények aránya.



Jól látható azonban, hogy a mintavétel során igen szélsőséges csoportba tartozó személyek kerültek a mintánkba. A kutatás jelenlegi szakaszában nem volt célunk a reprezentatív mintavétel, helyette szerettünk volna olyan csoportokat bevonni a kutatásba, ahol feltételezhetően magasabb az átélt negatív gyermekkori élmények száma, hogy őket a kontrollcsoporthoz (ahol feltételeztük az ACE-ek alacsonyabb arányát) viszonyítva vizsgálhassuk, ezzel képet kapva a negatív gyermekkori élmények hatásairól.

A 644 fős minta 56,5%-a férfiakból, 42,7%-a pedig nőkből tevődött össze, az átlag életkor pedig 39,9 év volt. Végzettség tekintetében a vizsgálati személyek kevesebb, mint 1%-a vallotta azt, hogy nem végezte el a 8 általános iskolai osztályt, 18,2%-uk 8 osztályt végzett, 61,6%-uk pedig szakmunkásképző bizonyítványt vagy gimnáziumi érettségit szerzett. A minta 18,3%-a főiskolai vagy egyetemi diplomát szerzett, 0,9%-uk pedig PHD-vel vagy ennek megfelelő tudományos minősítéssel rendelkezik.

A statisztikai vizsgálatok során két megközelítést alkalmaztunk a csoportbontás és az ACE-ek számának vizsgálatára. Az egyik megközelítés az volt, hogy összehasonlítottuk a vizsgálati és a kontroll minta negatív gyermekkori élményeinek számát. Jelen statisztikai elemzésben a vizsgálati mintába csupán a László kórházban vizsgált intravénás drogfogyasztók kerültek, és az OPAI betegek közül azok, akik szintén kábítószer-fogyasztás miatt kerültek az intézménybe, vagyis a továbbiakban az alkoholfogyasztó betegek nem képezik a vizsgálati minta részét. A másik megközelítés szerint pedig az ACE-ek számára koncentráltunk, így eltöröltük a vizsgálati és kontroll mintát, és a negatív gyermekkori élményeket használtuk csoportosító változóként. Összesen 4 csoportot alakítottunk ki, a nemzetközi szakirodalomnak megfelelően: 0 ACE, 1-3 ACE, 4-5 ACE, ≥ 6 ACE.

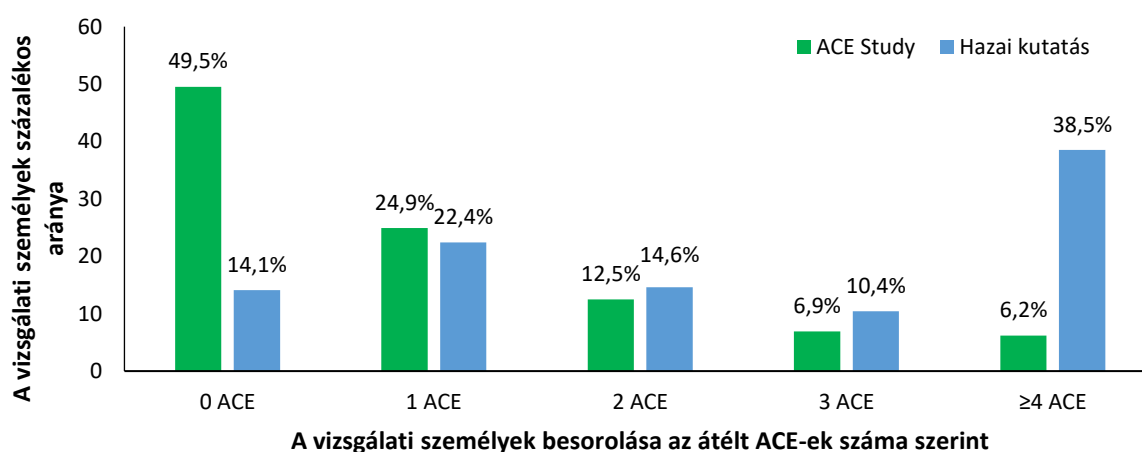
A kutatás során vizsgált drogfogyasztó személyek előzetes orvosi anamnéziséjük alapján kerültek a megfelelő mintába, azonban a kérdőívek kiértékelése során felfedeztük, hogy a valós fogyasztásra irányuló kérdésekre adott válaszok néhány vizsgálati személynél ellent mondtak annak, amely csoportba soroltuk őket. Így például voltak olyan vizsgálati személyek, akik habár a drogfogyasztó csoportba tartoztak, válaszaik alapján egyáltalán nem fogyasztottak drogot életük során (vagy csupán alkalmi, kismértékű fogyasztásról számoltak be). Illetve előfordult, hogy valaki a kontroll mintába került, de a válasza alapján valójában drogfogyasztónak számított. Így az eredmények elemzése során két csoportosítást is alkalmaztunk a szerhasználat vizsgálatára. Megvizsgáltuk a kitöltőket csoport-hovatartozás alapján, vagyis az alapján, hogy a csoportjuk szerint drogfogyasztónak tekintettük-e őket, vagy sem, illetve a valós drogfogyasztás alapján is elemeztük az adatokat.

