

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

**Serdülők ártalmas gyermekkori élményeinek
együttjárása az aktuális mentális és viselkedéses
tüneteikkel és szubjektív egészségi panaszukkal**

Kovács-Tóth Beáta

Témavezető: Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó



Debreceni Egyetem

Egészségtudományok Doktori Iskola

Debrecen, 2022

TARTALOMJEGYZÉK

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	4
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	5
ÁBRÁK JEGYZÉKE	7
1. BEVEZETÉS, IRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	8
1.1. Témafelvetés.....	8
1.2. A gyermekkori családon belüli traumatizáció	11
1.2.1. Történeti előzmények.....	11
1.2.2. A gyermekbántalmazás formái.....	13
1.2.3. A különböző bántalmazásformák előfordulási gyakorisága.....	15
1.2.4. A gyermekbántalmazás rizikótényezői	18
1.2.5. Protektív tényezők.....	21
1.2.6. Az Adverse Childhood Experiences kutatás	22
1.2.7. A gyermekkori bántalmazásformák és egyéb ártalmas élmények előfordulási gyakorisága serdülők körében.....	25
1.2.8. A gyermekkori ártalmas élmények következményei felnőttkorban.....	28
1.2.9. A gyermekkori ártalmas élmények következményei gyermek- és serdülőkorban.....	31
1.2.10. Közvetítő tényezők, magyarázó modellek	35
1.2.11. Poszttraumás tünetek a nozológiai rendszerekben	43
1.2.12. Kutatásmódszertani kérdések.....	45
1.3. A gyermekvédelemben élő gyermekek.....	50
1.3.1. Ártalmas gyermekkori élmények a gyermekvédelemben élő gyermekek körében.....	50
1.3.2. Mentális és viselkedési tünetek a gyermekvédelemben élő gyermekek körében.....	53
2. VIZSGÁLATI CÉLOK ÉS HIPOTÉZISEK.....	57
3. MÓDSZEREK.....	59
3.1. A vizsgálat menete és körülményei	59
3.2. A vizsgálati személyek bemutatása	61
3.3. A vizsgálatban alkalmazott eszközök	62
3.3.1. Ártalmas Gyermekkori Élmények Kérdőív (ACE kérdőív).....	62
3.3.2. Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ)	63
3.3.3. Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása Kérdőív (HBSC-2014)	63
3.3.4. Demográfiai kérdőív	64
3.4. Adatfeldolgozás	64
4. EREDMÉNYEK.....	66

4.1.	A minta szociodemográfiai jellemzői	66
4.2.	Az ártalmas gyermekkori élmények vizsgálata	68
4.2.1.	Az ártalmas élmények halmozódásának előfordulási gyakorisága	68
4.2.2.	A bántalmazás és a családi diszfunkciók halmozódásának eloszlása.....	71
4.2.3.	A lakásotthonban és a családban élő serdülők közötti különbségek az ártalmas élmények halmozódásának tekintetében.....	74
4.2.4.	Az egyes ártalmas élménytípusok előfordulási gyakorisága.....	75
4.2.5.	Az ártalmas élménytípusok előfordulási gyakoriságának különbségei a lakásotthonban és a családban élő serdülők között	78
4.3.	A tünetek előfordulási gyakorisága	80
4.3.1.	A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek előfordulási gyakorisága	80
4.3.2.	A szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakorisága	83
4.4.	Az ártalmas élmények és a tünetek együttjárásának vizsgálata.....	87
4.4.1.	Az ártalmas élmények és a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek együttjárása	87
4.4.2.	Az ártalmas élmények és a szubjektív egészségi panaszok együttjárása	89
5.	MEGBESZÉLÉS.....	91
5.1.	Ártalmas gyermekkori élmények.....	91
5.1.1.	Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódása	91
5.1.2.	Az ártalmas élménytípusok előfordulási gyakorisága.....	97
5.2.	A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek.....	102
5.3.	A szubjektív egészségi panaszok	105
5.4.	Az ártalmas gyermekkori élmények és a vizsgált tünetek közötti kapcsolat.....	106
5.5.	A kutatás erősségei és korlátai.....	107
5.6.	Konklúzió.....	108
5.7.	Kitekintés	110
6.	ÚJ EREDMÉNYEK.....	112
7.	ÖSSZEFOGLALÁS	114
8.	IRODALOMJEGYZÉK.....	117
8.1.	Hivatkozott közlemények	117
8.2.	Az értekezés alapjául szolgáló és az értekezéshez kapcsolódó közlemények	143
8.3.	Az értekezéshez kapcsolódó nemzetközi és hazai konferencia előadások	145
9.	TÁRGYSZAVAK.....	146
10.	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	147
11.	FÜGGELÉK	148

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ACEs – Adverse Childhood Experiences (Ártalmas Gyermekkori Élmények)

ACE study – Adverse Childhood Experiences Study (Ártalmas gyermekkori élmények kutatás)

CTQ – Childhood Trauma Questionnaire (Gyermekkori Trauma Kérdőív)

CWS – Child Welfare System (gyermekvédelmi rendszer)

FGC – Family-style Group Care (lakásotthoni gondozás)

HBSC – Health Behavior of School Children Kérdőív (Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartásának Kérdőíve)

KSH – Központi Statisztikai Hivatal

NCTSN – National Child Traumatic Stress Network

SEB symptoms – Social, Emotional and Behavioural symptoms (szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek)

SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire (Képességek és Nehézségek Kérdőív)

SHC – Subjective Health Complaints (Szubjektív Egészségi Panaszok)

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF – United Nations International Children’s Emergency Fund

WHO – World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. Az egyes ártalmas gyermekkori élmények prevalenciája.....	23
2. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakorisága a kelet-közép-európai országokban.....	27
3. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakorisága nemzetközi gyermekvédelmi tanulmányokban.....	51
4. táblázat. A mentális zavarok előfordulási gyakorisága nemzetközi gyermekvédelmi tanulmányokban	56
5. táblázat. A minta szociodemográfiai jellemzői.....	67
6. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának mintázódása és nemek szerinti megoszlása.....	70
7. táblázat. A bántalmazás és a diszfunkcionális családi körülmények halmozódásának eloszlása és nemek szerinti megoszlása	73
8. táblázat. A kumulatív ACE pontszám, a bántalmazás és a családi diszfunkció ACE pontszám különbségei a lakásotthonban és a családban élő serdülők között.....	74
9. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élménytípusok előfordulási gyakorisága nemek szerint	77
10. táblázat. A különböző bántalmazásformák előfordulásának esélyhányadosai a lakásotthonban élő serdülőknél	79
11. táblázat. A különböző diszfunkcionális családi körülmények előfordulásának esélyhányadosai a lakásotthonban élő serdülőknél	79
12. táblázat. A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek átlagpontszámái a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél,.....	81
13. táblázat. A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek előfordulási gyakorisága a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél.....	82
14. táblázat. A szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakoriságának nemi különbségei.....	86
15. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények és a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek együttjárása	88
16. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények és a szubjektív egészségi panaszok együttjárása 1.....	90

17. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények és a szubjektív egészségi panaszok együttjárása 2.....	90
18. táblázat. Az intézményi elhelyezés okai Magyarországon	93
19. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakorisága a gyermekvédelmi rendszerben élők körében	95
20. táblázat. Az ártalmas élmények előfordulási gyakorisága közép-kelet-európai országokban.....	100
21. táblázat. A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek előfordulási gyakorisága az SDQ különböző dimenzióiban önértékelés alapján.....	104

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. A különböző bántalmazásformák élettartam prevalenciája világszerte az Egészségügyi Világszervezet 2014-es adatai alapján (WHO global status report on violence prevention, 2014).....	16
2. ábra. Az ártalmas gyermekkori élmények élethosszig tartó következményei (Center for Disease Control and Prevention, 2021)	43
3. ábra. Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának eloszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél (Khi-négyzet próba * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$)	68
4. ábra. A bántalmazás halmozódásának eloszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél	71
5. ábra. A családi diszfunkciók halmozódásának eloszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél.....	71
6. ábra. Az ártalmas élménytípusok előfordulási gyakoriságának eloszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél.....	75
7. ábra. A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek előfordulási gyakoriságának különbségei a lakásotthonban és a családban élő serdülők között	83
8. ábra. A szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakoriságának különbségei a lakásotthonban és a családban élő serdülők között	84

1. BEVEZETÉS, IRODALMI ÁTTEKINTÉS

1.1. Témafelvetés

A becslések szerint akár 1 milliárd gyermeket is érhet világszerte bántalmazás, azaz minden második 2-17 éves korú gyermek megtapasztalja az erőszak valamilyen formáját évente (Hillis és mtsai, 2016). További adat, hogy mintegy 120 millió lány szenvedett el valamilyen formában szexuális erőszakot 20 éves kora előtt (UNESCO, 2019; UNICEF, 2014). Az érzelmi bántalmazás minden harmadik gyermeket érint, továbbá világszerte minden negyedik gyermek olyan anyával él, aki párkapcsolati erőszak áldozata (Hillis és mtsai, 2016; Stoltenborgh M, 2012; UNICEF, 2017). Ma már számos kutatás bizonyítja, hogy a bántalmazást elszenvedő gyermekek fokozottan ki vannak téve különböző mentális és szomatikus zavarok kockázatának: magas rizikójú magatartásformáknak (alkohol- és drogfogyasztás, dohányzás, nem biztonságos szex); krónikus betegségeknek (például daganatos megbetegedésnek, cukorbetegségnek és szívbetegségnek); fertőző betegségeknek (pl. HIV); és szociális problémáknak (például: alacsony iskolai végzettség, bűnelkövető magatartás) (Bellis és mtsai, 2019; Hughes és mtsai, 2017).

Az USA-ban 1995-ben indult az Adverse Childhood Experiences Study (Ártalmas gyermekkori élmények kutatás – a továbbiakban ACE kutatás), amelynek célja a gyermekkorban elszenvedett ártalmas gyermekkori élmények (18 éves kor előtt elszenvedett élmények) felnőttkori egészségi állapotra gyakorolt hatásának vizsgálata. A kutatás több mint 20 éve folyik 17.000 főt meghaladó résztvevővel. Az eredmények azt jelzik, hogy a hosszan tartó és halmozott ártalmas gyermekkori élmények az egész személyiségfejlődésre hatással vannak, továbbá súlyos felnőttkorra is kiterjedő vagy felnőttkorban jelentkező mentális és szomatikus egészségkárosodáshoz vezetnek (Felitti és mtsai, 1998). Az ACE kutatás hatására világszerte elindultak az ártalmas élmények és az azokkal összefüggésben lévő mentális és szomatikus tünetek felmérésére irányuló kutatások. A közép-kelet-európai régióban jelenleg is kevés, Magyarországon pedig egyetlen empirikus kutatás történt a gyermekkori (18 éves kor előtti) ártalmas élmények tekintetében, és az is felnőtt korosztályra vonatkozóan (Ujhelyiné Nagy és mtsai, 2019). A serdülő korosztály körében egyáltalán nincs hazánkban empirikus kutatás az ártalmas élményekre vonatkozóan, pedig a beavatkozás bizonyítottan hatékonyabb ebben az időszakban. Magyarország csak 2004 óta tagja az Európai Uniónak. A mostani gyermekek/serdülők szülei a szocialista korszakban,

azaz az 1960–1970-es években nevelkedtek. Abban az érában az úgynevezett társadalmi beilleszkedési zavarok, közöttük a gyermekkori veszélyeztettség pusztja létezése, így a kutatása is hosszú évtizedeken át a rendszer egyik tabutémájának számított. A társadalmi devianciák a társadalom „rossz” működésének tüneteiként a korabeli pártállam nézőpontjából a fennálló társadalmi viszonyok legitimitációját kérdőjelezték volna meg. Következésképpen a magyar (és a posztszovjet országokban) csak későn jelentek meg a nemzetközileg már régebb óta ismert, gyermekbántalmazásról/gyermekkori ártalmas élményekről szóló tanulmányok. Magyarországon először például 2015-ben jelent meg az ACE kutatásról (Felitti és mtsai, 1998) szóló szakirodalmi összefoglaló (Kósa, 2015).

Vizsgálatunkkal azt az űrt szeretnénk betölteni, ami a kelet-közép-európai régióban és így Magyarországon is tapasztalható a témával kapcsolatban. Kutatásunkban az ártalmas gyermekkori élmények felmérése mellett az azokkal kapcsolatban álló mentális és viselkedési tüneteket, valamint szubjektív egészségi panaszokat is felmértük serdülő korosztályban. Vizsgálatunk nemcsak a szüleikkel családban élő „normál” populációra terjedt ki, hanem gyermekvédelemben élő serdülőket is vizsgáltunk. A gyermekvédelemben élő gyermekek többszörösen veszélyeztetettek, felnövekedésük segítése, a pszichológiai/szociális ellátásuk nagy kihívást jelent. Kutatásunk célja az ártalmakra és a következményekre vonatkozó empirikus adatok feltárása mellett a témára való figyelemfelhívás, érzékenyítés a szakemberek és a közvélemény körében, beleértve a döntéshozókat is. Az a gyermek/serdülő, aki ismétlődően, akár naponta rettegetést jelentő élményeket kénytelen átélni, akinek ezekben a helyzetekben nem nyújtanak támaszt és az alapvető biztonság iránti igénye nincs kielégítve, a személyiségfejlődés összes területét tekintve súlyosan sérül. Ezeknek a gyermekeknek/serdülőknek segítségre lenne szükségük, ezért fontos (lenne) az ártalmas élményeknek kitett gyermekek/serdülők azonosítása, majd megfelelő kezelése. Sajnos, hazánkban mind a gyermekek azonosítása, mind pedig a terápiás megsegítés tekintetében gyerekcipőben járunk. Méltatlanul elhanyagolt kutatási terület a gyermekkori ártalmak és azok következményeinek a vizsgálata, pedig a preventív és a terápiás beavatkozásokat ennek ismeretében lehet célzottan megtervezni és kivitelezni.

Különösen érvényes ez a hátrányos helyzetű, gyermekvédelemben élő gyermekekre és serdülőkre, akik legtöbbször születésüktől fogva halmozottan vannak kitéve ezeknek az ártalmaknak. A védelembé vételükkel nehézségeik a legtöbb esetben nem oldódnak meg. A nevelésbe vétel során változnak a gyermeket körülvevő nevelők, sok esetben nincs stabilitás, nem állnak rendelkezésre diádikus kapcsolatok, nincsen biztonság (Vidra Szabó, 2001). A gyermekvédelmi intézményekben sok egyéb nehézség mellett a megfelelő terápiás ellátás

sem biztosított. A jelen dolgozatnak nem témája a gyermekvédelmi rendszer anomáliáinak elemzése, azokról szociológiai tanulmányokban lehet olvasni (Anghel és mtsai, 2013; Herczog, 2015), de ezek a hátrányok ismertek. A külföldi kutatások egyre gyakrabban foglalkoznak a gyermekvédelemben élő gyermekek körében tapasztalt traumatikus/ártalmas élmények vizsgálatával. Hazánkban annak ellenére, hogy a gyermekvédelemben élő gyermekek halmozottan hátrányos helyzetűnek számítanak és gyakran a bántalmazás különböző formáinak következtében kerülnek szakellátásba, továbbá a szakellátás során további ártalmas élmények elszenvedői lehetnek, nem született még olyan empirikus kutatás, amely felmérné a korai ártalmas élmények és a mentális és viselkedéses tünetek gyakoriságát ezen gyermekek és serdülők körében. Ennek a populációnak a szűrésére és megsegítésére pedig fokozott figyelmet kellene fordítani nemcsak az érintett populáció, hanem a társadalom egésze érdekében.

A dolgozat első része szakirodalmi áttekintést nyújt, amely ismerteti a traumakutatás történeti előzményeit, a gyermekkori családon belüli traumatizáció és a gyermekbántalmazás fogalmát, típusait, előfordulási gyakoriságát és következményeit. Továbbá bemutatja a magyarító modelleket, közvetítő tényezőket, valamint a bántalmazás/traumatizáció/ártalmas gyermekkori élmények vizsgálatával kapcsolatos kutatómódszertani kérdéseket is felvet. Ezután a gyermekvédelemben élő gyermekek ártalmas élményeit, illetve azok következményeit tárgyaljuk, áttekintve a legfontosabb nemzetközi kutatásokat. A dolgozat második fele az általunk végzett hazai empirikus kutatást mutatja be. Vizsgálatunk részletesen felméri a szüleikkel, családban élő, valamint a gyermekvédelemben élő serdülők ártalmas gyermekkori élményeinek halmozódását és típusainak előfordulási gyakoriságát csoportonként és nemenként. Felméri ugyanezen populációkban a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek, valamint a szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakoriságát is. Emellett a kutatás vizsgálja a gyermekkori ártalmas élmények, a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek valamint a szubjektív egészségi panaszok együttjárását, feltárja ezek összefüggéseit. A dolgozat záró része összefoglalja a legfontosabb eredményeket, és a kutatás korlátait, valamint prevenciós, intervenciós és kutatási következtetéseket von le.

1.2. A gyermekkori családon belüli traumatizáció

1.2.1. Történeti előzmények

A pszichés trauma kutatását tekintve a XIX. század végétől hol aktívan foglalkoztak a témával, hol teljes feledésbe borult. A téma kutatása többnyire valamilyen tágabb politikai mozgalom támogatásán is múlt, s általában nem az érdeklődés hiánya miatt halt el, hanem azért, mert heves politikai és társadalmi vitákat váltott ki (Herman, 2003). Például a szexuális trauma kutatása csak olyan közegben lehet legitim téma, amely megkérdőjelezi a nők férfiaknak való alárendeltségét, ami csak az 1970-es években az Észak-Amerikából induló feminista mozgalmak hatására lett létjogosult. Legfőképpen Herman (2003) munkájára támaszkodva mutatjuk be a traumakutatás történelmi előzményeit. Az előzmények három nagy hullámban jelentkeztek.

Az első hullám a XIX. század végén Charcot nevéhez köthetően a hisztériás páciensekkel való foglalkozásból indult ki. Charcot páciensei olyan nők voltak, akik a bántalmazás, kizsákmányolás és nemi erőszak áldozataiként a híres Salpêtrière-beli intézményében lettek menedékre. Charcot az ő megfigyelésük alapján írta le a hisztéria tüneteit: a motoros bénulást, az érzéketlen kieséseket, a konvulzív tüneteket és az amnéziát. Pierre Janet és Sigmund Freud az ő munkássága nyomán indult el, és hangsúlyozták, hogy ezeket a betegeket nem elég megfigyelni és osztályozni, hanem „beszélgetni” is kell velük. Mindketten egymástól függetlenül ugyanarra az eredményre jutottak, hogy a traumás események olyan elviselhetetlen érzelmi reakciókat okoznak, amelyek módosult tudatállapothoz vezetnek, és ebben jelennek meg a hisztériás tünetek. Az elhárított tartalmak a genitális szakaszban elszenvedett szexuális traumák emlékeivel, később pedig a tudattalanban aktiválódó szexuális fantáziákkal állnak összefüggésben [(Breuer és Freud, 1895) idézi: (Strachey, 1995)]. Azt is leírták, hogy a hisztéria szomatizációs tünetei törlődött emlékezeti maradványok, amelyek a mélyen megrázó események rejtett megnyilvánulásai, és hogy a tünetek enyhíthetők, ha feltárják a traumatikus emlékeket és a velük járó intenzív érzéseket. Freud egy év múlva tanait visszavonta, aggódván elméletének radikális társadalmi implikációi miatt, hiszen Bécsben olyan tiszteletreméltó, nagypolgári családok éltek, ahol ez a gondolat elfogadhatatlan volt. Így végül Freud arra jutott, hogy a hisztériás páciensek gyermekkori szexuális visszaélésekről szóló beszámolóit pusztán fantáziák (Herman, 2003).

A traumás kutatások második nagy hulláma a háborús időszakok (első és második világháború) idején éledt fel újra. A harctéri neurózisban szenvedő katonákat kezdetben alacsonyabb rendűnek, gyávának nevezték és többek között elektrosokkal kezelték. Az irányzat fő képviselője Lewis Yealland brit pszichiáter volt (Linden és mtsai, 2013). Később haladóbb szemléletben emberséges kezelést javasoltak, és leírták, hogy ezek a súlyos tünetek bátor férfiaknál is jelentkezhetnek, vagyis elismerték, hogy bárki összeomolhat. Egy amerikai pszichoanalitikus, Kardiner „*A háború traumás neurózisai*” című átfogó munkájában értelmezhetővé tette a pszichés traumát és elismerte a háború egyénre gyakorolt hatását, valamint kialakította a traumás tünetegyüttes klinikai képét (Kardiner és Spiegel, 1947). Az 1970-es években a vietnami háborúban bevetésre küldött háborús veteránokból és klinikusokból állók mozgalmának (Vietnam Veterans Against the War) nyomán elismerték a háború okozta súlyos mentális terhelést és a támogató közeg terápiás hatásait. 1978-ra elkészült a poszttraumás stressz zavar (PTSD) diagnózisának leírása is, ami a DSM III-ban már megjelent (APA, 1980).

A harmadik időszak a 70-es évek feminista mozgalmaival vette kezdetét, amelynek nyomán a nők az ellenük elkövetett erőszakról kezdtek egyre hangosabban beszélni [(Brownmiller, 1975) idézi: (Herman, 2003)], melynek hatására elkezdődtek a nemi erőszakról szóló törvények reformjai Amerikában. 1975-ben létrehoztak egy nemi erőszak kutatására specializálódott központot, és a nők elleni szexuális erőszakról kutatásokkal bizonyították, hogy az széles körben elterjedt, rendszeresen előforduló jelenség. Ezt követően a nemi erőszakról a figyelem fokozatosan áttevődött az ismerősök által elkövetett erőszak felé, és a vizsgálatok fókuszusa egyre inkább a családon belüli fizikai bántalmazás és egyéb magánéleti erőszakfajták felé fordult. Ezzel egyidőben került a figyelem középpontjába a gyermekbántalmazás, amely családon belüli erőszak egy másik formája.

A történeti előzményeknek megfelelően a gyermekkori bántalmazás empirikus kutatása kezdetben elsősorban a szexuális bántalmazásra fókuszált (Beitchman és mtsai, 1992; Neumann és mtsai, 1996). Ezt követően a fizikai bántalmazásra vonatkozóan indultak el vizsgálatok, de csak kevés tanulmány vizsgálta ezeket (Lau és mtsai, 1999). A későbbiekben a kutatások fókuszusa kiterjedt más, korábban nem vizsgált kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatokra, mint például az érzelmi bántalmazásra, az elhanyagolásra, majd az interakciós/tranzakciós modell (lásd később) elterjedésével a családi diszfunkciókat is elkezdtek empirikusan vizsgálni (Anda és mtsai, 1999; Dube és mtsai, 2001; Edwards és mtsai, 2003; Sethi és mtsai, 2013).

1.2.2. A gyermekbántalmazás formái

A fejezetben a bántalmazás fogalmát és típusait mutatjuk be. Bántalmazás alatt minden olyan viselkedésformát értünk, amely fizikai, lelki károsodást okoz a gyermeknek, sérti az emberi méltóságát és akadályozza a fejlődésben (Butchart és mtsai, 2006). A bántalmazást jellemzően erőfölényen alapuló kapcsolatban követik el, és olyan személy az elkövető, akiben a gyermek bízik. A bizalommal, hatalommal való visszaélést az asszimetrikus kapcsolat kontextusában abúzusnak is nevezzük. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a gyermekbántalmazás következő típusait különbözteti meg: érzelmi, fizikai, szexuális abúzus (vagy bántalmazás) és elhanyagolás (Butchart és mtsai, 2006). Mindez kiegészíthető azokkal az esetekkel, amikor a gyermek családon belüli erőszak szemtanúja (Kuritárné Szabó, 2015). A WHO (Butchart és mtsai, 2006) által megfogalmazott gyermekbántalmazási formák és azok jellemzői:

Az érzelmi bántalmazás az egyik legkevésbé tetten érhető bántalmazásforma, ami a gyermek elutasításában, megalázásában, hibáztatásában, megfenyegetésében, ijesztgetésében, nevetségessé tételében, csúfolásában, mozgásszabadságának korlátozásában nyilvánul meg. A gyermekkel kegyetlenül bánnak, lelki szenvedést okoznak neki, amely súlyosan károsítja az érzelmi, viselkedéses, társas és kognitív fejlődését.

A fizikai bántalmazás során a gyermek testi épsége, fejlődése, emberi méltósága károsodik, mert szándékos fizikai erőszakot (pl. ütés, rúgás, bezárás, rángatás, rázás, mérgezés, fojtogatás) alkalmaznak vele szemben. Sokáig a gyermekek testi fenytése elfogadott gyermeknevelési eszköz volt, számos kultúrában máig az.

A szexuális bántalmazás minden olyan szexuális aktivitást magába foglal, amelybe a gyermek nem egyezik bele, amelyre fejlődését tekintve nincsen készen és a társadalmi szabályoknak ezen események ellentmondanak. Nemcsak a behatolással járó szexuális élmények tartoznak ide, hanem az intim testrészek simogatása/simogattatása, az orális szex, a genitálék mutogatása, nézegetése, vagy más személyek szexuális együttlétének nézésére kényszerítés is.

Az elhanyagolás során a veszélyeztetés mulasztás formájában valósul meg, amelynek során a gyermek alapvető fizikai/fiziológiai szükségletei nincsenek kielégítve. Az elhanyagolás magában foglalja mindazokat az eseteket, amikor a gyermek jólétének biztosítása elmarad (amennyiben a szülő erre képes lenne). A gondozó nem biztosítja a gyermek számára a megfelelő táplálási, lakhatási, egészségi, iskoláztatási körülményeket. Sok esetben a gondozók olyan módon veszélyeztetik a gyermeket, hogy felügyelet nélkül

hagyják. A WHO definíció öt esetet különböztet meg az elhanyagolás kapcsán: a gyermek egészségének elhanyagolását; az oktatásának elhanyagolását; az érzelmi fejlődés elhanyagolását; a nem megfelelő táplálását; és a menedék és biztonságos életkörülmények hiányát. Az elhanyagolás utóbbi időben egyik legtöbbet vizsgált formája az érzelmi elhanyagolás, amikor a gyermek érzelmi szükségleteinek kielégítése szenved hiányt, melynek következtében a gyermek érzelmi fejlődése súlyosan akadályozott. A gyermek nem kap elegendő figyelmet, a szülő érzelmileg nem érhető el számára (Allen és mtsai, 2011).

A *bántalmazás szemtanúsága* is traumatizáló hatású (Holt és mtsai, 2008). A gyermek a szüleitől függ, védtelen, a szülők megnyugtató jelenléte feltétele a biztonságérzetének. Amennyiben a gyermek agressziót, erőszakot lát a szülei között, félni és rettegni fog, és abban a pillanatban nem áll rendelkezésre olyan személy, aki ezt az érzést csillapítsa. Az empirikus bizonyítékok egyértelműen állítják, hogy a családon belüli erőszakkal küzdő családokban a szülői minőség és mindkét szülő képessége, hogy kielégítse gyermeke szükségleteit, sérül. Az állandó félelemben való élet következtében megtagadhatják gyermekeiktől az alapvető bizalom és biztonság érzését, amely az egészséges érzelmi fejlődés alapja pl. (Levendosky és Graham-Bermann, 2001).

A *traumatizáció* kifejezés ezen események hatásmechanizmusára utal, mert a gyermek által elszenvedett események az egész személyiségfejlődésre hatással vannak, visszafordíthatatlanul megváltoztatva azt. A *komplex traumatizáció* során a gyermek multiplex traumatikus eseményt él át abban a társas környezetben, amelynek alapvetően a biztonság és a stabilitás forrásaként kellene szolgálni az életében. A gyermekkel szembeni rossz bánásmód különböző típusai (érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás, érzelmi és fizikai elhanyagolás, szemtanúság) egy időben vagy egymást követően fordulnak elő (Cook és mtsai, 2003).

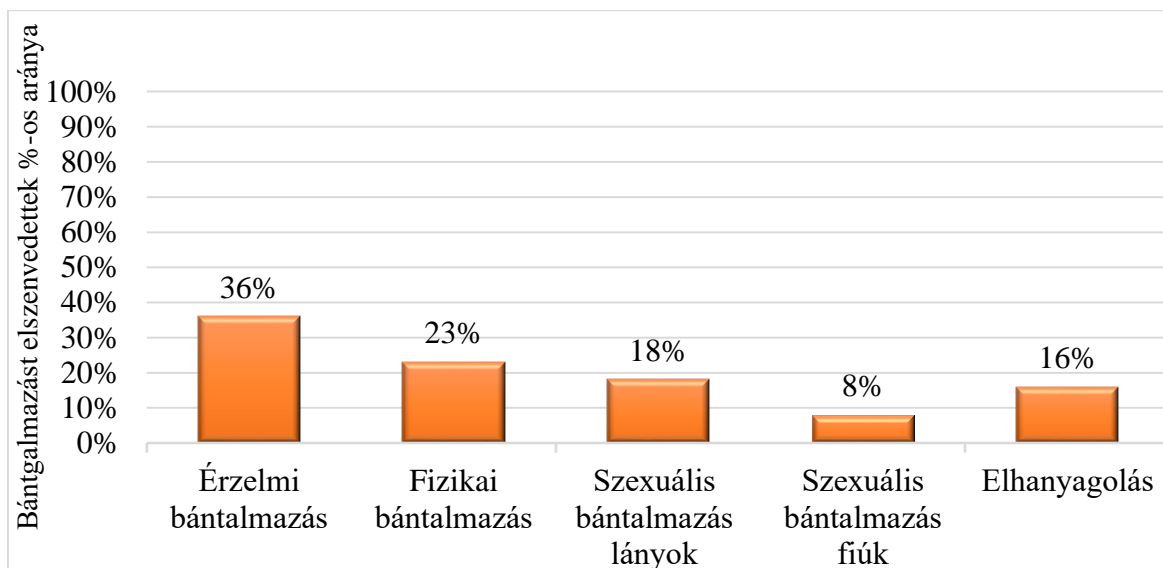
A legtöbb gyermekbántalmazási forma ritkán fordul elő önmagában, a több típusú bántalmazást elszenvedett áldozatok a poliviktimizált áldozatok, az azonos típusú bántalmazást ismételten elszenvedő áldozatok a krónikus áldozatok (Finkelhor és mtsai, 2007). Több kutató is, köztük Holt, Buckley és Whelan (2008) igazolták, hogy minél gyakoribb a családon belüli erőszak, annál gyakoribb a gyermek fizikai bántalmazása is. A különböző bántalmazásformák gyakran együttjárnak, különösen igaz ez az elhanyagolásra és az érzelmi bántalmazásra. Azok a gyerekek, akik az elmúlt egy évben ki voltak téve az erőszak valamelyik típusának, sokkal nagyobb kockázatnak voltak kitéve más típusú erőszakos cselekmények megtapasztalására. Az a gyermek, akit az elmúlt évben fizikailag bántalmaztak, ötször nagyobb valószínűséggel vált szexuálisan is áldozattá; hasonlóképpen,

akit élete során fizikailag bántalmaztak, több mint hatszor nagyobb valószínűséggel válik szexuálisan áldozattá (Finkelhor és mtsai, 2009).

Az erőszaknak kitett gyermekek tartós fizikai, érzelmi, mentális sérüléseken mennek keresztül. Szenvedhetnek kötődési nehézségektől, regresszív viselkedéstől, szorongástól és depressziótól, valamint agresszió és magatartási zavarok jellemezhetik őket. Hajlamosabbak lehetnek párkapcsolati erőszakra, bűnözésre, további áldozattá válásra. Az erőszaknak való kitettség ronthatja a gyermek partneri és szülői képességét a későbbi életében, folytatva az erőszak körforgását, halmozva az ártalmakat (Bellis és mtsai, 2019; Cook és mtsai, 2003; Felitti és mtsai, 1998; Hughes és mtsai, 2017; Sethi és mtsai, 2013).

1.2.3. A különböző bántalmazásformák előfordulási gyakorisága

Az alábbi fejezetben a hagyományos WHO-kategóriák szerinti bántalmazásformák előfordulási gyakoriságára vonatkozó adatokat mutatjuk be. Bár pontos számadat nem ismert, egyre több adat áll rendelkezésre a különböző bántalmazásformák előfordulási gyakoriságát illetően. Ezek alapján mondhatjuk, hogy a gyermekbántalmazás széles körben elterjedt. Az 1. ábra a WHO 2014-es adatai alapján mutatja be a bántalmazásformák előfordulási gyakoriságát világszerte (WHO, 2014). A jelentés 133 országból származó adatokat tartalmaz, 6,1 milliárd emberről, akik a világ lakosságának 88%-át képviselik. Az adatokat 20 év alatti és feletti korosztályból kérdőíves vizsgálat során gyűjtötték, valamint hivatalos statisztikákból, amit a szociális, családügyi, gyermekvédelmi és rendvédelmi szervektől kértek az országonkénti adatbiztosok.



1. ábra. A különböző bántalmazásformák élettartam prevalenciája világszerte az Egészségügyi Világszervezet 2014-es adatai alapján (WHO global status report on violence prevention, 2014)

Egy nemrégiben készült, több mint 300 tanulmány alapján készült áttekintés (2000 és 2017 között végzett önkítöltő kérdőíveken alapuló kutatások) még frissebb előfordulási gyakorisági adatokat mutat be, amelyeket alább részletezünk (Moody és mtsai, 2018; WHO, 2020a).

A *szexuális bántalmazás* a leggyakrabban vizsgált bántalmazási forma világszerte, becsült előfordulási gyakorisága a világon 18% a nők, és 7,6% a férfiak között majdnem 10 millió személy adatai alapján (csak a 18 éves kor előtti szexuális bántalmazás adatai) (Stoltenborgh és mtsai, 2011). Az előfordulási gyakoriság fiúknál általában alacsonyabb. A szexuális bántalmazás medián prevalenciája Európában 13,4% a lányok körében, és 5,7% a fiúk esetében. A medián előfordulási gyakoriság az észak-amerikai lányoknál 20,4% (13,2%–33,6%), illetve Ausztráliában lányoknál 28,8% (17,0%–40,2%) (Moody és mtsai, 2018; Sethi és mtsai, 2013). Dél-Afrikában a 15–17 év közötti fiúk közel 10%-a, a lányok 14,6%-a számolt be szexuális bántalmazásról (Ward és mtsai, 2018).

A *fizikai bántalmazás* előfordulási gyakorisága világszerte 22,5% (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, van IJendoorn, és mtsai, 2013), Európában 22,9% (Sethi és mtsai, 2013). Az előfordulási gyakoriság arányai hasonlóak a fiúk és a lányok között, kivéve Európában, ahol a medián előfordulási gyakoriság 12% (6,9% és 23,0% között) volt a lányoknál és 27% (7,0% és 43,0% között) a fiúknál. A fizikai bántalmazás előfordulási

gyakorisága nagyon magas volt néhány kontinensen pl. Afrikában 50,8% (36,0%–73,8%) a lányok és 60,2% (43%–84,9%) a fiúk között (Moody és mtsai, 2018). Az UNICEF 2017-es jelentése szerint globálisan kisgyermekek százezrei tapasztalnak rendszeres testi büntetést és/vagy pszichológiai agressziót a gondozóik részéről (UNICEF, 2017).

Az *érzelmi bántalmazás* 36,3%-os előfordulási gyakoriságú globálisan (Stoltenborgh M, 2012), és 29,1% Európában (Sethi és mtsai, 2013). Előfordulási gyakorisága Észak-Amerikában kétszer olyan magas volt a lányoknál (28%), mint a fiúknál (14%), Európában ehhez hasonlóak az arányok (12,9% a lányoknál és 6,2% a fiúknál). A többi kontinensen a nemeket tekintve nem voltak lényeges különbségek az eredményeket illetően (Moody és mtsai, 2018; Sethi és mtsai, 2013).

Az *elhanyagolás* előfordulási gyakorisága világszerte 16,3% a fizikai elhanyagolás, 18,4% az érzelmi elhanyagolás tekintetében (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, és van IJzendoorn, 2013). Európában 11 tanulmány alapján az elhanyagolás előfordulási gyakorisága 13,9% a lányok, és 14,9% a fiúk körében (Moody és mtsai, 2018). Afrikában (lányok: 41,8%, fiúk: 39,1%) és Dél-Amerikában (lányok: 54,8%, fiúk: 56,7%) volt a legmagasabb az előfordulás és a nemek között nem volt számottevő különbség, de az adatok kevés tanulmányon alapultak. Ezzel szemben az előfordulási gyakoriság az elhanyagolás tekintetében jelentősen különbözött a nemek között Észak-Amerikában (lányok: 40,5%, fiúk: 16,6%), de pl. Ázsiában hasonlóak voltak az arányok (lányok: 26,3%, fiúk: 23,8%) (Moody és mtsai, 2018).

Világszerte minden negyedik 5 év alatti gyermek anyja *párkapcsolati erőszak* áldozata (UNICEF, 2017). Azon fiatalok száma, akik 18 éves koruk előtt erőszakot tapasztaltak otthon, a nők esetében 15% és 67% között mozgott (Pl. Kambodzsában 66%–67% között volt, Nigériában és Ugandában pedig 67%). A férfiak esetében 12%-tól (El Salvador) 58%-on át (Nigéria) 65%-ig (Uganda) terjedt (CDC, 2019)

A medián prevalencia arányok jelentősen eltérnek a bántalmazás típusa, a nemek és a kontinensek szerint. Az előfordulási arányok óvatos értelmezést igényelnek, mivel az eltérések egy része módszertani különbségeket tükröz, ami például az eltérő adatgyűjtési módszerekből és a bántalmazás és elhanyagolás meghatározásának fogalmi különbségeiből származik.

1.2.4. A gyermekbántalmazás rizikótényezői

A gyermekbántalmazás etiológiai modelljei az elszigetelt ok-okozati modellekből fejlődtek a kifinomultabb megközelítések felé, amelyek többféle utat és interaktív hatást vesznek figyelembe a gyermekbántalmazáshoz járuló tényezők között. Az 1970-es évek elején, felismerve a csak a szülő vagy csak a gyermek jellemzőire való összpontosítás korlátait, a kutatók elkezdték hangsúlyozni a gyermek, a szülő és a környezeti kockázati tényezők közötti kölcsönhatásokat. Az ökológiai vagy "szituációs" tényezők szerepének felismerése fokozatosan vezetett a multikauzális interaktív modellek kialakulásához. A társadalmi interakciós modellek hangsúlyozzák annak fontosságát, hogy a gyermekbántalmazást a család, a közösség és a társadalom kontextusában vizsgáljuk ahelyett, hogy csak a szülői pszichopatológiai tüneteket, vagy az egyéni stresszorokat emelnénk ki (Belsky, 1980; Cicchetti és Lynch, 1993; Garbarino és Kostelny, 1992; Wolfe és Jaffe, 1991).

A gyermekkori bántalmazás etiológiájának megértéséhez fontos szem előtt tartani, hogy a gyermekkori traumának nincs egyetlen oka; inkább az egyéni (szülő és gyermek), családi, közösségi és társadalmi szinten több, egymással kölcsönhatásban lévő tényező járul hozzá a gyermekkori bántalmazáshoz (Belsky, 1980). A gyermekbántalmazás esélyét megnöveli, ha minél több rizikófaktor van jelen az egyes szinteken. Az interaktív modellek általában feltételezik, hogy a gyermekbántalmazás akkor következik be, ha több a kockázati tényező, mint a védő (protektív) faktor (Cicchetti és Lynch, 1993). Egy tényező bizonyos kombinációkban védő hatású lehet, míg más kombinációkban növelheti a bántalmazás lehetőségét. A rendszer minden szintjén a kockázatot erősítő és védő tényezők kombinációja határozza meg a bántalmazás valószínűségét, nem pedig egyetlen tényező, amely a többitől elszigetelten ok-okozati hatást gyakorol. Kiemelendő, hogy kockázati tényezőkről beszélünk, melyek nem predesztinálják a bántalmazás előfordulását, csupán valószínűsítik azt.

A gyermekbántalmazás etiológiájának fejlődési/ökológiai/tranzakciós modelljét választottuk ebben a fejezetben az áttekintés alapjául (Belsky, 1980; Bronfenbrenner, 1979). A modell a bántalmazást négy szinten, kölcsönhatásban lévő kockázati és védő tényezők rendszerében látja: (1) az egyéni vagy ontogén szint, (2) a családi mikrorendszer, (3) a kontextuális szint és (4) a társadalmi makrorendszer.

Az egyéni szint maga a gyermek, aki saját szocializációjában aktívan részt vesz. A bántalmazással összefüggő gyermeki kockázati tényezőkkel kapcsolatos kutatások a

koraszülöttségre, a temperamentumra, az életkorra és a nemre terjedtek ki. A retrospektív kutatások szerint az olyan tényezők, mint a koraszülöttség, az alacsony születési súly, a csecsemő/gyermek betegsége vagy fogyatékos állapota megzavarják a szülőnek a gyermekhez való kötődését, ami a gyermeket sérülékenyebbé teheti a bántalmazással szemben.

A családi mikrorendszer magában foglalja a családi környezetet, a szülői nevelési stílusokat és a családtagok közötti interakciókat. A szülő személyisége, bizonyos személyiségjegyei (gyenge impulzuskontroll, alacsony frusztrációtűrés), mentális betegségei (pl. depresszió), életkörülményei, alkohol és droghasználata, inkompetens szülői készségei (pl. fiatal anya, kevésbé iskolázott szülők), a családi kapcsolatok zavarai (egyszülős családok, válás, párkapcsolati erőszak), a szociális izoláció komoly rizikótényezőknek számítanak. A szülői stílusokkal kapcsolatos kutatások (Baumrind, 1991; Dornbusch és mtsai, 1987) két olyan szülői nevelési stílust azonosítottak, amelyek relevánsak a bántalmazással kapcsolatban: (1) az elhanyagoló szülői magatartás, amely alacsony bevonódást, gondozást, meleget, ellenőrzést és felügyeletet foglal magában, és (2) a tekintélyelvű magatartás, amely büntetést, kényszert, korlátozást, valamint alacsony meleget és támogatást foglal magában. A biológiai szüleikkel élő gyermekeknél volt a legalacsonyabb a bántalmazás és elhanyagolás aránya, míg az olyan egyedülálló szülőknél, akik élettárral éltek, a legmagasabb ez az arány (Sedlak, 2010). A bántalmazás kockázatát jelentő gyermeknevelési attitűdök és az ezekkel összefüggő tényezők tekintetében Magyarországon Babity Mária (2014) készített felmérést.

Az egyéni és családi jellemzők nem működnek elszigetelten attól a nagyobb közösségtől, amely mind a bántalmazó, mind a nem bántalmazó családokat körüveszi. A munkahely, az iskola, az egyház és a kortárs csoportok jelentős hatással vannak a családokra. *A kontextuális szintet* a család lakóközössége, a szülők munkahelye, a családtagok iskolázottsága és kortárs csoportjai, a család számára elérhető formális és informális szociális támogatások és szolgáltatások, valamint egyéb tényezők, mint például a család jövedelme, foglalkoztatottsága és a munkahelyek elérhetősége alkotják. A szegénység és a gyermekbántalmazás kapcsolatáról szóló viták a gyermekbántalmazásról szóló korai szakmai tanulmányok megjelenése óta tartanak. A szegénység, a munkanélküliség és az alacsony társadalmi-gazdasági státusz a gyermekek bántalmazásának és elhanyagolásának kockázati tényezői (Gillham és mtsai, 1998). Bár gyermekbántalmazásról minden szocioökonómiai státuszú családokban beszámolnak, a szegény családok körében aránytalanul nagy arányban fordul elő (Jenkins, 2013; Walsh és mtsai, 2019). A források

szegényességéből származó krónikus stresszterhelés, családszerkezeti jellegzetességek jelentős rizikótényezőnek számítanak (Sidebotham és mtsai, 2006).

A társadalmi makrorendszer a kultúra átfogó értékeiből és hiedelmeiből áll. A makrorendszer a gyermekbántalmazás elméleti modelljeiben gyakran láthatatlan réteg, mégis egyre inkább elismerik, hogy befolyása fontos. A társadalmi és kulturális tényezők elősegíthetik vagy enyhíthetik a stresszt a családi életben. A makrorendszer magában foglalja a szélesebb körű kulturális és társadalmi értékeket, amelyek hozzájárulnak a gyermekbántalmazás etiológiájának megértéséhez (pl. a családdal szembeni diszkrimináció, a lakókörnyezet fejlettsége, a gyermekekkel és nőekkel szembeni beállítódások). A gyermekbántalmazással és elhanyagolással összefüggésbe hozott fontos makrorendszeri tényezők közé tartoznak pl. a fizikai büntetéssel és erőszakkal kapcsolatos társadalmi attitűdök is (Bower-Russa és mtsai, 2001; Wolfe és Jaffe, 1991).

Mindezen tényezők jelenlétének és hatásának vizsgálata nélkül a bántalmazott gyermekben megjelenő hosszú távú következményeket tévesen tulajdonítanánk kizárólag az egyes bántalmazásformáknak. A többi kategória és rendszerszint halmozott hatása nem érvényesül abban az esetben, ha csak a direkt bántalmazásokat vizsgáljuk. Valójában az olyan körülmények, mint a szülők szerhasználata, a családon belüli erőszak és a szülői bűnözés gyakran fordulnak elő együtt a gyermekkori bántalmazás különböző formáival (Anda és mtsai, 1999; Dong, Anda, és mtsai, 2004; Felitti és mtsai, 1998). Például a szélsőséges szülői házassági konfliktusnak kitett gyermekek nagyobb valószínűséggel lesznek elhanyagoltak, és nagyobb valószínűséggel lesznek szemtanúi a családon belüli erőszaknak (Wolf és mtsai, 1997). Holt, Buckleyb, Whelana (2008) több mint ezer tanulmány áttekintése során megállapították, hogy a családon belüli erőszakot elszenvedett gyermekek és serdülők fokozottan ki vannak téve az érzelmi, fizikai és szexuális bántalmazásnak, valamint az érzelmi és viselkedési problémák kialakulásának is.

Az utóbbi évtizedek kutatásai a gyermekeket érő ártalmas tényezők szélesebb körét vizsgálják. Az ACE kutatásokban a gyermekkori bántalmazásformák meghatározására használt ártalmas gyermekkori élmények (ACE) komplex és kiterjedtebb fogalom, mely magába foglalja nemcsak a gyermek ellen elkövetett bántalmazást és elhanyagolást (direkt ártalmak), hanem a gyermeket körülvevő családban megtapasztalható környezeti ártalmakat (indirekt ártalmak) is. Tehát az addig vizsgált bántalmazási formák (érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás, érzelmi és fizikai elhanyagolás) felmérésén túl, a diszfunkcionális családi körülményeket (különélés/válás, anya elleni erőszak, szerhasználó családtag, mentálisan beteg vagy öngyilkosságot megkísérelt családtag, börtönviselt családtag) is

vizsgálják, mint a gyermek életére kedvezőtlenül ható ártalomtípusokat (Felitti és mtsai, 1998). A jelen kutatásban is a fenti szerzők által meghatározott ártalmas gyermekkor élmények (ACE) fogalmat használjuk.

1.2.5. Protektív tényezők

Több kutatás van arra vonatkozóan, hogy a különböző veszélyeztető tényezők milyen zavarokat idéznek elő a kognitív–emocionális–szociális–idegrendszeri fejlődésben, viszont kevésbé tisztázott, hogy miért lehetséges az, hogy ezek a jól bejósolható kedvezőtlen következmények nem történnek meg. Egyre több bizonyíték utal arra, hogy a bántalmazott személyek jelentős kisebbségének mentális egészsége viszonylag érintetlennek tűnik (National Research Council, 2014). A pozitív alkalmazkodásban szerepet játszó tényezők és folyamatok teljesebb megértése több okból is fontos. Elméleti szempontból a protektív tényezők modelljei potenciálisan javíthatják azoknak a mechanizmusoknak a megértését, amelyek révén a bántalmazás befolyásolja a pszichoszociális fejlődést. Klinikai szempontból egyes protektív tényezők külső befolyásolásra alkalmasak lehetnek, és így a jövőbeni kezelések és beavatkozások lehetséges fókuszát képezhetik (Collishaw és mtsai, 2007).

A korábbi kutatások főként olyan protektív tényezőket találtak a gyermekbántalmazással szemben, mint például (Butchart és mtsai, 2006): a csecsemő biztonságos kötődése a felnőtt családtaghoz; az apai gondoskodás magas szintje gyermekkorban; a bűnöző vagy drogfogyasztó kortársakkal való kapcsolat hiánya; a meleg és támogató kapcsolat a nem bűnelkövető szülővel.

Néhány tanulmány kimutatta, hogy az erős társadalmi kohézióval rendelkező közösségeknek védő hatásuk van, ami csökkentheti a gyermekbántalmazás és egyéb erőszakos cselekedetek kockázatát, még akkor is, ha más családi kockázati tényezők is jelen vannak. A stabil családi egység a gyermekek védelmének erőteljes forrását jelenthetik. Az adaptív szülői magatartás, a szülők és a gyermekek közötti erős kötődés és a pozitív, nem fizikai fegyelmezési technikák valószínűleg védőfaktorok (Butchart és mtsai, 2006). A legtöbb tanulmány szerint minél érzékenyebb, gondoskodóbb és biztonságosabb az otthoni környezet, annál adaptívabb lesz az eredmény (National Research Council, 2014). A jó személyközi kapcsolatok kialakításának, fenntartásának és a belőlük származó előnyöknek a képessége egy másik fontos tényezőnek tűnik a pozitív alkalmazkodás előrejelzésében.

A "bántalmazás körforgásának megtörésével" foglalkozó egyik leggyakrabban idézett tanulmányban Egeland és munkatársai (1988) azt találták, hogy azok a bántalmazott anyák, akik nem ismételték meg a bántalmazás körforgását, nagyobb valószínűséggel kaptak érzelmi támogatást egy nem bántalmazó felnőttől gyermekkorukban, mint azok, akik megismételték a szülői bántalmazás mintáját. Rutter mentális betegségben szenvedő szülők gyermekeit vizsgálva (indirekt összetevője az ártalmas gyermekkori élményeknek) azt találta, hogy a bizonyos belső tulajdonságok és a támogató iskolai környezet egyaránt védőfaktorot jelentettek (Rutter, 2000).

Összefoglalva, genetikai, biológiai, kognitív tényezők (pl. intelligencia, kontroll-locusz, önbecsülés, tervezés, önszabályozás), egyéni és személyközi tényezők (pl. érzelmileg reagáló szülői magatartás, kortárskapcsolatok és barátságok, támogató és szeretetteljes házastársi kapcsolatok) mind kapcsolatban állhatnak az ártalmakra adott válaszok egyéni változatosságával pl. (Masten, 1999; Meinck és mtsai, 2015; Rutter, 2006; Werner és Smith, 1982). *Egyéni szintű védőfaktorok* lehetnek a gyermekbántalmazással szemben: a személyiségjegyek (pl. magas énkontroll, magas önbecsülés, belső kontroll, külső hibáztatás és a siker saját erőfeszítéseinek való tulajdonítása); a nem (a nők ellenállóbbak, mint a férfiak); és a kapcsolati képességek (Afifi és MacMillan, 2011; Collishaw és mtsai, 2007; Jaffee és Gallop, 2007). Van némi bizonyíték arra, hogy az intelligencia, a kognitív képességek és bizonyos kognitív stílusok védőfaktorokként funkcionálnak (Masten és Tellegen, 2012). A vizsgálatok azt mutatják, hogy a magas önértékelés, a belső kontrollhelyzet pozitívabb eredményeket jeleznek előre a gyermekkorban pl. (Cicchetti és mtsai, 1993). A *családi szintű védőfaktorok* közé tartozik a gondoskodó és biztonságos otthoni környezet; a családi struktúrában bekövetkezett pozitív változások (pl. segítő beavatkozás vagy nevelőszülőkhöz való költözés); és a támogató családi kapcsolatok a bántalmazás idején (Afifi és MacMillan, 2011; Collishaw és mtsai, 2007; Jaffee és Gallop, 2007). Az *egyéb társadalmi szintű védőfaktorok* közé tartoznak a támogató kapcsolatok a nem családtagokkal, például tanárokkal vagy tanácsadókkal, és a serdülőkorban a kortársakkal való támogató kapcsolatok (Jaffee és Gallop, 2007).

1.2.6. Az Adverse Childhood Experiences kutatás

Az „Adverse Childhood Experiences study” – Ártalmas Gyermekkori Élmények kutatás (a továbbiakban: ACE kutatás) az első követéses epidemiológiai vizsgálat volt a

Centers for Disease Control and Prevention és a Kaiser Permanente szervezésében (Felitti és mtsai, 1998). A kutatás 1995-ben indult és célja a gyermekkorban elszenvedett ártalmak felnőttkori egészségi állapotra gyakorolt hatásainak vizsgálata. A kutatás több mint 20 éve folyik több mint 17.000 résztvevővel. A vizsgálat során a résztvevők retrospektíven számolnak be gyermekkori traumáikról és ezzel párhuzamosan az egészségi állapotuk nyomonkövetése folyamatos (prospektív) (magyarul: (Kósa, 2015)). A kutatás újdonsága, hogy a kutatásban résztvevő személyek jórészt középosztálybeliek (korábban inkább alacsonyabb szocioökonómiai státuszú, vagy valamilyen szempontból „veszélyeztetett” populációkat vizsgáltak) és a kutatás során számos kimeneti változót, többek között szomatikus következményeket is vizsgálnak. A szűrőkérdőív 10 féle ártalmas élmény 18 év alatti előfordulását méri fel. A diszfunkcionális családi körülményekkel bővített trauma fogalmán alapuló ACE kutatás eredményei szerint mind a direkt, mind a gyermeket körülvevő indirekt ártalmak előfordulási gyakorisága igen magas (1. táblázat) (CDC, 2021). Az egyes ártalmas gyermekkori élmények prevalenciáját az ACE kutatás (n = 17337) eredményei alapján a 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat. Az egyes ártalmas gyermekkori élmények prevalenciája az ACE-kutatás eredményei alapján (Center for Disease Control and Prevention, 2021)

ACE	Nők N = 9367	Férfiak N = 7970	Összesen N = 17337
Bántalmazás/elhanyagolás			
Érzelmi bántalmazás	13,1%	7,6%	10,6%
Fizikai bántalmazás	27%	29,9%	28,3%
Szexuális bántalmazás	24,7%	16%	20,7%
Érzelmi elhanyagolás	16,7%	12,4%	14,8%
Fizikai elhanyagolás	9,2%	10,7%	9,9%
Diszfunkcionális családi körülmények			
Szülők különélése/válása	24,5%	21,8%	23,3%
Bántalmazás szemtanúsága	13,7%	11,5%	12,7%
Szerhasználó családtag	29,5%	23,8%	26,9%
Mentálisan beteg családtag	23,3%	14,8%	19,4%
Börtönviselt családtag	5,2%	4,1%	4,7%

A vizsgált populáció 63,9%-a legalább egy ártalmas élmény elszenvedője volt gyermekkorában (a 18. életéve előtt), 12,5%-uk pedig legalább négy ártalomtípus elszenvedéséről számolt be. Az eredmények szerint, az a gyermek, aki egy bizonyos típusú

traumatikus élményt elszenvedett, 80%-kal nagyobb eséllyel élt át további ártalmakat is gyermekkorában (Dong, Anda, és mtsai, 2004).

A kutatás megerősítette, hogy a családon belüli gyermekkori ártalmas élmények erős prediktorai a mentális zavaroknak és a szomatikus következményeknek, köztük a krónikus betegségeknek is [(Bellis és mtsai, 2019; Hughes és mtsai, 2017) magyarul: (Kósa, 2015)]. Dózis-hatás összefüggést találtak az elszenvedett ártalmas élmények és valamennyi vizsgált kimeneti változó tekintetében, tehát minél több ártalomtípus elszenvedője volt gyermekkorában az egyén, felnőttként annál nagyobb eséllyel szenvedett el valamilyen egészségkárosodást. Az alábbi kimenetekkel találtak összefüggést: dohányzás, alkohol- és droghasználat (egészségkárosító magatartásformák); kardiovaszkuláris megbetegedések; légzőszervi megbetegedések; emésztőrendszeri megbetegedések: elhízás, IBS, májbetegségek, vastagbélgyulladás; daganatos megbetegedések; cukorbetegség; szexuális úton terjedő betegségek; magzati elhalálozás, korai halálozás (magyarul részletesebben lásd: (Ujhelyiné Nagy és Kuritárné Szabó, 2020). További következményeket is leírtak: depresszió, öngyilkossági kísérletek, promiszkuitás, nem kívánt terhesség (Anda és mtsai, 2002; Dietz és mtsai, 1999; Edwards és mtsai, 2003; Hillis és mtsai, 2001).

A következmények súlyosságának az ártalmak halmozódása fontos előrejelzője lehet (Felitti és mtsai, 1998). Az a személy, aki legalább hat ártalomtípust élt át, várhatóan 20 évvel rövidebb ideig fog élni (Felitti és mtsai, 1998), ami azt is jelzi, hogy mindez komoly népegészségügyi jelentőséggel bíró probléma (Anda és mtsai, 1999; Dube és mtsai, 2010; Edwards és mtsai, 2003; Hillis és mtsai, 2016).

Az ACE-kutatás számos tanulmány alapjául szolgált, amelyek népegészségügyi szempontból is nagyon hasznosak, mivel felhívták a döntéshozók és a társadalom figyelmét arra, hogy ezek a kedvezőtlen tapasztalatok általában halmozódnak, és egész életre szóló negatív következményekkel járnak a személy egészsége és jólléte vonatkozásában (Chapman és mtsai, 2007; Edwards és mtsai, 2003; Felitti, 2002). Az ártalmas gyermekkori élmények pontszámokban történő (ACE kumulatív pontszám: egy súlyossági mutató, mely az ártalmas élmények típusainak halmozódását méri, azt mutatja meg, hogy a személy hány típusú ártalmas élményt szenvedett el gyermekkorában) megközelítésének előnyei az egyszerűségből fakadnak: megkönnyíti a széles körű alkalmazást a politikában, a közegészségügyben és a klinikai környezetben. Ugyanakkor a kumulatív pontszám használatának hátránya, hogy nem veszi figyelembe hogy a halmozódás mellett egyéb súlyossági mutatók is léteznek. További kutatásokra van szükség annak megállapításához, hogy mit kell/lehet még ártalmas gyermekkori élményként figyelembe venni, hogyan kell

súlyozni az egyes ártalmas élményeket, hogyan csoportosulnak az ártalmak, és hogy a kutatások eredményei milyen hatással vannak a klinikai munkára, a társadalomra és a politikára (Anda és mtsai, 2020; Finkelhor, 2018; Kelly-Irving és Delpierre, 2019; Lacey és Minnis, 2020).

1.2.7. A gyermekkori bántalmazásformák és egyéb ártalmas élmények előfordulási gyakorisága serdülők körében

A bántalmazások és egyéb ártalmas élmények gyakoriságát a gyermekek/serdülők körében is vizsgálták néhány önbeszámolón/önértékelésen alapuló tanulmányban, e tanulmányok száma azonban alacsonyabb a felnőtt populáción végzett vizsgálatokhoz képest, és nem is mindig vizsgálják az összes ártalmas élménytípus előfordulási gyakoriságát (Denholm és mtsai, 2013; Finkelhor és mtsai, 2014; Lev-Wiesel és mtsai, 2018; Ward és mtsai, 2018). Az alábbiakban néhány kutatást mutatunk be részletesebben.

AZ USA-ban egy reprezentatív kutatásban (N = 4503) a következő előfordulási gyakoriságot találták gyermekek és serdülők körében a bántalmazásra és elhanyagolásra vonatkozóan: a fizikai bántalmazás 8,9%; az érzelmi bántalmazás 10,3%; a szexuális abúzus: 0,7%; az elhanyagolás: 11,6%. A vizsgálat során a JVQ (Juvenile Victimization Questionnaire) kérdőívet használták, telefonos interjú keretében, a gyermek 0-9 éves kora között a gondozót kérdezték, 10-17 év között pedig a gyermeket magát (Finkelhor és mtsai, 2014). A 2011/12-es évben végzett NSCH (National Survey of Children's Health) reprezentatív keresztmetszeti felmérés során amerikai 0 és 17 év közötti gyermekek (N = 95 677) szüleit kérdezték meg gyermekükre vonatkozóan, a gyermekeket érő kilenc ártalmas gyermekkori élményről. A szülők beszámolója szerint gyermekeik közel fele (47,9%-a) tapasztalt egyet vagy többet a kilenc mért ártalmas élmény közül, 22,6% pedig 2 vagy több ártalmat szenvedett el. 20,1% volt a szülők válasának aránya, 10,7% a szerhasználó családtagé, 8,6% a mentálisan beteg családtagé, 7,3%-os volt az erőszak előfordulása a családban és 6,9% a börtönviselt családtag aránya (Bethell és mtsai, 2014). Egy 1958-as brit születési kohorsz (N = 17 638), 1958 márciusában születetteket egészen a felnőttkoruk közepéig követett. A gyermekkori bántalmazás (elhanyagolás+bántalmazás) és a diszfunkcionális családi körülményekre vonatkozó pontszámokat a gyermekkorban és 45 évesen felvett adatokból állították össze. A vizsgálat eredményei alapján a fizikai bántalmazás előfordulási gyakorisága 6%, a szexuális bántalmazás 0,5% a férfiak és 2,7% a

nők körében, az érzelmi bántalmazás 8,3% a férfiak és 11,7% a nők körében, az elhanyagolás a vizsgált minta 9%-ára volt jellemző. A diszfunkcionális családi körülményekre vonatkozóan a minta 10%-ánál volt jellemző egynél több diszfunkcionális családi ártalom előfordulása (Denholm és mtsai, 2013).

Izraelben a CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) and JVQ (Juvenile Victimization Questionnaire) kérdőív felhasználásával (N = 12,035, reprezentatív minta) 12-17 év közötti serdülőket vizsgáltak iskolai osztályokban. A fizikai bántalmazás 17%, az érzelmi bántalmazás 31,1%, a szexuális bántalmazás 18,7%, a fizikai elhanyagolás 18% és az érzelmi elhanyagolás előfordulási gyakorisága 17% volt. A családon belüli erőszaknak való kitettség 9,8% volt (Lev-Wiesel és mtsai, 2018).

Egy dél-afrikai vizsgálatban 15-17 éves serdülők körében (N = 5631, reprezentatív minta) a szexuális bántalmazás előfordulási gyakorisága a fiúk esetében 9,99%, a lányok körében 14,61%. A fizikai és az érzelmi bántalmazás, valamint az elhanyagolás és a családi erőszak szoros kapcsolatban álltak a szexuális bántalmazással (Ward és mtsai, 2018).

A közép- és kelet-európai országok gyermekeiről és serdülőiről csak korlátozott számú kutatási adat áll rendelkezésre, és ezek nem is mindegyike rendelkezik az összes ártalmas élménytípusra vonatkozóan prevalencia adatokkal, továbbá a kutatások csak kis hányada vizsgált serdülőket, zöme idősebb átlagéletkorú populációt vizsgált (Bellis, Hughes, Leckenby, Perkins, és mtsai, 2014; Browne és mtsai, 2002; Meinck és mtsai, 2017; Veleminsky és mtsai, 2020). A közép-kelet-európai országokra vonatkozó kutatásokat a 2. táblázatban összegeztük. A táblázatban szereplő országok eredményeit tekintve, az önbeszámolón alapuló érzelmi bántalmazás 3,7%–39,7% között volt, a legmagasabb előfordulási gyakoriságot Romániában találták. A fizikai bántalmazás 6,9%–32,3% között volt, szintén Romániában a legmagasabb az előfordulási gyakoriság. A szexuális bántalmazás előfordulási gyakorisága 3,5%–19,1% között volt, a legmagasabb Albániában. Az érzelmi elhanyagolás 7,4% és 26,3% között volt, Romániában a legmagasabb az előfordulási gyakoriság. A fizikai elhanyagolás tekintetében csak kevés összehasonlítható adatot találtunk, egy román (16,5%) és cseh (8%) vizsgálat közölt erre vonatkozóan eredményeket. A válás/különélés 3,8%–19,8% között, a családi erőszak előfordulási gyakorisága 1,4%–22,1% között volt. A szerhasználó családtag 9,6%–35,1%, a mentális betegséggel élő családtag előfordulási gyakorisága 5,6% és 18,8% között volt. A börtönviselt családtag előfordulási gyakorisága 1,4%–8,3% között volt. Ez alapján Kelet-Közép-Európában a leggyakoribb ártalmas élménytípus az érzelmi és fizikai abúzus, valamint a szerhasználó családtag volt.

2. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakorisága a kelet-közép-európai országokban

Ország	N/ Életkor (év)	Mérő- eszköz	érzelmi bántalma zás %	fizikai bántalma zás %	szexuális bántalma zás %	érzelmi elhanyag olás (%)	fizikai elhanyag olás (%)	válás/ különélés (%)	erőszak a családban (%)	szer használat (%)	mentális betegség (%)	bebör- tönzés (%)
Románia Baban, 2012	N = 2088 egyetemisták életkor: 18-56	ACE kérdőív	23,6	26,9	12,7	26,3	16,5	15,6	17,4	21,9	12,9	-
Románia Meinck, 2017	N=1733 életkor: 15	ACE ASF	39,7	32,3	13,1	-	-	-	-	-	-	-
Csehország Velemínsky, 2020	N = 1760 életkor >18	ACE kérdőív	20,7	17,1	6,4		8	23	22,1	20,2	13,4	1,4
8 kelet-európai ország tanulmánya Bellis és mtsai, 2014	egyetemisták/ főiskolai hallgatók középiskolások/ szakiskolások N = 10696	ACE kérdőív										
Albánia	életkor 18-25		26,5	41	19,1	16,3		6,6	30,0	22,2	7,6	3,7
Lettország	17-25		7,9	16,2	7,0	8,9		42,3	20,3	35,1	18,8	8,3
Litvánia	18-39		4,3	12,9	3,5	10,1		19,8	16,5	27,7	10,3	3,5
Montenegro	18-50		4,7	19,6	3,6	7,4		9,5	9,2	14,1	5,6	7,2
Románia	14-66		8,9	23,4	5,8	7,6		16,4	6,7	24,7	13,8	2,3
Orosz Föderáció	13-41		2,9	12,8	5,6	18,4		16,8	13,1	10,5	8,2	5,5
Volt Jugoszláv Köztársaság	17-45		4,9	6,9	7,4	16,7		3,8	1,4	12,6	6,8	4,2
Törökország	életkor 18-41		3,7	14,6	6,9	8,7		5,3	17,9	9,6	9,5	8,3

1.2.8. A gyermekkori ártalmas élmények következményei felnőttkorban

Az alábbi két fejezetben az ártalmas élmények következményeire vonatkozó empirikus kutatásokat összegezzük, először a felnőttkori, majd a gyermek- és serdülőkori következményekre vonatkozó kutatásokat mutatjuk be. Fontos már a fejezet elején megjegyezni, hogy nem minden ártalmas élményt elszenvedett gyermeknél/személynél jelentkeznek káros következmények. A korábban tárgyalt ökológiai–tranzakciós modell segít megérteni a bántalmazás, elhanyagolás és egyéb ártalmas élmények következményeit, amelyeket a gyermek ökológiájának több szintjén előforduló kockázati és védő tényezők kölcsönhatása befolyásol.

Az ártalmas élmények következményeinek súlyossága eltérő lehet, több tényező befolyásolja. A már említett halmozódás mellett, az ártalmas élmény típusa (bántalmazás, elhanyagolás, diszfunkcionális családi körülmény, egyéb), a bántalmazás gyakorisága (a fentebb idézett kutatások igazolják, pl: (Finkelhor és mtsai, 2014), a bántalmazás tartóssága, és az életkori kezdet (van der Kolk és mtsai, 1996) valamint az áldozat és a bántalmazó viszonya (Freyd, 1996). Lényegesek a kompenzáló hatások és protektív tényezők (lásd korábban), továbbá a megküzdési stratégiák is. Általánosságban elmondható hogy minél korábban kezdődik a bántalmazás (a gyermek fiatalabb korában), annál összetettebbek és súlyosabbak a következmények. Az ismétlődő/hosszan tartó bántalmazás következményei pedig legtöbbször súlyosabbak, mint az egyszer fellépő nehéz élethelyzeté (Révész, 2004; Schalinski és mtsai, 2016; van der Kolk és mtsai, 1996). Az elárultatás traumája elmélet szerint a gondozó vagy az áldozathoz közel álló személy által elkövetett gyermekkori bántalmazás rosszabb mentális egészséget, valamint nagyobb mértékű amnéziát eredményez, mint a nem gondozó által elkövetett bántalmazás (Freyd, 1996).

A gyermekkorban krónikusan és/vagy halmozottan elszenvedett, családon belüli ártalmas élmények fontos patogén tényezőként jelennek meg, bizonyítottan hatással lehetnek az egész személyiségfejlődésre, szerepet játszhatnak a későbbi érzelmi, kognitív, viselkedéses, szociális károsodások, szomatikus problémák és egészségkárosító viselkedésformák kialakulásában (Felitti és mtsai, 1998) Mindezt több áttekintés és metaanalízis is alátámasztja: Bellis és mtsai, (2019) 23 észak-amerikai és európai kutatás eredményeit összegezték; Hugues és mtsai, (2017) áttekintésükben és metaanalízisükben 37 tanulmány, összesen 253 719 fő eredményeit vizsgálták; továbbá Sethi, Hughes, Gilbert, Mitis, Galea, (2013) WHO beszámolóban összegezte a családon belüli ártalmakat és azok egész személyiségfejlődésre kiterjedő károsodásait.

A szakirodalmi adatok egyértelmű kapcsolatot mutattak ki az ártalmas gyermekkori élmények és a *felnttkori különböző egészségkárosító magatartások között*. Ilyenek a dohányzás (Alcala és mtsai, 2016) az alkoholizmus (Dube és mtsai, 2002; Dube és mtsai, 2010; Hughes és mtsai, 2017); a kábítószerrel való visszaélés (Dube és mtsai, 2003; Hughes és mtsai, 2017); a promiszkuitás (Hillis és mtsai, 2001; Hughes és mtsai, 2017).

Kapcsolat van az ártalmas gyermekkori élmények és a különböző *szomatikus kimenetek között* is: az elhízás (Hemmingsson és mtsai, 2014; Williamson és mtsai, 2002); a szívbetegségek (Dong, Giles, és mtsai, 2004) és a kardiometabolikus morbiditás és mortalitás (Jakubowski és mtsai, 2018); a daganatos betegségek (Brown és mtsai, 2013; Llabre és mtsai, 2017) és a krónikus obstruktív tüdőbetegség (Anda és mtsai, 2008). Az alábbiakban részletezve is bemutatunk néhány szomatikus kimenetre vonatkozó lényeges kutatást. Egy frissebb szisztematikus áttekintés és metanalízis (N = 112708) szerint, a fizikai, az érzelmi és a szexuális bántalmazás egyaránt összefüggést mutatott a *felnttkori elhízással*. Az összefüggés dózis-válasz jellegű volt, a bántalmazás súlyossága szignifikánsan növelte az elhízás rizikóját (Hemmingsson és mtsai, 2014).

A gyermekkori érzelmi bántalmazás, a mentálisan beteg vagy börtönviselt családtaggal való együttélés előre jelezte az *irritabilis bél szindróma* diagnózisát (Park és mtsai, 2016). Egy kanadai általános populációs vizsgálatban (N = 21852) a személy fizikai bántalmazása esetén 2,28-szoros eséllyel, szexuális bántalmazásánál pedig 2,64-szeres eséllyel alakult ki *fekélyes vastagbélgyulladás* a nem bántalmazottakhoz képest (Fuller-Thomson és mtsai, 2015). A gyermekkori ártalmas élmények és az *asztma* kialakulása közötti kapcsolat is igazolt több keresztmetszeti, retrospektív kutatás alapján (Coogan és mtsai, 2013; Hyland és mtsai, 2013; Korkeila és mtsai, 2012). *Alvászavar* is nagyobb valószínűséggel fordult elő bántalmazást elszenvedő személyek körében (Kajeepeta és mtsai, 2015).

Az ártalmas gyermekkori élmények növelik a *különböző sérülések kockázatát*; a *HIV és más szexuális úton terjedő fertőzések* esélyét; *reproduktív egészségügyi zavarokhoz* és *korai terhességhez* is vezethetnek (Mercy és mtsai, 2017).

A gyermekkori ártalmak növelik a *pszichoszociális károsodások kockázatát* is (munkanélküliség, betegállomány). A gyermekkori bántalmazás és elhanyagolás *magasabb munkanélküliségi aránnyal és alacsonyabb jövedelemmel jár* (Currie és Widom, 2010), továbbá *alacsonyabb iskolai végzettséggel* is (Boden és mtsai, 2007).

Egy prospektív kohorsz vizsgálat szerint (N = 15221) a *korai halálozásra* 29%-kal magasabb volt az esélye a gyermekkorukban bántalmazott személyeknek a nem bántalmazottakhoz képest (Kelly-Irving és mtsai, 2013).

Kapcsolat van az ártalmas gyermekkori élmények és számos *felnőttkori mentális kimenet között* is (Sethi és mtsai, 2013): többek között a depresszió (Chapman és mtsai, 2004) és a szorongás (McCauley és mtsai, 1997) kockázatát is megnövelik. De Venter, Demyttenaere és Bruffaerts (2013) szisztematikus áttekintése (65 tanulmány) szerint az érzelmi, a fizikai és a szexuális bántalmazás jelenti a legfőbb rizikótényezőt *depresszió* kialakulására vonatkozóan. A *szorongásos zavarok* tekintetében a szexuális bántalmazás és a családon belüli erőszak szemtanúsága tűnik a legerősebb prediktornak. Az ártalmas gyermekkori élmények megnövelik az *öngyilkossági kísérletek kockázatát* serdülőkorban és felnőttkorban egyaránt (Brown és mtsai, 1999; Dube és mtsai, 2001; Fergusson és mtsai, 2008; Gilbert és mtsai, 2009). Nem minden kedvezőtlen gyermekkori élmény súlya egyenlő az öngyilkossági kockázat szempontjából, nagyobb a depresszió és az öngyilkossági kockázat a behatolással járó szexuális abúzus esetében, mint ha nincs behatolás (Putnam, 2003). A szexuális bántalmazás kapcsolatban van az *alacsony önbecsüléssel és negatív énképpel*, valamint a *szexuális diszfunkciókkal* is (Kendalltackett és mtsai, 1993). A gyermekkori bántalmazásról beszámoló nőknél az *interperszonális kapcsolatok minősége* rosszabb, nagyobb az *intimitástól való félelem*, mint a nem bántalmazott nőknél (Davis és mtsai, 2001; Schutze és mtsai, 2020). 20-50%-os PTSD arányról számoltak be olyan fiatalok körében, akiket szexuálisan bántalmaztak, 50%-os arányról a fizikailag bántalmazott fiatalok körében, és 33–50% között azoknál a fiataloknál, akik elhanyagolást éltek át (Kearney és mtsai, 2010). A gyermekkorukban bántalmazott és elhanyagolt felnőttek között a *személyiségzavarok* négyszeres növekedést mutattak azokhoz képest, akiknek nem volt ilyen előzményük. A fizikai bántalmazás összefüggésbe hozható az antiszociális és depresszív személyiségzavar tüneteivel; a szexuális bántalmazás összefüggésbe hozható a borderline személyiségzavar tüneteivel; az elhanyagolás pedig az antiszociális, elkerülő és borderline tünetek emelkedésével járt együtt (Johnson és mtsai, 1999). Porter és munkatársai (2020) metanalízisükben összesen 97 tanulmányt vizsgáltak át, és azt találták, hogy a borderline személyiségzavarban szenvedő személyek 13,91-szor nagyobb valószínűséggel számoltak be gyermekkori ártalmakról a nem klinikai kontrollcsoport tagjaihoz képest. A gyermekkori bántalmazás fontos prediktorként jelenik meg a *disszociáció* tekintetében is (Fiess és mtsai, 2013; Rafiq és mtsai, 2018). Megjelenhetnek beszűkült érzelmek, fantáziatévékenységbe való menekülés, deperszonalizáció, derealizáció, fuga állapotok, vagy akár eszméletvesztés is (Andrejkovics, 2015).

A gyermekkori ártalmas élményeknek való kitétség növeli a *bántalmazóvá válás és a reviktimizáció kockázatát* az egész élet során (Finkelhor és mtsai, 2007; Herman, 2003;

Levy, 1998; van der Kolk, 1989; Whitfield és mtsai, 2003). A bántalmazott gyerekek egyharmada válik felnőttként bántalmazó szülővé (Oliver, 1993). A gyermekkori fizikai vagy szexuális bántalmazás, illetve a bántalmazott anyával való felnövés mindegyike körülbelül kétszeresére növeli a párkapcsolati erőszak áldozatává vagy elkövetővé válásának kockázatát. Az erőszakos élmények száma és a párkapcsolati erőszak kockázata között statisztikailag szignifikáns, fokozatos kapcsolatot találtak. Azoknál a személyeknél, akik mindhárom ártalmas gyermekkori élménynek ki voltak téve, az áldozattá válás és az elkövetés kockázata a nők esetében 3,5-szeresére, a férfiak esetében pedig 3,8-szorosára nő (Whitfield és mtsai, 2003). Bizonyított, hogy a gyermekkori bántalmazás növeli a *bűnözés kockázatát* is. Számos, az Egyesült Államokban végzett vizsgálat dokumentálta a gyermekkori bántalmazás és elhanyagolás, valamint a fiatalkorúak és/vagy fiatal felnőttek bűnözése közötti kapcsolatot (Lansford és mtsai, 2007; Maxfield és Widom, 1996; Smith és Thornberry, 1995; Zingraff és mtsai, 1993) idézi: (National Research Council, 2014).

1.2.9. A gyermekkori ártalmas élmények következményei gyermek- és serdülőkorban

A gyermekekre és serdülőkre vonatkozó tanulmányok – ugyan kisebb számban, mint a felnőttek esetében – az ártalmas élményeknek való kitettség különböző aspektusait vizsgálták. A Flaherty és munkatársai (2006) által végzett longitudinális vizsgálat (n = 1041) kimutatta, hogy az ártalmas gyermekkori élményeknek való kitettség összefügg a fiatalabb gyermekek *egészségügyi panaszai*val. Egy másik longitudinális vizsgálatban (n = 8224) összefüggést találtak az ártalmas élményeknek való kumulatív kitettség és a rossz szomatikus egészségi állapot között is (Boynton-Jarrett és mtsai, 2008).

Emellett van néhány tanulmány, amely összefüggést talált serdülő korosztályban az ártalmas gyermekkori élmények és *néhány szomatikus betegség* között. Schroeder, Schuler, Kobulsky és Sarwer (2021) szisztematikus áttekintésükben 24 bevont tanulmány adatai alapján igazolták az *elhízás* és az ártalmas élményeknek való kitettség kapcsolatát. Egy 12-17 éves serdülőket (n = 449) vizsgáló finn kutatásban azt találták, hogy a szexuális bántalmazást átélő lányok nagyobb valószínűséggel voltak *elhízottak* és mutattak extrém fogyókúrás viselkedést (Isohookana és mtsai, 2016). Pretty, O’Leary, Cairney és Wade, (2013) keresztmetszeti kutatásában (n = 1234) felső tagozatos gyermekeket vizsgált, eredményei alapján négy vagy több ártalom átélése szignifikánsan növelte a nyugalmi pulzusszámot, a testtömegindexet (BMI) és a derékbőséget, valamint a több ártalom átélése

összefüggésben állt az elhízással is. Dózis-válasz hatás igazolódott az ártalmak halmozódása és a BMI, valamint a derékbőség között. 13–18 év közötti serdülők (n = 1850) körében vizsgálták az idült hasi fájdalommal járó *gasztrointesztinális betegség* gyermekkori bántalmazással való kapcsolatát. A betegség szignifikánsan gyakoribb volt az érzelmi, szexuális és fizikai bántalmazást elszenvedett serdülők körében, mint a nem bántalmazottaknál. Az ártalmakat igen korán átélő serdülők *szomatizációt* mérő skálán adott pontszámai szignifikánsan magasabbak voltak.

A leggyakoribb egyéb, emésztőrendszert nem érintő tünetek az alábbiak voltak: *végtagi fájdalom, fejfájás, hátfájdalom* (Devanarayana és mtsai, 2011). Egy nagy elemszámú (N = 92,472) amerikai, reprezentatív, keresztmetszeti kutatásban kapcsolatot találtak az ártalmas élményeknek való kitettség és az *asthma bronchiale* kockázata között is (Wing és mtsai, 2015).

Bomysoard és Francis (2020) kutatásukban (N = 29,617, 12-17 év közötti, amerikai reprezentatív serdülő minta) az *egészségkárosító magatartással* összefüggésben azt találták, hogy az ártalmas élményeknek való kitettség növeli a *szerhasználat* kockázatát. A bántalmazott serdülők *több kockázatos viselkedést* tanúsítanak, pl. védekezés nélküli szexuális kapcsolatokat létesítenek (Hillis és mtsai, 2004).

A kutatások egy csoportja igazolta, hogy a bántalmazás és elhanyagolás az óvodáskorú gyermekek körében általában alacsonyabb *kognitív funkciókkal* járt együtt (Pears és mtsai, 2008). Számos tanulmány talált bizonyítékot arra, hogy a bántalmazást és elhanyagolást átélő gyermekek hiányosságokat mutatnak a *végrehajtó funkciók és a figyelem terén* (De Bellis és mtsai, 2009; Fisher és mtsai, 2011; Spann és mtsai, 2012). A fizikai bántalmazás és elhanyagolás a serdülőkorúak körében a Wisconsin kártyaszortírozási teszten csökkent kognitív rugalmassággal hozható összefüggésbe (Spann és mtsai, 2012). A bántalmazásnak kitett gyermekek egy részének beszédfejlődése megkésett (Lum és mtsai, 2015). 31 tanulmány áttekintése alapján az ártalmas élményeknek kitett 12 év alatti gyermekeknek alacsonyabb az intelligencia hányadosuk (Young-Southward és mtsai, 2020). Emellett alacsonyabb a frusztrációtűrésük; opponálás, mások támogatásától való függés, a kitartás hiánya, alulfejlett kreativitás és rugalmatlan problémamegoldás jellemző rájuk (Beers és De Bellis, 2002; Shonk és Cicchetti, 2001). Az elhanyagolás előre jelzi a *tanulmányi eredménytelenséget* (Briere és mtsai, 1996; Jonson-Reid és mtsai, 2004). Egy 2018-ban közzétett 67 tanulmányt áttekintő metaanalízis kimutatta, hogy a bántalmazás minden formája jelentős hatással van az oktatási eredményekre. Azok a gyermekek, akik a bántalmazás bármely formáját átélték gyermekkorukban, 13%-os előre jelzett

valószínűséggel nem fogják elvégezni az iskolát. A szexuális erőszakot átélt lányok körében háromszorosára nő annak a kockázata, hogy hiányozni fognak az iskolából (Fry és mtsai, 2018). A bántalmazott és elhanyagolt gyermekek átlagos IQ pontszáma körülbelül egy standard eltéréssel maradt el a kontrollcsoport átlagától; ez az összefüggés az életkor, a nem és a szociális helyzet kontrollálása után is szignifikáns volt (Perez és Widom, 1994). Dózis-hatás összefüggést mutattak ki (n = 2101) az ártalmas gyermekkori élmények száma és az iskolai sikeresség között (Blodgett és Lanigan, 2018).

A bántalmazást vagy elhanyagolást átélő gyermekeknél nagyobb kockázatot találtak az *externalizáló viselkedési problémák* kialakulására (Lansford és mtsai, 2002; Lynch és Cicchetti, 1998). Az *alacsony önértékelés* és az *agresszióra való hajlam* szintén súlyos pszichológiai következményei lehetnek a gyermekkori bántalmazásnak és a szülői erőszaknak való kitettségnek. Az ártalmas gyermekkori élményeket átélt fiúk agresszívebbek voltak, több externalizációs tünetet mutattak és nagyobb valószínűséggel vettek részt antiszociális viselkedésben, mint azok a gyermekek, akiket nem ért bántalmazás (Manly és mtsai, 2001; Rogosch és mtsai, 1995; Schilling és mtsai, 2007).

Ahogy a felnőttek körében, úgy serdülők körében is igazolták (N = 136549, populációs vizsgálat), hogy megnő a *bántalmazóvá válás és a reviktimizáció kockázata* a kortárs közösségben az ártalmaknak kitett egyének körében (Duke és mtsai, 2010). A bántalmazott és elhanyagolt gyermekek aránytalanul nagy valószínűséggel voltak zaklatók, mind pedig az agresszió áldozatai, mely hatások az érzelemszabályozási zavarok által közvetítettek (Shields és Cicchetti, 2001).