A szülői szerhasználat kérdését is szerettünk volna megvizsgálni, ezért ezen kérdés elemzésekor két csoportra osztottuk a mintát. Az egyik csoportba azok a vizsgálati személyek kerültek, akik azt nyilatkozták, hogy 18 éves koruk előtt éltek együtt olyan személlyel, aki gyakran ivott vagy alkoholistá volt, esetleg kábítószerrel vagy gyógyszerekkel való visszaélést követett el, a másik csoportba pedig azok, akik nem számoltak be ilyen negatív gyermekkori élményről.

A depresszió vizsgálatára a Beck Depresszió kérdőív rövidített változatát alkalmaztuk, valamint megkérdeztük a vizsgálati személyeket, hogy diagnosztizáltak-e náluk valaha depressziót. Az öngyilkosság kérdésének feltérképezésére pedig két kérdést alkalmaztunk. Elkülönítettük azt, ha valaki öngyilkosságra készítető gondolatoktól szenvedett, és azt, ha valóban öngyilkosságot kísérelt meg. Ezen túlmenően az öngyilkosságra készítető gondolatokon belül elkülönítettünk felületes és határozott gondolatokat, az öngyilkossági kísérletek vizsgálata során pedig különbséget tettünk az egyszeri és a többszöri kísérletek között.

Eredmények

Az általunk vizsgált 644 fős minta csupán 14,1%-a nem élt át egyetlen negatív gyermekkori élményt sem, 47,4%-uk az 1-3 ACE-t átélők csoportjába, míg 19,7%-uk a 4-5 negatív élményt átélők csoportjába tartozott. A legsúlyosabb, 6 vagy több ACE-t átélt vizsgálati személyek a minta 18,8%-át tették ki. Ha azonban az ACE Study csoportfelosztását alkalmazzuk, azt láthatjuk, hogy a legsúlyosabb, 4 vagy több ACE-t átélő csoportba több mint hatszor annyi vizsgálati személy került a hazai mintában, mint az eredeti tanulmányban, igaz, hogy az eredeti tanulmányban elemzett minta szociodemográfiai összetétele jelentősen eltért jelen kutatás vizsgálati mintájának jellemzőitől (3. ábra).