A bántalmazott és elhanyagolt gyermekek serdülőkorban és felnőttkorban fokozottan ki vannak téve az *internalizációs zavarok* különösen a *depresszió* kockázatának is. Több tanulmány egyértelmű kapcsolatot talált a gyermekbántalmazás és elhanyagolás, valamint a serdülőkori depresszió között pl. (Fergusson és mtsai, 2008; Heneghan és mtsai, 2013; Suzuki és Tomoda, 2015). A *disszociatív tüneteket* mérő kérdőíveken elért magas pontszám bizonyítottan az externalizáló viselkedés előrejelzője a gyermekeknél is (Kisiel és Lyons, 2001; Shapiro és mtsai, 2012). A gyermekvédelmi gondozásban élő fiatalok mintegy 20%-a mutatott *poszttraumás tüneteket* (Kolko és mtsai, 2010).

A gondozók bántalmazó vagy elhanyagoló viselkedése következtében a gyermekek nehezen tudnak szervezett és biztonságos kötődést kialakítani. Ennek eredményeképpen nagyobb a kockázata a *kötődési zavarok*, különösen a gátolt kötődési zavar kialakulásának. 55 tanulmány metaanalízise (Cyr és mtsai, 2010) összekapcsolja a bántalmazást a dezorganizált kötődéssel. Egy másik tanulmány szerint a fizikailag bántalmazott

gyermekre jellemzőbb lehet az elkerülő kötődési stílus, és szignifikánsan magasabb szintű agressziót mutathatnak, az elhanyagolt gyermekekre pedig jellemző a szorongó/ambivalens kötődési stílus. Ezek a stratégiák a családon kívüli kapcsolatokat is jellemezhetik. A fizikailag bántalmazott gyermekeknél jellemző az antiszociális viselkedés és a másokkal szembeni tartós gyanakvás, az elhanyagolt gyermekeknél pedig a szociális visszahúzóds, a társadalmi elutasítás és az inkompetencia érzése (Finzi és mtsai, 2001).

Reziliencia - amikor nincs negatív következmény

Sonuga-Barke és munkatársai (2017) azt találták, hogy a gyermekek születését követő első 6 hónapon túlnyúló intézményi ellátás súlyos érzelmi, viselkedéses, kognitív és központi idegrendszeri fejlődésre vonatkozó negatív következményekkel jár, ami nem volt meglepő. Viszont a gyermekek 21%-a felnőttkorára teljesen tünetmentes volt. Noha a vizsgálat eredeti célkitűzése a pszichopatológiai állapot felmérése volt, a kutatók jelenleg is folyamatban lévő kutatásokat indítottak el a jelenség mögötti genetikai és epigenetikai tényezők feltérképezésére. Egyre több kutatás foglalkozik azzal, hogy a többszörösen nehezített körülmények között élő gyermekek/felnőttek bizonyos hányadánál a számos kockázati tényező ellenére sem következik be negatív következmény, az áldozatok személyisége nem torzul, az ártalmakkal szemben reziliensnek bizonyulnak. Az eddigi vizsgálatok szerint a bántalmazott gyermekeknek 10-25%-a képes reziliens működésre (Walsh és mtsai, 2010).

A pszichológián belül nincs konszenzus a reziliencia fogalmát illetően, de legáltalánosabban úgy definiálhatjuk, mint „*az egyén képességét arra, hogy sikeresen és adaptívan túljusson a súlyos traumán és megbirkózzon a jelentős, adott esetben krónikus stresszel*” (APA, 2014). A legújabb elképzelések szerint a rezilienciát több területre kiterjedő, többdimenziós konstrukcióként kell konceptualizálni. A reziliens működés az örökletes biológiai tényezők, az egyéni jellemzők és a tapasztalati tényezők időbeli kölcsönhatásából ered (Cicchetti, 2013). Az epigenetika, az agyi képzalkotás, a stressz neurobiológiája és az immunológia terén elért előrelépések fontos hozzájárulást jelentenek a rezilienciához vezető fejlődési folyamatokkal kapcsolatos ismeretek bővüléséhez (Curtis és Cicchetti, 2007; Masten, 2007).

Azon gyermekek, akiknek pszichés állapota folyamatos ártalmaik ellenére sikeresebben stabilizálódik, általában rendelkeznek a következő jellemzőkkel: egy kompetens felnőttel való pozitív kapcsolat, hatékonyak a tanulásban és jó problémamegoldók, elkötelezettek más emberek felé, kompetensek bizonyos területeken,

valamint hatékonyságukat értékeli a társadalom vagy éppen saját maguk (Masten, 2007; Masten és mtsai, 1990).

Szexuális bántalmazáson átesett reziliens nők öt jellemzőjét azonosították: jó szociális készség, kompetenciaérzés, spiritualitás, magas önbecsülés, a bántalmazást követő előnyös életkörülmények (Bogar és Hulse-Killacky, 2006). Edmond és mtsai, (2006) kutatásukban szintén szexuális bántalmazáson átesett serdülő lányokat vizsgáltak. A reziliens lányok szignifikánsan biztosabbak voltak tanulmányi céljaikban, a jövőképük optimistább volt és több pozitív társas hatás érte őket. Domhardt, Münzer, Fegert és Goldbeck, (2015) 37 kutatást áttekintő tanulmánya alapján a szexuális bántalmazást reziliensen túlélők legjobb védőfaktorai a következők voltak: az iskolai oktatásban való részvétel, az interperszonális és érzelmi kompetencia, a kontrollhiedelmek, az aktív megküzdés, az optimizmus, a kötődés, és ami a legfontosabb, a család és a tágabb társadalmi környezet támogatása (Domhardt és mtsai, 2015).

Williams és Nelson-Gardell (2012) megállapította, hogy gyermekvédelmi gondozottnál az iskolai elkötelezettség, a gondozó szociális támogatása, a remény és a várakozás, a gondozó képzettsége és a szocioökonómiai státusz előre jelezte a rezilienciát.

Egy magyar kutatás (Homoki, 2014) az Észak-Alföld és Dél-Alföld régiók leghátrányosabb helyzetű településein élő gyermekvédelmi szakellátott serdülőket vizsgált és kidolgozta a gyermekvédelmi szempontú reziliencia modellt. A kutatás az iskolai sikerességgel is összefüggő rezilienciatényezőkre fókuszált, ezekből az elemekből klaszteranalízissel a reziliencia öt dimenziója rajzolódott ki: a pozitív családi környezet, a pozitív iskolai környezet, a társas támogatás, az énhatékonyság és az élet értelmébe vetett bizalom.

1.2.10. Közvetítő tényezők, magyarázó modellek

A krónikus és komplex traumatizáció (több típusú ártalom együttes jelenléte) jár a legsúlyosabb következményekkel. Ugyanannak a korai ártalomnak az elszenvedése különféle gyermek- és felnőttkori mentális és szomatikus tünehez, betegséghez vezethet, tehát a traumatizáció következményeit illetően a multifinalitás elve érvényesül és a kimenet súlyossága számos tényező függvénye (lásd korábban). A következmények több szinten jelentkezhettek: testi, kognitív, érzelmi és szociális területen egyaránt. A különböző modellek más-más funkciók torzulásának tulajdonítanak elsődleges szerepet.

Az *evolúciós pszichológia* magyarázattal szolgál néhány korábban ismertetett, kutatásokból ismert jelenségekre. A *rokonszelekció elmélet* (Hamilton, 1964) szerint az evolúciós értelemben vett reprodukív sikeresség azon is múlik, hogy az azonos géneket a rokonok milyen sikeresen örökítik tovább (Berezkei, 2003). Ezzel kapcsolatban az ún. Hamupipőke-hatás (Daly és Wilson, 1998b) arra világít rá, hogy az utódhoz való viszonyt meghatározza a gondozó *genetikai érdekeltsége*, tehát ha a férfiak körében akkor fordul elő nagyobb arányú bántalmazás, hogyha a gyermek nem vérszerinti utóda az apának (Daly és Wilson, 1998a). Finkelhor és munkatársai (2005) kutatási eredményei is megerősítik, hogy a gyermekkel rokonságban nem álló, ugyanakkor vele együtt élő szülő nagyobb arányban bántalmaz.

Az evolúciós gondolkodás rámutat, hogy az ember több utód esetén az erőforrásait oly módon osztja szét, hogy a *gének továbbörökítését nagyobb eséllyel biztosító* utódba fektet több energiát (Berezkei, 2003). Abban az esetben, ha az utód reprodukív értéke alacsony (pl. veleszületett fizikai vagy szellemi fogyatékoságot mutat, krónikusan beteg, fejlődési vagy viselkedési nehézségekkel rendelkezik), a szülő részéről nagyobb mértékben fordulhat elő elhanyagolás és bántalmazás (Révész, 2004). Az utódok reprodukív értékét nagyban meghatározza az *erőforrások mértéke* is. Egy erőforrás hiányos közegben a szülők részéről diszkriminatív gondoskodás alakulhat ki (pl. ha a család anyagi helyzete jelentősen bizonytalan). A *szülők életkorával* fordított korrelációt mutat a gyermekbántalmazás előfordulása. Azok a nők, akik idősebb korukban vállalnak gyermeket általában több energiát tudnak a gyermekre fordítani, mivel a kevesebb gyermekük van ezért nagyobb mértékű gondoskodást tudnak biztosítani számukra (Belsky és mtsai, 2012; Révész, 2004). A *gyermek neme* is befolyásolhatja a bántalmazást, a nemi jellegnek reprodukív értéke van. Például biztonságos anyagi háttér esetén a férfiak, míg például nagymértékű stressz esetén inkább a nők biztosítják a gének elterjedését. Ennek értelmében ha nem a kívánt nemű gyerek születik, az befolyásolhatja a gyermekbántalmazás előfordulását (Révész, 2004). A bántalmazás a *gyermek születési sorrendjével* is kapcsolatot mutathat (Berezkei, 2003). Amennyiben a család szociális és gazdasági helyzete kedvezőtlen, az idősebb, reprodukcióra nagyobb esélyt mutató gyermek túlélési esélyeit növelik ezért a legkisebb gyermeket inkább elhanyagolják. Az idősebb gyermek közelebb van ahhoz az életkorhoz, hogy továbbörökítse génjeit, ezért a szülők részéről nagyobb mértékű figyelemre számíthat. A gyermekbántalmazásban lényeges lehet a *gyermek fejformája és arcfelépítése* is (McCabe, 1989). A születéstől a felnőttkor felé haladva a fej formája jelentősen megváltozik: a csecsemő pici, pufók arca és ehhez képest lényegesen nagyobb agykoponyája (az ún. baby-

face) a növekedés során átalakul és az arc megnyúlik. A gyermekeket, akiknél a koponya-arc arány kisebb, idősebbnek észlelhetik életkoruknál, ami irreálisan magas elvárásokhoz és követelményekhez vezethet velük szemben a környezetükben élő felnőttek részéről. Mivel ezeknek az elvárásoknak a gyermek nem tud megfelelni, a bántalmazás kockázata megnövekszik. Az evolúciós pszichológia a fentiek ellenére természetesen nem azt képviseli, hogy a gyermekbántalmazás adaptív stratégia lenne (Bereczkei, 2003). Más pszichológiai iskolákkal egybehangzóan úgy véli, hogy a szülői gondoskodás komplex viselkedési rendszer, amely bizonyos körülmények között a reprodukció szempontjából előnyössé teszi a szülői erőforrások átcsoportosítását például egy másik utódra, akár a jelenlegi utódra irányuló törődés csökkentése árán is (Daly és Wilson, 1998a).

A neurobiológiai modellek a korai kapcsolatokban kialakuló képességek mögött álló központi idegrendszeri struktúrák és a biológiai stresszrendszer szabályozási zavarát hangsúlyozzák. Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódása megzavart idegrendszeri fejlődést eredményezhet, a fejlődő egyén nem jut a szükséges stimuláló, posztnatális agyfejlődést, érést elősegítő környezeti ingerekhez, ez főképpen az elhanyagolás esetében jellemző. Bántalmazás esetén, amikor ismétlődő stressznek, traumatikus élményeknek van kitéve az egyén, félelem és rettegés árasztja el, ami maradandó hatással van a fejlődő idegrendszerre és a biológiai stresszválaszért felelős endokrin rendszerre, melyet kutatások is igazolnak [(van der Kolk, 2020) magyarul: (Andrejkovics, 2015)]. Egyre több kutatás hívja fel a figyelmet arra, hogy a gyermekkori traumatizáció befolyásolja az agyi érési folyamatokat (Teicher és mtsai, 2003; Twardosz, 2010), és az eredmények neurobiológiai szinten igazolják a negatív következményeket. Igazolták az egyes agyi hálózatok és struktúrák funkcionális és térfogatbeli eltéréseit (De Bellis és mtsai, 2001) is. Az agyi struktúrák közül a prefrontális kéreg, a hippocampusz, a corpus callosum és a kisagy lehet sérülékeny az ártalmakat elszenvedett gyermekeknél (Andersen és mtsai, 2008; De Bellis, 2005; McCrory és mtsai, 2010; Teicher és mtsai, 2004; Tomoda és mtsai, 2009). Például a korai gyermekkori bántalmazásnak való kitettség kisebb hippocampusz térfogattal jár együtt a depresszióval, borderline személyiségzavarnál, disszociatív identitászavarnál, PTSD-nál (ezek a zavarok – legalábbis részben – közös alapokon nyugszanak: trauma-spektrum zavarok (Bremner és mtsai, 2007)). Az ártalmas gyermekkori élmények módosíthatják a központi szabályozási folyamatokat például az amygdalában, a hippocampuszban és a prefrontális kéregben (Anda és mtsai, 2006). A prefrontális kéreg folyamatosan/neuroszekvenciálisan fejlődik, még kora felnőttkorban is, fogékony a sérülésekre (pl. a traumatikus stresszre) fejlődése kihat a végrehajtó funkciók minőségére.

Mindez hatással van az ok-okozat felismerésének képességére, a belátásra, a tervezés és szervezés képességének kialakulására, ezáltal a gyermekeknek nehézségek lesznek a *kognitív működésben* (Pears és Fisher, 2005; Perry, 2001; Teicher és mtsai, 2003). Kutatások igazolják, hogy a bántalmazó, elhanyagoló szülők gyermekeinek kognitív működése elmarad a „normál”, kontrollcsoportként vizsgált gyermekek működésétől pl. (Hong és mtsai, 2018).

Az epigenetika azt vizsgálja, hogy a környezeti tényezők szülőkre gyakorolt hatása milyen molekulárisan igazolható változásokat okoz az utódok génkifejeződését tekintve (Zhang és Meaney, 2010). Célja annak megállapítása, hogy vannak-e olyan epigenetikai különbségek a gyermekkori bántalmazással összefüggésben, amelyek segíthetnek megmagyarázni az ártalmas gyermekkori élmények és a későbbi mentális/szomatikus problémák közötti összefüggést. McGowan és munkatársai (2009) elsőként mutatták ki a kora gyermekkorban bekövetkező ártalmak hatását az emberi epigenomra, és a szülői gondoskodás hatását sugallják a hippokampusz glükokortikoid receptor expressziójának epigenetikai szabályozására. További kutatások szerint a kora gyermekkori ártalmas élmények epigenetikai mechanizmusokon keresztül a génexpresszióban olyan változásokhoz vezethetnek, amelyek megváltoztatják a stresszreaktivitást, az agyműködést és a viselkedést (Turecki és Meaney, 2016; Turecki és mtsai, 2014). Más vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy bizonyos gének (ID3, a GRIN1 és a TPPP gének) epigenetikai változásai a bántalmazással kapcsolatos tapasztalatokkal együtt a gyermekeknél a depresszió kockázatát jelenthetik (Weder és mtsai, 2014; Yang és mtsai, 2013). Kaufman és munkatársai (2018) kutatása szerint a gyermekkori bántalmazás epigenetikai mechanizmusokon keresztül növelheti az elhízás kockázatát.

A kötődéselméletek a kötődési kapcsolat fontosságát hangsúlyozzák. Az elsődleges gondozóval való korai kapcsolat az a kapcsolati kontextus, melyben a gyermek legkorábbi – a szelfre, a másakra, illetve a szelf és a másik kapcsolatára – vonatkozó modelljei kialakulnak. Ez a kötődési kapcsolat biztosítja az alapot számos fejlődési kompetencia – az önszabályozási kapacitás, a biztonságérzet, a korai ágenciaélmény (annak tudata hogy képes hatással lenni a világra) az expresszív és a receptív kommunikáció képesség – kialakulásához (Allen, 2011). A biztonságos kötődési mintázat a szenzitív, válaszékész gondozás eredményeképpen jelenik meg azáltal, hogy a gondozó következetes módon válaszol a csecsemő jelzéseire, biztosítja számára a megfelelő gondozást és stimulációt. A kötődési viselkedés mérésére Mary Ainsworth „Idegen helyzet kísérlet”-nek nevezett teszthelyzetében kezdetben a csecsemők három kötődési kategóriáját azonosította: a

biztonságosan kötődő, a szorongó ambivalens és a szorongó elkerülő kötődésű csecsemőket (Ainsworth és mtasai, 1978). A gyermekeknél jellemzően bizonytalan (elkerülő vagy ellenálló) kötődési stílus alakul ki, amikor a szülők nem reagálnak vagy következtelenül reagálnak, de nem ijesztőek vagy bizarrak (Ainsworth és mtasai, 1971; Lyonsruth és mtasai, 1993; Schuengel és mtasai, 1998). A biztonságos, a bizonytalanul kötődő elkerülő, és a bizonytalanul kötődő ambivalens kötődések a gondozó elérhetősége köré szerveződnek, és nyújtanak egyfajta sablont a gyermeknek a szorongás kezelésére. Később megállapították, hogy néhány csecsemőt nem lehet az eredeti három kötődési kategóriába besorolni a kísérletben mutatott furcsa viselkedéseik miatt (Lyonsruth és mtasai, 1987). Így ezeket a csecsemőket a dezorganizált kötődésű kategóriába sorolták. A dezorganizált kötődés az összeomlást vagy a stratégiák hiányát jelenti a stressz kezelésére vonatkozóan. Amennyiben az elsődleges családi környezet bántalmazó vagy elhanyagoló, sérül a gyermek biztonságérzete, nincs optimális kapcsolati élménye, ami a kötődés és a mentalizáció elégtelenségéhez vezethet. A traumatizáción átesett gyermekekre az elhanyagoló, kiszámíthatatlan vagy bántalmazó szülői magatartás következményeként kötődési sérülésként leginkább a dezorganizált kötődés jellemző (Allen és mtasai, 2011; Cicchetti és Barnett, 1991; Doyle és Cicchetti, 2017). Sok kutatás támasztja alá, hogy ez a fajta kötődés nagy százalékban jelenik meg azoknál a gyerekeknél, ahol anyai depresszió (Radkeyarrow és mtasai, 1995), feldolgozatlan anyai trauma (Main és Goldwyn, 1998), szülői alkoholfogyasztás (Oconnor és mtasai, 1987) szexuális vagy fizikai bántalmazás (Carlson és mtasai, 1989) jellemző. Az állami gondozásban felnövő csecsemők jelentős többségének szintén dezorganizált a kötődése (Vorria és mtasai, 2003). Abban az esetben ha a gondozó maga félelmet kelt és viselkedése ijesztő, a csecsemő egy olyan paradox helyzet elé kerül ami feloldhatatlan: a veszély és a biztonság forrása egybeesik, ugyanaz a személy testesíti meg mindkettőt. Ez az a központi konfliktus, mely a dezorganizált kötődést megkülönbözteti a többi bizonytalan kötődési kategóriától (Main és Hesse, 1990), idézi Koós, 2010). A bántalmazó kapcsolatban a gyermeknek olyan gondozókkal kell kialakítania elsődleges kötődését, akik veszélyeztetik, nem törődnek vele, akár kegyetlenek vagy fenyegetik. Úgy kellene kifejlesztenie az önszabályozás képességét, hogy nincs megfelelő minta a megnyugvásra. Az a személy a rettegés tárgya, aki forrása lehet a megnyugvának, mindennek következtében dezorganizált kötődés, majd súlyosan *diszfunkcionális kapcsolati működésmódok alakulnak ki*, a kapcsolat stresszforrássá válik, nem nyújt támaszt. Ez a kötődési stílus érzelem és indulatszabályozási zavart és súlyos stresszkezelési nehézségeket eredményezhet (Allen, 2011; Herman és mtasai, 1989; Koós, 2010). A gyermekkori kötődési

mintázat hosszú távon befolyásolja az egész személyiségfejlődést és a későbbi serdülőkori és felnőttkori mentális egészséggel szoros kapcsolatban van. Ugyanakkor a gyermek fenyegetésre adott nem biztonságos kötődése az adott helyzetben egy adaptív stratégiának tekinthető, melynek célja, hogy megvédje a gyermeket a fenyegető élmények elárasztó hatásaitól (Révész, 2013). A kötődéelmélettel, kötődési mintázatok sajátosságaival kapcsolatban magyarul (Hámori, 2015, 2017) írásaiban tájékozódhatunk még részletesebben, a dezorganizált kötődés csecsemőkori kialakulásának hátterével kapcsolatban pedig Koós Orsolya (2010) írt doktori értekezést.

A válaszkész, szenzitív gondozás és a pozitív korai tapasztalatok következtében a gyermek önmagáról pozitív és kompetens énképet alkot. Ezzel szemben, amennyiben nem áll rendelkezésre a szülő, a humánspecifikus képességek sem tudnak kibontakozni, melynek következtében fejlődési elmaradások alakulhatnak ki. Ha a gyermek a számára fontos és meghatározó másiktól sorozatos bántást és/vagy visszautasítást tapasztal, akkor ezzel összefüggésben az életkorának megfelelő kompetenciái sem fejlődnek ki. Mindez *elégtelenségérzéshez*, képességeik alulbecsléséhez, önmaguk hibáztatásához és szerethetlenséggel jellemezhető szelféret kialakulásához is vezet (Liem és Boudewyn, 1999; Vondra és mtsai, 1989; Winstok, 2015). Az önkép súlyosan károsodik, negatív, bűnös, rossz és tehetetlen érzés uralkodik el (Gewirtz-Meydan, 2020; Wagner és Linehan, 1997; Yun és mtsai, 2019).

A *hiányzó/diszfunkcionális szülői/családi minták* is lehetnek közvetítő mechanizmusok. A családon belüli erőszak transzgenerációs mintáinak generációkon történő átívelése kapcsán a szociális tanuláselmélet (Miller, 1941) szolgál lényeges megállapításokkal. A gyermek családon belüli erőszakkal kapcsolatos tapasztalatai beépülnek bántalmazói mintaként a személyiségébe és befolyásolják felnőttkori kapcsolatainak minőségét. A szülők által mutatott agresszív viselkedés és bántalmazó magatartás átélése, beleértve az agresszív viselkedés megfigyelését is, megnöveli felnőttkorban a bántalmazó magatartás esélyét. Gonyi és munkatársai (2020) 66 tanulmány metaanalízise alapján megerősítik mindezt.

A bántalmazott gyermekek *érzelemszabályozási deficitjei* három csoportba sorolhatók: a saját érzelmi állapotok azonosításának deficitje, az érzelmek biztonságos kifejezésének nehézsége és az érzelmek szabályozásának zavara. Amennyiben inkonzisztens érzelmi és viselkedéses reakciókat nyújtó modellek veszik körül a gyermeket (például a mosolyhoz közönyös, vagy elutasító viselkedés párosul), vagy ha a gyermek az általa kimutatott érzelmekre nem kap egyértelmű válaszokat (például a gyerek kétségbeesésére a

gondozó dühvel reagál), akkor a gyermek nem tudja érzelmi tapasztalatait megfelelő módon azonosítani (Beeghly és Cicchetti, 1994). Az *érzelemkifejezésében megjelenő zavarok* a teljes spektrum minden változatát felölelik: a túlszabályozott, rigid érzelemkifejezéstől kezdve egészen a rendkívül labilis, explozív, robbanásszerű kifejezésig (Gaensbauer és Mrazek, 1981). A belső állapotok szabályozásának képessége és az érzelmek kifejezésének képessége kapcsolatban van egymással, így a komplex ártalmakat átélt gyermekeknél az önszabályozási és önmegnyugtatósi képességek deficitjei érzelmi és viselkedési szinten egyaránt megfigyelhetők. Azok a gyermekek, akiknek nem megfelelő/elégtelen az érzelemszabályozást segítő stratégiájuk, általában emocionálisan labilisak, a legkisebb stresszre is szélsőséges választ adnak és súlyos önmegnyugtatósi nehézségektől szenvedhetnek (Cook és mtsai, 2003; Putnam, 2003). Az érzelmek szabályozásának problémái összefüggnek az *externalizáló tünetekkel*, például agresszióval és viselkedési problémákkal (Eisenberg, 2001; Kim és Cicchetti, 2010); az *internalizáló viselkedésekkel*, mint például a depresszió (Cole és mtsai, 2008; Maughan és Cicchetti, 2002); és a társas kapcsolatok nehézségeivel (Kim és Cicchetti, 2010; Rogosch és mtsai, 1995). Az érzelemszabályozás tehát úgy tekinthető, hogy hatással van mind a gyermekek saját affektusaira és viselkedési mintáikra, amelyek aztán hatással vannak a másokkal való kapcsolataikra.

Tartós ártalmakat elszenvedett *gyermekeknél alulszabályozott és túlszabályozott viselkedési mintázatok* egyaránt megfigyelhetők. A gyermekek egy része egészen korai időszakától kezdve rigid, túlszabályozott viselkedési mintázatot mutat; ez egyfajta stratégia is lehet a tehetetlenség ellenében. Az alulszabályozott vagy impulzív viselkedések részben a végrehajtó funkciók hiányosságából fakadhatnak (Perry, 2009).

Mindezek következtében a krónikusan fennálló ártalmakat elszenvedő személyeknek nem állnak rendelkezésre hatékony problémamegoldó stratégiák, és *egészségkárosító magatartásformákat* alkalmazhatnak (pl. a korai drog és alkoholhasználat), melynek során az egyén patológiás módon küzd meg a számára nehézséget okozó helyzetekkel, traumatikus emlékekkel, érzelmekkel. Az egészségkárosító magatartásformák az elviselhetetlen élményekkel való kémiai megküzdésre tett kísérletek, melyek tompíthatják a személy elviselhetetlen érzéseit és szerepet játszhatnak a későbbi megbetegedések kialakulásában, ugyanakkor segíthetik is az személyt a pozitívabb érzelmi állapotok elérésében (Felitti és mtsai, 1998; Repetti és mtsai, 2002). Így az egészségkárosító magatartásformák patológiás érzelemszabályozásként írhatóak le, amelyekhez adekvát megküzdési stratégiák híján folyamodik az egyén. A szerhasználat az eredeti családi minta ismétlődése is lehet, a

bántalmazó családokban gyakori a szenvedélybeteg családtag (Ujhelyiné Nagy és mtsai, 2019).

A károsodások tehát *szociális, érzelmi és kognitív* területen egyaránt jelentkeznek. Az itt külön-külön felsorolt következmények többnyire egyszerre jelen a gyermek életében. Az egyik területet érintő deficit a legtöbb esetben együttjár egy másik terület nehézségeivel is. Például, ha az egyén érzelemszabályozási problémákkal küzd, az nagy valószínűséggel maga után vonja a viselkedésszabályozás zavarát is, akár egészségkárosító magatartással (pl. alkoholhasználat) párosulva.

Az ACE-piramis az ACE-tanulmány koncepcionális keretét képezi (ami a szomatikus betegségek kialakulását magyarázza elsősorban). *A konceptuális modell* (2. ábra) a fogantatástól kezdve a gyermekkorban elszenvedett, tartósan fennálló ártalmas élmények élethosszig elhúzódó következményeit jeleníti meg (CDC, 2021). A korán kezdődő, halmozott és hosszan fennmaradó ártalmas élmények megzavart idegrendszeri fejlődést eredményezhetnek, az immunrendszer és az endokrin rendszer módosulásaihoz vezethetnek. A kötődési nehézségek, érzelem- és viselkedésszabályozási zavarok, énkép sérülések következtében nem állnak rendelkezésre megfelelő problémamegoldó stratégiák, így az ártalmaknak kitett személyek egy része korán kezdődő, tartósan fennmaradó egészségkárosító magatartásformákat alkalmaz (fentebb kifejtve). A szociális, érzelmi és kognitív károsodások ez elszenvedők egy részénél *mentális és szomatikus betegségekben* manifesztálódnak az életút során, később akár *rokkantságot és/vagy szociális károsodásokat* okozva. Mindez az egészségügyi ellátórendszer jelentős igénybevételét is eredményezheti, komoly költségterheket okozva (CDC, 2021).



2. ábra. *Az ártalmas gyermekkori élmények élethosszig tartó következményei (Center for Disease Control and Prevention, 2021)*

1.2.11. Poszttraumás tünetek a nozológiai rendszerekben

A szűken definiált PTSD diagnózist használják leggyakrabban a traumát elszenvedett gyermekek diagnosztizálására (Cook és mtsai, 2003). A PTSD azonban nem ragadja meg a többszörös, krónikus traumatizáció egész személyiségfejlődésre gyakorolt (ideg-, immun- és endokrin rendszerre ható, szociális, érzelmi, kognitív károsodásokat okozó) komplex következményeit. Más diagnózisok is gyakoriak a bántalmazott és elhanyagolt gyermekek körében, úgy mint a depresszió, ADHD, oppozíciós zavar, viselkedési zavar, generalizált szorongás, szeparációs szorongás, reaktív kötődési zavar, evészavar, de ezek egyike sem fejezi ki önmagában a következmények komplex jellegét. A korábban leírt érzelem és viselkedésszabályozási, kötődési, figyelem és koncentrációs nehézségeket, az énkép torzulását, impulzuskontroll hiányát stb. a fentebbi diagnosztikai kategóriák nem tudják megragadni (Spinazzola és mtsai, 2005; van der Kolk és mtsai, 2009). A komplex gyermekkori tünetegyüttes leírására már korábban javasolták a „fejlődési traumatizáció zavar” (developmental trauma disorder, DTD) diagnózis létrehozását (Cook és mtsai, 2003; van der Kolk és mtsai, 2009) és a kórkép DSM-5-be való bekerülését, empirikus vizsgálatokra, kutatásokra alapozva, amelynek a diagnosztikus kritériumait is kidolgozták:

A1: Ismétlődő, hosszan tartó interperszonális erőszak/illetve annak szemtanúja, vagy
A2: nem megfelelő gondoskodás, tartós, súlyos, érzelmi bántalmazásnak való kitétség.

B: Affektív és fiziológiás szabályozás zavar – képtelen az érzelmi állapotok szabályozására, testi funkciók szabályozásának zavara, érzelmi és testi állapotok leírásának csökkent képessége.

C: A figyelem és viselkedés szabályozásának zavara – fokozott fenyegetésészlelés, csökkent önvédelmi képesség, maladaptív önmegnyugtató, önsértés, tervezés, szervezés, koncentráció károsodása.

D: A szelfel és a kapcsolatokkal kapcsolatos szabályozási zavar – negatív szelférzet, öngyűlölet, büntudat, szégyen, extrém és tartós bizalmatlanság, reaktív fizikai vagy verbális agresszió, nem megfelelő próbálkozások intim kapcsolatok kialakítására, empátiával kapcsolatos problémák.

E: A tüneteknek minimum hat hónapon keresztül fent kell állni.

F: Mindezen tünetek funkcióromlást okoznak az élet minimum két területén: iskolában, családban, kortárskapcsolatban, foglalkozásban, egészségi állapotban stb.

Ez a diagnózis végül nem került be a DSM-5-be. A DTD koncepciót empirikusan több nemzetközi tanulmányban vizsgálták, amelyek vegyes képet adtak e megközelítés érvényességéről és hasznosságáról (Schmid és mtsai, 2013), azonban a gyermekekkel foglalkozó klinikusok körében továbbra is népszerű ez a koncepció.

A jelenlegi nozológiai rendszerek közül a magyarul 2022-ben megjelenő BNO-11 viszont már tartalmaz olyan megfelelő betegségkategóriát, mely a traumatizált személyek nehézségeinek teljesebb körét lefedheti. A BNO-11-ben megjelenik a komplex PTSD diagnózis is, 6 vezető tünettel, amiből 3 klasszikus PTSD tünet, 3 pedig a személyiség szerveződés zavarát kifejező tünet (Gaebel és mtsai, 2020; Maercker, 2021; Reed és mtsai, 2019; WHO, 2020b):

- újraélés (a traumatikus eseménnyel kapcsolatos visszatérő, akaratlan, betolakodó, nyomasztó emlékek, flashbackek, álmok, amelyek újraéléssel járnak a jelenben, félelemmel vagy rémülettel kísérvé)
- elkerülés (a traumatikus eseménnyel kapcsolatos gondolatok, érzések és emlékek kifejezett elkerülése vagy a traumára emlékeztető helyzetek elkerülése)
- hiperarousal (a traumatikus eseményekkel kapcsolatos éberség megváltozása, aktuális fenyegetettség érzékelése, hipervigilancia vagy egyfajta fokozott ijedtségi reakció formájában)

- érzelemszabályozási zavar (amit kisebb stresszhatásokra adott fokozott érzelmi reakciók, erőszakos kitörések, vakmerő vagy önpusztító viselkedés, valamint stresszhelyzetben a disszociatív állapotokra való hajlam jellemez, emellett előfordulhat érzelmi zsibbadtság, különösen az öröm vagy a pozitív érzelmek megélésének hiánya)
- negatív/módosult énkép (az egyénben tartósan fennálló meggyőződések arról, hogy önmagát értéktelennek, lealacsonyítottnak vagy értéktelennek tartja, amit mély és átható szégyenérzet, büntudat vagy kudarcézés kísér, önvád, zavart önérzet)
- személyközi kapcsolatok/interperszonális kapcsolatok zavara (zavart kapcsolatok, amelyeket a másokhoz való közelség érzésének nehézségei jellemeznek, kevés érdeklődés a kapcsolatok vagy általában a társadalmi szerepvállalás iránt, lehetnek alkalmi kapcsolatok, de a személynek nehézségei vannak fenntartani azokat)

A komplex PTSD leginkább felnőttkori pszichopatológiai tüneteken alapul, és a gyermekeknél való alkalmazhatósága még nem ismert, valamint továbbra is megköveteli, hogy az egyének az életük során valamikor megfeleljenek a PTSD kritériumainak, ami a meglévő osztályozási rendszerrel szemben felmerülő egyik fő kritika volt.

1.2.12. Kutatásmódszertani kérdések

Az ártalmas gyermekkori élmények kutatásával kapcsolatban sokat vitatott terület a prospektív és a retrospektív adatok megbízhatóságának kérdése, hogy mekkora az alul- vagy túljelentések kockázata; továbbá, hogy mennyire etikus ezekről az élményekről akár felnőtteket, de méginkább gyermekeket/serdülőket megkérdezni. Sokat vizsgált terület az önbeszámoló, valamint mások beszámolója közötti eltérések vizsgálata is; továbbá a gyermek életkori sajátosságaiból adódó beszámolási korlátok. Az alábbiakban főképpen Baldwin, Reuben, Newbury és Danese, (2019); Hardt és Rutter, (2004); Lee és mtsai (2018); National Research Council, (2014); Sedlak és mtsai, (2010) ezen témákhoz fűződő munkáit foglalom össze.

A hivatalos adatok torzítása (alulbecslés) - a retrospektív kutatások létjogosultsága

A gyermekbántalmazás és elhanyagolás adott esetekben anélkül is felismerhető, hogy a gyermek nyilatkozna róla, például bizonyos típusú sérülések vagy egészségi állapotok alapján, amelyek jól láthatóak. Az elhanyagolás egyes típusai a megfigyelhető viselkedés vagy a küllem alapján is kimutathatók, például ha a gyermekek az utcán kóborolnak, vagy tisztátalanul érkeznek az iskolába (National Research Council, 2014). A fizikai és szexuális bántalmazás, valamint az elhanyagolás számos esetének felderítése azonban nagymértékben a gyermekek vallomásain és a felnőttek e vallomások alapján tett intézkedésein múlik.

Számos oka lehet annak, hogy a bántalmazásról információt szerző személy habozik/visszariad a hivatalos bejelentéstől, még akkor is, ha erős bizonyíték vagy gyanú áll fenn. Például félhetnek a bántalmazó megtorlásától vagy elutasításától, illetve a gyermeket vagy a családot érintő negatív következményektől. A kötelezett bejelentők sem mindig tesznek bejelentést, ha gyermekbántalmazást vagy elhanyagolást gyanútanak. Ennek leggyakrabban említett okai között szerepel az az aggodalom, hogy a gyermekvédelmi szolgálatok beavatkozása inkább káros, mint hasznos, valamint a szakemberek azon meggyőződése, hogy a hatóságok bevonása nélkül is meg tudják oldani a feltételezett gyermekbántalmazást (Sedlak, 2010).

A szakemberek azon aggodalmain túl, hogy a bejelentésnek milyen következményei lehetnek saját magukra és a gyakorlatukra nézve, nem egyértelmű, hogy mi minősül a törvény által meghatározott megalapozott gyanúnak. Kevés vita van a gyanúról, ha az aggodalom alapja egyértelmű (pl. a gyermek hitelt érdemlően nyilatkozik arról, hogy szexuálisan bántalmazták, vagy kézlenyomatos zúzódások vannak az arcán). A legtöbb esetben azonban a bejelentő rendelkezésére álló információk homályosak, nem meggyőzőek, vagy csak utaló jellegűek. Például elhanyagolásnak számít-e, ha egy gyermek koszos ruhában és bűzös szaggal érkezik az iskolába? Milyen fiatalon lehet egy gyermeket egyedül hagyni otthon? Ha egy gyermek erősen szexualizált viselkedést tanúsít, az bántalmazásra utal? Jelentős szürke zóna van, amely értelmezésre szorul azzal kapcsolatban, hogy egy kijelentés vagy viselkedés megfelel-e a gyermekbántalmazás és elhanyagolás törvényileg előírt bejelentésének kritériumainak (National Research Council, 2014).

Mindezek következtében a hivatalos statisztikák meglehetősen alulbecsülik az előfordulást és csak a jéghegy csúcsán lévő adatokat tartalmazzák. Ezért a felnőttek és gyermekek/sérülők ártalmas élményeinek vizsgálata során az önbeszámolón alapuló, retrospektív felmérések szükséges és elfogadott módszernek számítanak (Asmussen, 2010).

Prospektív vagy retrospektív?

Az ártalmas gyermekkori élmények mérésére vonatkozóan a vizsgálati személyek kikérdezésének módja lehet prospektív vagy retrospektív. A retrospektív adatfelvétel során múltbeli eseményekre kérdezzük rá, a prospektív adatfelvétel esetén időben előre felé dolgozunk, tehát adott idő elteltével felmérjük a vizsgálati személyek állapotát/vagy állapotának változását egy bizonyos változóval kapcsolatban. A kutatók/klinikusok a retrospektív jelentéseket arra használják, hogy gyorsan azonosítsák azokat az egyéneket, akik a gyermekkori ártalmaknak való kitettségük miatt fokozottan ki vannak téve a mentális betegségek kockázatának. A prospektív hosszmetzeti kutatások segítségével pedig az előzmény-következmény kapcsolat jól követhető, viszont a vizsgálat kivitelezése a legtöbb esetben költségesebb és jóval hosszabb ideig tart, valamint jelentős számú vizsgálati személy eshet ki a vizsgálatból az utánkövetés során.

Több kutatás a longitudinális vizsgálatok használatára hívta fel a figyelmet a gyermekkori ártalmak vizsgálata tekintetében, abból kiindulva, hogy ezek általában előnyösebbek a retrospektív visszaemlékezéssel végzett keresztmetzeti vizsgálatoknál (Rutter, 1988; Wierson és Forehand, 1994)0.

A kutatások szerint a gyermekkori bántalmazás prospektív és retrospektív mérései az egyének nagymértékben különböző csoportjait azonosítják, és ezért nem használhatók felcserélhetően. Baldwin, Reuben, Newbury és Danese (2019) metaanalízisének (N = 25471) eredménye alapján a prospektív és retrospektív mérések közötti alacsony egyezés több tényezővel magyarázható, például a vizsgálatban résztvevők motivációjával, a mérési jellemzőkkel és a memória torzításával. A motiváció például csökkentheti az egyezést, ha a prospektív vagy retrospektív adatközlők nyerhetnek valamit azzal, hogy szándékosan visszatartják a gyermekkori bántalmazásra vonatkozó információkat (azaz nem közlik, például szégyenérzet, a kérdezővel szembeni kellemetlen érzés, vagy a hatóságokhoz való fordulástól való félelem miatt), vagy ha az információkat hamisan közlik, például zaklatás, bosszú vagy családi viták kapcsán. Az alacsonyabb egyezés oka lehet például a mérések érzékenységében mutatkozó szisztematikus különbség is, például a hivatalos nyilvántartásokon alapuló prospektív mérések csak a legsúlyosabb bántalmazási eseteket rögzíthetik, míg a retrospektív jelentések több valódi esetet fedezhetnek fel. Így a prospektív módon bántalmazottként azonosított gyermekek esetében a mentális betegségek kialakulásának kockázati útvonala eltérő lehet, mint a gyermekkori bántalmazásról visszamenőlegesen beszámoló felnőttek esetében. Ha a kockázati mechanizmusok eltérőek,

akkor a prospektíven és retrospektíven azomosított csoportnak eltérő beavatkozásokra lesz szüksége a betegségek hatékony megelőzése és kezelése érdekében.

Retrospektív vizsgálatok megbízhatósága

Az, hogy a retrospektív visszaemlékezés esetleg megbízhatatlan és/vagy érvénytelen lesz, több okból fakadhat (Hardt és Rutter, 2004): ilyen lehet a felejtés, illetve az, hogy az ember arra törekszik, hogy jelentést keressen az emlékeiben, továbbá, hogy a gyermekek/felnőttek sok információval nem rendelkeznek, mindent nem tudnak gyermekkorukra vonatkozóan (pl. részesültek-e szociális segélyben kora gyermekkorban), valamint amire az ember visszaemlékszik, azt befolyásolhatja a hangulati állapota az interjú/tesztfelvétel készítésének időpontjában.

Ehhez nagyon hasonlóan Baldwin, Reuben, Newbury és Danese (2019) áttekintése szerint a retrospektív beszámolókból az aluljelentés okai lehetnek:

- a korai életkorban a bántalmazási élmény kódolásában mutatkozó hiányosságok (az agyfejlődés éretlensége, késedelme vagy károsodása miatt);
- a bántalmazási emlék megszilárdításában mutatkozó hiányosságok;
- az agysérülés vagy öregedés miatti hiányosságok az emlékezeti tárolásban;
- a bántalmazás emlékének előhívásában mutatkozó hiányosságok a gyermekkori amnézia, a felejtés vagy az érzelmek szabályozására szolgáló kognitív elkerülő stratégiák miatt.