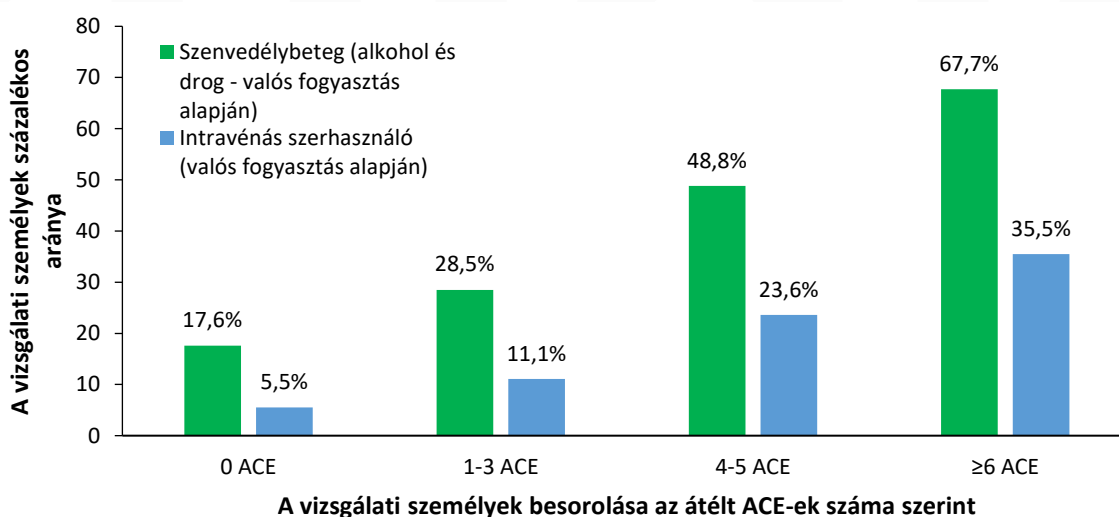
3. ábra. A hazai minta és az eredeti ACE Study csoportjainak összehasonlítása (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

A negatív gyermekkori élmények és a drogfogyasztás kapcsolatát több szemszögből is megvizsgáltuk. Először megnéztük, hogy a csoport-hovatartozás alapján kábítószerfogyasztónak és nem fogyasztónak minősített személyek között, vagyis a vizsgálati és kontrollminta között van-e különbség az ACE-ek tekintetében. A minta nem parametrikus voltából eredően Mann-Whitney próbát ($U = 18665,0$ $Z = -7,454$ $p < 0,001$) alkalmaztunk, és szignifikáns különbséget találtunk a kábítószer-fogyasztó és a kontroll minta között, valamint a rangátlagokból (nem drogfogyasztók: 295,96; drogfogyasztók: 432,68) leolvasható, hogy a drogfogyasztók rendelkeznek több negatív élménnyel. Vagyis a felnőtt korban kábítószer-

fogyasztóvá vált személyek szignifikánsan több negatív élményt éltek át gyermekkorukban, mint azok, akik nem váltak fogyasztókká.

Ezt követően kialakítottunk két csoportot, amelyben elkülönítettük a valós drogfogyasztókat, ezen belül is az intravénás drogfogyasztókat, valamint azokat a vizsgálati személyeket, akik nem, vagy csak elhanyagolható mértékben (és akkor sem intravénás formában) fogyasztottak drogot életük során. A Mann-Whitney próba ($U = 16187,5$ $Z = -7,412$ $p < 0,001$) elvégzése során ismét szignifikáns eredményt kaptunk, valamint a rangátlagok (nem kábítószer-használók: 288,12; intravénás kábítószer-használók: 425,72) is hasonlóan alakultak. Tehát a felnőtt korban intravénás kábítószer-használóvá vált személyek szignifikánsan több negatív gyermekkori élményt szenvedtek el, mint a nem szerhasználó társaik.

Ezen eredmények alapján összefüggés mutatható ki a negatív gyermekkori élmények és az intravénás szerhasználóvá válás között. Hogy még pontosabb képet kapjunk a vizsgált összefüggésről, megvizsgáltuk, hogy mekkora az esélye annak, hogy valaki szerhasználóvá válik az átélt negatív gyermekkori élmények számának függvényében. Ennek vizsgálatához a korábban említett ACE csoportbontást alkalmaztuk (4. ábra).



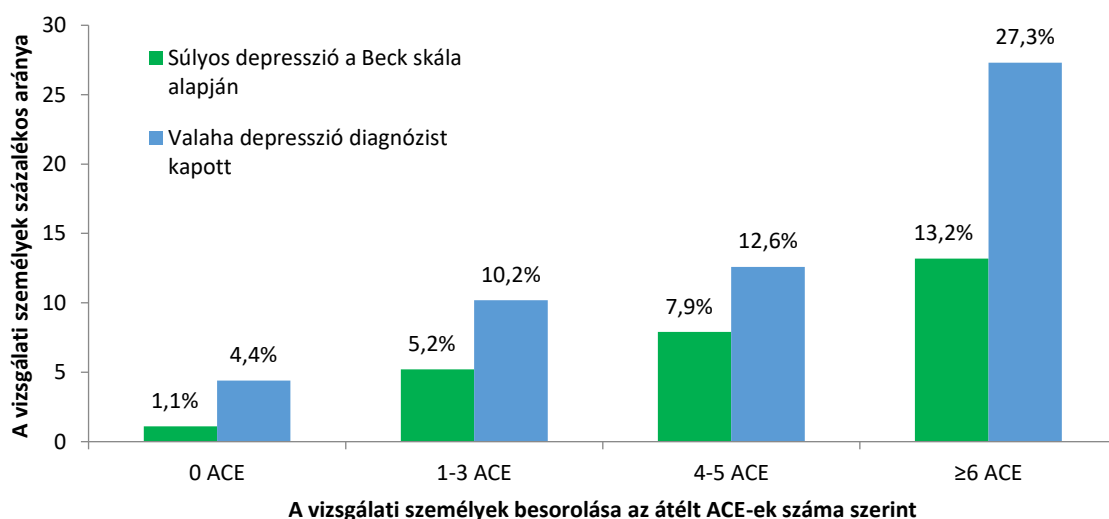
4. ábra. Szenvedélybetegség és intravénás droghasználat a különböző ACE csoportokban (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

A szenvedélybetegeket együttesen vizsgálva azt találtuk, hogy annak az esélye (odds), hogy valaki szenvedélybeteggé váljon a 0 ACE-t átélők csoportjában, 0,21 volt, míg annak az esélye, hogy valaki szenvedélybeteggé váljon a legsúlyosabb csoportban, 2,1 volt. Vagyis pontosan tízszer akkora az esélye annak, hogy valaki a 6 vagy több negatív gyermekkori élményt átélők csoportjából szenvedélybeteggé váljon, mint abból a csoportból, ahol egyetlen ilyen élményt sem tapasztalt meg. Csak az intravénás droghasználókat tekintve az odds-ok 0,06-os és 0,55-ös értéket vettek fel a 0 ACE-es és a 6 vagy több ACE-es csoportban, tehát annak az esélye, hogy valaki intravénás szerhasználóvá váljon a legsúlyosabb csoportban 9,2-szer nagyobb, mint azok között, akik egyetlen negatív gyermekkori élményt sem éltek át.



A minta 36,8%-a számolt be arról, hogy szerhasználó családtaggal élt együtt 18 éves kora előtt. Ezen vizsgálati személyek majdnem fele, pontosabban 48,9%-a volt szenvedélybeteg, beleértve az alkoholfogyasztást is, 17,7%-uk pedig drogproblémákkal küzdött. Azon vizsgálati személyeknek, akik nem éltek együtt szerhasználóval gyermekkorukban, 23,1%-a volt szenvedélybetegnek tekinthető, 10,1%-uk pedig drogproblémákról számolt be. Az esélyhányadosokat vizsgálva azt találtuk, hogy annak az esélye, hogy valaki szenvedélybeteg legyen úgy, hogy szenvedélybeteg családtag mellett nőtt fel, 0,96, míg azok között, akiknek nem volt szenvedélybeteg családtagja, 0,3. Vagyis az, ha egy gyermek szenvedélybeteg családtaggal él együtt, 3,2-szeresére növeli a szenvedélybetegség kialakulásának esélyét. Csak a drogfogyasztást vizsgálva pedig az odds 0,11-ről 0,22-re nőtt, vagyis pontosan kétszer akkora az esélye, hogy valaki drogfogyasztóvá válik, ha szenvedélybeteg családtaggal élt együtt 18 éves kora előtt.