Másrészt túljelentés is előfordulhat:

- az önéletrajzi emlékezet negatív torzításával összefüggő pontatlan előhívás miatt (pl. depresszióban).

Ezenkívül a retrospektív adatok jelentős korlátozásokkal járnak az oksági következtetések tekintetében. Az érvényességükkel kapcsolatos aggályoktól függetlenül a retrospektív jelentések még mindig felhasználhatók a klinikumban a pszichológiai tünetek előfordulási gyakoriságával, a betegség lefolyásával vagy a kezelésre adott válasszal összefüggő kockázati indikátorként pl. (Agnew-Blais J, 2016).

A szülőktől és a gyermekektől származó beszámolók/jelentések különbségei

A kutatások eltéréseket mutattak ki a szülők gyermekeikre vonatkozó és maga a gyermek ártalmas élményeiről való beszámolói tekintetében. A szülői jelentések gyakran alulbecsülik a gyermek ártalmas élményeknek való kitettségét, különösen az otthonon kívül átélt ártalmak tekintetében pl. [(Lewis és mtsai, 2012; Stover és mtsai, 2010; Zimmerman és

Farrell, 2013) idézi (Lee és mtsai, 2018)]. Amikor a szülő a gyermek nevében válaszol a kérdésekre, akkor a szülő a saját percepcióját fejezi ki, amelyet torzíthat a szülőnek az élményről alkotott véleménye, ezért is fontos magát a gyermeket is megkérdezni.

A gyermekek életkori sajátosságaiból adódó korlátok

A gyermekek önbeszámolója csak akkor lehet érvényes, ha megfelelő technikákat alkalmaznak az adatgyűjtéshez. A gyermekek felmérése számos fontos komplikációt vet fel: például a tételek megfogalmazásával és szerkezetével, a memóriakapacitással, a szuggesztibilitással és a kisgyermekek azon kialakulóban lévő képességével kapcsolatban, hogy különbséget tegyenek a fantázia és a valóság között (Shahinfar és mtsai, 2000). Nagyon kisgyermekek esetében az expozíció mellett fontos lehet a viselkedési vagy fiziológiai jelek szűrése is, mivel a gyermekek nem biztos, hogy képesek megfogalmazni tapasztalataikat, továbbá a szülői beszámoló is hiányos lehet. A 7 évesnél fiatalabb gyermekek kognitív készségei még nem eléggé fejlettek ahhoz, hogy lehetővé tegyék a hatékony és szisztematikus kérdezést, és az interjúk nem megfelelőek 4 évesnél fiatalabb gyermekek esetében. Ezekben a helyzetekben helyettük helyettes válaszadókat kell alkalmazni. A 4-7 éves gyermekek esetében rövid, kvalitatív, nyílt interjúk vagy egyszerű strukturált kérdőívek használhatók, amelyeket a szorongás csökkentése érdekében játékként kell bemutatni. A 8-11 éves gyermekek esetében jól megtervezett és előzetesen tesztelt félig strukturált vagy strukturált interjúk és önbeszámolók használhatók. 11 éves kortól kezdve a gyermekek általában képesek standardizált kérdőívekre válaszolni (Borgers és mtsai, 2000). A gyermekek fejlődési plaszticitása lehetőséget kínál a beavatkozásra és a gyógyulásra is, így a korai felismerés, ezáltal a gyermekek és serdülők vizsgálata kulcsfontosságú.

1.3. A gyermekvédelemben élő gyermekek

1.3.1. Ártalmas gyermekkori élmények a gyermekvédelemben élő gyermekek körében

Családban felnőni nem ugyanazt jelenti, mint nevelőotthonban élni. Akiket a családból kiemelnek, sokkal nehezebb életutat járnak be (Burns és mtsai, 2004; Geenen és Powers, 2007). A családból történő kiemelés önmagában is traumatizáló hatású. Ilyenkor nemcsak a családjától szakad el a gyermek, hanem gyakran mindentől, ami addig ismerős volt számára (élőhely, iskola, barátok, szomszédok stb.), ami diszkontinuitást eredményezhet a kötődéseiben és az életútjában.

A gyermekvédelemben élő gyermekeknél a különböző ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakorisága magas, ugyanakkor a számadatokat tekintve változó, 18-80% közötti (Collin-Vezina és mtsai, 2011; Gallitto és mtsai, 2017; Greeson és mtsai, 2011; Hodgdon, 2018; Kisiel és mtsai, 2017; Leloux-Opmeer és mtsai, 2016; Lum és mtsai, 2018; Oswald és mtsai, 2010). A kutatások eltérő eredményeit a trauma eltérő definiálása és csoportosítása, a mérőeszközök különbözősége, és a vizsgált minta életkori különbségei is befolyásolják (Mathews és mtsai, 2020). Továbbá egyes kutatások a kiemelés előtti ártalmas élményekre kérdeznak rá a vizsgálati személyektől, míg mások a gyermekek/serdülők egész eddigi életük (tehát a védelemben eltöltött időszak alatt is) során előforduló ártalmakat vizsgálják. Az egyes országok által végzett kutatások adatait a 3. táblázat foglalja össze. Az alábbiakban néhány jelentősebb kutatást részletezünk.

3. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakorisága nemzetközi gyermekvédelmi tanulmányokban

Ország	N	Életkor	Mérőeszköz	Elhelyezés típusa	Érzelmi abúzus %	Fizikai abúzus %	Szexuális abúzus %	érzelmi elhanyagolás (%)	fizikai elhanyagolás (%)	Válás/különélés (%)	erőszak a családban (%)	szerhasználat (%)	mentális betegség (%)	bebörtönzés (%)	
Oswald és mtsai, 2010	USA, Skócia, Ausztrália	9823	0-18 év	CWS case records Childhood Trauma Questionnaire - CTQ	nevelőszülő	8-77	6-48	4-35	18-78 (érzelmi+fizikai)	-	-	14-30	-	-	
Greeson és mtsai, 2011	USA	2251	0-21 év	Trauma History Profile - THP	nevelőszülő	51,4	48,4	32	68 (érzelmi+fizikai)	-	54,2	-	-	-	
Collin-Vezina és mtsai, 2011	Kanada	53	14-17 év	Childhood Trauma Questionnaire - CTQ	gyermek otthon	68	60	38	58	98	-	-	-	-	
Turney és Wildeman, 2016	USA	95,677		ACE questionnaire	nevelőszülő	-	-	-	-	-	19,9	-	10,5	8,5	6,9
Leloux-Opmeer és mtsai, 2016	Spanyolország, USA, Kanada, Svédország, Hollandia, Norvégia, Ausztrália, Belgium	3018	6-12 év	CWS case records Childhood Trauma Questionnaire - CTQ	lakásotthon	28-52		17	9-41	43	31	21	20-38	16	
					nevelőszülő	5-45		6-29	21-78	84	32-41	19-34	30-61	26	
					gyermek otthon	15-63 (érzelmi + fizikai)		11-46	29-69 (érzelmi + fizikai)	72-80	16-18	26-49	41-61	12	
Gallitto és mtsai, 2017	Kanada	479	13-17 év	Childhood Trauma Questionnaire - CTQ	various	65,8	52,6	19,4	76,4	59,7	-	-	-	-	
Kisiel és mtsai, 2017	USA	7483		Child and Adolescent Needs and Strengths - CANS 2.0	gondozói felügyelet	22,8	26,5	13,1	58,5 (elhanyagolás)	-	áldozat: 19,2 szülő kriminális viselkedése: 12,6 családi erőszak: 38,6	-	-	-	
Hodgdon és mtsai, 2018	USA	672	0–20,9 év	Child Welfare System case records	gyermek otthon	61,3	55,1	47,3	64,6 % (érzelmi+fizikai)	-	40,2 %	-	-	-	
Lum és mtsai 2018	Ausztrália	82	5-12 év	Child Welfare System case records	házi gondozás	25,3	13,9	10,1	86,1% (érzelmi+fizikai)	-	-	-	-	-	

Minél korábbi életkorban érik a gyermeket traumatikus élmények, annál súlyosabbak a következmények. A korai ártalmak újabb ártalmakat hívhatnak elő, például fizikai bántalmazás később a kortárs csoportban, párkapcsolatban vagy a nevelők részéről is megtörténhet (Finkelhor és mtsai, 2007; Sethi és mtsai, 2013; Wekerle és mtsai, 2009; Wolfe és mtsai, 2004).

Oswald és munkatársai (2010) 32 közleményt tekintettek át, és azt találták, hogy a gyermekvédelmi rendszerbe kerülés leggyakoribb okai (az okok a családból való kiemelés megelőző felismert ártalmak) között az elhanyagolás (18–78%), a fizikai bántalmazás (6–48%), valamint a szexuális bántalmazás (4–35%) szerepelt. Ezt követte továbbá az érzelmi bántalmazás (8–77%), az elérhető gondozó hiánya (21–30%), és a szülői drog- és alkoholfogyasztás (14–30%).

Az egyik legtöbbet hivatkozott kutatás a leggyakrabban előforduló ártalmakat (érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás, elhanyagolás, családon belüli erőszak, traumatikus veszteség, szeparáció) vizsgálta, valamint hogy átlagosan hányféle ártalomtípust éltek át az amerikai gyermekvédelmi rendszerben élő 0-21 éves gyermekek és serdülők (n = 2251) eddigi életük során (Greenson és mtsai, 2011). Ebben a vizsgálatban a komplex traumának való kitettség (2 vagy több bántalmazás) magas arányát figyelték meg: a gyermekek és serdülők 70,4%-a számolt be a komplex traumának minősülő bántalmazásformák közül legalább kettőről. A leggyakoribb bántalmazástípus az elhanyagolás volt (74,4%), ezt követte a családon belüli erőszak (72%), az érzelmi bántalmazás (71,9%), a traumatikus veszteség, szeparáció (66,2%), a fizikai bántalmazás (64%), valamint a szexuális bántalmazás (41,9%).

Collin-Vézina és munkatársai (2011) 14–17 év közötti (n = 530) gondozásban lévő kanadai fiatalokat vizsgáltak, érzelmi bántalmazást 68%-uk, fizikai bántalmazást 60%-uk, érzelmi elhanyagolást 58%-uk, és a serdülők 98%-a tapasztalt fizikai elhanyagolást. A szexuális bántalmazás a serdülők 38%-ánál fordult elő (lányoknál 63%, fiúknál 17%). Nem volt olyan fiatal, aki ne számolt volna be legalább a bántalmazás egy típusáról. 11,3% kettő, 18,9% három, 30,2% négy, 20,8% a bántalmazás mind az öt típusát átélte eddigi élete során (Collin-Vézina és mtsai, 2011).

Gyermekvédelemben (nevelőszülő, lakásotthon, gyermekotthon) élő 7–14 év közötti gyermekeket vizsgáló 36 kutatás eredményeit (N = 3018) összefoglaló áttekintő közlemény alapján a gyermekvédelemben kerülés előtt a leggyakoribb traumatípus az elhanyagolás (39–41%), ezt követi az érzelmi és a fizikai bántalmazás (28–52%), a családon belüli erőszak (31%), valamint a szexuális bántalmazás (17%). Magas arányban volt jelen a szülők válása (43%), a szülő mentális betegsége (20–38%), a szülő szerfüggősége (21%), valamint a szülő

bebörtönzése (16%) (Leloux-Opmeer és mtsai, 2016). Egy kisebb amerikai mintán (n = 672) végzett kutatásban felmérték a gyermekvédelmi rendszerbe történő bekerülés előtt átélt ártalmas élményeket. A vizsgálati személyek 64,6%-a számolt be elhanyagolásról, pszichológiai bántalmazást 61,3% és fizikai abúzust 55,1% élt át. Nem megfelelő gondozásról 49%, a szexuális bántalmazásról a fiatalok 47,3%-a számolt be. A családon belüli erőszakot 40,2%-uk élte át. A serdülők átlagosan 3,36, gondozó által elkövetett traumatípust éltek át a családból történő kiemelésük előtt (Hodgdon, 2018).

Lum, Powell és Snow, (2018) egy kisebb ausztrál mintán (n = 82) végzett kutatás eredményei szerint szintén az elhanyagolás volt a leggyakrabban előforduló bántalmazástípus az intézménybe kerülés előtt (86,1%), majd ezt követte az érzelmi bántalmazás (25,3%), a fizikai bántalmazás (13,9%), valamint a szexuális abúzus (10,1%). Az elhanyagolást, az érzelmi bántalmazást és a fizikai bántalmazást általában az anya követte el, míg a szexuális bántalmazás gyakrabban volt köthető az apához vagy más rokonokhoz, azonban az esetek nagy százalékában az egyes traumatípusoknak több elkövetője volt (Lum és mtsai, 2018).

Campos és mtsai, (2019) friss eredményei szerint leggyakrabban az elhanyagolás (44%), a szülői felügyelet hiánya (23,2%), a bántalmazás (12,2%), a deviáns szülői viselkedés (9,5%), valamint családon belüli erőszak (6,1%) miatt kerülnek gyermekvédelembe a gyermekek.

1.3.2. Mentális és viselkedéses tünetek a gyermekvédelemben élő gyermekek körében

A gyermekvédelemben élő gyermekek az egyik legveszélyeztetettebb populáció. Egészen a fogantatás pillanatától már a származási családjukban sokféle fejlődést befolyásoló rizikótényezőnek lehetnek kitéve: méhen belüli ártalmak (Franck, 1996; McNichol és Tash, 2001), nem megfelelő táplálkozás következményei (Pears és Fisher, 2005), szocioökonómiai státuszából fakadó nehézségek, szegénység (Bebbington és Miles, 1989; Sidebotham és mtsai, 2002) gyermekkori elhanyagolás és bántalmazás különféle formáinak való nagymértékű kitettség (Greeson és mtsai, 2011; Leloux-Opmeer és mtsai, 2016), amelyek törvényszerűen a kedvezőtlen kimenetek széles spektrumához vezetnek élethosszig (Griffin és mtsai, 2011; McMillen és mtsai, 2005; McNichol és Tash, 2001). Számos tanulmány számolt be arról, hogy a gyermekjóléti rendszerben élő gyermekek körében a mentális zavarok gyakorisága nagyobb, mint az általános népességben (Bronsard és mtsai, 2016; Julian D. Ford és mtsai, 2007; Lehmann és mtsai, 2013; McMillen és mtsai,

2005; Oswald és mtsai, 2010; Schmid és mtsai, 2008). A gyermekkori elhanyagolás és bántalmazás különféle formáinak való nagymértékű kitétség és egyéb társuló rizikótényezők révén a gyermekvédelmi gondozottak körében a fejlődési és mentális zavarok prevalenciája igen magas, azonban ezek az adatok széles szórást mutatnak, aminek hátterében a vizsgált mérőeszközök és a gyermekvédelmi minták különbözősége állhat (Burns és mtsai, 2004; Collin-Vezina és mtsai, 2011; Leloux-Opmeer és mtsai, 2016; Minnis és mtsai, 2006; Sawyer és mtsai, 2007; Shin, 2005). A fontosabb kutatások eredményeit a 4. táblázat foglalja össze, a lényeges kutatásokat részleteiben az alábbiakban is bemutatjuk.

Az amerikai gyermekjóléti szolgálat kutatásában (National Survey of Child and Adolescent Well-Being – NSCAW [n = 3803]) a gyermekek közel fele mutatott mentális és viselkedési problémákat és a tünetek nagyobb arányban fordultak elő a gyermekotthonban lévő gyermekeknél, mint a nevelőszülőknél élők között (Burns és mtsai, 2004).

Oswald és munkatársai (2010) áttekintő közleményükben számos kutatást találtak, amely nevelőszülőknél élő gyermekek és serdülők körében megjelenő mentális és viselkedési tünetek gyakoriságát vizsgálja. Eredményeik szerint gyakran jelenik meg figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (10–21%), kötődési zavar (4–17%), depresszió (5–15%), egyéb hangulatzavar (2–15%), szorongásos zavarok (3–12%), oppozíciós zavar (4–10%), viselkedészavar (2–8%), valamint alkalmazkodási zavar (0,4–21%).

Az NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) kutatásában a 0–21 éves, gyermekvédelemben élő gyermekek és serdülők (n = 2251) 83%-a rendelkezett legalább egy klinikai diagnózissal. A minta 49,1%-a externalizáló tüneteket, 36,7% internalizáló tüneteket, valamint a gyermekek 22%-a klinikai szintű PTSD-tüneteket mutatott (Greeson és mtsai, 2011).

Leloux-Opmeer, Kuiper, Swaab és Scholte (2016) áttekintésében (N = 3018) a lakásotthonban élő gyermekek 40–60%-a viselkedési problémákkal küzd, 50%-uk kötődési zavarral, 30–36%-nál jelentkeznek kognitív deficitek és iskolai nehézségek, valamint 29%-uk tapasztalt kortárskapcsolati problémákat.

Egy regressziós metaanalízis (8 tanulmány, N = 3104) eredményei alapján a mentális zavarok előfordulása közel négyszer gyakoribb a gyermekvédelemben élők körében a „normál” populációhoz képest. Az externalizáló tünetekkel járó zavarok magas arányban vannak jelen: a viselkedészavar előfordulási gyakorisága ezen gyermekek körében 20–34%, az oppozíciós zavar 10–14% és az ADHD tünetei 6–15% közötti arányban jelentek meg. A szorongás és depresszió tünetei a gyermekek 12–24%-át jellemezte, a PTSD előfordulási gyakorisága 2–6% között volt (Bronsard és mtsai, 2016).

Az English and Romanian Adoptee (ERA) projekt lehetőséget nyújtott a korai deprivációt követő intézményi elhelyezés felnőttkori következményeinek vizsgálatára, 165 gyermekvédelmi gondozott és egy 52 fős kontrollcsoport adatainak elemzésével. A vizsgálat résztvevőivel az adatfelvétel gyermekkorban (6, 11 és 15 éves korban) és a fiatal felnőttkorban egyaránt (22–25 év) megtörtént. Azok a gyermekek, akik 6 hónapnál több időt töltöttek gyermekvédelmi gondozásban, jelentősebb mértékben mutattak mentális és viselkedéses tüneteket (pl.: autizmus spektrum zavar, gátolatlan kötődési zavar, figyelemhiány és hiperaktivitás tünetei); nagyobb mértékű kognitív károsodások, valamint aluliskolázottság jellemezte őket azokhoz képest, akik 6 hónapnál kevesebbet töltöttek intézményi ellátásban (Sonuga-Barke és mtsai, 2017).

Újabb adatok szerint a gyermekvédelemben élő gyermekek 41%-a mutat mentális és viselkedéses tüneteket, ebből a gyermekek 38,1%-a mutatta a reaktív kötődési zavar tüneteit (Baldwin és mtsai, 2019). Egy kisebb portugál gyermekvédelmi mintán (n = 59) végzett kutatás szerint a gyermekvédelemben élő serdülők 32,2%-a mutat klinikai szintű mentális és viselkedéses tüneteket. A serdülők 25,4%-a mutatott klinikai szintű internalizáló tüneteket, 28,8%-uk pedig externalizáló tüneteket (Rodrigues és mtsai, 2019).

A gyermekvédelemben végzett néhány tanulmány dózis–válasz összefüggést mutatott ki, mely szerint azok a gyermekek, akik többféle bántalmazásnak voltak kitéve, több tünetet mutattak azokhoz képest, akik csak egyetlen típusát tapasztalták meg a bántalmazásnak (Griffin és mtsai, 2011; McMillen és mtsai, 2005). A gyermekvédelemben élő gyerekek súlyosan veszélyeztetett populáció, sokféle mentális és viselkedéses nehézséggel küzdenek. Az okok természetesen multifaktoriálisak, nemcsak az ártalmas élményeknek való kitettség okozza tüneteiket/nehézségeiket, hiszen - amint említettük - sokféle rizikótényezőnek lehetnek kitéve, beleértve a genetikát, a méhen belüli ártalmakat, a nem megfelelő táplálkozás következményeit, a szocioökonómiai státusból fakadó nehézségeket, a szegénységet és még számos egyéb tényezőt is, amelyek akár egyenként vagy együttesen fejtik ki negatív hatásukat akár élethosszig is.

4. táblázat. *A mentális zavarok előfordulási gyakorisága nemzetközi gyermekvédelmi tanulmányokban*

Szerző, évszám	Ország	N	Életkor (év)	Elhelyezés típusa	Tünetek (%)
Burns és mtsai, 2004	USA	3,803	2-14	nevelőszülői gondozás	érzelmi és viselkedéses tünetek (63,1)
				gyermekotthon	érzelmi és viselkedéses tünetek (88,6)
Shin, 2005	USA	113	16,5-17,5	nevelőszülői gondozás	viselkedési problémák (40) depresszió (32) alkalmazkodási zavar (32) szorongásos zavar (19) ADHD (13) bipoláris zavar (9) schizophrenia (8)
Minnis és mtsai, 2006	UK	182	5-16	nevelőszülői gondozás	összes nehézség (64) ADHD (57) érzelmi zavarok (45) viselkedési problémák (66) kortárskapcsolati problémák (63)
Sawyer és mtsai, 2007	Ausztrália	326	6-17	nevelőszülői gondozás	viselkedési problémák (35)
Oswald és mtsai, 2010	USA Skócia Ausztrália	Áttekintő közlemény 32 tanulmány	0-18	nevelőszülői gondozás	ADHD (10-21) kötődési problémák (4-17) depresszió (5-15) szorongás (3-12) oppozíciós zavar (4-10) egyéb vis. zavar (2-8)
Colline-Vézina és mtsai, 2011	Kanada	53	M: 15,5	gyermekotthon	szexuális problémák (34) disszociáció (28,3) depresszió (26,4) PTSD (24,5) düh (18,9) szorongás (11,3)
Leloux-Opmeer és mtsai, 2016	USA, Ausztrália, Spanyolország, Kanada, Svédország, Hollandia, Norvégia, Belgium	Áttekintő közlemény 36 tanulmány	6-12	lakásotthon	viselkedéses problémák (40-60) kötődési problémák (50) iskolai/kognitív problémák (30-36) kortárskapcsolati problémák (29).
				nevelőszülő	érzelmi zavarok (14-45) viselkedéses problémák (34-63) kötődési problémák (14-20) iskolai/kognitív problémák (15-36) kortárskapcsolati problémák (8)
Bronsard és mtsai, 2016	UK USA Norvégia Franciaország Németország	Áttekintő tanulmány 3,104	5-18	gyermekotthon	érzelmi zavarok (39-57) viselkedési problémák (53-62) kötődési problémák (31-52) iskolai/kognitív problémák (20-55) kortárskapcsolati problémák (46)
				nevelőszülői gondozás	viselkedészavar (20-34) oppozíciós zavar (10-14) ADHD (6-15) szorongás, depresszió (12-24)

2. VIZSGÁLATI CÉLOK ÉS HIPOTÉZISEK

Magyarországon (és a posztszovjet országokban) csak későn jelentek meg a gyermekkori ártalmas élményekről szóló tanulmányok, ezért szükségesnek éreztük egy átfogó vizsgálat tervezését az ártalmas gyermekkori élmények tekintetében, mert nemzetközileg is elismert mérőeszközökkel Magyarországon nincs, Közel-Kelet-Európában is csak igen kevés empirikus adat van a serdülő korosztályra vonatkozóan. A serdülő korosztály vizsgálata a prevenció és intervenció szempontjai miatt is lényeges, hiszen ebben az életkorban bizonyítottan hatékonyabb a beavatkozás.

Összesen 4 fő vizsgálati célt fogalmaztunk meg, amelyeken belül bizonyos esetekben alcélokat is megfogalmaztunk. Vizsgálatunk célkitűzései a következők voltak:

1. Ártalmas gyermekkori élmények vizsgálata

Kutatásunk első célkitűzése az ártalmas gyermekkori élmények felmérése 12–17 év közötti serdülő korosztályban. Gyermekvédelemben élő, azon belül is lakásotthonokban lakó serdülők adatait hasonlítottunk össze családban/szülőkkel élő serdülők adataival.

1.a. Az első célkitűzésünk első alpontja az *ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának* és *mintázódásának* (ártalmas gyermekkori élmények mintázódása: a direkt ártalmak: bántalmazás, elhanyagolás; és az indirekt ártalmak: diszfunkcionális családi körülmények előfordulásának arányai) leírása csoportonként (lakásotthonban és családban élő serdülők) és nemenként, valamint a csoportok közötti különbségek leírása.

1.b. Az első célkitűzés második alpontja az *ártalmas gyermekkori élménytípusok* előfordulási gyakoriságának felmérésére irányul csoportonként és nemenként, valamint a csoportok közötti különbségek leírására.

2. Szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek vizsgálata

Kutatásunk második célkitűzése a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek felmérése 12–17 év közötti serdülő korosztályban. Gyermekvédelemben élő, azon belül is lakásotthonokban lakó serdülőket hasonlítottunk össze családban élő serdülőkkel. Célunk a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek előfordulási gyakoriságának vizsgálata csoportonként és nemenként, valamint a csoportok közötti különbség (lakásotthonban és családban élő serdülők) leírása.

3. Szubjektív egészségi panaszok vizsgálata

Kutatásunk harmadik célkitűzése a szubjektív egészségi panaszok felmérése 12–17 év közötti serdülő korosztályban. Lakásotthonokban lakó serdülőket hasonlítottunk össze családban élő serdülőkkel. Célunk az egyes csoportokban az előfordulási gyakoriság megragadása, valamint a csoportok közötti (lakásotthonban és családban élő serdülők) különbség leírása.

4. A gyermekkori ártalmas élmények, a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek, valamint a szubjektív egészségi panaszok együttjárásának vizsgálata

A nemzetközi kutatások alapján az elszenvedett ártalmas élmények és az egészségkárosodás tekintetében dózis–hatás összefüggés mutatkozik, ami azt jelenti, hogy minél több ártalomtípus elszenvedője volt az egyén gyermekkorában, felnőttként annál nagyobb eséllyel szenvedett el valamilyen egészségkárosodást (Bellis és mtsai, 2019; Felitti és mtsai, 1998; Hughes és mtsai, 2017).

Az ártalmas élmények és a tünetek együttjárására vonatkozóan a következő célkitűzéseink voltak:

4.a. A gyermekkori ártalmas élmények és a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek együttjárásának vizsgálata.

4.b. A gyermekkori ártalmas élmények és a szubjektív egészségi panaszok együttjárásának vizsgálata.

A *hipotéziseinket* tekintve az elméleti háttérrel és a korábbi empirikus kutatásokat figyelembe véve általánosan azt lehet megfogalmazni, hogy:

1. A lakásotthonban élő serdülők esetében az összes vizsgált változó (ártalmas gyermekkori élmények, mentális és viselkedéses tünetek, szubjektív egészségi panaszok) tekintetében magasabb előfordulási gyakoriságot találunk.
2. Az ártalmak halmozódása több mentális és viselkedéses tünet, valamint több szubjektív egészségi panasz előfordulásával jár együtt.

3. MÓDSZEREK

3.1. A vizsgálat menete és körülményei

A kutatás 2018 márciusa és 2020 januárja között zajlott. Az adatokat gyermekvédelemben, ezen belül lakásotthonokban élő serdülőktől és szüleikkel élő, családban nevelkedő serdülőktől gyűjtöttük.

A gyermekvédelemben 3 megye (Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg) 15 településének 31 lakásotthonában végeztük az adatgyűjtést:

Borsod-Abaúj-Zemplén megye

Fruska gyermekotthon – Miskolc

Aranyhíd gyermekotthon – Miskolc

Junior gyermekotthon – Miskolc

Alsózsolcai lakásotthon

Gönci lakásotthon

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye

Megyei Gyermekvédelmi Központ Gyermekotthona – Nyírbogát

I., II. és III. sz. lakásotthon – Baktalórántháza

I. és II. sz. lakásotthon – Tiszadob

V. és VII. sz. lakásotthon – Berkesz

X. sz. lakásotthon – Nyíregyháza–Nyírszőlős

Gyermekotthon – Mátészalka

I és II. sz. lakásotthon – Cégénydányád

Nyírbátori lakásotthonok

Hajdú-Bihar megye

Debreceni Reménysugár Gyermekotthon:

1. sz. Gyermekotthon (3 lakásotthon)

2. sz. Gyermekotthon (4 lakásotthon)

3. sz. Gyermekotthon (2 lakásotthon)

Bihari Gyermekotthoni Központ

Hajdúsági Görögkatolikus Intézmények

Hajdúnánás (6 lakásotthon)

A szülőkkel/családban élő serdülőkre vonatkozó adatokat 4 megye (Hajdú-Bihar, Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Pest) 7 településének alábbi 10 iskolájából gyűjtöttük:

Pest megye

Madách Imre Gimnázium

Fóti Waldorf Iskola

Borsod-Abaúj-Zemplén megye

Sárospataki Árpád Vezér Gimnázium

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye

Kisvárdai Bessenyei György Gimnázium és Kollégium

Nyírcsaholyi Benedek Elek Általános Iskola

Tiszavasvári Általános Iskola

Hajdú-Bihar megye

Bethlen Gábor Közgazdasági Szakgimnázium

Fazekas Mihály Gimnázium

Debreceni Povolny Szakképző Intézet

Debreceni Könnyűipari Szakképző Iskola

A vizsgálatot szóbeli és írásbeli tájékoztatás előzte meg, amely információkkal szolgált a résztvevők számára a vizsgálat menetéről, időtartamáról, az adatok kezeléséről, illetve az eredmények visszajelzésének módjáról. A szóbeli és írásbeli tájékoztatás után a serdülőkől és szüleiktől, illetve gyámjaiktól írásos beleegyező nyilatkozatot kértünk a vizsgálati részvételhez való hozzájárulásról, valamint az eredmények kutatásban történő felhasználásáról.

A serdülők névtelenül töltötték ki a kérdőívet. Az adatgyűjtést képzett egészségpszichológus mesterszakos hallgatók segítségével végeztük. A kérdőívek kitöltése alatt a serdülőket gondosan felügyeltük, hogy szakembert biztosítsunk arra az esetre, ha egyes serdülőket bizonyos élményeket felidéző kérdések érzékenyen érintenének. A kérdőívek kitöltése a lakásotthonokban élő serdülők esetében kiscsoportos foglalkozások keretében történt, ahol három serdülőt egy egészségpszichológus mesterszakos hallgató felügyelt, segítségre elsősorban olvasási vagy figyelemzavarok esetén volt szükség. Ha érzelmi, kognitív vagy egyéb okok miatt szükséges volt, a kérdőívek kitöltésére egyéni foglalkozásokon került sor.

A családban élő serdülők esetében az adatgyűjtés az iskolában, osztályfőnöki óra keretében történt, szükség esetén képzett egészségpszichológus mesterszakos hallgatók segítségével.

A vizsgálat etikai engedélyét elsőként a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségügyi Centrumának Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága, majd az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta meg (engedélyszám: ETT TUKEB 47848-7/2018/EKU).

3.2. A vizsgálati személyek bemutatása

A vizsgálatban 12–17 év közötti serdülők vettek részt, összesen 756 fő, akik közül 240-en lakásotthonban, 516-an pedig szüleikkel, családban élnek.

A gyermekvédelmi mintavételi keretet 3 megye 31 lakásotthonában élő 309 serdülő alkotta. A lakásotthonban élő serdülők közül a kérdőívünket kitöltők száma 271 volt, mivel néhányan az adatgyűjtés napján nem tartózkodtak az otthonban, mások elszöktek, továbbá néhány esetben a serdülők gyámjai, vagy maguk a serdülők megtagadták a kérdőívcsomag kitöltését. Az adatok tisztítása után a válaszadók végső száma 240-re csökkent. A vizsgálati mintát így 240 intellektuálisan ép, 12–17 év közötti serdülő alkotta, akik a gyermekjóléti rendszer által biztosított lakásotthonokban éltek (életkori átlag: 14,9 SD: 1,58).

A kontrollcsoportot 516 fő 12–17 éves, szüleikkel családban élő, ép intellektusú serdülő alkotta. 7 település 10 iskolájával vettük fel a kapcsolatot. Olyan iskolákat választottunk ki, hogy mind a falusi, mind a különböző méretű városok iskolái képviseltessék magukat a mintában, mivel így széles körű társadalmi-gazdasági háttérrel rendelkező családok gyermekeit érthetük el. Megkerestünk huszonöt 7–10. osztályos osztályt, akik mindegyike úgy döntött, hogy részt vesz a felmérésünkben. Így összesen 591 serdülővel vettük fel a kapcsolatot. Szülői beleegyező nyilatkozatot kértünk (válaszadási arány 99,5%), majd a serdülők is írásban beleegyeztek a vizsgálatban való részvételbe. A serdülők távolmaradása az adatgyűjtés napján 87,3%-ra csökkentette a válaszadási arányt; így a végleges minta 516 serdülőt tartalmazott a 7–10. osztályból, 12–17 éves korig (életkori átlag: 15,28 SD: 1,10).

3.3. A vizsgálatban alkalmazott eszközök

3.3.1. Ártalmas Gyermekkorai Élmények Kérdőív (ACE kérdőív)

Az ACE pontszám kalkulátor (ACE Score Calculator) egy önkitöltésen alapuló, retrospektív, 10 ítemes kérdőív (Anda és mtsai, 2010; Crosscut, 2013). A kérdőívben lévő kérdések 10 korai, 18 év előtt történt ártalmas élménytípus felmérésére vonatkoznak, melyek három kategóriába sorolhatók: bántalmazás (fizikai, érzelmi, szexuális), elhanyagolás (fizikai, érzelmi), és diszfunkcionális családi körülmények (szülők különélése/válása, anya elleni erőszak szemtanúja, szerhasználó családtag, mentálisan beteg vagy öngyilkosságot megkísérelt családtag, börtönbüntetést töltött családtag). Ezen élményeket a teszt 10 alapos és részletes kérdéssel méri fel. A szubjektív megítélések csökkentésének érdekében a konkrét viselkedésmintázatokra kérdez rá példák használatával (pl.: ACE2 – fizikai bántalmazásra vonatkozó kérdés: Valamelyik szülő/nevelőszülő/gondozó/gyám vagy más a háztartásban élő felnőtt gyakran/ vagy nagyon gyakran: meglökött, megütött, erősen megragadott, vagy valamit hozzád vágott? *vagy* valaha is ütött meg olyan erővel, hogy annak látható nyoma maradt, és Te megsérültél? igen/nem). Az átélt korai ártalmas élménytípusokból ún. ACE kumulatív pontszámot számítunk, mely egy 0–10 közé eső egész szám. Az ACE kumulatív pontszám egy súlyossági mutató, mely az élmények típusainak halmozódását méri, azt mutatja meg, hogy a személy hány típusú ártalmas élményt szenvedett el gyermekkorában, kutatásunkban a teljes eddigi élete során.

Az ACE Score Calculator nemzetközi validálása több országban megtörtént. Anda és munkatársai (2010) validálták az USA-ban először, később elindultak a további nemzetközi validitási vizsgálatok is. A kérdőív pszichometriai tulajdonságait megfelelőnek találták. Az ACE Score Calculator angol nyelvű változatát Nagy Anikó és Kuritárné Szabó Ildikó fordították le magyarra. Az eredmények nemzetközi összehasonlíthatóságának biztosítása érdekében az eredeti angol nyelvű kérdések magyar nyelvre történő lefordítása után egy visszafordítási lépés is szerepelt a fordítási folyamatban, melyben egy független anyanyelvi szakértő is részt vett. Az ACE Score-Calculátor használatára vonatkozóan a magyar populációban tudomásunk szerint még nincsenek validált adatok.

3.3.2. Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ)

A Képességek és Nehézségek kérdőívet (SDQ) a 4–16 éves gyermekek viselkedési jellemzőinek felmérésére fejlesztették ki [(Goodman és mtsai, 1998) magyar változat: (Turi E, 2011)]. A kérdőívnek önkitöltős, szülői és tanári változata van. Ebben a vizsgálatban az önkitöltős változatot alkalmaztuk. A kérdőív 25 tételből áll, ezek elemei 5 faktorba sorolhatók: hiperaktivitás (pl. "Nyughatatlan vagyok, nem tudok sokáig nyugton maradni."), érzelmi tünetek (pl. „Új helyzetekben feszült vagyok, könnyen bizonytalaná válok.”), magatartás problémák (pl. „Sokszor verekszem, másokra tudom kényszeríteni az akaratomat.”), kortársakkal való kapcsolat nehézségei (pl. „Jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel.”) és proszociális magatartás (pl. „Általában megosztom másokkal, ételben, játékokon, tollakon stb.”). Az egyes kérdésekre egy háromfokú skálán kell megadni a választ (nem igaz = 0 pont, valamennyire igaz = 1 pont, igaz = 2 pont). Az egyes faktorok esetében összpontszám számítandó (max. 10 pont), valamint a hiperaktivitás, érzelmi tünetek, magatartásbeli problémák és a kortársakkal való kapcsolat nehézségei alkálák pontjaiból nehézségek összpontszám számolható (max. 40 pont). A proszociális viselkedés értéke pozitív képességnek számít, így az külön számítandó. A személyek három csoportba sorolhatók a meghatározott vágóértékek, valamint az összesített pontszámok alapján: nem problémás, borderline és problémás magatartás. A borderline kategória azt jelenti, hogy "ez a pontszám enyhén emelkedett, ami klinikailag jelentős problémákat tükrözhet" (Goodman, 2020).

A kérdőív validálása Goodman, Meltzer és Bailey (1998), valamint Goodman és Scott (1999) nevéhez fűződik. A magyar változat fordítása és kidolgozása Gervai Judit és Székely Mária munkájának köszönhető. Magyar mintán a szülői változatát elsőként Birkás, Lakatos, Tóth és Gervai (2008) alkalmazta, később serdülő magyar mintán Turi, Tóth és Gervai (2011) validálták az önkitöltős változatát is. 2013-ban egy serdülőkorú magyar klinikai mintára is kiterjesztették a validálását (Turi és mtsai, 2013). Tudomásunk szerint ez idáig a Képességek és Nehézségek Kérdőív pszichometriai mérése reprezentatív magyar mintán nem történt meg.

3.3.3. Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása Kérdőív (HBSC-2014)

A HBSC kérdőív átfogóan méri fel az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását, négyévente kerül felmérésre több mint 40 országban az Egészségügyi Világszervezettel való

nemzetközi együttműködésben, egységes módszertannal zajlik (Currie és mtsai, 2009). Az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) kutatás 1985 óta folyik hazánkban. Az egyes felmérésekben alkalmazott kérdőívek több részből állnak össze. A jelenleg használt kérdőívet Currie és munkatársai (2009) négyévente folyamatosan fejlesztik és validálják a kérdőív különböző részeit. A validálási munka a tagországokon belül folyamatban van, a HBSC tagjai az évek során számos témában publikáltak validálási tanulmányokat [(Boyce és mtsai, 2006; Currie és mtsai, 2008; Molcho és mtsai, 2007; Schnohr és mtsai, 2013) Magyarországon Zakariás és Németh (2011)] nevéhez fűződnek a validitás vizsgálatok. Az adatgyűjtés a 2013/2014. évi Health Behavior of School Children (HBSC) tanulmány (Inchley J, 2016) magyar kérdőívének (Németh és Költő, 2014) egyes tételeinek felhasználásával történt. A kérdőívből a szubjektív egészségi panaszok mérésére vonatkozó kérdéseket használtuk fel. Megkérdeztük a serdülőket kilenc szubjektív egészségi panasz (pszichés és szomatikus tünetek) előfordulásának a gyakoriságáról: fejfájás, gyomorfájás, hátfájás, kedvtelenség/rosszkedvűség, ingerlékenység/indulatosság, idegesség, álmatlanság, szédülés, fáradtság/kimerültség. Minden kategória esetén a lehetséges válaszok: szinte naponta / hetente többször / kb. hetente / kb. havonta / ritkábban vagy soha.

3.3.4. Demográfiai kérdőív

A vizsgált serdülők demográfiai adatait egy általunk összeállított kérdőív segítségével mértük fel, amely a nemre, az életkorra, nemzetiségre, iskolatípusra, osztályfokra, lakóhelyre, szülők iskolázottságára, intézményi elhelyezés körülményeire (hány évesen került intézménybe, hány évet élt intézményben, lakóhely váltások száma) vonatkozó kérdéseket tartalmazott.

3.4. Adatfeldolgozás

Az adatok feldolgozásához az IBM SPSS Statistics v 23 programot használtuk. Adataink eloszlásának normalitását minden esetben Kolmogorov–Szmirnov teszttel ellenőriztük, normál eloszlást mutató változók esetében paraméteres statisztikai eljárást, míg a nem normál eloszlású változók esetében nemparaméteres eljárást használtunk. A

lakásotthonban és a családban élő serdülők szociodemográfiai adatainak összehasonlításához az életkor tekintetében Mann–Whitney próbát végeztünk, a többi demográfiai adat esetében mindegyik összehasonlítást Khi-négyzet próbával hajtottuk végre.

Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának és típusainak előfordulási gyakoriságának meghatározásához, a szociális, érzelmi és viselkedési tünetek előfordulási gyakoriságának megállapításához, valamint a szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakoriságának megállapításához populációs és nemi bontásban Khi-négyzet statisztikát alkalmaztunk.

Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának és a szociális, érzelmi és viselkedési tünetek kapcsolatát lineáris modellek alkalmazásával írtuk le.

Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának és a szubjektív egészségi panaszok kapcsolatának vizsgálatára logisztikus regressziót alkalmaztunk. Mindkét elemzést korigáltuk az életkor, a nem, és a lakóhely szempontjából. A szignifikancia szintet valamennyi esetben 0,05-nek határoztuk meg.

4. EREDMÉNYEK

4.1. A minta szociodemográfiai jellemzői

A vizsgálatban 12–17 év közötti serdülők vettek részt, összesen 756 fő.

A vizsgálati mintát 240 ép intellektusú, 12–17 év közötti serdülő alkotta, akik lakásotthonokban élnek (életkori átlag: 14,9 SD: 1,58 Mdn=15). A kontroll csoportban 516 szülőkkel/családban élő ép intellektusú serdülő volt (életkori átlag: 15,28 SD: 1,10 Mdn=15). Az életkor tekintetében kismértékű szignifikáns különbséget találtunk a két csoport között (Mann-Whitney próba; $U=54666$; $p=0,008$), amelyre a későbbi elemzésekben korrigáltunk. A nemek arányában nem volt szignifikáns különbség a két csoport között (Khi négyzet próba, $p=0,155$).

Lakóhelyüket tekintve a legnagyobb arányban a városban élő serdülők voltak reprezentálva a mindkét csoportban, 60,6%-a lakásotthonban élő (a lakásotthon van városban) és 52%-a a családban élő serdülőknek városban él.