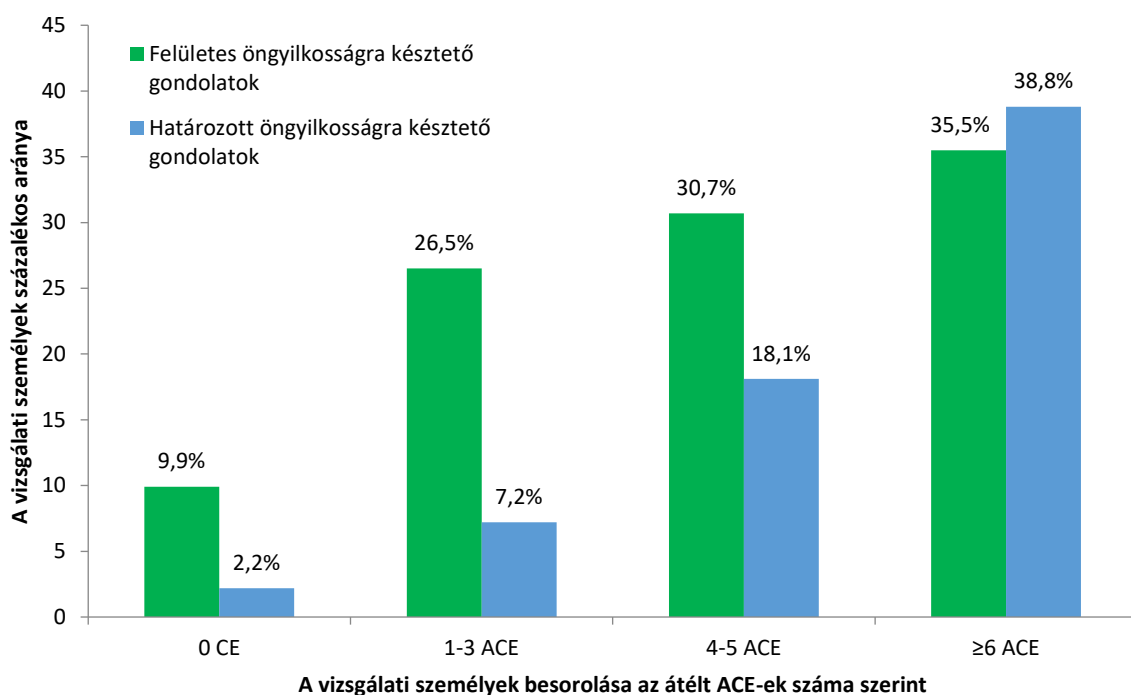
Az enyhe depresszió előfordulása a mintában 13,5%, a közép súlyos depresszióé 6,8%, míg a súlyos depresszió előfordulása 6,7% volt. A súlyos depressziót jobban megvizsgálva az került kimutatásra, hogy a 0 ACE-es kategóriában a kitöltés pillanatában a súlyos depresszió aránya 1,1%, míg a legsúlyosabb kategóriában már 13,2% volt. Arra a kérdésre, hogy kapott-e valaha depresszió diagnózist, a 0 ACE-t átélő csoportban a kitöltők 4,4%-a, a 6 vagy több ACE-t elszenvedő csoportban pedig már 27,3%-a válaszolt igennel, vagyis több mint négyszer annyi depresszió diagnózis fordult elő a legsúlyosabb csoportban (5. ábra).



5. ábra. A súlyos depresszió és a depresszió diagnózis előfordulása az egyes ACE csoportokban (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Az esélyhányadosokat vizsgálva azt találtuk, hogy a legkedvezőbb kategóriában még 0,01 az OR a súlyos depresszió esetén, míg a 6 vagy több ACE-t átélő csoportban már 0,15, vagyis 15-ször nagyobb annak az esélye, hogy a legsúlyosabb kategóriából súlyos depressziótól szenvedjen valaki, mint annak, hogy az egyetlen negatív gyermekkori élménnyel sem rendelkező csoportból valakinek súlyos depressziója alakuljon ki felnőtt korában.

Hasonló összefüggést figyelhetünk meg az ACE-ek és az öngyilkosságra készítő gondolatok megjelenése között is: az átélt negatív gyermekkori élmények számának növekedésével nő a felületes és a határozott öngyilkosságra készítő gondolatok megjelenésének esélye is. A felületes gondolatok megjelenésének valószínűsége minden kategóriában magasabb, mint a határozott gondolatoké, azonban a legsúlyosabb, 6 vagy több ACE-t átélt vizsgálati személyek csoportjában a határozott gondolatok aránya felülmúlja a felületes gondolatok megjelenési arányát (6. ábra).

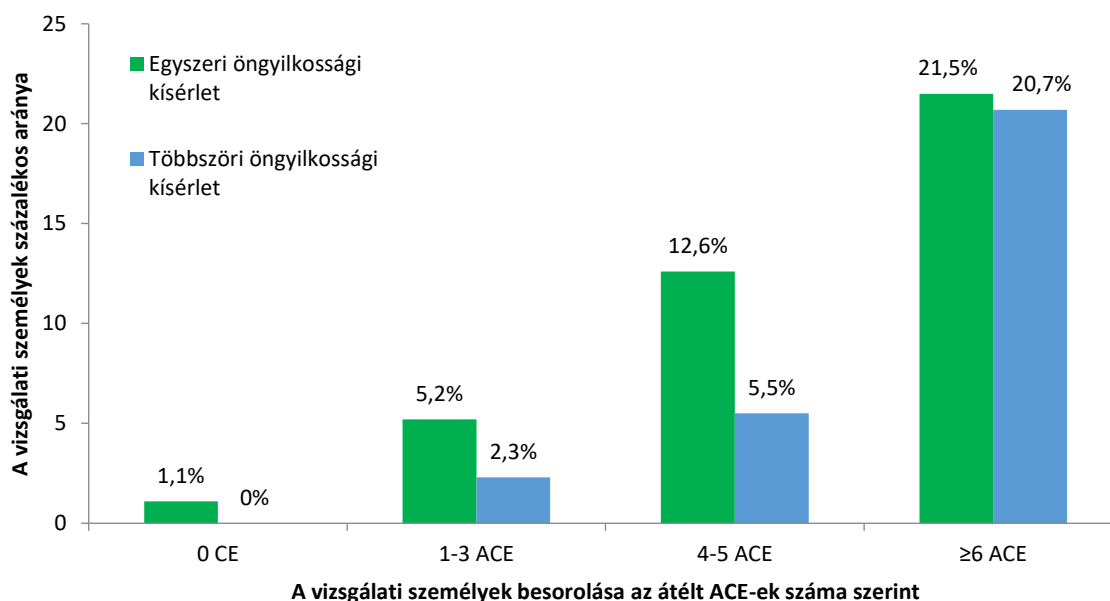


6. ábra. A felületes és a határozott öngyilkosságra készítő gondolatok előfordulása az egyes ACE csoportokban (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Az esélyhányadosokat vizsgálva azt találtuk, hogy a 6 vagy annál több ACE-t átélők csoportjában a 0 ACE-es csoporthoz képest a felületes gondolatok megjelenését tekintve az odds 0,11-ről 0,55-re, a határozott gondolatok megjelenését tekintve pedig 0,02-ről 0,64-re emelkedett. Vagyis elmondhatjuk, hogy a legsúlyosabb kategóriában 5-ször nagyobb a felületes öngyilkossági gondolatok, valamint 32-szer nagyobb a határozott öngyilkossági gondolatok megjelenésének az esélye, ahhoz a csoporthoz képest, ahol egyetlen negatív élményt sem éltek át a kitöltők.