A lakásotthonban élő serdülők 10,6%-a 0–3 éves kora között került intézménybe, 8,9%-uk 4–5 éves kora között. A minta legnagyobb hányada, 40,7%-a 6–11 éves kora között, illetve közel ennyien 39,8% 12 éves kor felett. A lakásotthonban élő gyermekek több mint fele legalább egyszer váltott gondozási helyet, 23,7%-uk egyszer, 19,3% kétszer, 12,3% három vagy több gondozási hely váltáson ment keresztül.

A szociodemográfiai jellemzőket az 5. táblázat foglalja össze.

5. táblázat. A minta szociodemográfiai jellemzői

Demográfiai adatok	Lakóotthonban élő serdülők n (%)			Családban élő serdülők n (%)			p-érték (két csoport között)
Nem	Fiúk n=110 (45,8)	Lányok n=130 (54,2)	Összesen n=240	Fiúk n=208 (40,3)	Lányok n=308 (59,7)	Összesen n=516	0,155^a
Átlag életkor (szórás)	14,59 (1,59)	1,15 (1,53)	14,9 (1,58)	15,28 (1,04)	15,28 (1,14)	15,28 (1,10)	0,008^b
Lakóhely n (%)							
Falu	19 (17,3)	10 (7,7)	29 (12,1)	70 (33,7)	81 (26,2)	151 (29,2)	<0,001^a
Város	64 (58,2)	91 (70,0)	155 (64,6)	114 (54,8)	154 (50,2)	268 (52,0)	
Megyeszékhely	27 (24,5)	29 (22,3)	56 (23,3)	24 (11,5)	73 (23,6)	97 (18,8)	
Jelenlegi iskola n (%)							
Általános iskola	76 (69,1)	69 (53,1)	145 (60,4)	57 (27,4)	66 (21,4)	123 (23,8)	
6 vagy 8 osztályos gimnázium alsó tagozat	-	-	-	9 (4,3)	17 (5,5)	26 (5)	
4 osztályos gimnázium/ szakközépiskola	7 (6,4)	9 (6,9)	15 (6,3)	94 (45,2)	185 (60,0)	279 (54,0)	
Szakiskola/ szakmunkásképző	26 (23,6)	40 (30,8)	66 (27,5)	48 (23,1)	40 (12,9)	88 (17)	
Nincs adat	2 (1,8)	12 (9,2)	14 (5,83)				
Életkor a védelembe vétel idején (n = 236)							
0–3 év	11 (10)	14 (11,1)	25 (10,6)				
4–5 év	15 (13,6)	6 (4,8)	21 (8,9)				
6–11 év	41 (37,3)	55 (43,7)	96 (40,7)				
12 év felett	43 (39,1)	51 (40,5)	94 (39,8)				
Gondozási hely váltások száma (n = 235)							
0 váltás	45 (42,9)	57 (46,3)	102 (44,7)				
1 váltás	30 (28,6)	24 (19,5)	54 (23,7)				
2 váltás	19 (18,1)	25 (20,3)	44 (19,3)				
3 vagy több váltás	11 (10,5)	17 (13,8)	28 (12,3)				

^a Khi-négyzet próba

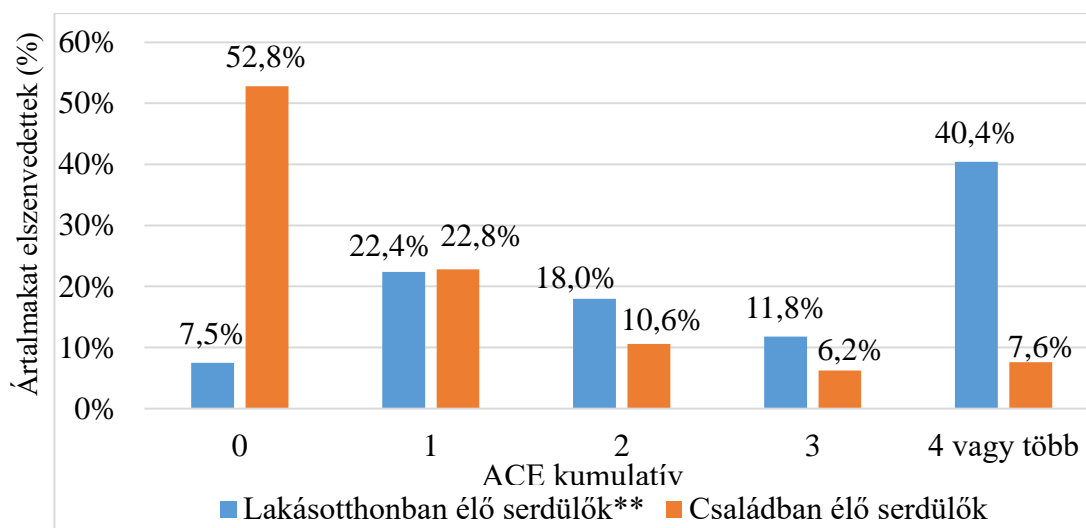
^b Mann-Whitney próba

4.2. Az ártalmas gyermekkori élmények vizsgálata

4.2.1. Az ártalmas élmények halmozódásának előfordulási gyakorisága

A lakásotthonban élő serdülők 7,5%-a nem számolt be ártalmas élményről, ugyanez az arány a családban élőkénél 52,8% volt. A lakásotthonban élő serdülők 40,4%-a négy vagy több ártalmas élményről számolt be, a családban élő serdülők 7,6%-ára volt ugyanez jellemző.

A lakásotthonban élők 70,2%-a 2 vagy több ártalmas élményről számolt be, a családban élő serdülők 24,4%-ára volt ez jellemző, ami a vizsgált populáció majdnem egynegyede. A lakásotthonban élő serdülők 92,5%-a, a családban élő serdülők 47,2% számolt be legalább egy ártalmas gyermekkori élményről. Az önbeszámolás során az ártalmas gyermekkori élmények eloszlását a két csoportban a 3. ábra szemlélteti.



3. ábra. Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának eloszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél (Khi-négyzet próba * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$)

A lakásotthonban élő serdülők közel 30%-a mondta azt, hogy nem élt át ártalmas élményt vagy 1 ártalmas élményt élt át. A családban élő serdülők 75,5%-a jelölte meg azt az önértéklelő kérdőívben, hogy nem élt át ártalmas élményt vagy 1 ártalmas élményt élt át. A lakásotthonban az átélt ártalmas élmények tekintetében a nemek között nem volt szignifikáns különbség.

A családban élő serdülők nemek közötti különbségeit tekintve szignifikáns különbség volt a lányok javára a kumulatív ACE pontszám tekintetében. A családban élő serdülőknél a nemek tekintetében elmondható, hogy a lányoknál szignifikánsan gyakoribb az ártalmas élmények halmozódása ($p=0,017$), 10,1% szenvedett el 4 vagy több ártalmas élményt, 29,2% pedig kettőt vagy többet. Mi több, a lányok a fiúkhoz képest közel kétszer annyian szenvedtek el három, és két és félszer annyian ≥ 4 ártalmas élményt.

A kumulatív ACE pontszám átlag tekintetében a lakásotthonban élők átlagpontszáma háromszorosa volt a családban élők átlagpontszámainak. Az ACE pontszámok eloszlására vonatkozó eredményeket a 6. táblázatban összegeztük.

6. táblázat. Az ártalmatlan gyermekkori élmények halmozódásának mintázódása és nemek szerinti megoszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülők körében

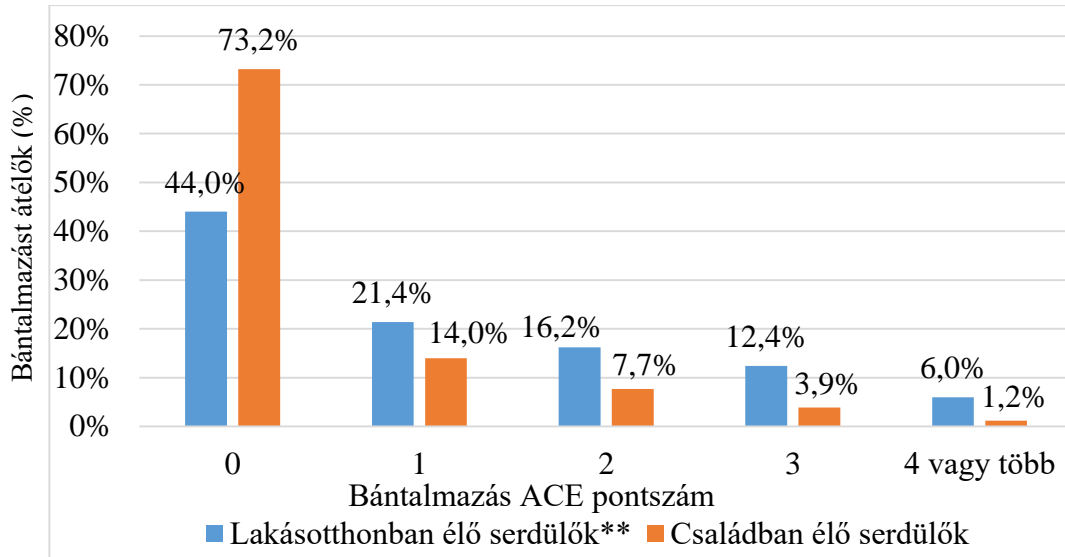
	Lakásotthonban élő serdülők n (%)			p-érték	Családban élő serdülők n (%)			p-érték ^a	p-érték ^b
	Fiúk	Lányok	Összesen n=228		Fiúk	Lányok	Összesen n=500		
ACE pontszám									
0	8 (7,5)	9 (7,4)	17 (7,5)	0,503	113 (55,9)	151 (50,7)	264 (52,8)	0,017*	p<0,001**
1	21 (19,8)	30 (24,6)	51 (22,4)		54 (26,7)	60 (20,1)	114 (22,8)		
2	24 (22,6)	17 (13,9)	41 (18,0)		19 (9,4)	34 (11,4)	53 (10,6)		
3	13 (12,3)	14 (11,5)	27 (11,8)		8 (4,0)	23 (7,7)	31 (6,2)		
≥4	40 (37,7)	52 (42,6)	92 (40,4)		8 (4,0)	30 (10,1)	38 (7,6)		
4	7 (6,6)	18 (14,8)	25 (11)		5 (2,5)	14 (4,7)	19 (3,8)		
5	19 (17,9)	16 (13,1)	35 (15,4)		1 (0,5)	9 (3)	10 (2)		
6	4 (3,8)	8 (6,6)	12 (5,3)		2 (1)	6 (2)	8 (1,6)		
7	6 (5,7)	2 (1,6)	8 (3,5)		-	1 (0,3)	1 (0,2)		
8	4 (3,8)	1 (0,8)	5 (2,2)		-	-	-		
9	-	7 (5,7)	7 (3,1)	-	-	-			
10	-	-	-	-	-	-			
ACE pontszám átlag (SD)	3,1 (2,17)	3,2 (2,36)	3,16 (2,27)		0,76 (1,14)	1,14 (1,54)	0,99 (1,42)		

^aNemek szerinti eloszlásbeli különbségek vizsgálata csoporton belül; Khi-négyzet próba, *p<0,05

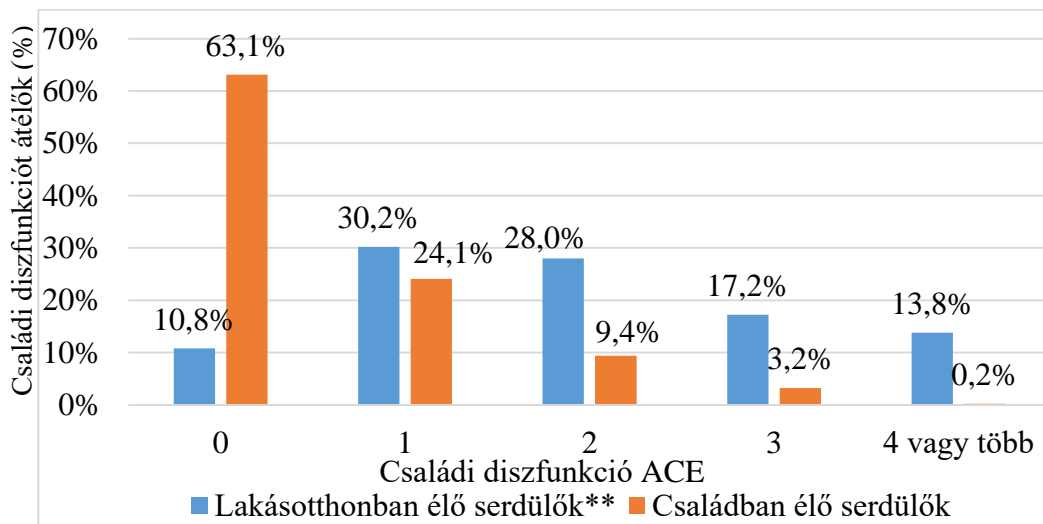
^bA két csoport közötti eloszlásbeli különbségek vizsgálata, Khi-négyzet próba, **p<0,001

4.2.2. A bántalmazás és a családi diszfunkciók halmozódásának eloszlása

A bántalmazás és a családi diszfunkciók eloszlásának különbségeit a lakásotthonban és a családban élő serdülők között a 4. és 5. ábra szemlélteti.



4. ábra. A bántalmazás halmozódásának eloszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél
(Khi-négyzet próba * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$)



5. ábra. A családi diszfunkciók halmozódásának eloszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél
(Khi-négyzet próba * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$)

Az ártalmas gyermekkori élményeken belül a direkt (bántalmazás) és indirekt (családi diszfunkciók) ártalmakat külön vizsgálva azt találtuk, hogy meglepő módon a *lakásotthonban élő serdülők* 44%-a önbeszámolója szerint nem szenvedett el semmilyen bántalmazást, 65,4%-uk pedig vagy nem élt át bántalmazást, vagy 1 bántalmazás átéléséről számolt be. Ami a családi diszfunkciót illeti, 10,8% nem számolt be családi diszfunkcióról, míg 41% nem számolt be, vagy 1 ilyen diszfunkcióról számolt be. A nemek tekintetében nem volt jelentős különbség.

A *családban élő csoportban* a serdülők 73,2%-a nem számolt be bántalmazásról, 63,1%-uk pedig családi diszfunkcióról sem. A családban élő serdülőknél a nemek közötti különbséget tekintve szignifikáns különbség volt a lányok javára a bántalmazás ACE pontszám tekintetében ($p=0,013$).

A bántalmazás ACE pontszám átlag több mint 2x, a családi diszfunkció ACE pontszám átlag 4x nagyobb volt a lakásotthonban élő serdülőknél a családban élőkhez képest. A csoportokon belüli bántalmazás és családi diszfunkció ACE pontszám arányait tekintve az is látható, hogy míg a lakásotthonban átlagosan közel 2x annyi családi diszfunkcióról számoltak be, mint bántalmazásról, addig a családban élőknel nem volt ez a különbség, ezek a serdülők átlagosan ugyanannyi bántalmazásról és családi diszfunkcióról számoltak be. A bántalmazás és a családi diszfunkció ACE pontszámokra és annak nemi megoszlásaira vonatkozó adatainkat a 7. táblázatban összegeztük, vastagon szedtük a legfontosabb eredményeket.

7. táblázat. A bántalmazás és a diszfunkcionális családi körülmények halmozódásának eloszlása és nemek szerinti megoszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülők körében

	Lakásotthonban élő serdülők			p-érték ^a	Családban élő serdülők			p-érték ^a	p-érték ^b
	Fiúk	Lányok	Összesen n=228		Fiúk	Lányok	Összesen n=500		
<i>Bántalmazás ACE pontszám</i>									
<i>n (%)</i>									
0	41 (38,7)	62 (48,4)	103 (44)	0,374	166 (81)	206 (68)	372 (73,2)	0,013*	<0,001
1	29 (27,4)	21 (16,4)	50 (21,4)		24 (11,7)	47 (15,5)	71 (14,0)		
2	18 (17,0)	20 (15,6)	38 (16,2)		8 (3,9)	31 (10,2)	39 (7,7)		
3	13 (12,3)	16 (12,5)	29 (12,4)		6 (2,9)	14 (4,6)	20 (3,9)		
4	4 (3,8)	6 (4,7)	10 (4,3)		1 (0,5)	5 (1,7)	6 (1,2)		
5	1 (0,9)	3 (2,3)	4 (1,7)		-	-	-		
Bántalmazás ACE pontszám átlag (SD)	1,18 (1,23)	1,16 (1,39)	1,17 (1,32)		0,30 (0,73)	0,56 (0,96)	0,46 (0,88)		
<i>Családi diszfunkció ACE</i>									
<i>pontszám n (%)</i>									
0	14 (12,8)	11 (8,9)	25 (10,8)	0,830	132 (65)	185 (61,9)	317 (63,1)	0,380	<0,001
1	31 (28,4)	39 (31,7)	70 (30,2)		52 (25,6)	69 (23,1)	121 (24,1)		
2	33 (30,3)	32 (26)	65 (28)		15 (7,4)	32 (10,7)	47 (9,4)		
3	18 (16,5)	22 (17,9)	40 (17,2)		4 (2)	12 (4)	16 (3,2)		
4	8 (7,3)	13 (10)	21 (9,1)		-	1 (0,3)	1 (0,2)		
5	5 (4,6)	6 (4,9)	11 (4,7)		-	-	-		
Családi diszfunkció ACE pontszám átlag (SD)	1,91 (1,29)	2,04 (1,31)	1,98 (1,30)		0,46 (0,72)	0,58 (0,86)	0,53 (0,80)		

^aNemek szerinti eloszlásbeli különbségek vizsgálata csoporton belül; Khi-négyzet próba, *p<0,05

^bA két csoport közötti eloszlásbeli különbségek vizsgálata, Khi-négyzet próba, **p<0,001

4.2.3. A lakásotthonban és a családban élő serdülők közötti különbségek az ártalmas élmények halmozódásának tekintetében

A két csoport közötti ártalmas élmények előfordulási gyakoriságának különbségeit az ACE pontszámok segítségével határoztuk meg. Az ACE pontszámok különbségeinek (a kumulatív ACE pontszám, valamint a bántalmazás és a családi diszfunkció ACE pontszám különbségei a lakásotthonban élő és a családban élő serdülők között) meghatározásához generalizált lineáris modellt használtunk, az ACE-pontszámokat az életkor, a nem és a lakóhely szerint korigálva. A lakásotthonban élő serdülők a családban élő serdülőkhöz képest jelentősen több ártalmas élményről számoltak be, mind a direkt bántalmazással és elhanyagolással ($p < 0,001$), mind a családi diszfunkciókkal kapcsolatban ($p < 0,001$).

A csoportok közötti ACE pontszám eloszlás/mintázódás tekintetében az is látszik, hogy elsősorban a családi diszfunkciókról való beszámolás megemelkedése volt jelentős a lakásotthonban élőkénél ($B = 1,497$, $p < 0,001$) míg a bántalmazások esetében a különbség ennek fele volt ($B = 0,759$, $p < 0,001$). A különbség a két csoport között tehát jelentősebb volt a családi diszfunkciók esetében (8. táblázat).

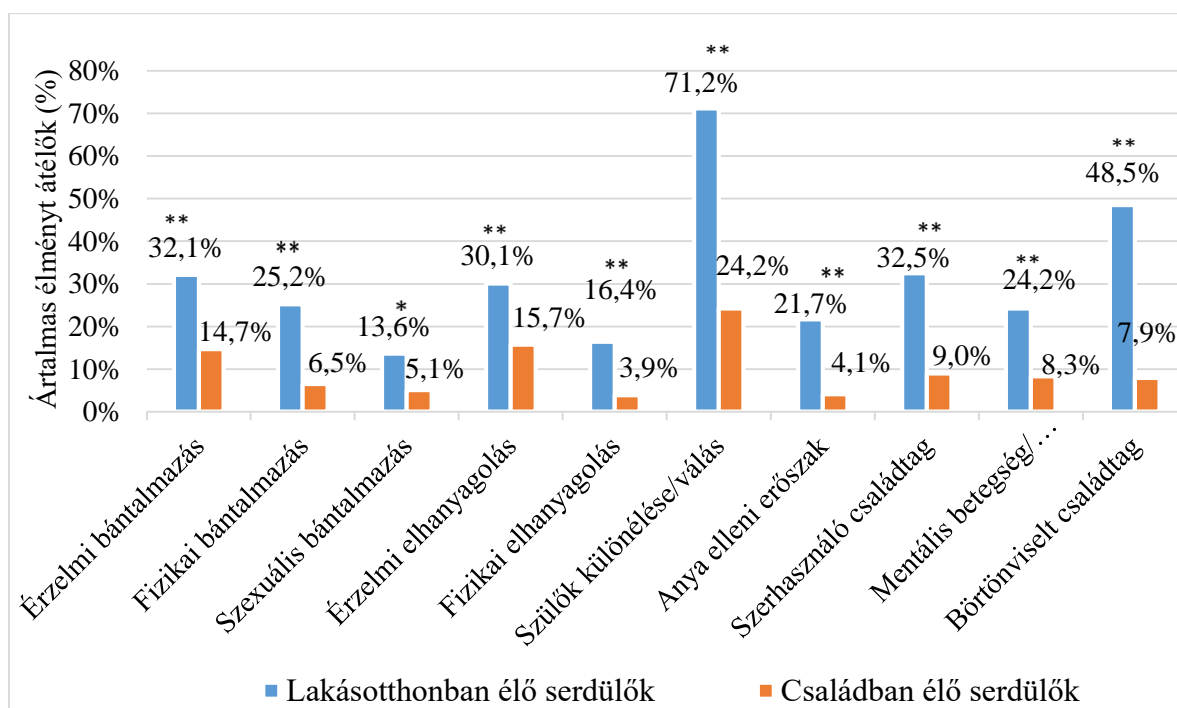
8. táblázat. *A kumulatív ACE pontszám, a bántalmazás és a családi diszfunkció ACE pontszám különbségei a lakásotthonban és a családban élő serdülők között*

	Kumulatív ACE pontszám		Bántalmazás ACE pontszám		Diszfunkcionális családi körülmény ACE pontszám	
	B	p-érték	B	p-érték	B	p-érték
Lakásotthonban élő serdülők (ref.: családban élő serdülők)	2,275	<0,001**	0,759	<0,001**	1,497	<0,001**
Model	$\chi^2(5)=226,532$ $p < 0,001$		$\chi^2(5)=81,800$ $p < 0,001$		$\chi^2(5)=290,243$ $p < 0,001$	

Generalizált lineáris modell, kontrollálva életkorra, nemre és lakóhelyre ** $p < 0,001$

4.2.4. Az egyes ártalmas élménytípusok előfordulási gyakorisága

A legnagyobb arányban előforduló ártalmas élménytípus mindkét csoportban a szülők különélése/válása (71,2% és 24,8%) volt. A lakásotthonban élő serdülők körében ezt követte a börtönviselt családtag (48,5%), a szerhasználó családtag (32,5%), az érzelmi bántalmazás (32,1%) valamint az érzelmi elhanyagolás (30,1%). A többi ártalomtípus előfordulása 25,2% (fizikai bántalmazás) és 13,6% (szexuális bántalmazás) között volt. A családban élő serdülők körében a második leggyakoribb ártalmas élmény az érzelmi elhanyagolás volt (16,2%), ezt az érzelmi bántalmazás (15,2%), a szerhasználó családtag (8,9%), és a mentális betegséggel élő családtag (8,1%) ártalomtípusok követték. A többi ártalomtípus előfordulási gyakorisága 7,7% (börtönviselt családtag) – 3,9% (érzelmi elhanyagolás) között volt. A leggyakrabban előforduló bántalmazás mindkét csoportban az érzelmi abúzus és az érzelmi elhanyagolás volt. A leggyakoribb családi diszfunkció pedig a válás. A lakásotthonban és a családban élő serdülők között minden ártalmas élménytípus tekintetében szignifikáns különbség van, a lakásotthonban élőknel gyakrabban fordul elő minden ártalmas élménytípus ($p < 0,001$). Az eredményeket a 6. ábra szemlélteti.



6. ábra. Az ártalmas élménytípusok előfordulási gyakoriságának eloszlása a lakásotthonban és a családban élő serdülőknel
(Khi-négyzet próba * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$)

Az ártalmas élménytípusok átélésének gyakoriságában a nemek között három esetben volt szignifikáns különbség, az érzelmi bántalmazás ($p=0,008$), az érzelmi elhanyagolás ($p<0,001$) és a mentális betegséggel élő családtag ($p=0,023$) a családban élő lányoknál gyakoribb volt a fiúkhoz képest. A lakásotthonban élőkénél a nemek között nem volt különbség az átélt ártalmas élménytípusok tekintetében. A nemek közötti különbségeket az 9. táblázat szemlélteti.

9. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élménytípusok előfordulási gyakorisága nemek szerint
a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél

	Lakásotthonban élő serdülők n (%)			Családban élő serdülők n (%)		
	Fiúk	Lányok	p-érték	Fiúk	Lányok	p-érték
<i>Bántalmazás</i>						
Érzelmi bántalmazás	32 (29,6)	44 (34,1)	0,462	20 (9,7)	55 (18,1)	0,008*
Fizikai bántalmazás	28 (25,7)	32 (24,8)	0,876	11 (5,3)	22 (7,2)	0,385
Szexuális bántalmazás	17 (15,7)	15 (11,8)	0,381	8 (3,9)	18 (5,9)	0,310
Érzelmi elhanyagolás	30 (27,8)	41 (32)	0,478	15 (7,3)	65 (21,4)	<0,001**
Fizikai elhanyagolás	20 (18,3)	19 (14,7)	0,452	8 (3,9)	12 (4,0)	0,965
<i>Családi diszfunkció</i>						
Szülők különélése/válása	74 (67,9)	94 (74)	0,300	49 (23,8)	74 (24,5)	0,853
Anya elleni erőszak	21 (19,3)	30 (23,8)	0,399	6 (2,9)	15 (5,0)	0,252
Szerhasználó családtag	33 (30,3)	43 (34,4)	0,502	13 (6,3)	33 (10,9)	0,076
Mentális betegség/ öngyilkosság a családban	23 (21,1)	34 (26,8)	0,310	10 (4,9)	32 (10,6)	0,023*
Börtönviselt családtag	57 (52,3)	57 (45,2)	0,280	17 (8,3)	23 (7,6)	0,790

Khi négyzet próba *p<0,05, **p<0,00

4.2.5. Az ártalmas élménytípusok előfordulási gyakoriságának különbségei a lakásotthonban és a családban élő serdülők között

Az ártalmas élménytípusok előfordulási gyakorisága tekintetében a lakásotthonban és a családban élő serdülők közötti különbségek meghatározására logisztikus regressziót végeztünk, amit az életkor, a nem és a lakóhely szerint korrigáltuk. Célunk volt, hogy elemezzük az ártalmas élménytípusok előfordulási gyakoriságának különbségeit a lakásotthonban élő és a családban élő serdülők között. A kimeneti változók az ACE-kategóriákra adott pozitív és negatív válaszok voltak.

A lakásotthonban élő serdülők sokkal nagyobb valószínűséggel számoltak be az ártalmas gyermekkori élmények minden típusáról, az esélyhányadosok 2,58 (érzelmi elhanyagolás) és 12,44 (bebörtönzött családtag) között mozogtak ($p < 0,001$).

A bántalmazások esélyhányadosai a 10. táblázatban, a diszfunkcionális családi körülmények esélyhányadosai a 11. táblázatban vannak összefoglalva.

10. táblázat. *A különböző bántalmazásformák előfordulásának esélyhányadosai a lakásotthonban élő serdülőknél*

	Érzelmi bántalmazás		Fizikai bántalmazás		Szexuális bántalmazás		Érzelmi elhanyagolás		Fizikai elhanyagolás	
	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték
Lakásotthonban élő serdülők (ref.: családban élő serdülők)	3,08	<0,001**	6,13	<0,001**	2,96	<0,001**	2,58	<0,001**	5,27	<0,001**
Model	$\chi^2(5)=37,518$ p<0,001		$\chi^2(5)=57,849$ p<0,001		$\chi^2(5)=18,323$ p=0,003		$\chi^2(5)=35,938$ p<0,001		$\chi^2(5)=34,550$ p<0,001	

Logisztikus regresszió életkorra, nemre és lakóhelyre kontrollálva. **p<0,001

11. táblázat. *A különböző diszfunkcionális családi körülmények előfordulásának esélyhányadosai a lakásotthonban élő serdülőknél*

	Szülők különélése/ válása		Anya elleni erőszak		Szerhasználó családtag		Mentális betegség/ öngyilkosság a családban		Börtönviselt családtag	
	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték
Lakásotthonban élő serdülők (ref.: családban élő serdülők)	7,94	<0,001**	7,12	<0,001**	5,73	<0,001**	4,17	<0,001**	12,44	<0,001**
Model	$\chi^2(5)=155,053$ p<0,001		$\chi^2(5)=56,937$ p<0,001		$\chi^2(5)=72,276$ p<0,001		$\chi^2(5)=45,443$ p<0,001		$\chi^2(5)=157,616$ p<0,001	

Logisztikus regresszió életkorra, nemre és lakóhelyre kontrollálva. **p<0,001

EH=esélyhányados

4.3. A tünetek előfordulási gyakorisága

4.3.1. A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek előfordulási gyakorisága

A 12. táblázat az egyes SDQ-skálák átlagpontszámait és szórását tartalmazza csoportonként és nemenként. A Cronbach- α (megbízhatósági mutató) értéke 0,7 (lakásotthon), illetve 0,715 (családban élők) volt.

A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek előfordulási gyakoriságának összehasonlítását a lakásotthonban és a családban élő serdülők között, valamint az előfordulási gyakoriság nemek közötti összehasonlítását a 13. táblázat tartalmazza.

A *lakásotthonban élő serdülők* között az esetlegesen előforduló, klinikailag jelentős problémák gyakoriságát a borderline és a problémás kategóriákba tartozó számok összege jelzi: érzelmi tünetek 17% (n = 39), viselkedéses problémák 32,5% (n = 74), hiperaktivitási/figyelemzavarok 14% (n = 32), társas problémák 41% (n = 93), összes nehézség 26,4% (n = 60). A lakásotthonban élő serdülőknél nem volt szignifikáns különbség a nemek tekintetében.

A *családban élő serdülőknél* amennyiben összevonjuk a borderline és a problémás kategóriákat, akkor az érzelmi tünetek 14,6%-ban (n = 74) fordulnak elő, a viselkedéses tünetek a minta közel egyötödénél (18,3%, n = 93) jelentkeznek. A hiperaktivitás tünetek a serdülők 15,0%-át (n = 76) érintik az önértékelő kérdőívek alapján. A kortárskapcsolati problémákkal rendelkezők aránya 21,7% (n = 109). A nemi különbségeket tekintve a fiúknál a magatartási tünetek ([24,9%, n = 52], $p < 0,001$), a lányoknál pedig a kortárskapcsolati problémák ([21,4%, n = 65], $p = 0,022$), valamint az érzelmi problémák ([18,0%, n = 41], $p = 0,018$) fordulnak elő szignifikánsan gyakrabban.

12. táblázat. *A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek átlagpontszámai a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél, nemenként és összesen*

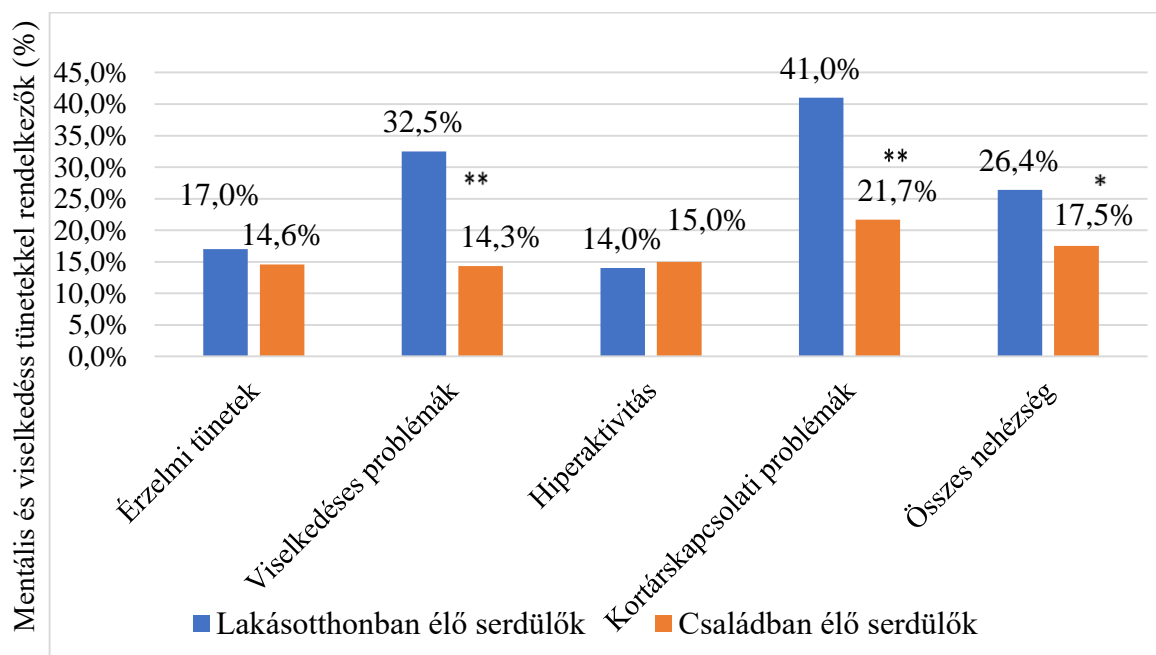
Tünetek	Lakásotthonban élő serdülők			Tünetek	Családban élő serdülők		
	Fiúk átlag (SD)	Lányok átlag (SD)	Összesen átlag (SD)		Fiúk átlag (SD)	Lányok átlag (SD)	Összesen átlag (SD)
Érzelmi tünetek (n = 230)	2,66 (2,345)	3,42 (2,617)	3,08 (2,522)	Érzelmi tünetek (n = 507)	2,13 (2,14)	2,91 (2,52)	2,6 (2,41)
Viselkedéses problémák (n = 228)	2,94 (1,656)	3,05 (1,571)	3,00 (1,608)	Viselkedéses problémák (n = 508)	2,57 (1,73)	2,25 (1,38)	2,37 (1,54)
Hiperaktivitás/ figyelmi problémák (n = 228)	3,63 (1,977)	3,66 (1,651)	3,64 (1,805)	Hiperaktivitás/ figyelmi problémák (n = 506)	3,59 (1,92)	3,83 (1,81)	3,73 (1,86)
Kortárskapcsolati problémák (n = 227)	3,09 (1,980)	3,18 (1,793)	3,14 (1,875)	Kortárskapcsolati problémák (n = 504)	2,35 (1,73)	2,43 (1,52)	2,4 (1,60)
Összes nehézség (n = 227)	12,17 (5,777)	13,32 (5,119)	12,81 (5,435)	Összes nehézség (n = 503)	10,45 (5,3)	11,39 (4,92)	11,0 (5,09)

13. táblázat. *A szociális, érzelmi és viselkedési tünetek előfordulási gyakorisága a lakásotthonban és a családban élő serdülőknél nemenként és összesen*

SEB tünetek	Lakásotthonban élő serdülők n (%)					Családban élő serdülők n (%)			
	Nem	Nem problémás	Borderline	Problémás magatartás	p-érték	Nem problémás	Borderline	Problémás magatartás	p-érték
Érzelmi tünetek	Fiúk	91 (88,3)	6 (5,8)	6 (5,8)	0,121	183 (90,6)	10 (5,0)	9 (4,5)	0,018*
	Lányok	100 (78,7)	10 (7,9)	17 (13,49)		250 (82,0)	22 (7,2)	33 (10,8)	
	Összesen	191 (83)	16 (7)	23 (10)		433 (85,4)	32 (6,3)	42 (8,3)	
Viselkedési problémák	Fiúk	69 (67)	16 (15,5)	18 (17,5)	0,956	150 (74,3)	22 (10,9)	30 (14,9)	0,001**
	Lányok	85 (68)	20 (16)	20 (16)		265 (86,6)	21 (6,9)	20 (6,5)	
	Összesen	154 (67,5)	36 (15,8)	38 (16,7)		415 (81,7)	43 (8,5)	50 (9,8)	
Hiperaktivitás/figyelmi problémák	Fiúk	89 (84,8)	9 (8,6)	7 (6,7)	0,834	165 (82,5)	17 (8,5)	18 (9,0)	0,194
	Lányok	107 (87)	10 (8,1)	6 (4,9)		265 (86,6)	14 (4,6)	27 (8,8)	
	Összesen	196 (86)	19 (8,3)	13 (5,7)		430 (85,0)	31 (6,1)	45 (8,9)	
Kortárs kapcsolati problémák	Fiúk	62 (60,8)	27 (26,5)	13 (12,7)	0,509	156 (78,0)	28 (14,0)	16 (8,0)	0,022*
	Lányok	72 (57,6)	41 (32,8)	12 (9,6)		239 (78,6)	56 (18,4)	9 (3,0)	
	Total	134 (59)	68 (30)	25 (11)		395 (78,4)	84 (16,7)	25 (5,0)	
Összes nehézség	Fiúk	75 (72,1)	14 (13,5)	15 (14,4)	0,871	164 (82,4)	20 (10,1)	15 (7,5)	0,991
	Lányok	92 (74,8)	16 (13)	15 (12,2)		251 (82,6)	31 (10,2)	22 (7,2)	
	Összesen	167 (73,6)	30 (13,2)	30 (13,2)		415 (82,5)	51 (10,1)	37 (7,4)	

Khi-négyzet próba *p<0,05, **p<0,001

Összegzésként elmondható tehát, hogy amennyiben a borderline és a problémás kategóriákat összevonjuk (klinikai jelentős problémák), akkor mindkét csoportban a kortárskapcsolati problémáknak a legnagyobb az előfordulási gyakorisága (41,0% és 21,7%), ezt követik a viselkedési (32,5% és 18,3%) és érzelmi (17,0% és 14,6%) problémák. A két csoport között a kortárskapcsolati problémák ($p < 0,001$) a viselkedési problémák ($p < 0,001$) és az összesített tünetpontszám ($p = 0,013$) tekintetében találtunk szignifikáns különbséget (7. ábra).



7. ábra. A szociális, érzelmi és viselkedési tünetek előfordulási gyakoriságának különbségei a lakásotthonban és a családban élő serdülők között
(Khi-négyzet próba * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$)

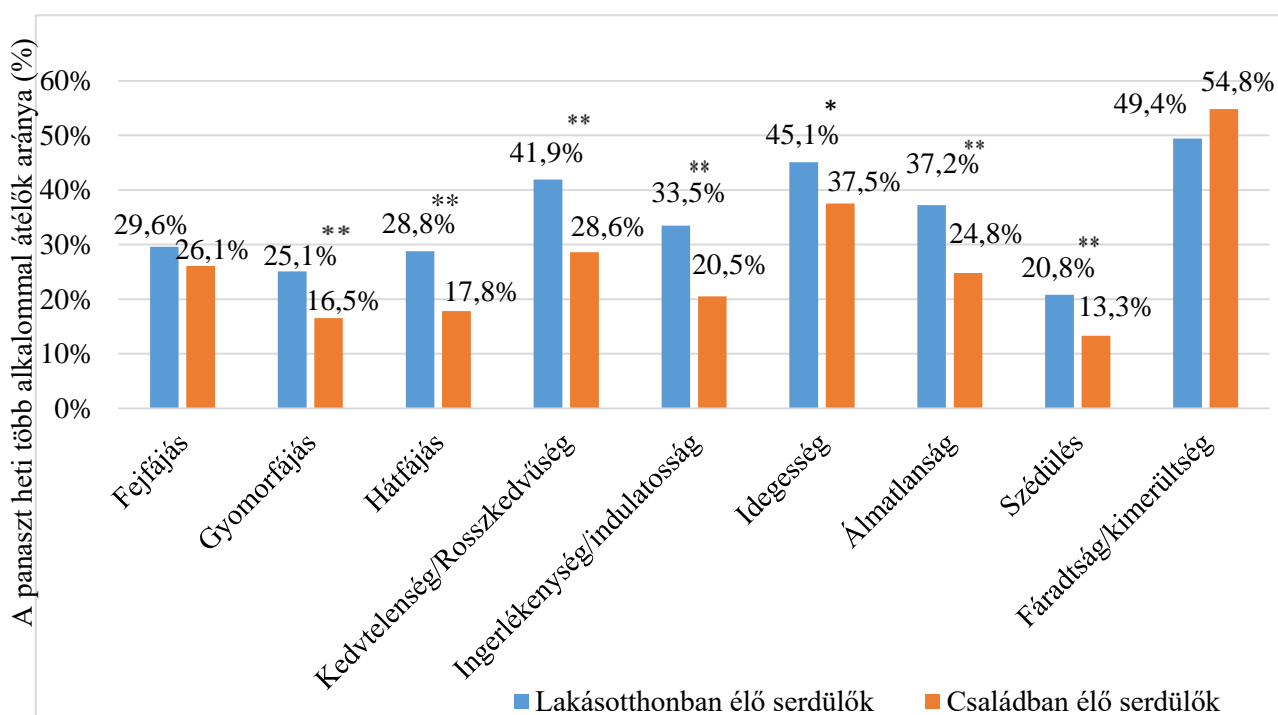
4.3.2. A szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakorisága

A szubjektív egészségi panaszok gyakoriságát a kategóriáinak kombinálása után bináris változóként határoztuk meg (hetente többször vs. kevesebb mint hetente többször). A lakásotthonban élő serdülőknél a leggyakoribb egészségi panasz a fáradtság, idegesség, kedvtelenség, álmatlanság (ezek közel a minta felét érintik) de a többi szubjektív egészségi panasz is 20% feletti, a legtöbb 30% körüli. Közel fele a lakásotthonban élő serdülőknek

számolt be fáradtságról (49,4%, n = 114) és idegességről (45,1% n = 105), több mint egyharmaduk szenved rosszkedvtől (41,9%, n = 96), alvászavartól (37,2%, n = 86) és ingerlékenységtől (33,5 %, n = 77). Több mint egynegyedük (29,6%, n = 69) azt mondta, hogy hetente többször is fáj a feje, fáj a háta (28,8%, n = 66) és a gyomra (25,1%, n = 58). A többi szubjektív egészségi panasz is gyakori volt.

A családban élő serdülők több mint a fele (54,8%, n = 278) számolt be fáradtságról, több mint egyharmaduk (37,5%, n = 194) idegességről és (28,6%, n = 148) rosszkedvről. Egynegyedük (26,1%, n = 134) tapasztal hetente többszöri gyakorisággal fejfájást, valamint szintén közel egynegyedük (24,8%, n = 128) elalvási nehézségekkel küzd.