Az öngyilkossági kísérletek elemzése során azt találtuk, hogy azok közül a vizsgálati személyek közül, akik egyetlen negatív gyermekkori élményt sem éltek át csupán 1,1% követett el egyszeri öngyilkossági kísérletet, míg a többszöri kísérletre ebben a csoportban egyáltalán nem volt példa. A további csoportokban – az öngyilkossági gondolatokhoz hasonlóan – megfigyelhető volt, hogy az ACE-ek számának növekedésével nő az egyszeri és a többszöri öngyilkossági kísérlet elkövetésének valószínűsége is, a 6 vagy több ACE-t átélők csoportjában

már 21,5% volt az egyszeri öngyilkossági kísérletek, valamint 20,7% a többszöri öngyilkossági kísérletek elkövetésének aránya (7. ábra).



7. ábra. Egyszeri és többszöri öngyilkossági kísérletek aránya az egyes ACE csoportokban (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Az öngyilkossági kísérletek esetében is megvizsgáltuk az esélyhányadosok alakulását, és azt tapasztaltuk, hogy az egyszeri öngyilkossági kísérlet elkövetésének esélye 0,27-re nő a legsúlyosabb csoportban, a 0 ACE-es csoportban megfigyelhető 0,01-hez képest, vagyis 27-szer nagyobb annak az esélye, hogy a 6 vagy több negatív gyermekkori élményt átélők között valaki egyszer öngyilkosságot kíséreljen meg, mint azok között, akik egyetlen ilyen élményt sem éltek át. Azok között, akik egyetlen negatív gyermekkori élményt sem éltek át, egyetlen személy sem kísérelt meg többször öngyilkosságot, az 1-3 ACE-t átélők csoportjában pedig 0,02 volt az esélye a többszöri öngyilkosságnak, így az összehasonlítást ezzel a csoporttal végeztük el. A 6 vagy több ACE-t átélők csoportjában 0,26 volt a többszöri öngyilkossági kísérlet esélye, tehát 13-szor nagyobb annak az esélye, hogy egy gyermekkorában hat vagy több negatív élményt átélő felnőtt többször is öngyilkosságot kíséreljen meg, mint annak, hogy egy 1-3 negatív élményt átélő személy próbáljon meg többször is véget vetni az életének. Annak, hogy valaki a jó gyermekora ellenére, vagyis 0 átélt ACE mellett többször is öngyilkosságot kíséreljen meg felnőtt korában statisztikailag nulla az esélye jelen mintában.



Diszkusszió

Bár jelen tanulmányban csupán a negatív gyermekkori élmények által okozott problémák egy szűkebb csoportját vizsgáltuk, így is jól látható, hogy az ACE-ek milyen súlyos negatív hatással lehetnek a későbbi élet alakulására, a felnőttkori testi és lelki egészségre, valamint a jóllétre. Felitti és munkatársai már több mint 20 évvel ezelőtt kimutatták az ACE-ek élethosszig tartó negatív hatásait, ennek ellenére hazánkban mindezidáig nem született átfogó kutatás a negatív gyermekkori élmények témakörében, valamint az ACE-ek nem kapnak kellő hangsúlyt az egészségügyben, a gyógyításban sem. A tanulmány eredményeiből láthatjuk, hogy a negatív gyermekkori élmények hazánkban is igen jelentős mértékű előfordulást mutatnak, és számos felnőttkorban jelentkező probléma mögött húzódhatnak meg kiváltó okként. Nemcsak az alkohol- és drogproblémák kialakulására lehetnek hatással, hanem növelhetik a depresszió kialakulásának és az öngyilkosságra készítő gondolatok megjelenésének, valamint az öngyilkossági kísérletek elkövetésének valószínűségét is.

Itt fontos megemlítenünk a kutatás limitációit. Bár kellően nagy elemszámmal dolgoztunk, a mintavétel mégsem volt reprezentatív. A mintánkba több kóros, szélsőséges csoport is került, ennek köszönhetően az ACE-ek nagyobb arányban fordulnak elő a mintában a populációhoz képest. Ennek ellenére elgondolkodtató eredmények születtek, hiszen már az átlagokból is jól látható, hogy a kontrollminta bizonyos csoportjaiban is (pl. egyetemisták, borsodi lakosok) átlagosan kettőnél több ACE volt jelen. Tehát, habár a minta nem reprezentatív, mégis következtetni enged arra, hogy a hazai lakosság körében jóval gyakoribb az ACE-ek előfordulása, mint gondolnánk.