A fejfájás és a fáradtság kivételével az összes szubjektív egészségi panasz szignifikánsan gyakoribb a lakásotthonban élő serdülőknél, azonban a családban élő serdülőknél is magas gyakorisággal fordultak elő. A csoportok közötti különbségekre vonatkozó eredményeket a 8. ábra mutatja.



8. ábra. A szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakoriságának különbségei a lakásotthonban és a családban élő serdülők között
(Khi-négyzet próba * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$)

A *nemek közötti különbséget* illetően a lakásotthonban élő serdülőknél a fáradtság kivételével minden mért szubjektív egészségi panasz szignifikánsan gyakoribb volt a lányoknál, mint a fiúknál ($p < 0,05$). A lakásotthonban élő serdülők körében a gyomorfájás, rossz közérzet, ingerlékenység közel háromszor annyi lánynál fordul elő, mint fiúnál. Fejfájás, hátfájás, alvászavarok, szédülés pedig kétszer olyan gyakran jelenik meg a lányok körében.

A családban élőknel az álmatlanságon kívül minden szubjektív egészségi panasz szignifikánsan gyakoribb volt a lányoknál ($p < 0,05$). A fejfájás, hasfájás, kedvtelenség, szédülés kétszer olyan gyakori a lányok körében. Az eredmények összegzését a 14. táblázat mutatja be.

14. táblázat. *A szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakoriságának nemi különbségei a lakásotthonban és a családban élő serdülők között*

Szubjektív egészségi panaszok (hetente többször)	Lakásotthonban élő serdülők			Családban élő serdülők		
	Fiúk n (%)	Lányok n (%)	p- érték	Fiúk n (%)	Lányok n (%)	p- érték
Fejfájás	19 (18,1)	50 (39,1)	<0,001**	31 (15,0)	103 (33,6)	<0,001**
Hasfájás	14 (13,3)	44 (34,9)	<0,001**	22 (10,6)	63 (20,5)	0,003**
Hátfájás	22 (20,8)	44 (35,8)	0,012*	25 (12,1)	67 (21,8)	0,005**
Kedvtelenség/rosszkedv	28 (26,9)	68 (54,4)	<0,001**	38 (18,4)	110 (35,9)	<0,001**
Ingerlékenység	21 (20,2)	56 (44,4)	<0,001**	32 (15,5)	74 (24,2)	0,017*
Idegesség	38 (35,5)	67 (53,2)	0,007*	64 (31,1)	130 (42,5)	0,009*
Álmatlanság	27 (25,5)	59 (47,2)	<0,001**	44 (21,3)	84 (27,7)	0,098
Szédülés	15 (14,2)	33 (26,4)	0,022*	17 (8,3)	52 (16,9)	0,005**
Fáradtság/kimerültség	49 (45,8)	65 (52,4)	0,315	90 (43,7)	188 (61,4)	<0,001**

Khi négyzet próba *p<0,05, **p<0,001

4.4. Az ártalmas élmények és a tünetek együttjárásának vizsgálata

4.4.1. Az ártalmas élmények és a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek együttjárása

Az ártalmas gyermekkori élmények és a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek együttjárásának meghatározásához generalizált lineáris modellt használtunk, az életkor, a nem, a lakóhely és az anya végzettségére kontrollálva. A két ($B=2,092$; $p=0,001$), három ($B=3,594$; $p<0,001$) és négy vagy több ártalmas élménnyel rendelkező serdülők ($B=3,990$; $p<0,001$) több összesített nehézségről számoltak be az ártalom nélküli serdülőkhez képest. Ez az összefüggés erős és kumulatív volt.

Amikor külön modelleztük az ártalmas gyermekkori élmények és a szociális, érzelmi és viselkedési tünetek közötti összefüggést, hasonló összefüggést találtunk, alacsonyabb B együtthatókkal.

Az eredmények a 15. táblázatban találhatóak.

15. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények és a szociális, érzelmi és viselkedési tünetek együttjárása

	Érzelmi tünetek		Viselkedési problémák		Hiperaktivitás tünetek		Kortárskapcsolati nehézségek		Összes nehézség	
	B	p-érték	B	p-érték	B	p-érték	B	p-érték	B	p-érték
ACE pontszám (ref.: 0)										
1	0,006	0,979	0,105	0,504	0,103	0,578	-0,036	0,836	0,246	0,637
2	0,852	0,004*	0,291	0,125	0,743	0,001*	0,228	0,280	2,092	0,001*
3	1,077	0,003*	0,895	<0,001*	1,057	<0,001**	0,426	0,097	3,594	<0,001**
4 vagy több	1,406	<0,001**	1,165	<0,001**	1,072	<0,001**	0,496	0,018*	3,990	<0,001**
Model	$\chi^2(9)=70,919$ p<0,001		$\chi^2(9)=75,153$ p<0,001		$\chi^2(9)=47,634$ p<0,001		$\chi^2(9)=40,426$ p<0,001		$\chi^2(9)=85,276$ p<0,001	

Generalizált lineáris modell, kontrollálva a populációra (lakásotthon vagy családban élő) életkorra, nemre és lakóhelyre. *p<0,05 **p<0,001

4.4.2. Az ártalmas élmények és a szubjektív egészségi panaszok együttjárása

Logisztikus regressziót végeztünk, hogy elemezzük az ártalmas gyermekkori élmények és a szubjektív egészségi panaszok közötti összefüggést az életkor, a nem, a lakóhely és az anya iskolai végzettségének kontrollálásával. A szubjektív egészségi panaszok gyakoriságát a kategóriáinak kombinálása után bináris változóként határoztuk meg (hetente többször vs. kevesebb mint hetente többször).

A 16. és a 17. táblázat azt mutatja, hogy a halmozott ártalmakkal rendelkező serdülőknél többszörösen nagyobb volt az esélye annak, hogy hetente többször is megtapasztalják a szubjektív egészségi panaszokat, az ártalmakról be nem számoló serdülőkhöz képest (EH: 1,776 – 3,853; $p < 0,05$).

16. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények és a szubjektív egészségi panaszok együttjárása 1.

	Fejfájás		Gyomorfájás		Hátfájás		Kedvtelenség		Ingerlékenység	
	EH	P-érték	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték
ACE pontszám (ref.: 0)										
1	1,288	0,307	1,196	0,552	1,553	0,110	1,545	0,070	1,382	0,225
2	2,395	0,002*	2,092	0,023*	1,680	0,111	2,683	<0,001**	1,933	0,030*
3	1,840	0,072	2,671	0,007*	3,063	0,001*	2,534	0,005*	2,890	0,002*
4 vagy több	2,889	<0,001**	3,319	<0,001**	2,269	0,007*	3,853	<0,001**	3,532	<0,001**
Model	$\chi^2(9)=54,314$ p<0,001		$\chi^2(9)=49,927$ p<0,001		$\chi^2(9)=45,557$ p<0,001		$\chi^2(9)=89,279$ p<0,001		$\chi^2(9)=66,234$ p<0,001	

Logisztikus regresszió, kontrollálva a populációra (lakásotthonban vagy családban élő) életkorra, nemre és lakóhelyre. *p<0,05 **p<0,001

17. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények és a szubjektív egészségi panaszok együttjárása 2.

	Idegesség		Álmatlanság		Szédülés		Fáradtság/ kimerültség	
	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték	EH	p-érték
ACE pontszám (ref.: 0)								
1	0,938	0,778	1,528	0,085	1,182	0,593	1,048	0,820
2	3,332	0,001*	1,716	0,063	1,723	0,115	1,970	0,009*
3	3,676	<0,001**	2,142	0,024*	1,187	0,698	1,470	0,211
4 vagy több	3,426	<0,001**	3,420	<0,001**	2,855	<0,001*	1,776	0,025*
Modell	$\chi^2(9)=61,311$ p<0,001		$\chi^2(9)=56,274$ p<0,001		$\chi^2(9)=33,842$ p<0,001		$\chi^2(9)=26,250$ p=0,002	

Logisztikus regresszió, kontrollálva a populációra (lakásotthonban vagy családban élő) életkorra, nemre és lakóhelyre. *p<0,05 **p<0,001

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. Ártalmas gyermekkori élmények

5.1.1. Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódása

Ahogy vártuk, a lakásotthonban élő serdülők az ártalmas gyermekkori élmények terén kedvezőtlenebb eredményeket mutattak a családjukban élő serdülőpopulációhoz képest. Körükben több mint ötször annyian szenvedtek el négy vagy több ártalmas élményt, valamint a kumulatív ACE átlagpontszám csoportszinten is háromszoros, ami jelzi, hogy a lakásotthonban nagyobb a multiplex ártalmas élményeknek való kitettség (4 vagy több ártalmas élmény). A serdülők 40,4%-a önmagát is multiplex ártalmaknak kitettnek azonosította, aminek a hosszú távú ártalmas következményeit sok kutatás bizonyítja (Finkelhor és mtsai, 2009; Greeson és mtsai, 2011; Kisiel és mtsai, 2009; Spinazzola és mtsai, 2005).

A családban élő serdülőknél nem várt eredmény, hogy 24,4% legalább két, 7,6% négy vagy több ártalmas élményt szenvedett el, ők a fel nem ismert veszélyeztetettek. A kapott adatok mindenképpen arra hívják fel a figyelmet, hogy az ártalmas élményeknek való kitettség nemcsak a gyermekvédelemben élő gyermekeket és serdülőket érinti, hanem a családban élők között is szükséges a nagyobb figyelemfelhívás és a mentális ellátás az arra rászoruló körében. Mindenképpen elgondolkoztató, hogy ezek a gyerekek családjukban két vagy több ártalomnak vannak kitéve és legtöbbször nagy valószínűséggel valódi segítséget nem kap, hiszen a probléma nincs felismerve.

A lakásotthonban élő serdülők 7,5%-a önértékelése szerint nem élt át ártalmas élményt, közel 30%-uk azt mondta, hogy nem élt át vagy csak egy ártalmas élményt élt át. Ebből arra lehet következtetni, hogy a lakásotthonban élő serdülők egy jelentős hányada nem számol be az ártalmas élményeiről, hiszen a gyermekvédelmi szakemberek ok nélkül feltehetően nem emelnek ki gyerekeket a családból.

Ha az ártalmas gyermekkori élményeket direkt és indirekt ártalmakra osztjuk fel, az is látható, hogy a *bántalmazások tekintetében* a lakásotthonban élő serdülők 44%-a az önkitaláló kérdőív szerint egyetlen bántalmazást sem szenvedett el, közel kétharmaduk (65,4%) pedig egyet vagy egyet sem. Az ártalmas élmények eloszlását/mintázódását elemezve további fontos eredmény, hogy a lakásotthonban a serdülők egy figyelemre méltó

hányada jelentősen kevesebb bántalmazásról (fele annyi) számol be, mint családi diszfunkcióról, miközben a családban élő serdülőknél ez az eloszlás kiegyensúlyozott. Ebből arra lehet következtetni, hogy a lakásotthonban élő serdülők egy jelentős hányada nem számol be az ártalmas élményeiről az önértékelő kérdőívben, hiszen a gyermekvédelmi szakemberek ok nélkül feltehetően nem emelnek ki gyerekeket a családból.

A lakásotthonban élő serdülők ártalmáról való „beszámolási hajlandóságát/be nem számolási hajlandóságát” illetően sokféle magyarázat merül fel. Általában az érzékeny természetű kérdésekkel kapcsolatban a serdülők beszámolási hajlandósága kisebb (Kelly- Irving és Delpierre, 2019). Az intézménybe kényszerített serdülő sok esetben, hogy megőrizhesse a gondozóhoz való kötődését, tagadja, bagatellizálja a bántalmazást, idealizálja az elvesztett családot (Allen és mtsai, 2011). A bántalmazás elszenvedői gyakran nem ismerik fel magát a bántalmazás jelenségét, nem tartják azt annak. Előfordul, hogy nem adnak bántalmazás jelentést az élményeiknek (Cook és mtsai, 2003; Putnam, 1997; van der Hart és mtsai, 2006). Különösen így lehet ez a mi posztszovjet/kelet-közép-európai kultúránkban, ahol a családon belüli gyermekkori traumatizáció sokáig nem lehetett a közbeszéd és a kutatások tárgya.

Az is jól ismert tény, hogy a retrospektív adatgyűjtés során különböző okok miatt torzulhat a visszaemlékezés, ami leginkább aluljelentést eredményez az ártalmas élményekről való beszámolás tekintetében (Fergusson és mtsai, 2000; Hardt és Rutter, 2004; Nijenhuis, 2010). Ilyen okok lehetnek (Baldwin és mtsai, 2019; Hardt és Rutter, 2004):

- a korai életkorban a bántalmazási élmény kódolásában és az élmény megszilárdításában mutatkozó hiányosságok, az agyfejlődés éretlensége, késedelme vagy károsodása miatt;
- a bántalmazás emlékének előhívásában mutatkozó hiányosságok a gyermekkori amnézia, a felejtés vagy az érzelmek szabályozására szolgáló kognitív elkerülő stratégiák miatt;
- az ember arra törekszik, hogy jelentést keressen az emlékeiben;
- a gyerekek/felnőttek sokmindent nem tudnak gyermekkorukra vonatkozóan (pl. szülők alkoholizálásának kezdete, anyagi körülmények, stb.);
- valamint amire visszaemlékszünk, azt befolyásolhatja a hangulati állapot az interjú/tesztfelvétel készítésének időpontjában.

Ezen túl, disszociatív mechanizmus illetve amnézia (Chu és mtsai, 1999) is akadályozhatja a felidézést, különösen a korai bántalmazást elszenvedők körében.

A *családi diszfunkciók* elemzésével kapcsolatban azt láthattuk, hogy a lakásotthonban élő serdülők körében a bántalmazásokhoz képest lényegesen magasabb a családi diszfunkciók száma, közel kétszer annyi. A KSH (2017) szerint Magyarországon a védelemben vételek hátterében 62%-ban környezeti okok állnak, az anyagi problémák (14%), a szülők és család életvitele (13%), a szülői és a családi konfliktusok (8%), az elégtelen lakáskörülmények (6%). A hivatalos statisztikában az elhanyagolás 10%, a családon belüli bántalmazás csak 3%-ot képvisel (KSH, 2014, 2017, 2019a).

A hivatalos statisztikát a 18. táblázat mutatja be.

18. táblázat. *Az intézményi elhelyezés okai Magyarországon*

Intézménybe kerülés okai	%-os eloszlás
Környezeti	62
Lakhatási problémák	19
Nevelési gondok	21
A család életvitele	21
Bántalmazás	3–5
Elhanyagolás	10
Magatartási problémák	18
Anyagi problémák	14
Egészségi okok	6

Forrás: KSH, 2017

A családi diszfunkciók magasabb aránya a lakásotthonban és ezen belül a börtönviselt családtag kiemelkedően magas aránya (48,5%) feltehetően a szociális grádiensnek megfelelően válik gyakoribbá (Walsh és mtsai, 2019), ezért úgy tűnik, hogy mintánknál a családból való kiemelésre vonatkozó határozat meghozatla során a család szegénysége és alacsony szocioökonómiai státusza egy jelentős mögöttes mérlegelési tényező lehet. Az alacsony szocioökonómiai státuszú családok számos fontos területen relatív erőforráshiányt, nagyobb mértékű pénzügyi nehézségeket és családi stresszt tapasztalnak, és nagyobb valószínűséggel élnek át negatív életeseményeket, ami kihathat a szülői tevékenység minőségére (Jenkins, 2013; Walsh és mtsai, 2019). (Monnat és Chandler, 2015) kutatásának eredményei is megerősítik, hogy az alacsonyabb gyermekkori szocioökonómiai státusz összefügg az ártalmas gyermekkori élmények nagyobb kockázatával. A felnőttkori bebörtönzés aránya a szegényebb területeken jelentősen magasabb (Bywaters és mtsai, 2016).

A lakásotthonban élő serdülő csoport adatai alapján arra lehet következtetni, hogy bár kevesebben számolnak be direkt bántalmazásról, mint családi diszfunkcióról, mégis sokkal többen (34,6% két vagy több direkt bántalmazást szenvedett el), mint amennyit ebből a gyermekvédelmi rendszer hivatalosan is elismer és jelent (lásd a KSH adatokat), amiből az következik, hogy a direkt bántalmazás meglehetősen fel nem ismert a magyarországi gyermekvédelemben. Úgy tűnik, hogy a gyermekvédelem Magyarországon jobban felismeri a családi diszfunkciót, mint a bántalmazást, következésképpen a gyerekek elsősorban emiatt kerülnek védelembe. Mindeközben féltő, hogy a gyereket érő direkt bántalmazások (bántalmazás és elhanyagolás) rejtve maradnak, feltehetően éppen a kedvezőbb szocioökonómiai státuszú családokban (v.ö.: direkt bántalmazások a családban élő gyerekek körében). Mindezt alátámasztani látszanak a KSH adatok (18. táblázat), bár ezek nem empirikus kutatásokon alapulnak (Magyarországon eddig nem volt empirikus kutatás erre vonatkozóan).

A gyermekvédelemben történt nemzetközi empirikus kutatásokhoz képest is kevesebb a direkt bántalmazás a saját gyermekvédelmi mintánkban (Collin-Vezina és mtsai, 2011; Gallitto és mtsai, 2017; Greeson és mtsai, 2011; Hodgdon, 2018; Kisiel és mtsai, 2017; Leloux-Opmeer és mtsai, 2016; Lum és mtsai, 2018; Oswald és mtsai, 2010). Az összehasonlítás megkönnyítéséhez az ártalmas gyermekkori élményekkel kapcsolatos, a gyermekvédelemben történt nemzetközi kutatásokat és a saját kutatásunk ártalmas élményekre vonatkozó eredményeit a 19. táblázatban összegeztük.

19. táblázat. Az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakorisága a gyermekvédelmi rendszerben élők körében

Ország	N	Életkor	Mérőeszköz	Elhelyezés típusa	Érzelmi abúzus %	Fizikai abúzus %	Szexuális abúzus%	érzelmi elhanyagolás (%)	fizikai elhanyagolás (%)	Válás/külön élés (%)	erőszak a családban (%)	szerhasználat (%)	mentális betegség (%)	bebörtönzés (%)	
Oswald és mtsai, 2010	USA, Skócia, Ausztrália	9823	0-18 év	CWS case records Childhood Trauma Questionnaire - CTQ	nevelőszülő	8-77	6-48	4-35	18-78 (érzelmi+fizikai)	-	-	14-30			
Greeson és mtsai, 2011	USA	2251	0-21 év	Trauma History Profile - THP	nevelőszülő	51,4	48,4	32	68 (érzelmi+fizikai)		54,2				
Collin-Vezina és mtsai, 2011	Kanada	53	14-17 év	Childhood Trauma Questionnaire - CTQ	gyermek otthon	68	60	38	58	98	-	-	-	-	
Leloux-Opmeer és mtsai, 2016	Spanyolország, USA, Kanada, Svédország, Hollandia, Norvégia, Ausztrália, Belgium	3018	6-12 év	CWS case records Childhood Trauma Questionnaire - CTQ	lakásotthon nevelőszülő gyermek otthon	28-52 5-45 15-63 (érzelmi + fizikai)		17 6-29 11-46	9-41 21-78 29-69 (érzelmi + fizikai)		43 84 72-80	31 32-41 16-18	21 19-34 26-49	20-38 30-61 41-61	16 26 12
Turney és Wildeman 2016	USA	95,677		ACE questionnaire	nevelőszülő	-	-	-	-	-	-	19,9	-	10,5	

19. táblázat folyt. *Az ártalmatlan gyermekkori élmények előfordulási gyakorisága a gyermekvédelmi rendszerben élők körében*

Ország	N	Életkor	Mérőeszköz	Elhelyezés típusa	Érzelmi abúzus%	Fizikai abúzus %	Szexuális abúzus%	érzelmi elhanyagolás (%)	fizikai elhanyagolás (%)	Válás/külön élés (%)	erőszak a családban (%)	szerhasználat (%)	mentális betegség (%)	bebörtönzés (%)	
Gallitto és mtsai, 2017	Kanada	479	13-17 év	Childhood Trauma Questionnaire - CTQ	various	65,8	52,6	19,4	76,4	59,7	-	-	-	-	
Kisiel és mtsai, 2017	USA	7483		Child and Adolescent Needs and Strengths - CANS 2.0	gondozói felügyelet	22,8	26,5	13,1	58,5 (elhanyagolás)	-	áldozat: 19,2 szülő kriminális viselkedése: 12,6 családi erőszak: 38,6	-	-	-	
Hodgdon és mtsai, 2018	USA	672	0-20,9 év	Child Welfare System case records	gyermek otthon	61,3	55,1	47,3	64,6 % (érzelmi+fizikai)	-	40,2 %	-	-	-	
Lum és mtsai 2018	Ausztrália	82	5-12 év	Child Welfare System case records	házi gondozás	25,3	13,9	10,1	86,1% (érzelmi+fizikai)	-	-	-	-	-	
Kovács-Tóth és mtsai, 2021 (jelen kutatás)	Magyarország	240	12-17 év	ACE Score Calculator	lakásotthon	32,1	25,2	13,6	30,1	16,4	71,2	21,7	32,5	24,2	48,5

5.1.2. Az ártalmas élménytípusok előfordulási gyakorisága

A leggyakoribb ártalmas élménytípus mindkét csoportban a szülők válása vagy különélése volt (71,2% és 24,2%). Ezt megerősítik a hivatalos statisztikák is, mely szerint a házasságok több mint fele válással végződik (KSH, 2019b). A szegénység, a szerhasználat, a mentális betegséggel élő családtag, stb. krónikus stresszterhelést okoz, ami a legtöbb esetben a párkapcsolatok megromlásához is vezet. Ahogyan az elméleti bevezetőben utaltunk rá, az egyes ártalmas gyermekkori élmények a legtöbb esetben együttjárnak (Dong, Anda, és mtsai, 2004).

A lakásotthonban élők körében ezt követően a börtönviselt családtag (48,5%), a szerhasználó családtag (32,5%), az érzelmi bántalmazás (32,1%) és az érzelmi elhanyagolás (30,1%) előfordulása volt a leggyakoribb. A többi ártalmas élménytípus előfordulási gyakorisága 25,2% (fizikai bántalmazás) és 13,6% (szexuális bántalmazás) között volt az önbeszámoló kérdőív alapján. Kutatások szerint az alacsonyabb szocioökonómiai státuszú családokban a bűnözés gyakrabban fordul elő (Bywaters és mtsai, 2016; Walsh és mtsai, 2019), ezért is lehet a börtönviselt családtag kiemelkedően magas arányú (48,5%).

Az érzelmi bántalmazás és érzelmi elhanyagolás a legtöbb esetben együtt jár a család életvitelével, a krónikus stresszterheléssel, a bántalmazás körforgásával ezen családok körében. Holt, Buckleyb, Whelana (2008) több mint ezer tanulmány áttekintése során megállapították, hogy a családon belüli erőszakot elszenvedett gyermekek és serdülők fokozottan ki vannak téve az érzelmi, fizikai és szexuális bántalmazásnak.

Mind a fizikai, mind pedig a szexuális bántalmazás aránya jóval magasabb a családban élő serdülő populációhoz képest, ami megerősíti a különböző ártalmak együttjárására vonatkozó tanulmányok eredményét, valamint a prevenció és terápiás megsegítés szükségességét egyaránt. Szomorú, hogy ezek a gyermekek a legtöbb esetben semmilyen vagy csak látszat megsegítést kapnak a gyermekvédelemben ezen súlyos ártalmak negatív következményeinek tekintetében, pedig az adatokból világosan látszik, hogy nagy szükség lenne minderre. Meglepő, hogy szexuális bántalmazásról több fiú ($n = 17$) mint lány ($n=15$) számolt be a lakásotthonban élő serdülők körében, ami felveti annak a kérdését, hogy ez a családból való kiemelés előtt vagy az intézeti körülmények között, esetleg jelenlegi kortárskapcsolati viszonylatban történhetett-e. Azért is elgondolkodtató ez az adat, mert a családban élő serdülők körében a vártnak megfelelően (Putnam, 2003) igazolódott a lányok nagyobb érintettsége ezen ártalom tekintetében

A családban élő serdülők körében a második leggyakoribb ártalmas élmény az érzelmi elhanyagolás volt (15,7%), ezt követte az érzelmi bántalmazás (14,7%). E két ártalomtípus gyakoribb még az alább idézett nemzetközi kelet-közép-európai vizsgálatokhoz képest is a mintánkban (lásd később). A serdülő korosztály különösen érzékeny az érzelmi odafordulásra, a szülői gondoskodás minőségére. Úgy tűnik, közülük sokan úgy ítélik meg, hogy a családjukban mindez nem elégséges. Az érzelmi bántalmazás egy rejtettebb, kevésbé nyilvánvaló bántalmazásforma. Klinikai megfigyeléseink alapján, sok szülő a nyílt fizikai bántalmazás helyett, a nem megfelelő szülői készségei esetén alkalmazhat érzelmi bántalmazást a gyermekével szemben. Ennek hátterében sok egyéb tényező mellett a szülő saját bántalmazottsága, nem megfelelő elsődleges tárgykapcsolati, kötődési mintázatai állhatnak (lásd elméleti bevezető). Azt is kihangsúlyoznánk, hogy ezek a bántalmazásformák (érzelmi bántalmazás és érzelmi elhanyagolás) a legkevésbé nyilvánvalóak a külvilág számára, így különösen nagy jelentősége van az önértékelésen/önjellemezéseken alapuló vizsgálatoknak ezen ártalmak felismerése tekintetében. A többi ártalmas élmény a családban élő serdülők körében 10% alatt volt. Az összes ártalmas élménytípus közül a fizikai elhanyagolás volt a legkevésbé gyakori (3,9%), ami azt mutatja, hogy az általunk vizsgált, családban élő magyar serdülőknek csak kis hányada szenved attól, hogy nem megfelelő anyagi/fizikai környezeti körülmények között él.

Sajnálatosan kevés összehasonlítható adatot találtunk a közép-kelet-európai „normál” serdülő populációra vonatkozóan az ártalmas élményekkel kapcsolatban; a legtöbb kutatást felnőtt mintákon végezték. A szomszédos, szintén posztszovjet országokban végzett kutatásokat figyelembe véve azt találtuk, hogy két, romániai serdülőkön végzett vizsgálat az ártalmas gyermekkori élmények magasabb prevalenciáját írta le, azonban a mérőeszköz mindkét esetben különbözött az általunk használttól (Browne és mtsai, 2002; Meinck és mtsai, 2017). Egyetemista román populációban (Baban és mtsai, 2012) szintén magasabb előfordulási gyakoriság figyelhető meg az összes vizsgált ártalmas élménytípus tekintetében (a válasz kivételével) hazánkhoz képest, de meg kell jegyeznünk, hogy az általunk vizsgált minta jóval fiatalabb életkorú.

Egy szlovák serdülő mintát vizsgáló kutatásban az ártalmas gyermekkori élmények gyakoriságra vonatkozóan vannak adatok, az ártalomtípusokra lebontva viszont nincsenek adataik, közölt eredményeik hasonlítanak a magyar adatokhoz (Rebicova és mtsai, 2019). Egy cseh vizsgálatba egyetemi hallgatókat vontak be, ismét hasonló eredményeket láthatunk az érzelmi bántalmazás, szexuális bántalmazás és a válás tekintetében; a többi ártalmas

élmény (a börtönviselt családtag kivételével) magasabb százalékban jelent meg abban a mintában (Veleminsky és mtsai, 2020).

Bellis és munkatársai, (2014) nyolc kelet-európai ország (Albánia, Lettország, Litvánia, Volt Jugoszláv Köztársaság, Montenegró, Orosz Föderáció, Románia, Törökország) kutatási adatait (egyres adatokat ismét idősebbek mintájából gyűjtöttek) összegezték tanulmányukban (Bellis, Hughes, Leckenby, Jones, és mtsai, 2014). Az látható, hogy az ártalmas élmények tekintetében Magyarország a középmezőnyhöz tartozik. Ugyanakkor az érzelmi elhanyagolás, az érzelmi bántalmazás és a szülői válás tekintetében kevésbé kedvezőek az adataink, amelyre mindenképpen fel kell hívnunk a figyelmet. Ezeket az eredményeket a 20. táblázatban foglaltuk össze.

Mivel az ártalmas élményeknek való kitettség időtartama kutatásunkban 18 évnél rövidebb, a prevalenciára vonatkozó adatoknak szükségszerűen alacsonyabbnak kell lenniük, mint a felnőttekre vonatkozóknak.

20 táblázat. Az ártalmas élmények előfordulási gyakorisága közép-kelet-európai országokban

Ország	N/ Életkor	Mérő- eszköz	érzelmi abúzus %	fizikai abúzus %	szexuális abúzus%	érzelmi elhanyag olás (%)	fizikai elhanya golás (%)	válás/ különélés (%)	erőszak a családban (%)	szer használat (%)	mentális betegség (%)	bebör- tönzés (%)
Románia Baban, 2012	n = 2088 egyetemisták életkor: 18-56	ACE kérdőív	23,6	26,9	12,7	26,3	16,5	15,6	17,4	21,9	12,9	
Csehország Velemínsky, 2020	n = 1760 életkor >18	ACE kérdőív	20,7	17,1	6,4		8	23	22,1	20,2	13,4	1,4
Surveys in eight eastern European countries Bellis és mtsai, 2014	egyetemisták, főiskolai hallg, középiskola/ szakiskola n = 10696	ACE kérdőív										
Albánia	életkor 18-25		26,5	41	19,1	16,3		6,6	30,0	22,2	7,6	3,7
Lettország	életkor 17-25		7,9	16,2	7,0	8,9		42,3	20,3	35,1	18,8	8,3
Litvánia	életkor 18-39		4,3	12,9	3,5	10,1		19,8	16,5	27,7	10,3	3,5
Montenegro	életkor 18-50		4,7	19,6	3,6	7,4		9,5	9,2	14,1	5,6	7,2
Románia	életkor 14-66		8,9	23,4	5,8	7,6		16,4	6,7	24,7	13,8	2,3
Orosz Föderáció	életkor 13-41		2,9	12,8	5,6	18,4		16,8	13,1	10,5	8,2	5,5
Volt Jugoszláv Köztársaság	életkor 17-45		4,9	6,9	7,4	16,7		3,8	1,4	12,6	6,8	4,2
Törökország	életkor 18-41		3,7	14,6	6,9	8,7		5,3	17,9	9,6	9,5	8,3
Magyarország Kovács-Tóth és mtsai, 2020	n = 516 életkor 12-17	ACE Score Calcutat or	14,5	6,4	5	15,5	3,9	23,8	4,1	8,9	8,1	7,7

Nemek közötti különbségek az ártalmas élménytípusok tekintetében

A nemek közötti szignifikáns különbség a családban élő serdülők körében három vonatkozásban volt megfigyelhető: az érzelmi bántalmazás, az érzelmi elhanyagolás és a mentális betegséggel élő családtag előfordulási gyakoriságában, amelyet a családban élő lányok gyakrabban éltek át, mint a fiúk. A nemek közötti jelentős különbség (az érzelmi elhanyagolás háromszoros, az érzelmi bántalmazás kétszeres a lányoknál, mint a fiúknál) magyarázatául feltételezhetjük, hogy a lányok érzékenyebbek az érzelmi attitűdökre és a kapcsolódó hiányosságokra, és több/melegebb interakciót várnak. A lányok többet beszélnek a tapasztalataik érzelmi aspektusáról, mint a fiúk. Ezen kívül a lányok több érzelmes szót használnak, amikor ijesztő eseményekről beszélnek, a fiúkhöz képest (Fivush és mtsai, 2000). A lányok hajlandóbbak a negatív érzelmek, például a szomorúság és a félelem kifejezésére is (Garside és Klimes-Dougan, 2002). Általánosságban úgy tűnik, hogy a családban élő lányok hajlamosabbak felismerni és/vagy beismerni az ártalmas élmények átélését. Szisztematikus kapcsolatot találtak a problémás serdülőkorú viselkedés és az érzelmi szocializáció szülői megközelítései között is (Klimes-Dougan és mtsai, 2007). Ezeket az állításokat saját klinikai tapasztalataink is alátámasztják.

Mintánk egy olyan országból származik, ahol – ellentétben az USA-val – nincs a lakosság érzékenyítve, nincs edukáció és a témára vonatkozóan, nincsenek kutatások sem. A fizikai bántalmazás tekintetében, amelyet általában gyakrabban szenvednek el fiúk, mintánkban nem mutatkozik az esetleg elvárt/valószínűsíthető fiú túlsúly (Thompson és mtsai, 2004), itt ismét a beszámolási hajlandóság illetve az ártalom felismerésére vonatkozó magyarázatok tűnnek logikusnak. Ami a gyermekbántalmazást illeti, csak a szexuális bántalmazás területén igazolták egybehangzóan, hogy a női áldozatok aránya magasabb, mint a férfiaké (Putnam, 2003; WHO, 2014). Mintánkban a családban élő serdülőknél gyakoribb a lányok körében ez az ártalom, de a nemek közötti különbség nem szignifikáns, valószínűsíthetően a szexuális bántalmazás kisebb elemszáma miatt.

Figyelembe véve a nemek közötti váratlan és indokolatlan különbséget a szerhasználó családtag és a mentális betegséggel élő családtag gyakorisága tekintetében is (nem várható hogy valós különbség lenne), ismét feltételezhetjük, hogy a lányok hajlamosabbak az ezen ártalmakról szóló beszámolásra, és ez minden bizonnyal érvényesült az összes ártalmas élmény esetében. A lakásotthonban élő serdülőknél a korábban felsorolt tényezők miatt (pl. a bántalmazásról való be nem számolás, a szülői kötődés megőrzése érdekében, hogy visszakerülhessen a családhoz) mindez kevésbé jelent meg, a lakásotthonban élők körében a nemek tekintetében nem volt jelentős különbség.

5.2. A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek

Az érzelmi, viselkedéses és kortárskapcsolati problémák gyakorisága arra utal, hogy abban az életkorban, amikor a serdülőkor fejlődési feladatai önmagukban is komoly kihívást jelentenek, a (mintánkban lévő) serdülőknek számos mentális tünettől kell megküzdeniük. A küszöb alatti kórképek (jelen esetben a borderline kategória) felismerése fontos, mert a küszöb alatti tünetegyüttesek növelik az esélyét a küszöb feletti kórképek, pl. depresszió kialakulásának, amelynek magas az öngyilkossági rizikója, így ha a küszöb alatti kórképek időben felismerésre kerülnek majd megfelelő kezelést alkalmazunk, kisebb eséllyel alakulnak ki küszöb feletti zavarok és jelentősen csökkenhet a kapcsolódó öngyilkossági kockázat (Balázs, 2018).

A lakásotthonban élő serdülők körében a fejlődési és mentális zavarok prevalenciája a szakirodalmi adatok szerint igen magas, 20–70% közötti, a kapott előfordulási gyakorisági adatok széles spektruma abból fakad, hogy a kutatások a gyermekvédelmi minta és a mérőeszközök tekintetében eltérőek (Burns és mtsai, 2004; Collin-Vezina és mtsai, 2011; Leloux-Opmeer és mtsai, 2016; Minnis és mtsai, 2006; Sawyer és mtsai, 2007; Shin, 2005). Számos tanulmány számolt be arról, hogy a gyermekjóléti rendszerben élő gyermekek körében a mentális zavarok gyakorisága nagyobb, mint az általános népességben élő gyermekek körében (Bronsard és mtsai, 2016; Burns és mtsai, 2004; J. D. Ford és mtsai, 2007; Keil és Price, 2006; Lehmann és mtsai, 2013; McMillen és mtsai, 2005; Oswald és mtsai, 2010; Schmid és mtsai, 2008). A gyermekotthonokban és a lakásotthonokban elhelyezett gyerekek több mentális és viselkedéses tünetet mutattak a nevelőszülőknél élő társaikhoz képest is (Burns és mtsai, 2004; Leloux-Opmeer és mtsai, 2016). A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek tekintetében eredményeink hasonlóak a gyermekvédelemben végzett többi kutatáshoz, magas gyakorisággal jelennek meg. Az elméleti bevezető 4. táblázata tartalmazza a felsorolt összehasonlító adatokat.

A családban élő serdülők szociális, érzelmi és viselkedéses tüneteit illetően is a borderline és a problémás kategóriát összevonva értelmezzük, mivel a küszöb alatti tünetekkel küzdő serdülőknél is számos nehézség jelentkezhet a mindennapos funkcionálásban, és kedvezőtlen irányba módosíthatja a fejlődési útvonalat (ebben a kritikus életkorban). Minden hatodik serdülő érzelmi tüneteiről számolt be (a kérdések elsősorban a szorongás és a depresszió egyes jellemzőinek jelenlétét mérik fel), a viselkedési problémák pedig a minta közel egyötödénél jelentkeztek. A hiperaktivitás/figyelmi problémák a minta

15,0%-át érintik. A nemzetközi tanulmányok szerint a küszöbérték alatti ADHD előfordulási aránya széles skálán mozog (0,8–23,1%), a küszöbérték alatti ADHD komorbiditása magas, és számos olyan terület van, ahol a küszöbérték alatti ADHD jelentős hatással van a működésre (Balazs és Kereszteny, 2014). A serdülők közel egyötödének vannak kortárskapcsolati problémái. A kortárskapcsolatok és a barátok jelenléte serdülőkorban kulcsfontosságú, azok hiánya vagy zavara a későbbiekben súlyos következményekhez vezethet. Ami a nemek közötti különbségeket illeti, a várakozásoknak megfelelően a viselkedési tünetek szignifikánsan gyakoribbak a fiúknál, a társas kapcsolati és az érzelmi problémák pedig a lányoknál. A nemek tekintetében vizsgálatunk eredménye hasonló korábbi vizsgálatok eredményeihez (Balazs és mtsai, 2013; Turi E, 2011; van Widenfelt és mtsai, 2003).

Eredményeink összehasonlíthatóságának érdekében a szakirodalomban kerestünk adatokat az SDQ-n alapuló, önértékelésen alapuló szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek gyakorisági arányáról „normál” populációban más európai országokból. Ausztriában és Lengyelországban találtunk elérhető adatokat, míg az általános nehézségeket illetően brit, cseh, francia, görög, holland, spanyol, és svájci adatok is rendelkezésre álltak (Altendorfer-Kling és mtsai, 2007; Mazur és mtsai, 2007). Az összesített nehézségek esetében a vizsgált 10 európai országgal való összehasonlításban a jelen magyar minta a középmezőnyben áll. A családban élő populációra vonatkozó összehasonlító adatokat a 21. táblázat tartalmazza.

21. táblázat. A szociális, érzelmi és viselkedési tünetek előfordulási gyakorisága az SDQ különböző dimenzióiban önértékelés alapján

serdülők körében néhány európai országban

Tünetek (*: borderline +abnormális)	Németország	Ausztria	Lengyel ország	Cseh- szlovákia	Francia- ország	Görög- ország	Hollandia	Spanyol- ország	Svéd- ország	UK	Magyar- ország
	Klasen és mtsai, 2003 N=903 életkor: 6-16 %	Altendorfer- Kling és mtsai, 2007 N=2529 életkor: 11-18 %	KIDSCREEN study (2001-2004) in: Mazur és mtsai, 2007 N=21804 életkor: 8-18 %								(jelen tanulmány) N=517 életkor 12-17 %
Érzelmi tünetek*	12,7-15,7	18,6	9,1								14,6
Normális	80-85	81,4	91,0	-	-	-	-	-	-	-	85,4
Borderline	5-8	8,0	4,3	-	-	-	-	-	-	-	6,3
Abnormális	7,7	10,6	4,8	-	-	-	-	-	-	-	8,3
Viselkedési problémák*	11,6-14,6	22,6	15,2								18,3
Normális	80-85	77,5	84,8	-	-	-	-	-	-	-	81,7
Borderline	5-8	11,8	8,1	-	-	-	-	-	-	-	8,5
Abnormális	6,6	10,8	7,1	-	-	-	-	-	-	-	9,8
Hiperaktivitás/figyelmi problémák *	14,8-17,8	23,5	18,9								15
Normális	80-85	77,5	81,1	-	-	-	-	-	-	-	85,0
Borderline	5-8	12,7	10,2	-	-	-	-	-	-	-	6,1
Abnormális	9,8	11,8	8,7	-	-	-	-	-	-	-	8,9
Kortárs kapcsolati problémák *	12-15	29,9	15,6								21,7
Normális	80-85	68	84,4	-	-	-	-	-	-	-	78,4
Borderline	5-8	16,3	12,1	-	-	-	-	-	-	-	16,7
Abnormális	7,0	13,9	3,5	-	-	-	-	-	-	-	5,0
Összesített nehézség *	15-18	20,2	14,9	20,5	18,7	20,1	10,5	14,9	11,1	23,5	17,5
Normális	80-85	79,7	85,1	79,5	81,3	79,9	89,4	85,1	88,9	76,5	82,5
Borderline	5-8	10,6	10,5	13,1	12,7	13,2	6,4	10,8	7,8	12,8	10,1
Abnormális	10,0	9,6	4,4	7,4	6,0	6,9	4,1	4,1	3,3	10,7	7,4

5.3. A szubjektív egészségi panaszok

A lakásotthonban élő serdülőknél a minta közel felét érintette a fáradtság, idegesség, kedvtelenség, álmatlanság, de a többi szubjektív egészségi panasz is 20% feletti, a legtöbb 30% körüli.

A családban élő serdülők több mint a fele számolt be fáradtságról, több mint egyharmaduk idegességről és rosszkedvről, egynegyedük tapasztal hetente többszöri gyakorisággal fejfájást, valamint elalvási nehézségekkel küzd. Mindennek háttérében a serdülőkori biológiai/hormonális változásokkal együtt a nem megfelelően kialakított iskolarendszer, a túlzott terhelés és az oktatási rendszer sajátosságai is állhatnak.

Eredményeink megerősítik a korábbi HBSC kutatások eredményeit, melyek szerint a szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakorisága a serdülő átlagpopulációban kifejezetten magas, és ráadásul az elmúlt évtizedben növekvő tendenciát mutat (Husarova és mtsai, 2015; Marques és mtsai, 2019; Potrebný és mtsai, 2019; WHO, 2020b).

A gyermekvédelemben élő serdülőkre vonatkozóan kifejezetten szubjektív egészségi panaszokat vizsgáló kutatást nem találtunk, azonban a szubjektív egészségi panaszok gyakrabban fordulnak elő az alacsonyabb szocioökonómiai státuszú családokból származó serdülők körében (Ravens-Sieberer és mtsai, 2009; Saether és mtsai, 2018).

Mindkét csoportban szinte az összes szubjektív egészségi panasz szignifikánsan gyakoribb volt a lányoknál, mint a fiúknál, ami a nemzetközi kutatásokban is megjelent (Husarova és mtsai, 2015; Inchley J, 2016; Potrebný és mtsai, 2019; WHO, 2020b). Ennek háttérében a lányok nagyobb beszámolási hajlandósága is állhat, vagy az is, hogy a szomatizációs tendencia gyakoribb a nők között (Kirmayer és Young, 1998). Több kutatás is igazolja, hogy az internalizáló tünetek (köztük a szomatizációs panaszok) lányok körében, míg az externalizáló tünetek fiúk körében gyakoribbak [pl. (Leadbeater és mtsai, 1999)]. A stresszel kapcsolatos szakirodalom általában azt mutatja, hogy a férfiak másképp reagálnak a stresszre, mint a nők [pl. (Mazerolle, 1998; Mazza és Reynolds, 1999)]. A serdülő fiúk gyakran úgy birkóznak meg a stresszel, hogy viselkedésükben externalizálják, szemben a serdülő lányokkal, akik inkább internalizálják viselkedésüket (Hoffmann és Su, 1997; Stiles és mtsai, 2000). Így amikor stresszes helyzetekkel szembesülnek, vagy feldolgozatlan traumatikus élményekkel küzdenek, a fiúk hajlamosabbak lehetnek a düh kifejezésére és az agresszív viselkedésre. Ezzel szemben a lányok inkább internalizáló tüneteket és maladaptív érzelmi viselkedést mutathatnak (Hoffmann és Su, 1997; Leadbeater

és mtsai, 1995). Maschi és munkatársai (2008) eredményei alátámasztották a nemek kondicionáló hatását, azaz a gyermekkori bántalmazás és a serdülők internalizáló és externalizáló viselkedése közötti, kora gyermekkorban kezdődő, nemspecifikus útvonalat, amely az idő múlásával is fennmarad. Ez a megállapítás hasonló a Dulmus és Hilarski (2006) vizsgálatához, amelyben azt találták, hogy a szülők közötti bántalmazást átélt fiúk magasabb szintű externalizáló viselkedést, míg a lányok több internalizáló viselkedést mutattak a későbbiekben.

5.4. Az ártalmas gyermekkori élmények és a vizsgált tünetek közötti kapcsolat

Szignifikáns összefüggés mutatkozott az ártalmas élményeknek való kitettség és a szociális, érzelmi és viselkedési tünetek, valamint a szubjektív egészségügyi panaszok között. Az eredmények arra utalnak, hogy a gyermekkori ártalmas élmények jelentős hatással vannak a serdülők mentális egészségi állapotára és szubjektív egészségi állapotára.

Dózis-hatás összefüggés van az ártalmas gyermekkori élmények és a szociális, érzelmi, viselkedési tünetek között, ahol az ártalmas élmények többszörös halmozódása több tünettől együtt. Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a kedvetlenség, gyomorfájás, ingerlékenység, idegesség, álmatlanság, fejfájás gyakoriságára is erős és szintén kumulatív. Eredményeink összhangban vannak korábban felnőtteken végzett kutatások eredményeivel (Bellis és mtsai, 2019; Felitti és mtsai, 1998; Hughes és mtsai, 2017). Hasonló adatokat tettek közzé a kedvezőtlen gyermekkori élmények és a szociális, érzelmi, viselkedési tünetek, valamint a szubjektív egészségügyi panaszok közötti összefüggésekről serdülők esetében is (Meinck és mtsai, 2017; Rebicova és mtsai, 2019). Emellett számos longitudinális tanulmány áll rendelkezésre a gyermekkori bántalmazás és a serdülőkori fejlődés, illetve a későbbi felnőttkori pszichiátriai megbetegedések közötti összefüggésekről (Kisely és mtsai, 2018; Norman és mtsai, 2012; Springer és mtsai, 2007). Egyesek kimutatták, hogy az ártalmas gyermekkori élményeknek való kitettség összefügg a fiatalabb gyermekek egészségügyi panaszaival (Flaherty és mtsai, 2006). Egy másik tanulmány szerint a korai testi bántalmazás előrejelzi a serdülők pszichológiai és viselkedési tüneteit (Lansford és mtsai, 2002). Emellett van olyan, serdülőkre vonatkozó tanulmány, amely összefüggést talált az ártalmas gyermekkori élmények és a depresszió között is (Suzuki és Tomoda, 2015).

5.5. A kutatás erősségei és korlátai

Vizsgálatunk erőssége, hogy Magyarországon elsőként használt serdülő korosztályban, validált, nemzetközileg is elismert mérőeszközöket az ártalmas gyermekkori élmények, a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek, valamint a szubjektív egészségi panaszok mérésére. Magyarországon korábban nem történt empirikus vizsgálat az ártalmas élmények előfordulási gyakoriságára vonatkozóan sem a családban élő serdülők, sem a gyermekvédelemben élő serdülők körében, továbbá a tünetekkel való együttjárásukra vonatkozóan sem. További erősség, hogy serdülőket vizsgáltunk. Bizonyítékok utalnak arra, hogy a gyermekek és a serdülők részvétele az ilyen kutatásokban szükséges és indokolt, a nyert adatok alkalmasak az elemzésre (Finkelhor és mtsai, 2016; Riley, 2004). Fontos az iskolák bevonása a prevalencia felmérésekbe, ezáltal az adatok részletesebbek és megbízhatóbbak lehetnek (Mathews és mtsai, 2020). Eredményeinkkel hozzájárulunk azokhoz a kutatásokhoz, melyek az ártalmas gyermekkori élmények és a serdülőkori panaszok (szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek, valamint a szubjektív egészségi panaszok) kapcsolatának feltárását célozzák. Újszerű, hogy a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek mellett a szubjektív egészségi panaszok mérése is történt, ami teljesebb képet mutat az ártalmas gyermekkori élmények esetleges következményeiről. Vizsgálatunk jelentős módszertani szempontból is, felhívja a figyelmet arra, hogy bár a kumulatív ACE pontszám hasznos indikátor, nem jelzi a gyermek által elszenvedett traumatikus élmények és a feltehetően a hátrányos helyzetből is fakadó környezeti ártalmak arányát/súlyát. Vizsgálatunk alapján a lakásotthonban élő serdülők körében az ACE kumulatív összpontszámának direkt és indirekt ártalmakra történő felbontásából a halmozottan hátrányos helyzetre és ennek következményeire lehet következtetni.

A kutatásunknak vannak limitációi. A keresztmetszeti vizsgálat korlátozza az adatok értelmezhetőségét. Mind az ártalmas gyermekkori élmények, mind a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek és a szubjektív egészségi panaszok önbeszámoló alapján lettek mérve, ami torzíthat az eredményeken, különösen az externalizáló tüneteket illetően. Az ACE pontszám kalkulátor rövid, retrospektív, 10 tételes szűrőeszköz, melynek következtében az önjellemzés során jelentett ártalmas gyermekkori élmények elveszhetnek vagy torzulhatnak. A gyermekkori ártalmas élmények az általunk mért tüneteken kívül számos egyéb területen is okozhatnak nehézségeket, fejlődési elmaradásokat vagy torzulásokat, amelyeket a jelen kutatás nem mutatott ki, mivel ezeket nem vizsgáltuk. A családban élő serdülő csoport nem

tekinthető reprezentatívnak, ugyanakkor széles társadalmi státusból származó serdülőket vizsgáltunk, így a minta alkalmas lehet egy szélesebb rétegre vonatkozó jelenlegi állapot megragadására.

A gyermekvédelmi minta sem tekinthető reprezentatívnak az országra vonatkozóan, az ország észak-keleti régiójára korlátozódik vizsgálatunk. Bizonyos esetekben a részvétel visszautasítása, a gyámi beleegyező nyilatkozatok hiánya és a folyamatban lévő szökések száma nem tette lehetővé a három megye összes lakásotthonában lévő összes serdülő vizsgálatát. Vizsgálatunk eredményei továbbá nem az összes gyermekvédelemben élő serdülőre vonatkoznak, csupán annak lakásotthonban élő alcsoportjára.

5.6. Konklúzió

Prevenációs szempontok

Kelet-Közép-Európában elsők között mutattunk be ártalmas gyermekkori élmények előfordulására vonatkozó serdülőkori adatokat, és ezek kapcsolatát a szociális, érzelmi és viselkedési tünetekkel, valamint a szubjektív egészségi panaszokkal. Eredményeink további bizonyítékokat szolgáltatnak az ártalmas gyermekkori élmények és a szociális, érzelmi és viselkedési valamint szubjektív egészségi panaszok közötti kapcsolatokról.

Az ártalmas gyermekkori élmények, a szociális, érzelmi és viselkedési problémák, valamint a szubjektív egészségi panaszok gyakorisága arra utal, hogy abban az életkorban, amikor a serdülőkor fejlődési feladatai önmagukban is komoly kihívást jelentenek, a (mintánkban lévő) serdülőknek számos (korábbi és/vagy aktuálisan fennálló) családon belüli nehézséggel, mentális és egészségi panaszokkal kell megküzdeniük.

Ezek az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a közvéleményt, a közegészségügyi szervezeteket valamint a politikai döntéshozókat széles körben tájékoztatni kell a gyermekek és serdülőkorúak körében tapasztalható ártalmas élményekről és azok következményeiről. Hangsúlyozni kell a szociális és népegészségügyi prevenció szükségességét az ártalmas élményeknek kitett serdülők körében. Számos más ok mellett a magyarországi iskolarendszer felépítése, a serdülők mindennapos leterheltsége szintén szerepet játszhat a tünetek halmozódásában, ahogyan az is, hogy az ártalmas élményeknek kitett serdülők feltehetően kevésbé felkészülve találkoznak az iskola és a kortárskapcsolatok jelentette kihívásokkal.

A jelen eredmények rávilágítanak arra is, hogy a magyarországi lakásotthonokban élő serdülők sérülékeny populációnak számítanak, akiknél magasak az ártalmas gyermekkori élmények kockázati előzményei. Ez komoly aggodalomra ad okot, fontos a gyakoriság nyomon követése a gyermekjóléti szervek és a politikai döntéshozók, valamint az ezeket a fiatalokat gondozók és kezelők tájékoztatása érdekében.

Más európai országokkal egyetemben fontos felhívni a figyelmet ezekre a súlyos problémákra Kelet-Közép-Európában is. Ehhez valid mérőeszközökkel szükséges dokumentálni és számszerűsített adatokkal alátámasztani vizsgálatainkat. Ilyen módon leírva a serdülő korosztály jellemzőit, az adatok megbízhatóbbak, a preventív intézkedések tervezhetőbbek és a populációhoz illeszthetőbbek lehetnek. A serdülőkor különösen fontos és az egyik leginkább kritikus időszaka a fejlődésnek. A megelőzés, kockázatcsökkentés és a korai beavatkozás tekintetében ez az egyik optimális életciklus, amelyben a preventív és terápiás célú intézkedések akár iskolai szinten is megvalósíthatóak, ezáltal a veszélyeztetett populációban hatékonyabb változást lehet elérni.

Intervenciós szempontok

Fontos az ártalmas gyermekkori élmények összetevőinek mérlegelése: a családon belüli gyermekkori bántalmazás és a halmozottan hátrányos helyzet más jellegű preventív és beavatkozást tesz szükségessé. Amíg a családon belüli bántalmazás a gyermek biztonsága érdekében a családból való kiemelését teheti szükségessé, addig a családi diszfunkció sokkal inkább igényelné a család támogatását. A diszfunkcionálisan működő családok számára a valódi segítség például az anyagi helyzet javítása, a családtámogatás, a munkahelyteremtés, minőségi gyermekgondozás, korai oktatás, szülői készségfejlesztés lehet. A klinikai gyakorlat szempontjából fontos, hogy a gyermekek felmérése, diagnosztizálása tartalmazzon részletes adatokat a családi életéről, valamint a család és a közösség erőforrásairól annak érdekében, hogy jobban megértsük, hol van szükség beavatkozásra. A politikai döntéshozóknak is segítenie kellene a gyermekkori ártalmak által jelenleg érintetteknek, de meg is kell előznie a további hátrányokat, és csökkentenie kellene a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeket és a szegénységet. A küszöb alatti és a küszöb feletti szociális, érzelmi és viselkedési nehézségek, valamint a szubjektív egészségi panaszok a tünetek csökkentését célzó intervenciókat igényelnek.

Kutatási szempontok

Bár a kumulatív ACE pontszám hasznos indikátor, nem jelzi a gyermek által elszenvedett traumatikus élmények és a feltehetően a hátrányos helyzetből is fakadó környezeti ártalmak arányát/súlyát. Vizsgálatunk alapján a lakásotthonban élő serdülők körében a kumulatív ACE pontszám a halmozottan hátrányos helyzetre és ennek következményeire enged következtetni. A magas ACE pontszám tehát a magyarországi gyermekvédelemben valójában nem a direkt bántalmazást elszenvedett gyerekeket azonosítja be, hanem sokkal inkább a makrorendszerhez tartozó kedvezőtlen tényezők következményeit mutatja meg.

5.7. Kitekintés

Vizsgálatunk során bár széles körben mértük az ártalmas élményeket és a szociális, érzelmi és viselkedési tüneteket, valamint szubjektív egészségi panaszokat, nem mértünk fel minden lehetséges következményt (lásd elméleti bevezető). A lakásotthonban élő, halmozott ártalmakat elszenvedett gyermekeknek/serdülőknek sajnos lehetnek egyéb (általunk nem mért) nehézségei: például kötődési nehézségek, egészségkárosító magatartásformák kockázatának való kitettség, nagyobb öngyilkossági kockázat, PTSD tünetek, disszociáció, patológiás személyiség szerveződés, reviktimizáció, bántalmazóvá válás, bűnözés, kognitív funkciók sérülése, az énkép és a kapcsolatok sérülése stb.

A korai kapcsolatokban szerzett negatív tapasztalatok, a kötődési sérülések, az emocionális labilitás kihatnak a későbbi interperszonális kapcsolatokra, így a párkapcsolatokra is, valamint a szülői szerepekre. Ezáltal a bántalmazó magatartás transzgenerációs mintája továbbadódhat. A bántalmazott gyermekek egyharmada válik felnőttként bántalmazó szülővé (Oliver, 1993), továbbá a gyermekkori ártalmas élményeknek való kitettség növeli a bántalmazóvá válás és a reviktimizáció kockázatát az egész élet során (Finkelhor és mtsai, 2007; Whitfield és mtsai, 2003).

A védelemben lévő gyermekek legtöbbször kedvezőtlen szülői és környezeti mintákat hoztak magukkal (családi diszfunkciók, bántalmazás, elhanyagolás), és ezeket a hátrányokat gyakran tovább mélyítik az intézményes nevelés során elszenvedett további ártalmak (stabilitás és támogatás hiánya, anyagi/egzisztenciális problémák, deviáns kortárskapcsolatok hatása, reviktimizáció stb.) Az általunk végzett kutatásból is látszik, hogy

alacsonyabb a jelenlegi iskolai végzettségük a családban élő serdülőkhez képest, ami nagy valószínűséggel a felnőttkorban is meg fog maradni. Több kutatás igazolta, hogy az elhanyagolás előre jelzi a tanulmányi eredménytelenséget (Briere és mtsai, 1996; Jonson-Reid és mtsai, 2004), valamint a bántalmazás minden formája jelentős hatással van az oktatási eredményekre (Fry és mtsai, 2018). Az aluliskolázottság következtében nagy eséllyel rosszabb anyagi feltételek között fognak élni, kedvezőtlenebb munkát fognak találni.

A vizsgálatunk alapján felmért mentális és szomatikus tünetekkel kapcsolatban hangsúlyozzuk, hogy adott (most mért) életkorban kaptuk ezeket az eredményeket, viszont ha fejlődési perspektívában gondolkozunk, nem tudhatjuk, hogyan fog változni a tünetek megjelenése. (Pl. a román adoptációs kutatásban az érzelmi tünetek fiatal felnőttkorban erősödtek fel – Sonuga-Barke, 2017). Az intézményi körülmények között nevelkedő gyermekek az intézményben viszonylagos kontroll alatt vannak, viszont a legtöbb esetben nincsenek felkészülve az önálló életvezetésre, így az intézményből való kikerülésük után a többségük esetében nehézségeik halmozódására, életkörülményeik, tüneteik/betegségeik rosszabbodására lehet számítani. Van rá esély, hogy dominánsabbá válhatnak az externalizáló tünetek (rossz megküzdések, frusztrációkra adott reakciók) és a személyiségzavarok, amelyekkel később törvényszerűen együtt járnak pl. a párkapcsolati nehézségek, a szülői szerep nehézségei is. Mindezek következtében ez a populáció a jelenleginél sokkal nagyobb monitorozást, valamint támogatást igényelne, akár mentális, szomatikus egészségi állapotát tekintve, akár anyagi nehézségeiket/szociális helyzetüket nézve.

A családban élő serdülők eredményeit tekintve – körükben is magas mind az ártalmas élmények, mind pedig a mentális és a szubjektív egészségi panaszok előfordulása – ismét csak oda lehet eljutni, hogy a jelenleginél sokkal hangsúlyosabban kellene a figyelmet felhívni ezekre az ártalmakra és azok következményeire. Szükséges lenne a családok valódi megsegítése, szülőedukációs programokkal (pl. fiatal anyáknak), munkahelyteremtéssel, megfelelő oktatással. Szükség lenne az iskolai készségfejlesztésekre, amelyek az életben előforduló problémákra/nehézségekre készítenék fel a gyermekeket, hiszen ebben az életkorban fogékonyak ezekre. Figyelemre méltó a serdülők túlterheltsége, kimerültsége, ami felveti az ennek háttérében lévő okok vizsgálatának szükségességét, többek között a jelenlegi oktatási/iskolai rendszer alkalmasságának kérdését is.

6. ÚJ EREDMÉNYEK

1. Kelet-Közép-Európában elsők között mértük fel az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának és típusainak előfordulási gyakoriságát mind a családban élő, mind a gyermekvédelemben élő serdülők egy speciális csoportjában.

Az ACE mérőeszközzel Európában sem családban/szülőkkel élő, sem gyermekvédelmi serdülő populációban nem történt hasonló vizsgálat. A családban élő serdülők körében csak néhány nemzetközi kutatás van az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakoriságára vonatkozóan. A korábbi gyermekvédelemben történő kutatások legtöbbje a direkt bántalmazások feltárására irányult. Vizsgálatunk újszerűsége a direkt bántalmazással járó ártalmak mellett a diszfunkcionális családi körülmények előfordulási gyakoriságának a feltárásában és az ACE pontszám mintázatának/eloszlásának a feltárásában rejlik.

2. A kimenetek/következmények széles körét vizsgáltuk, a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek mellett szubjektív egészségi panaszok mérése is történt.

A legtöbb vizsgálat csak bizonyos tünetek ártalmas gyermekkori élményekkel való együttjárását vizsgálja, jelen vizsgálatunkban azonban a kimenetek széles körére vonatkozóan gyűjtöttünk adatokat.

3. Felmértük az ártalmas gyermekkori élmények kapcsolatát a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetekkel, valamint a szubjektív egészségi panaszokkal, Magyarországon serdülő korosztályban elsőként.

Eredményeink megerősítik a korábbi nemzetközi kutatások eredményeit, melyek szerint dózis-hatás összefüggés van az ártalmas gyermekkori élmények és a szociális, érzelmi, viselkedéses tünetek között, ahol az ártalmas élmények többszörös halmozódása figyelhető meg több tünettől együtt. Az ártalmas gyermekkori élmények hatása továbbá a szubjektív egészségi panaszok (kedvetlenség, gyomorfájás, ingerlékenység, idegesség, álmatlanság, fejfájás) gyakoriságára is erős és kumulatív.

4. Megvizsgáltuk, hogy a lakásotthonban élő serdülők körében milyen különbségek vannak az ártalmas élmények eloszlásában/mintázódásában a családban élő serdülökhöz képest.

A lakásotthonban élő serdülők körében a serdülők önjellemzése alapján a bántalmazásokhoz képest magasabb a családi diszfunkciók száma. Ez arra utalhat, hogy a gyermekvédelem

Magyarországon jobban felismeri a családi diszfunkciót, miközben a gyermeket érő direkt bántalmazások (abúzus és elhanyagolás) rejtve maradnak. A kutatásunk alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy a családból való kiemelés eldöntésekor a szegénység és az alacsony szocioökonómiai státusz jelentős mögöttes tényező lehet Magyarországon.

5. A jövőbeli kutatások szempontjából: a kumulatív ACE pontszám (0–10 közé eső egész szám, azt mutatja meg, hogy a személy hány típusú ártalmas élményt szenvedett el gyermekkorában) a gyermekvédelemben élő gyermekek esetében összemoshatja a traumatikus élmények (direkt ártalmak - bántalmazás) és a feltehetően a hátrányos helyzetből is fakadó környezeti ártalmak (indirekt ártalmak) arányát, ezért bár az egy hasznos indikátor, eredményeit ebben a populációban fenntartásokkal kell kezelni.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon a serdülő korosztályban az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakoriságára és következményeire vonatkozóan nincsenek adatok, és a közép-kelet-európai régióban is csak korlátozott számú kutatási eredmény áll rendelkezésünkre.

Kutatásunkban összesen 756 fő vett részt, lakásotthonban élő (n = 240) és családban élő (n = 516) serdülők adatait hasonlítottuk össze. Önértékelésen, önkitöltésen alapuló, keresztmetszeti kérdőíves felmérést végeztünk az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának és típusainak, a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek, valamint a szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakoriságának felmérésére. Emellett elemeztük az ártalmas gyermekkori élmények szociális, érzelmi és viselkedési tünetekkel, valamint a szubjektív egészségi panaszokkal való kapcsolatát is.

Eredményeink azt jelzik, hogy az általunk vizsgált serdülőknek számos (korábbi és/vagy jelenlegi) családon belüli ártalommal, valamint mentális és egészségi problémával kell szembenéznük egy olyan életkorban, amikor a serdülőkor fejlődési feladatai önmagukban is komoly kihívást jelentenek. A korábbi nemzetközi kutatásokkal összhangban eredményeinkből az is kiderül, hogy az ártalmas gyermekkori élmények halmozódása több szociális, érzelmi és viselkedéses tünettől, valamint szubjektív egészségi panasszal jár együtt.

Ezek az eredmények egyértelműen azt sugallják, hogy a lakosságot széles körben tájékoztatni kell a gyermekkori ártalmas élmények lehetséges káros következményeiről, továbbá hangsúlyozni kell a szociális és népegészségügyi prevenció szükségességét. Mind a szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek, valamint a szubjektív egészségi panaszok speciális, a tünetek csökkentését célzó beavatkozásokat igényelnek. A megelőzés, kockázatsökkentés és korai beavatkozás tekintetében a serdülőkor az egyik optimális életciklus, amelyben a prevenció és terápiás célú intézkedések akár iskolai szinten is megvalósíthatóak, ezáltal a veszélyeztetett populációban hatékonyabb változást lehetne elérni. Különösen fontos figyelembe venni az átélt ártalmas gyermekkori élmények típusát: a családon belüli bántalmazások teljesen más beavatkozást és megelőzést igényelnek, mint a hátrányos szociális helyzet. Míg a családon belüli bántalmazás indokolhatja a gyermek családból való kiemelését, addig a családi diszfunkció esetén a család támogatására kellene fókuszálni. Kutatásunk által teljesebb képet kaphattunk az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakoriságáról és következményeiről a serdülő korosztályban. Célunk egy

komplex, a kelet-közép-európai régióban hiánypótló vizsgálat megvalósítása volt, valamint a tájékoztatás és a prevenció szükségességére történő figyelemfelhívás.

SUMMARY

No data have been collected on the prevalence and consequences of adverse childhood experiences affecting Hungarian adolescents, and only a limited number of research results are available in the whole Central and Eastern Europe.

Altogether 756 participants were included in our study to compare the data of adolescents living in family-style group settings ($n = 240$) to teenagers living with their biological family ($n = 516$). The data were obtained using a cross-sectional self-report questionnaire survey to assess the types and cumulation of adverse childhood experiences, as well as the prevalence of social, emotional and behavioural symptoms, and subjective health complaints. In addition, the relationship between adverse childhood experiences and social, emotional and behavioural symptoms, and subjective health complaints was also analysed.

Our results reveal that the studied adolescents have to face several types of (former and/or current) intrafamilial maltreatment accompanied by mental and health problems at an age when the developmental challenges posed by adolescence prove to be quite serious themselves. In line with past international research, our results also demonstrate that the cumulation of adverse childhood experiences results in an increase in the number of social, emotional and behavioural symptoms, and is accompanied by several subjective health complaints.

These results clearly indicate that the public should be widely informed about the potential harmful consequences of adverse childhood experiences, and the need for social and public health prevention should also be further emphasised. Both the social, emotional, and behavioural symptoms, and subjective health complaints require special interventions targeting the reduction of symptoms. In terms of prevention, harm reduction, and early intervention, adolescence is one of the highly optimal periods when prevention and therapeutic interventions can be made at school, which might lead to more effective changes in this population at risk. It is particularly important to consider the type of the adverse childhood experience the child went through as intrafamilial maltreatment calls for a completely different intervention and prevention than unfavourable social circumstances:

while intrafamilial maltreatment may justify the removal of the child from the family settings, household dysfunction should serve as grounds for supporting the family. Our research has enriched the picture on the prevalence and consequences of adverse childhood experiences among adolescents. Our aim was to conduct a complex and stop-gap study in Eastern and Central Europe, as well as to draw attention to the importance of information and need for prevention.

8. IRODALOMJEGYZÉK

8.1. Hivatkozott közlemények

- Afifi, T. O., és MacMillan, H. L. (2011). Resilience following Child Maltreatment: A Review of Protective Factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272. <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
- Agnew-Blais J, D. A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(4), 342-349. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00544](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544)
- Ainsworth, M., Bell, S. M., és Stayton, D. J. (1971). Individual differences in the Strange Situation behaviour of one-years-olds. In H. R. Schaffer (Ed.), *The Origins of Human Social Relations* (pp. 15-71). Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., és Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Alcala, H. E., von Ehrenstein, O. S., és Tomiyama, A. J. (2016). Adverse Childhood Experiences and Use of Cigarettes and Smokeless Tobacco Products. *Journal of Community Health*, 41(5), 969-976. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0179-5>
- Allen, J. G., Fonagy, P., és Bateman, A. W. (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Lélekben Otthon Könyvek.
- Altendorfer-Kling, U., Ardel-Gattinger, E., és Thun-Hohenstein, L. (2007). The self-report version of the strengths and difficulties questionnaire in an Austrian field sample. *Zeitschrift Fur Kinder-Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 35(4), 265-271. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.35.4.265>
- Anda, R. F., Brown, D. W., Dube, S. R., Bremner, J. D., Felitti, V. J., és Giles, W. H. (2008). Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(5), 396-403. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.02.002>
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., és Brown, D. W. (2010). Building a Framework for Global Surveillance of the Public Health Implications of Adverse Childhood Experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., és Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 282(17), 1652-1658. <https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1652>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., és Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood - A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anda, R. F., Porter, L. E., és Brown, D. W. (2020). Inside the Adverse Childhood Experience Score: Strengths, Limitations, and Misapplications. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 293-295. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.01.009>

- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., és Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001>
- Andersen, S. L., Tomada, A., Vincow, E. S., Valente, E., Polcari, A., és Teicher, M. H. (2008). Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20(3), 292-301. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20.3.292>
- Andrejkovics, M. (2015). A gyermekkori bántalmazás neurobiológiai vonatkozásai. In I. Kuritárné Szabó és E. Tisljár-Szabó (Eds.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*. Oriold és Társai Kiadó.
- Anghel, R., Herczog, M., és Dima, G. (2013). The challenge of reforming child protection in Eastern Europe: The cases of Hungary and Romania. *Psychosocial Intervention*, 22(3), 239-249. <https://doi.org/10.5093/in2013a27>
- APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) (DSM-III)*. American Psychiatric Association.
- APA. (2014). *The Road to Resilience*. American Psychological Association. Letöltve: 2020. május 16. innen: https://www.uis.edu/counselingcenter/wp-content/uploads/sites/87/2013/04/the_road_to_resilience.pdf
- Asmussen, K. (2010). *Key facts about child maltreatment*. The Commissioning Tool kit, The Institute of Psychiatry King's College. Letöltve: 2020. május 16. innen: http://www.ibrarian.net/navon/paper/Key_facts_about_child_maltreatment.pdf
- Auslander, E., Bowland, D., és Bowland, S. (2006). Signs of Resilience in Sexually Abused Adolescent Girls in the Foster Care System. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(1), 1-28. https://doi.org/10.1300/J070v15n01_01
- Baban, Cosma, Balazsi, Sethi, és Olsawsky. (2012). *Survey of Adverse Childhood Experiences among Romanian university students. Study Report from the 2012 Survey*.
- Babity, M. (2014). *A gyermekkorbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata (magas kockázatot képviselő gyermeknevelési attitűdök, a szülőkkel kapcsolatos gyermekkori emlékek, néhány lehetséges közvetítő tényező összefüggései) című doktori értekezése Pécsi Tudományegyetem]*. Pécs.
- Balázs, J. (2018). *Öngyilkosság: Mentális rizikófaktorok és prevenciós lehetőségek, különös tekintettel a gyermek- és serdülőkorra. Akadémiai Doktori Értekezés* Budapest.
- Balazs, J., és Kereszteny, A. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 393-408. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0514-7>
- Balazs, J., Miklosi, M., Kereszteny, A., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P. A., Sisask, M., Snir, A., Tubiana, A., Varnik, A., Sarchiapone, M., és Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670-677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- Baldwin, J. R., Reuben, A., Newbury, J. B., és Danese, A. (2019). Agreement Between Prospective and Retrospective Measures of Childhood Maltreatment: A Systematic

- Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 584-593.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. In J. Brooks-Gunn, R. Lerner, és A. Petersen (Eds.), *The encyclopedia of adolescence* (pp. 746-758). Garland.
- Bebbington, A., és Miles, J. (1989). The Background of Children Who Enter Local-Authority Care. *British Journal of Social Work*, 19(5), 349-368.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/19.5.349>
- Beeghly, M., és Cicchetti, D. (1994). Child Maltreatment, Attachment, and the Self System - Emergence of an Internal State Lexicon in Toddlers at High Social Risk. *Development and Psychopathology*, 6(1), 5-30.
<https://doi.org/10.1017/S095457940000585x>
- Beers, S. R., és De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483-486. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.483>
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., Dacosta, G. A., Akman, D., és Cassavia, E. (1992). A Review of the Long-Term Effects of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90011-F](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90011-F)
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., és Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 4(10), E517-E528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirjako, G., Ulukol, B., Raleva, M., és Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(9), 641-655. <https://doi.org/10.2471/Blt.13.129247>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C., és Lowey, H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *Bmc Medicine*, 12:72.
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-72>
- Belsky, J. (1980). Etiology of child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J., Hancox, R. J., Sligo, J., és Poulton, R. (2012). Does Being an Older Parent Attenuate the Intergenerational Transmission of Parenting? *Developmental Psychology*, 48(6), 1570-1574. <https://doi.org/10.1037/a0027599>
- Bereczkei, T. (2003). *Evolúciós pszichológia*. Osiris Kiadó.
- Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., és Halfon, N. (2014). Adverse Childhood Experiences: Assessing The Impact On Health And School Engagement And The Mitigating Role Of Resilience. *Health Affairs*, 33(12), 2106-2115.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0914>
- Birkás, E., Lakatos, K., Tóth, I., és Gervai, J. (2008). Screening childhood behavior problems using short questionnaires I.: the Hungarian version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Psychiatria Hungarica*, 23(5), 358-365.
- Blodgett, C., és Lanigan, J. D. (2018). The Association Between Adverse Childhood Experience (ACE) and School Success in Elementary School Children. *School Psychology Quarterly*, 33(1), 137-146. <https://doi.org/10.1037/spq0000256>

- Boden, J. M., Horwood, L. J., és Fergusson, D. M. (2007). Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 31(10), 1101-1114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.022>
- Bogar, C. B., és Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling and Development*, 84(3), 318-327. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x>
- Bomysoad, R. N., és Francis, L. A. (2020). Adverse Childhood Experiences and Mental Health Conditions Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 67(6), 868-870. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.013>
- Borgers, N., de Leeuw, E., és Hox, J. (2000). Children as Respondents in Survey Research: Cognitive Development and Response Quality 1. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 66(1), 60-75. <https://doi.org/10.1177/075910630006600106>
- Bower-Russa, M. E., Knutson, J. F., és Winebarger, A. (2001). Disciplinary history, adult disciplinary attitudes, and risk for abusive parenting. *Journal of Community Psychology*, 29(3), 219-240. <https://doi.org/10.1002/jcop.1015>
- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C., és Zambon, A. (2006). The family affluence scale as a measure of national wealth: Validation of an adolescent self-report measure. *Social Indicators Research*, 78(3), 473-487. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-1607-6>
- Boynton-Jarrett, R., Ryan, L. M., Berkman, L. F., és Wright, R. J. (2008). Cumulative Violence Exposure and Self-Rated Health: Longitudinal Study of Adolescents in the United States. *Pediatrics*, 122(5), 961-970. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3063>
- Bremner, J. D., Elzinga, B., Schmahl, C., és Vermetten, E. (2007). Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder. *Stress Hormones and Post Traumatic Stress Disorder: Basic Studies and Clinical Perspectives*, 167, 171-+. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(07\)67012-5](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(07)67012-5)
- Breuer, J., és Freud, S. (1895). Studies on Hysteria. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. xxxii, pp. 1-335.). Hogarth Press.
- Briere, J., Erickson, M. F., és Egeland, B. (1996). *The APSAC handbook on child maltreatment*. Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., és Boyer, L. (2016). The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, 95(7):e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., és Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00009>
- Brown, M. J., Thacker, L. R., és Cohen, S. A. (2013). Association between Adverse Childhood Experiences and Diagnosis of Cancer. *Plos One*, 8(6):e65524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065524>

- Browne, K. D., Cartana, C., Momeu, L., Paunescu, G., Petre, N., és Tokay, R. (2002). *Child abuse and neglect in Romanian families: A national prevalence study 2000*. WHO Regional Office for Europe.
- Brownmiller, S. (1975). *Against Our Will: Men, Women and Rape*. Simon & Schuster.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., és Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>
- Butchart, A., Phinney, A., Mian, M., és Fűrnis, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. WHO
- Bywaters, P., Bunting, L., Davidson, G., Hanratty, J., Mason, W., McCartan, C., és Steils, N. (2016). *The Relationship Between Poverty, Child Abuse and Neglect: An Evidence Review*. Joseph Rowntree Foundation.
- Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Dias, P., Rodrigues, S., Martins, A. C., és Leal, M. (2019). Emotional and Behavioral Problems and Psychosocial Skills in Adolescents in Residential Care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 237-246.
<https://doi.org/10.1007/s10560-018-0594-9>
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., és Braunwald, K. (1989). Disorganized Disoriented Attachment Relationships in Maltreated Infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525>
- CDC. (2019). *Violence against Children Surveys: Country Reports*. US Centers for Disease Control and Prevention. Letöltve: 2021. július 21. innen: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/vacs/reports.html>
- CDC. (2021). *Adverse Childhood Experiences Study*. Center for Disease Control and Prevention. Letöltve: 2021. május 5. innen: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/>
- Chapman, D. P., Dube, S. R., és Anda, R. F. (2007). Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric Annals*, 37(5), 359-364.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., és Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>
- Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., és Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 749-755.
- Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children - past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402-422. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x>
- Cicchetti, D., és Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3(4), 397-411.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400007598>
- Cicchetti, D., és Lynch, M. (1993). Toward an Ecological Transactional Model of Community Violence and Child Maltreatment - Consequences for Children's Development. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 96-118.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M., és Holt, K. D. (1993). Resilience in Maltreated Children - Processes Leading to Adaptive Outcome. *Development and Psychopathology*, 5(4), 629-647. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006209>

- Cole, P. M., Luby, J., és Sullivan, M. W. (2008). Emotions and the Development of Childhood Depression: Bridging the Gap. *Child Development Perspectives*, 2(3), 141-148. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00056.x>
- Collin-Vezina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., és Daigneault, I. (2011). Trauma Experiences, Maltreatment-Related Impairments, and Resilience Among Child Welfare Youth in Residential Care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9323-8>
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., és Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211-229. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>
- Coogan, P. F., Wise, L. A., O'Connor, G. T., Brown, T. A., Palmer, J. R., és Rosenberg, L. (2013). Abuse during childhood and adolescence and risk of adult-onset asthma in African American women. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 131(4), 1058-1063. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.10.023>
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., és van der Kolk, B. (2003). *Complex trauma in children and adolescents: White paper*. National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma (NCTSN) Task force.
- Crosscut. (2013). *Finding your ACE score*. Letöltve: 2021. október 12. innen: <https://crosscut.com/2013/07/finding-your-aces-score>
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., és Int HBSC Network Coordinating Comm. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC) Study: origins, concept, history and development 1982-2008. *International Journal of Public Health*, 54, 131-139. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5404-x>
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., és Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429-1436. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024>
- Currie, J., és Widom, C. S. (2010). Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreatment*, 15(2), 111-120. <https://doi.org/10.1177/1077559509355316>
- Curtis, W., és Cicchetti, D. (2007). Emotion and resilience: A multi-level investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and non-maltreated children. *Development and Psychopathology*, 19(3), 811-840.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., és van Ijzendoorn, n. M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology* 22(1), 87-108.
- Daly, M., és Wilson, M. (1998a). The evolutionary social psychology of family violence. In C. B. Crawford és D. L. Krebs (Eds.), *Handbook of evolutionary psychology: Ideas, issues, and applications* (pp. 431-456). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Daly, M., és Wilson, M. (1998b). *The truth about Cinderella: A darwinian view of parental love*. Yale University Press.
- Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A., és Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: Long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 63-79. <https://doi.org/10.1023/A:1007835531614>

- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-172. <https://doi.org/10.1177/1077559505275116>
- De Bellis, M. D., Hall, J., Boring, A. M., Frustaci, K., és Moritz, G. (2001). A pilot longitudinal study of hippocampal volumes in pediatric maltreatment-related disorder posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50(4), 305-309. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01105-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01105-2)
- De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Spratt, E. G., és Woolley, D. P. (2009). Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(6), 868-878. <https://doi.org/10.1017/S1355617709990464>
- De Venter, M., Demyttenaere, K., és Bruffaerts, R. (2013). The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(4), 259-268.
- Denholm, R., Power, C., Thomas, C., és Li, L. (2013). Child Maltreatment and Household Dysfunction in a British Birth Cohort. *Child Abuse Review*, 22(5), 340-353. <https://doi.org/10.1002/car.2235>
- Devanarayana, N. M., Mettananda, S., Liyanarachchi, C., Nanayakkara, N., Mendis, N., Perera, N., és Rajindrajith, S. (2011). Abdominal Pain-Predominant Functional Gastrointestinal Diseases in Children and Adolescents: Prevalence, Symptomatology, and Association With Emotional Stress. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 53(6), 659-665. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3182296033>
- Dietz, P. H., Spitz, A. M., Anda, R. F., Williamson, D. F., McMahon, P. M., Santelli, J. S., Nordenberg, D. F., Felitti, V. J., és Kendrick, J. S. (1999). Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 282(14), 1359-1364. <https://doi.org/10.1001/jama.282.14.1359>
- Domhardt, M., Munzer, A., Fegert, J. M., és Goldbeck, L. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma Violence & Abuse*, 16(4), 476-493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
- Dong, M. X., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., és Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771-784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Dong, M. X., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P., és Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease - Adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110(13), 1761-1766. <https://doi.org/10.1161/01.Cir.0000143074.54995.7f>
- Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H., Roberts, D. F., és Fraleigh, M. J. (1987). The Relation of Parenting Style to Adolescent School Performance. *Child Development*, 58(5), 1244-1257. <https://doi.org/10.2307/1130618>
- Doyle, C., és Cicchetti, D. (2017). From the Cradle to the Grave: The Effect of Adverse Caregiving Environments on Attachment and Relationships Throughout the Lifespan. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 24(2), 203-217. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12192>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., és 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.