Az adatok alapján elmondhatjuk, hogy összefüggés mutatható ki a gyermekkorban átélt negatív élmények és a drogfogyasztóvá válás, valamint azon belül az intravénás kábítószer-használóvá válás között is. Azok a személyek, akik halmozottan tapasztaltak meg negatív gyermekkori élményeket, nagyobb eséllyel válnak drogfogyasztókká. Az, ha valaki gyermekkorában 6 vagy több negatív élményt élt át, – összehasonlítva azokkal, akik egyet sem – több mint kilencszeresére emelte annak az esélyét, hogy intravénás kábítószer-használóvá váljon. Így jutnak el tehát a gyerekek a „pofonoktól a tüig”.

El kellene érünk azt a szemléletváltást, hogy a drogfogyasztókat ne pusztán élvezeteket hajhászó felnőtteknek tekintsük, hanem meglássuk bennük a segítségért kiáltó sérült gyermeket. Hogy ne csak a jelen problémára, a függőség gyógyítására koncentráljunk, hanem olyan komplex segítséget nyújtsunk a szerfogyasztóknak, amelyben visszanyúlunk a probléma gyökeréig, ezzel megakadályozva a további problémák kialakulását, és csökkentve a szerhasználók körében elkövetett öngyilkosságok esélyét. A szenvedélybetegekkel dolgozó szakembereknek, addiktológusoknak, pszichológusoknak, pszichiátereknek a negatív gyermekkori élmények szemüvegén keresztül is érdemes lenne tekintenie a betegekre, ezáltal segítve őket a valódi gyógyulás útjára lépni.



Irodalomjegyzék

Baxter, M. A., Hemming, E. J., McIntosh, H. C., Hellman, C. M. (2017). Exploring the Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Hope. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(8), 948-956.

Buda B. (2001). Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Animula Kiadó, Budapest.

Dackis, C. A., Gold, M. S. (1983). Opiate addiction and depression – cause or effect? *Drug and Alcohol Dependence*, 11(1), 105-109.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span - Findings from the adverse childhood experiences study, *Journal of the American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., Anda, R.F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

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. (Eds.), *The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease* (pp. 77-87). Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Gerevich J., Matuszka B., Molnár O. (2009). A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása. In Demetrovics Zs. (Ed.), *Az addiktológia alapjai II*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Holovits Zs., Gerevich J., Pálincás B. A. (2009). A családon belüli gyerekkori abúzusok és elhanyagolás hatása a későbbi szerhasználatra. *Psychiatria Hungarica*, 24(3), 185-192.

Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., Bellis, M. A. (2016) Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health*, 16(article no. 222).

Kalapos M. P. (2016). Bevezetés az addiktológiába. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.

Kim, J. H. (2017). Associations of adverse childhood experiences with depression and alcohol abuse among Korean college students. *Child Abuse & Neglect*, 67,338-348.

Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., Grogan-Kaylor A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10-19.



Mosley-Johnson, E., Garacci, E., Wagner, N., Mendez, C., Williams, J. S., Egede, L. E. (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, 907-914.

Nelson, J., Klumpp, A., Doebler, P. and Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96-104.

Rihmer Z., Döme P., Gonda X. (2015). 30 év az öngyilkosság ellen: Munkacsoportunk depresszió- és szuicidprevenációs kutatásainak összefoglalása – 1985–2015. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 17(3), 113-119.

Stein, M. D., Conti, M. T., Kenney, S., Anderson, B. J., Flori, J. N., Risi, M. M., Bailey, G. L. (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.

Thege, B. K., Horwood, L., Slater, L., Tan, M. C., Hodgins, D. C., Wild, T. C. (2017). Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(164).

van der Feltz-Cornelis C. M., Potters E. C., van Dam A., Koorndijk R. P. M., Elfeddali I., van Eck van der Sluijs J. F. (2019). 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*, 246, 458-464.