- Jama-Journal of the American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.
<https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., és Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713-725:S0306-4603(01)00204-0. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00204-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00204-0)
- Dube, S. R., Cook, M. L., és Edwards, V. J. (2010). Health-Related Outcomes of Adverse Childhood Experiences in Texas, 2002. *Preventing Chronic Disease*, 7(3), A52:A52.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., és 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.
<https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J., és Borowsky, I. W. (2010). Adolescent Violence Perpetration: Associations With Multiple Types of Adverse Childhood Experiences. *Pediatrics*, 125(4), E778-E786. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0597>
- Dulmus, C. N., és Hilarski, C. (2006). Significance of gender and age in African American children's response to parental victimization. *Health & Social Work*, 31(3), 181-188. <https://doi.org/10.1093/hsw/31.3.181>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., és Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Egeland, B., Jacobvitz, D., és Sroufe, L. A. (1988). Breaking the Cycle of Abuse. *Child Development*, 59(4), 1080-1088. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1988.tb03260.x>
- Eisenberg, N., E. T. Gershoff, R. A. Fabes, S. A. Shepard, A. J. Cumberland, S. H. Losoya, I. K. Guthrie, and B. C. Murphy. (2001). Mother's emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's regulation. *Developmental Psychology* 37(4), 475.
- Felitti, V. J. (2002). The relationship between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6, 44-47.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., és 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. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., és Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607-619. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., és Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*, 30(3), 529-544.
<https://doi.org/10.1017/S0033291799002111>
- Fiess, J., Steffen, A., Pietrek, C., és Rockstroh, B. (2013). Childhood adversities and dissociative symptoms in patients with psychological disorders. *Zeitschrift Fur*

- Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 42(1), 24-33.
<https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000183>
- Finkelhor, D. (2018). Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child Abuse & Neglect*, 85, 174-179.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.016>
- Finkelhor, D., Hamby, S., Turner, H., és Walsh, W. (2016). Ethical issues in surveys about children's exposure to violence and sexual abuse. In C. Cuevas és C. Rennison (Eds.), *The Wiley handbook on the psychology of violence chichester* (pp. 24-28). Wiley.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., és Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 479-502. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.012>
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., Hamby, S., és Kracke, K. (2009). "Children's Exposure to Violence: A Comprehensive National Survey.". *National Survey of Children's Exposure to Violence*, 24.
- Finkelhor, D., Vanderminden, J., Turner, H., Hamby, S., és Shattuck, A. (2014). Child maltreatment rates assessed in a national household survey of caregivers and youth. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1421-1435.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.005>
- Finzi, R., Ram, A., Har-Even, D., Shnit, D., és Weizman, A. (2001). Attachment styles and aggression in physically abused and neglected children. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 769-786. <https://doi.org/10.1023/A:1012237813771>
- Fisher, P. A., Lester, B. M., DeGarmo, D. S., Lagasse, L. L., Lin, H., Shankaran, S., Bada, H. S., Bauer, C. R., Hammond, J., Whitaker, T., és Higgins, R. (2011). The combined effects of prenatal drug exposure and early adversity on neurobehavioral disinhibition in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 23(3), 777-788. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000290>
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., és Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives. *Sex Roles*, 42(3-4), 233-253.
<https://doi.org/10.1023/A:1007091207068>
- Flaherty, E. G., Thompson, R., Litrownik, A. J., Theodore, A., English, D. J., Black, M. M., Wike, T., Whimper, L., Runyan, D. K., és Dubowitz, H. (2006). Effect of early childhood adversity on child health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(12), 1232-1238. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.12.1232>
- Ford, J. D., Chapman, J. F., Hawke, J., és Albert, D. (2007). Trauma among youth in the juvenile justice system: critical issues and new directions. *National Center for Mental Health and Juvenile Justice*.
- Ford, J. D., Chapman, J. F., Hawke, J. M., és Albert, D. B. (2007). Trauma Among Youth in the Juvenile Justice System : Critical Issues and New Directions.
- Franck, E. J. (1996). Prenatally drug-exposed children in out-of-home care: Are we looking at the whole picture? *Child Welfare*, 75(1), 19-34.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Fry, D., Fang, X. M., Elliott, S., Casey, T., Zheng, X. D., Li, J. Y., Florian, L., és McCluskey, G. (2018). The relationships between violence in childhood and educational outcomes: A global systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 75, 6-28. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.021>
- Fuller-Thomson, E., West, K. J., Sulman, J., és Baird, S. L. (2015). Childhood Maltreatment Is Associated with Ulcerative Colitis but Not Crohn's Disease:

- Findings from a Population-based Study. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(11), 2640-2648. <https://doi.org/10.1097/Mib.0000000000000551>
- Gaebel, W., Stricker, J., és Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 7-15. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>
- Gaensbauer, T. J., és Mrazek, D. (1981). Differences in the Patterning of Affective Expression in Infants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 673-691. <https://doi.org/10.1097/00004583-198102000-00001>
- Gallitto, E., Lyons, J., Weegar, K., Romano, E., és Team, M. R. (2017). Trauma-symptom profiles of adolescents in child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 68, 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.011>
- Garbarino, J., és Kostelny, K. (1992). Child Maltreatment as a Community Problem. *Child Abuse & Neglect*, 16(4), 455-464. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90062-V](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90062-V)
- Garside, R. B., és Klimes-Dougan, B. (2002). Socialization of discrete negative emotions: Gender differences and links with psychological distress. *Sex Roles*, 47(3-4), 115-128. <https://doi.org/10.1023/A:1021090904785>
- Geenen, S., és Powers, L. E. (2007). "Tomorrow is another problem" - The experiences of youth in foster care during their transition into adulthood. *Children and Youth Services Review*, 29(8), 1085-1101. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2007.04.008>
- Gewirtz-Meydan, A. (2020). The relationship between child sexual abuse, self-concept and psychopathology: The moderating role of social support and perceived parental quality. *Children and Youth Services Review*, 113:104938. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104938>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., és Janson, S. (2009). Child Maltreatment 1 Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Gillham, B., Tanner, G., Cheyne, B., Freeman, I., Rooney, M., és Lambie, A. (1998). Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: Their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(2), 79-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00134-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00134-8)
- Goncy, E. A., Basting, E. J., és Dunn, C. B. (2020). A Meta-Analysis Linking Parent-to-Child Aggression and Dating Abuse During Adolescence and Young Adulthood. *Trauma Violence & Abuse*:1524838020915602. <https://doi.org/10.1177/1524838020915602>
- Goodman, R. (2020). *SDQ. Information for researchers and professionals about the strengths & difficulties questionnaires*. Letöltve: 2020. szeptember 15. innen: <https://www.sdqinfo.org>
- Goodman, R., Meltzer, H., és Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130. <https://doi.org/10.1007/s007870050057>
- Goodman, R., és Scott, S. (1999). Comparing the strengths and difficulties questionnaire and the child behavior checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 17-24. <https://doi.org/10.1023/A:1022658222914>
- Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., Ko, S. J., Gerrity, E. T., Steinberg, A. M., Howard, M. L., Pynoos, R. S., és Fairbank, J. A. (2011). Complex Trauma and Mental Health in Children and Adolescents Placed in Foster

- Care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- Griffin, G., McClelland, G., Holzberg, M., Stolbach, B., Maj, N., és Kisiel, C. (2011). Addressing the Impact of Trauma Before Diagnosing Mental Illness in Child Welfare. *Child Welfare*, 90(6), 69-89.
- Hamilton, W. (1964). The genetical evolution of social behaviour. *Journal of Theoretical Biology*, 7(1), 1-16. [https://doi.org/10.1016/0022-5193\(64\)90038-4](https://doi.org/10.1016/0022-5193(64)90038-4)
- Hámori, E. (2015). *A kötődésemélet perspektívái --A klasszikusoktól napjainkig*. Animula.
- Hámori, E. (2017). A kötődéskutatások változó arca. Tematikus szám. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 72(1).
- Hardt, J., és Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
- Hemmingsson, E., Johansson, K., és Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15(11), 882-893. <https://doi.org/10.1111/obr.12216>
- Heneghan, A., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Zhang, J. J., Rolls-Reutz, J., Fisher, E., Landsverk, J., és Horwitz, S. M. (2013). Mental Health Problems in Teens Investigated by US Child Welfare Agencies. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 634-640. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.10.269>
- Herczog, M. (2015). Poor Children, Poor Services, Poor Outcomes: Child Poverty and Its Impact on Referral and Placement in Public Care System in Hungary. *Theoretical and Empirical Insights into Child and Family Poverty: Cross National Perspectives*, 10, 239-256. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17506-5_15
- Herman, J. (2003). *Trauma és gyógyulás*. Háttér Kiadó – NANE Egyesület.
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., és Kress, H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, 137(3):e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., és Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113(2), 320-327. <https://doi.org/10.1542/peds.113.2.320>
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., és Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: A retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33(5), 206-211. <https://doi.org/10.2307/2673783>
- Hodgdon, H. B. L., R.; Martin, L.; Suvak, M.; Beserra, K.; Rosenblum, W.; Spinazzola, J. . (2018). The Effects of Trauma Type and Executive Dysfunction on Symptom Expression of Polyvictimized Youth in Residential Care. *Journal of Traumatic Stress*, 31, 255-264.
- Hoffmann, J. P., és Su, S. S. (1997). The conditional effects of stress on delinquency and drug use: A strain theory assessment of sex differences. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 34(1), 46-78. <https://doi.org/10.1177/0022427897034001004>
- Holt, S., Buckley, H., és Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- Homoki, A. (2014). *A gyermekvédelmi gondozottak reziliencia vizsgálata a Dél-alföldi és az Észak-alföldi régióban* [Debreceni Egyetem]. Debrecen.

- Hong, S., Rhee, T. G., és Piescher, K. N. (2018). Longitudinal association of child maltreatment and cognitive functioning: Implications for child development. *Child Abuse & Neglect*, 84, 64-73. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.026>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., és Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), E356-E366.
- Husarova, D., Veselska, Z. D., Sigmundova, D., és Geckova, A. M. (2015). Age and Gender Differences in Prevalence of Screen Based Behaviour, Physical Activity and Health Complaints among Slovak School-Aged Children. *Central European Journal of Public Health*, 23, S30-S36.
- Hyland, M. E., Alkhalaf, A. M., és Whalley, B. (2013). Beating and insulting children as a risk for adult cancer, cardiac disease and asthma. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(6), 632-640. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9457-6>
- Inchley J, C. D., Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, Mathison F, Aleman-Diaz A, Molcho M, Weber M. (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. International report from the 2013/2014 survey.* Letöltve: 2021. szeptember 15. innen: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf
- Isohookana, R., Marttunen, M., Hakko, H., Riiipinen, P., és Riala, K. (2016). The impact of adverse childhood experiences on obesity and unhealthy weight control behaviors among adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.002>
- Jaffee, S. R., és Gallop, R. (2007). Social, emotional, and academic competence among children who have had contact with child protective services: Prevalence and stability estimates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6), 757-765. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318040b247>
- Jakubowski, K. P., Cundiff, J. M., és Matthews, K. A. (2018). Cumulative childhood adversity and adult cardiometabolic disease: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 37(8), 701-718.
- Jenkins, J. V. W., D.P.; Hooper, S.R.; De Bellis, M.D. (2013). Direct and Indirect Effects of Brain Volume, Socioeconomic Status and Family Stress on Child IQ. *Journal of child and adolescent behavior*, 1(2):1000107. <https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000107>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., és Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 600-606. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.600>
- Jonson-Reid, M., Drake, B., Kim, J. Y., Porterfield, S., és Han, L. (2004). A prospective analysis of the relationship between reported child maltreatment and special education eligibility among poor children. *Child Maltreatment*, 9(4), 382-394. <https://doi.org/10.1177/1077559504269192>
- Kajeepeeta, S., Gelaye, B., Jackson, C. L., és Williams, M. A. (2015). Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review. *Sleep Medicine*, 16(3), 320-330. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.013>
- Kardiner, A., és Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness* (2nd ed.). P. B. Hoeber.

- Kaufman, J., Montalvo-Ortiz, J. L., Holbrook, H., O'Loughlin, K., Orr, C., Kearney, C., Yang, B. Z., Wang, T., Zhao, H. Y., Althoff, R., Garavan, H., Gelernter, J., és Hudziak, J. (2018). Adverse Childhood Experiences, Epigenetic Measures, and Obesity in Youth. *Journal of Pediatrics*, 202, 150-+. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.06.051>
- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H., és Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic Stress Disorder in Maltreated Youth: A Review of Contemporary Research and Thought. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(1), 46-76. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0061-4>
- Keil, V., és Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761-779. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.08.006>
- Kelly-Irving, M., és Delpierre, C. (2019). A Critique of the Adverse Childhood Experiences Framework in Epidemiology and Public Health: Uses and Misuses. *Social Policy and Society*, 18(3), 445-456. <https://doi.org/10.1017/S1474746419000101>
- Kelly-Irving, M., Lepage, B., Dedieu, D., Bartley, M., Blane, D., Grosclaude, P., Lang, T., és Delpierre, C. (2013). Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *European Journal of Epidemiology*, 28(9), 721-734. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9832-9>
- Kendalltackett, K. A., Williams, L. M., és Finkelhor, D. (1993). Impact of Sexual Abuse on Children - a Review and Synthesis of Recent Empirical-Studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kim, J., és Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Kirmayer, L. J., és Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420-430. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00006>
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., és Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 213(6), 698-703. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.207>
- Kisiel, C., Fehrenbach, T., és Small, L. (2009). Assessment of Complex Trauma Exposure, Responses, and Service Needs Among Children and Adolescents in Child Welfare. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2, 143-160. <https://doi.org/10.1080/19361520903120467>
- Kisiel, C., Summersett-Ringgold, F., Weil, L. E. G., és McClelland, G. (2017). Understanding Strengths in Relation to Complex Trauma and Mental Health Symptoms within Child Welfare. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 437-451. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0569-4>
- Kisiel, C. L., és Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1034-1039. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1034>
- Klimes-Dougan, B., Brand, A. E., Zahn-Waxler, C., Usher, B., Hastings, P. D., Kendziora, K., és Garside, R. B. (2007). Parental emotion socialization in adolescence:

- Differences in sex, age and problem status. *Social Development*, 16(2), 326-342.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00387.x>
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J. J., Barth, R. P., Leslie, L. K., és Burns, B. J. (2010). Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents Referred for Child Welfare Investigation A National Sample of In-Home and Out-of-Home Care. *Child Maltreatment*, 15(1), 48-63.
<https://doi.org/10.1177/1077559509337892>
- Koós, O. (2010). *A dezorganizált kötődés kialakulása csecsemőkorban című doktori értekezése* Debreceni Egyetem]. Debrecen.
- Korkeila, J., Lietzen, R., Sillanmaki, L. H., Rautava, P., Korkeila, K., Kivimaki, M., Koskenvuo, M., és Vahtera, J. (2012). Childhood adversities and adult-onset asthma: a cohort study. *Bmj Open*, 2(5):e001625. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001625>
- Kósa, K. (2015). A gyermekkori traumatizáció hatásai a felnőttkori egészségi állapotra. In I. Kuritárné Szabó és E. Tisljár-Szabó (Eds.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna* (pp. 139–166). Oriold és Társai Kiadó.
- KSH. (2014). *A Gyermekvédelmi Jelzőrendszer Működése*. Központi Statisztikai Hivatal. Letöltve: 2021. január 18. innen: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/gyermekvedelem14.pdf>
- KSH. (2017). *Magyarország*. Központi Statisztikai Hivatal. Letöltve: 2021. január 12. innen: <http://www.parlament.hu/irom41/00208/00208.pdf>
- KSH. (2019a). *Gyermekotthonban és Nevelőszülőnél Ellátott Gyermekek és Fiatalkorúak a Gondozás Időtartama Szerint (2004-)*. Központi Statisztikai Hivatal. Letöltve: 2021. január 12. innen: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsg009.html
- KSH. (2019b). *Statisztikai tükör. A válások demográfiai jellemzői*. Központi Statisztikai Hivatal. Letöltve: 2021. január 12. innen: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/valas17.pdf>
- Kuritárné Szabó, I. (2015). A gyermekkori családon belüli traumatizáció következményei. In I. Kuritárné Szabó és E. Tisljár-Szabó (Eds.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*. Oriold és Társai Kiadó.
- Lacey, R. E., és Minnis, H. (2020). Practitioner Review: Twenty years of research with adverse childhood experience scores - Advantages, disadvantages and applications to practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(2), 116-130.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13135>
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., és Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(8), 824-830.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.156.8.824>
- Lansford, J. E., Miller-Johnson, S., Berlin, L. J., Dodge, K. A., Bates, J. E., és Pettit, G. S. (2007). Early physical abuse and later violent delinquency: A prospective longitudinal study. *Child Maltreatment*, 12(3), 233-245.
<https://doi.org/10.1177/1077559507301841>
- Lau, J. T. F., Liu, J. L. Y., Cheung, J. C. K., Yu, A., és Wong, C. K. (1999). Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents: A population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 549-557.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00029-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00029-0)

- Leadbeater, B. J., Blatt, S. J., és Quinlan, D. M. (1995). Gender-Linked Vulnerabilities to Depressive Symptoms, Stress, and Problem Behaviors in Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 5(1), 1-29. https://doi.org/10.1207/s15327795jra0501_1
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., és Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268-1282. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.5.1268>
- Lee, D., Jerman, P., Boparai, S. K. P., Koita, K., Briner, S., Bucci, M., és Harris, N. B. (2018). Review of Tools for Measuring Exposure to Adversity in Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(6), 564-583. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.04.021>
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., és Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7:39. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>
- Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C., Swaab, H., és Scholte, E. (2016). Characteristics of Children in Foster Care, Family-Style Group Care, and Residential Care: A Scoping Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2357-2371. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0418-5>
- Lev-Wiesel, R., Eisikovits, Z., First, M., Gottfried, R., és Mehlhausen, D. (2018). Prevalence of Child Maltreatment in Israel: A National Epidemiological Study. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(2), 141-150. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0118-8>
- Levendosky, A. A., és Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16(2), 171-192. <https://doi.org/10.1023/A:1011111003373>
- Levy, M. S. (1998). A Helpful Way to Conceptualize and Understand Reenactments. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(3), 227-235.
- Lewis, T., Thompson, R., Kotch, J. B., Proctor, L. J., Litrownik, A. J., English, D. J., Runyan, D. K., Wiley, T. R. A., és Dubowitz, H. (2012). Parent-youth discordance about youth-witnessed violence: Associations with trauma symptoms and service use in an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 36(11-12), 790-797. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.009>
- Liem, J. H., és Boudewyn, A. C. (1999). Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult self- and social functioning: An attachment theory perspective. *Child Abuse & Neglect*, 23(11), 1141-1157. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00081-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00081-2)
- Linden, S. C., Jones, E., és Lees, A. J. (2013). Shell shock at Queen Square: Lewis Yealland 100 years on. *Brain*, 136, 1976-1988. <https://doi.org/10.1093/brain/aws331>
- Llabre, M. M., Schneiderman, N., Gallo, L. C., Arguelles, W., Daviglius, M. L., Gonzalez, F., Isasi, C. R., Perreira, K. M., és Penedo, F. J. (2017). Childhood Trauma and Adult Risk Factors and Disease in Hispanics/Latinos in the US: Results From the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL) Sociocultural Ancillary Study. *Psychosomatic Medicine*, 79(2), 172-180. <https://doi.org/10.1097/Psy.0000000000000394>
- Lum, J. A. G., Powell, M., és Snow, P. C. (2018). The influence of maltreatment history and out-of-home-care on children's language and social skills. *Child Abuse & Neglect*, 76, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.10.008>

- Lum, J. A. G., Powell, M., Timms, L., és Snow, P. (2015). A Meta-Analysis of Cross Sectional Studies Investigating Language in Maltreated Children. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 58(3), 961-976.
https://doi.org/10.1044/2015_Jslhr-L-14-0056
- Lynch, M., és Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10(2), 235-257. <https://doi.org/10.1017/S095457949800159x>
- Lyonsruth, K., Alpern, L., és Repacholi, B. (1993). Disorganized Infant Attachment Classification and Maternal Psychosocial Problems as Predictors of Hostile-Aggressive Behavior in the Preschool Classroom. *Child Development*, 64(2), 572-585. <https://doi.org/10.2307/1131270>
- Lyonsruth, K., Connell, D. B., Zoll, D., és Stahl, J. (1987). Infants at Social Risk - Relations among Infant Maltreatment, Maternal-Behavior, and Infant Attachment Behavior. *Developmental Psychology*, 23(2), 223-232.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.2.223>
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1):7.
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Main, M., és Goldwyn, R. (1998). *Adult attachment scoring and classification system. Unpublished Manual*. University of California at Berkeley.
- Main, M., és Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? . In M. Greenberg, D. Cicchetti, és E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). The University of Chicago Press.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., és Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782.
<https://doi.org/10.1017/S0954579401004023>
- Marques, A., Demetriou, Y., Tesler, R., Gouveia, E. R., Peralta, M., és de Matos, M. G. (2019). Healthy Lifestyle in Children and Adolescents and Its Association with Subjective Health Complaints: Findings from 37 Countries and Regions from the HBSC Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18):3292. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183292>
- Maschi, T., Morgen, K., Bradley, C., és Hatcher, S. S. (2008). Exploring Gender Differences on Internalizing and Externalizing Behavior Among Maltreated Youth: Implications for Social Work Action. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25, 531–547.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In M. D. GLANTZ és D. J. MEYER (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations. Longitudinal research in the social and behavioral sciences* (pp. 281-296). Kluwer Academic Publishers.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930.
<https://doi.org/10.1017/S0954579407000442>
- Masten, A. S., Best, K., és Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.

- Masten, A. S., és Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345-361. <https://doi.org/10.1017/S095457941200003x>
- Mathews, B., Pacella, R., Dunne, M. P., Simunovic, M., és Marston, C. (2020). Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. *Plos One*, 15(1):e0227884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227884>
- Maughan, A., és Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(5), 1525-1542. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00488>
- Maxfield, M. G., és Widom, C. S. (1996). The cycle of violence - Revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(4), 390-395. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1996.02170290056009>
- Mazerolle, P. (1998). Gender, general strain, and delinquency: Empirical examination. *Justice Quarterly*, 15, 65-91. <https://doi.org/10.1080/07418829800093641>
- Mazur, J., Tabak, I., és Kololo, H. (2007). Towards a better assessment of child and adolescent mental health status. Polish version of strengths and difficulties questionnaire. Experiences from two population studies. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 11(1), 13-24.
- Mazza, J. J., és Reynolds, W. M. (1999). Exposure to violence in young inner-city adolescents: Relationships with suicidal ideation, depression, and PTSD symptomatology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(3), 203-213. <https://doi.org/10.1023/A:1021900423004>
- McCabe, F. (1989). Az életkorra vonatkozó absztrakt perceptuális információ: A bántalmazás egy rizikófaktora? *Pszichológia*, 3(9), 447-492.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., Derogatis, L. R., és Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse - Unhealed wounds. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1362-1368. <https://doi.org/10.1001/jama.277.17.1362>
- McCrory, E., De Brito, S. A., és Viding, E. (2010). Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1079-1095. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x>
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M., Turecki, G., és Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12(3), 342-348. <https://doi.org/10.1038/nn.2270>
- McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Jr., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T., és Spitznagel, E. L. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 88-95. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000145806.24274.d2>
- McNichol, T., és Tash, C. (2001). Parental substance abuse and the development of children in family foster care. *Child Welfare*, 80(2), 239-256.
- Meinck, F., Cluver, L. D., Boyes, M. E., és Mhlongo, E. L. (2015). Risk and Protective Factors for Physical and Sexual Abuse of Children and Adolescents in Africa: A Review and Implications for Practice. *Trauma Violence & Abuse*, 16(1), 81-107. <https://doi.org/10.1177/1524838014523336>

- Meinck, F., Cosma, A., Mikton, C., és Baban, A. (2017). Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students. *Child Abuse & Neglect*, 72, 326-337.
- Mercy, J., Hillis, S., Butchart, A., Bellis, M., Ward, C., Fang, X., és Rosenberg, M. (2017). Interpersonal violence: global impact and paths to prevention. In C. N. Mock, R. Nugent, O. Kobusingye, és K. R. Smith (Eds.), *Disease Control Priorities* (Vol. 7, pp. 71-96). World Bank.
- Miller, N. E. (1941). The frustration-aggression hypothesis. *Psychological Review*, 48(4), 337-342. <https://doi.org/10.1037/h0055861>
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J., és Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63-70. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0452-8>
- Molcho, M., Nic Gabhainn, S., Kelly, C., Friel, S., és Kelleher, C. (2007). Food poverty and health among schoolchildren in Ireland: findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Public Health Nutrition*, 10(4), 364-370. <https://doi.org/10.1017/S1368980007226072>
- Monnat, S. M., és Chandler, R. F. (2015). Long-Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. *Sociological Quarterly*, 56(4), 723-752. <https://doi.org/10.1111/tsq.12107>
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., és Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *Bmc Public Health*, 18:1164. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- National Research Council. (2014). *Committee on Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Law and Justice*
- Németh, Á., és Költő, A. (2014). *Health Behaviour in School-aged Children [HBSC]: A WHO-collaborative cross-national study national report 2014 [Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Nemzeti jelentés]*. . Letöltve: 2020. szeptember 15. innen: <http://mek.oszk.hu/16100/16119/16119.pdf>
- Neumann, D., Houskamp, B., Pollock, V., és Briere, J. (1996). The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 1, 6-16. <https://doi.org/10.1177/1077559596001001002>
- Nijenhuis, E. v. d. H., O.; Steele, K. (2010). Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. *Activitas Nervosa Superior* 52, 1-23.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., és Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 9(11):e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Oconnor, M. J., Sigman, M., és Brill, N. (1987). Disorganization of Attachment in Relation to Maternal Alcohol-Consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 831-836. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.55.6.831>
- Oliver, J. E. (1993). Intergenerational Transmission of Child-Abuse - Rates, Research, and Clinical Implications. *American Journal of Psychiatry*, 150(9), 1315-1324.
- Oswald, S. H., Heil, K., és Goldbeck, L. (2010). History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 462-472. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp114>
- Park, S. H., Videlock, E. J., Shih, W., Presson, A. P., Mayer, E. A., és Chang, L. (2016). Adverse childhood experiences are associated with irritable bowel syndrome and

- gastrointestinal symptom severity. *Neurogastroenterology and Motility*, 28(8), 1252-1260. <https://doi.org/10.1111/nmo.12826>
- Pears, K., és Fisher, P. A. (2005). Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(2), 112-122. <https://doi.org/10.1097/00004703-200504000-00006>
- Pears, K. C., Kim, H. K., és Fisher, P. A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32(10), 958-971. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.009>
- Perez, C. M., és Widom, C. S. (1994). Childhood Victimization and Long-Term Intellectual and Academic Outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 18(8), 617-633. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90012-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90012-4)
- Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. S. a. E. P. Benedek (Ed.), *In Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry* (Vol. Chapter 18, pp. 221-238). American Psychiatric Press, Inc.
- Perry, B. D. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss & Trauma*, 14(4), 240-255:912657602. <https://doi.org/10.1080/15325020903004350>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., és Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Potrebny, T., Wiium, N., Haugstvedt, A., Sollesnes, R., Torsheim, T., Wold, B., és Thuen, F. (2019). Health complaints among adolescents in Norway: A twenty-year perspective on trends. *Plos One*, 14(1):e0210509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210509>
- Pretty, C., O'Leary, D. D., Cairney, J., és Wade, T. J. (2013). Adverse childhood experiences and the cardiovascular health of children: a cross-sectional study. *Bmc Pediatrics*, 13:208. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-208>
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. Guilford Press.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Radkeyarrow, M., Mccann, K., Demulder, E., Belmont, B., Martinez, P., és Richardson, D. T. (1995). Attachment in the Context of High-Risk Conditions. *Development and Psychopathology*, 7(2), 247-265. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006489>
- Rafiq, S., Campodonico, C., és Varese, F. (2018). The relationship between childhood adversities and dissociation in severe mental illness: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 509-525. <https://doi.org/10.1111/acps.12969>
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Valimaa, R., Ottova, V., Erhart, M., és HBSC Positive Hlth Focus Grp. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54, 151-159. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5406-8>
- Rebicova, M. L., Veselska, Z. D., Husarova, D., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., és Reijneveld, S. A. (2019). The Number of Adverse Childhood Experiences Is Associated with Emotional and Behavioral Problems among Adolescents.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13):2446.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16132446>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., Ayuso-Mateos, J. L., Kanba, S., Keeley, J. W., Khoury, B., Krasnov, V. N., Kulygina, M., Lovell, A. M., Mari, J. D. J., Maruta, T., Matsumoto, C., Rebello, T. J., Roberts, M. C., Robles, R., Sharan, P., Zhao, M., Jablensky, A., Udomratn, P., Rahimi-Movaghar, A., Rydelius, P. A., Bahrer-Kohler, S., Watts, A. D., és Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3-19.
<https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., és Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Révész, G. (2004). *Szülői bánásmód – gyermekbántalmazás*. Új Mandátum Könyvkiadó.
- Révész, G. (2013). A gyerekek alkalmazkodási stratégiái a rossz szülői bánásmódhoz. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 89-103.
<https://doi.org/10.1556/MPSzle.68.2013.1.7>
- Riley, A. W. (2004). Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambulatory Pediatrics*, 4(4), 371-376. <https://doi.org/10.1367/A03-178r.1>
- Rodrigues, S., Barbosa-Ducharme, M., Del Valle, J. F., és Campos, J. (2019). Psychological Adjustment of Adolescents in Residential Care: Comparative Analysis of Youth Self-Report/Strengths and Difficulties Questionnaire. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 247-258. <https://doi.org/10.1007/s10560-019-00614-x>
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., és Aber, J. L. (1995). The Role of Child Maltreatment in Early Deviations in Cognitive and Affective Processing Abilities and Later Peer Relationship Problems. *Development and Psychopathology*, 7(4), 591-609.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400006738>
- Rutter, M. (1988). *Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data*. Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff és S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (2nd ed., pp. 651–681). Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2006). The Promotion of Resilience in the Face of Adversity. In A. Clarke-Stewart és J. Dunn (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511616259.003>
- Saether, S. M. M., Sivertsen, B., Haugland, S., Boe, T., és Hysing, M. (2018). Health complaints in late adolescence; Frequency, factor structure and the association with socio-economic status. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 141-149.
<https://doi.org/10.1177/1403494817711359>
- Sawyer, M. G., Miller-Lewis, L. R., és Clark, J. J. (2007). The mental health of 13-17 year-olds in Australia: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(2), 185-194.
<https://doi.org/10.1007/s10964-006-9122-x>
- Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Muller, O., és Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect

- severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *Bmc Psychiatry*, 16:295. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1004-5>
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., és Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *Bmc Public Health*, 7:30. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-30>
- Schmid, M., Goldbeck, L., és Nuetzel, J. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2(1):2. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>
- Schmid, M., Petermann, F., és Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *Bmc Psychiatry*, 13:3. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-3>
- Schnohr, C. W., Makransky, G., Kreiner, S., Torsheim, T., Hofmann, F., De Clercq, B., Elgar, F. J., és Currie, C. (2013). Item response drift in the Family Affluence Scale: A study on three consecutive surveys of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey. *Measurement*, 46(9), 3119-3126. <https://doi.org/10.1016/j.measurement.2013.06.016>
- Schroeder, K., Schuler, B. R., Kobulsky, J. M., és Sarwer, D. B. (2021). The association between adverse childhood experiences and childhood obesity: A systematic review. *Obesity Reviews*, 22. <https://doi.org/10.1111/obr.13204>
- Schuengel, C., Marinus, I. H. V., Bakermans-Kranenburg, M. J., és Blom, M. (1998). Frightening maternal behaviour, unresolved loss, and disorganized infant attachment: A pilotstudy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 16(4), 277-283.
- Schutze, I., Geraedts, K., és Leeners, B. (2020). The association between adverse childhood experiences and quality of partnership in adult women. *Child Abuse & Neglect*, 108:104653. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104653>
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., Li, S. . (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress, Executive Summary*. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., és Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Shahinfar, A., Fox, N. A., és Leavitt, L. A. (2000). Preschool children's exposure to violence: Relation of behavior problems to parent and child reports. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 115-125. <https://doi.org/10.1037/h0087690>
- Shapiro, D. N., Kaplow, J. B., Amaya-Jackson, L., és Dodge, K. A. (2012). Behavioral markers of coping and psychiatric symptoms among sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 157-163. <https://doi.org/10.1002/jts.21674>
- Shields, A., és Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 349-363. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp3003_7
- Shin, S. H. (2005). Need for and actual use of mental health service by adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 27(10), 1071-1083. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.12.027>
- Shonk, S. M., és Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37(1), 3-17. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.1.3>

- Sidebotham, P., Heron, J., és Bristol, A. S. T. U. (2006). Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30(5), 497-522. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.005>
- Sidebotham, P., Heron, J., Golding, J., és Team, A. S. (2002). Child maltreatment in the "Children of the Nineties": deprivation, class, and social networks in a UK sample. *Child Abuse & Neglect*, 26(12), 1243-1259:S0145-2134(02)00415-5. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00415-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00415-5)
- Smith, C., és Thornberry, T. P. (1995). The Relationship between Childhood Maltreatment and Adolescent Involvement in Delinquency. *Criminology*, 33(4), 451-481. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1995.tb01186.x>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., Maughan, B., Schlotz, W., és Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *Lancet*, 389(10078), 1539-1548. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30045-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30045-4)
- Spann, M. N., Mayes, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B., Mazure, C. M., Sinha, R., és Blumberg, H. P. (2012). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychology*, 18(2), 182-189. <https://doi.org/10.1080/09297049.2011.595400>
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S. F., és Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-09>
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., és Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517-530. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.01.003>
- Stiles, B. L., Liu, X. R., és Kaplan, H. B. (2000). Relative deprivation and deviant adaptations: The mediating effects of negative self-feelings. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 37(1), 64-90. <https://doi.org/10.1177/0022427800037001003>
- Stoltenborgh M, B.-K. M., Alink LRA, van IJzendoorn MH. (2012). The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21(8), 870-890.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., és van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345-355. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., és Alink, L. R. A. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81-94. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.697165>
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., és Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Stover, C. S., Hahn, H., Im, J. J., és Berkowitz, S. (2010). Agreement of parent and child reports of trauma exposure and symptoms in the pritraumatic period. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, 159-168.

- Strachey, J. (1995). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 2). Hogarth Press.
- Suzuki, H., és Tomoda, A. (2015). Roles of attachment and self-esteem: impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *Bmc Psychiatry*, 15:8. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0385-1>
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., és Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 33-44. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00007-1)
- Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N., és Andersen, S. L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56(2), 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.03.016>
- Thompson, M. P., Kingree, J. B., és Desai, S. (2004). Gender Differences in Long-Term Health Consequences of Physical Abuse of Children: Data From a Nationally Representative Survey. *American Journal of Public Health*, 94(4), 599-604. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.599>
- Tomoda, A., Suzuki, H., Rabi, K., Sheu, Y. S., Polcari, A., és Teicher, M. H. (2009). Reduced prefrontal cortical gray matter volume in young adults exposed to harsh corporal punishment. *Neuroimage*, 47, T66-T71. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.03.005>
- Turecki, G., és Meaney, M. J. (2016). Effects of the Social Environment and Stress on Glucocorticoid Receptor Gene Methylation: A Systematic Review. *Biological Psychiatry*, 79(2), 87-96. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.11.022>
- Turecki, G., Ota, V. K., Belangero, S. I., Jackowski, A., és Kaufman, J. (2014). Early life adversity, genomic plasticity, and psychopathology. *Lancet Psychiatry*, 1(6), 461-466. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00022-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00022-4)
- Turi, E., Gervai, J., Áspán, N., Halász, J., Nagy, P., és Gádoros, J. (2013). Validation of the Hungarian version of the strengths and difficulties questionnaire in an adolescent clinical population. *Psychiatria Hungarica*, 28(2), 165-179.
- Turi E, T. I., Gervai J. (2011). Further examination of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Magy) in a community sample of young adolescents (Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében). *Psychiatria Hungarica*, 26(6), 415-426.
- Turi, E., Toth, I., és Gervai, J. (2011). Further examination of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Magy) in a community sample of young adolescents (Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében). *Psychiatria Hungarica*, 26(6), 415-426.
- Twardosz, S., Lutzker, J. R. . (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.003>
- Ujhelyiné Nagy, A., Kuritár Szabó, I., Hann, E., és Kósa, K. (2019). Measuring the Prevalence of Adverse Childhood Experiences by Survey Research Methods. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Ujhelyiné Nagy, A., és Kuritárné Szabó, I. (2020). Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapotra – szakirodalmi összefoglaló. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 21(1), 1-36. <https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.008>
- UNESCO. (2019). *Behind the numbers: ending school violence and bullying*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

- UNICEF. (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. United Nations Children's Fund. Letöltve: 2021. október 10. innen: <https://data.unicef.org/resources/hidden-in-plain-sight-a-statistical-analysis-of-violence-against-children>
- UNICEF. (2017). *A familiar face: violence in the lives of children and adolescents*. United Nations Children's Fund.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., és Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. Norton and Company.
- van der Kolk, B. (2020). *A test mindent számontart*. Ursus Libris.
- van der Kolk, B. A. (1989). The Compulsion to Repeat the Trauma - Re-Enactment, Revictimization, and Masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- van der Kolk, B. A., Percovitz, D., S., R., Mandel, F., McFarlane, A., és Herman, J. (1996). Disszociáció, szomatizáció és az érzelmi szabályozás zavarai. A traumához való adaptálódás komplex folyamata. In Z. Kulcsár, S. Rózsa, és G. Kökönyei (Eds.), *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. I.* (pp. 247-271).
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., Lieberman, A. F., Putnam, F. W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B. C., és Teicher, M. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Letöltve: 2019. május 15. innen: https://www.ctntraumatrainig.org/uploads/4/6/2/3/46231093/dsm-v_proposal-dtd_taskforce.pdf
- van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., és Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 281-289. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0341-3>
- Veleminsky, M., Dvorackova, O., Samkova, J., Rost, M., Sethi, D., és Veleminsky, M. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences (ACE) in the Czech Republic. *Child Abuse & Neglect*, 102:104249. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104249>
- Vidra Szabó, F. (2001). "Soha többé nem megyek haza...!" - Gyerekek, állami gondozásban. *Esély*, 5, 12-34.
- Vondra, J. I., Barnett, D., és Cicchetti, D. (1989). Perceived and actual competence among maltreated and comparison school children. *Development and Psychopathology*, 1, 237-255.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., van IJzendoorn, M. H., Steele, H., Kontopoulou, A., és Sarafidou, Y. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1208-1220. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00202>
- Wagner, A. W., és Linehan, M. M. (1997). Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and borderline personality disorder. In M. C. Zanarini (Ed.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 203-223). American Psychiatric Association.
- Walsh, D., McCartney, G., Smith, M., és Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(12), 1087-1093. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212738>
- Walsh, W., Dawson, J., és Mattingly, M. (2010). How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy? *Trauma Violence & Abuse*, 11(1), 27-41. <https://doi.org/10.1177/1524838009358892>

- Ward, C. L., Artz, L., Leoschut, L., Kassanje, R., és Burton, P. (2018). Sexual violence against children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and correlates. *Lancet Global Health*, 6(4), E460-E468. [https://doi.org/10.1016/S2214-109x\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109x(18)30060-3)
- Weder, N., Zhang, H. P., Jensen, K., Yang, B. Z., Simen, A., Jackowski, A., Lipschitz, D., Douglas-Palumberi, H., Ge, M., Perepletchikova, F., O'Loughlin, K., Hudziak, J. J., Gelernter, J., és Kaufman, J. (2014). Child Abuse, Depression, and Methylation in Genes Involved With Stress, Neural Plasticity, and Brain Circuitry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(4), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.025>
- Wekerle, C., Leung, E., Wall, A. M., MacMillan, H., Boyle, M., Trocme, N., és Waechter, R. (2009). The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 45-58. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.006>
- Werner, E. E., és Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. McGraw-Hill. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.025>
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., és Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults - Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 166-185. <https://doi.org/10.1177/0886260502238733>
- WHO. (2014). *Global status report on violence prevention*. World Health Organization. Letöltve: 2021. május 15. innen: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- WHO. (2020a). *Global status report on preventing violence against children*. World Health Organization. Letöltve: 2021. május 15. innen: <https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-06/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>
- WHO. (2020b). *WHO report on health behaviours of 11–15-year-olds in Europe reveals more adolescents are reporting mental health concerns*. World Health Organization Letöltve: 2021. szeptember 18. innen: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/hbsc/>
- Wierson, M., és Forehand, R. (1994). The Role of Longitudinal Data with Child Psychopathology and Treatment - Preliminary Comments and Issues - Introduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 883-886. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.62.5.883>
- Williams, J., és Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.004>
- Williamson, D. F., Thompson, T. J., Anda, R. F., Dietz, W. H., és Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26(8), 1075-1082. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802038>
- Wing, R., Gjelsvik, A., Nocera, M., és McQuaid, E. L. (2015). Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Annals of Allergy Asthma & Immunology*, 114(5), 379-384. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2015.02.019>
- Winstok, Z. (2015). Effects of Childhood Experience of Violence Between Parents and/or Parent-to-Child Violence on Young Israeli Adults' Global Self-Esteem. *Violence and Victims*, 30(4), 699-713. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.Vv-D-13-00126>

- Wolf, R. A., McMahon, R. J., és Peter, R. D. (1997). *Child abuse: New directions in prevention and treatment across lifespan*. Sage Publications.
- Wolfe, D. A., és Jaffe, P. (1991). Child-Abuse and Family Violence as Determinants of Child Psychopathology. *Canadian Journal of Behavioural Science-Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 23(3), 282-299.
<https://doi.org/10.1037/h0079021>
- Wolfe, D. A., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A. L., és Grasley, C. (2004). Predicting abuse in adolescent dating relationships over 1 year: The role of child maltreatment and trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 406-415.
<https://doi.org/10.1037/0021-843x.113.3.406>
- Yang, B. Z., Zhang, H. P., Ge, W. J., Weder, N., Douglas-Palumberi, H., Perepletchikova, F., Gelernter, J., és Kaufman, J. (2013). Child Abuse and Epigenetic Mechanisms of Disease Risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(2), 101-107.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.10.012>
- Young-Southward, G., Eaton, C., O'Connor, R., és Minnis, H. (2020). Investigating the causal relationship between maltreatment and cognition in children: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 107:104603.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104603>
- Yun, J. Y., Shim, G., és Jeong, B. (2019). Verbal Abuse Related to Self- Esteem Damage and Unjust Blame Harms Mental Health and Social Interaction in College Population. *Scientific Reports*, 9:5655. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42199-6>
- Zakariás, I., és Németh, Á. (2011). Anyag és módszer. In Á. Németh és A. Költő (Eds.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010* (pp. 11-21). Országos Gyermekkegészségügyi Intézet.
- Zhang, T. Y., és Meaney, M. J. (2010). Epigenetics and the environmental regulation of the genome and its function. *The Annual Review of Psychology*, 61, 439-466.
- Zimmerman, G. M., és Farrell, A. S. (2013). Gender Differences in the Effects of Parental Underestimation of Youths' Secondary Exposure to Community Violence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(10), 1512-1527. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9897-x>
- Zingraff, M. T., Leiter, J., Myers, K. A., és Johnsen, M. C. (1993). Child Maltreatment and Youthful Problem Behavior. *Criminology*, 31(2), 173-202.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1993.tb01127.x>

8.2. Az értekezés alapjául szolgáló és az értekezéshez kapcsolódó közlemények



**DEBRECENI
EGYETEM**

**DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**

H-4002 Debrecen, Egyetem tér 1, Pf.: 400
Tel.: 52/410-443, e-mail: publikaciok@lib.unideb.hu

Nyilvántartási szám: DEENK/82/2022.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Kovács-Tóth Beáta
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola
MTMT azonosító: 10051591

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Kovács-Tóth, B.**, Oláh, B., Papp, G., Kuritárné Szabó, I.: Assessing adverse childhood experiences, social, emotional, and behavioral symptoms, and subjective health complaints among Hungarian adolescents.
Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 15 (1), 1-12, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-021-00365-7>
IF: 3.033 (2020)
2. **Kovács-Tóth, B.**, Oláh, B., Kuritárné Szabó, I.: Can the Cumulative Adverse Childhood Experiences (ACE) Score Actually Identify the Victims of Intrafamilial Childhood Maltreatment? Findings from a Study in the Child Welfare System.
Int. J. Environ. Res. Public Health. 18 (13), 1-13, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18136886>
IF: 3.39 (2020)

További közlemények

3. Kaszás, B., Oláh, B., **Kovács-Tóth, B.**: Az izomdiszmorfia összefüggése a testképpel és a korai maladaptív sémákat kialakító szülői magatartással.
Psychiatr Hung. 36 (2), 113-123, 2021.
4. **Kovács-Tóth, B.**, Túry, F.: Traumatikus életesemények és evészavarok kapcsolata - terápiás lehetőségek.
Lege Artis Med. 30 (4-5), 191-197, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.33616/LAM.30.017>
5. **Kovács-Tóth, B.**: A részek egésze állnak össze - egy érzelmileg traumatizált gyermek fázisorientált traumaterápiája.
Pszichoterápia. 28 (3), 189-199, 2019.





6. Túry, F., **Kovács-Tóth, B.**: A traumatizáció szerepe az evészavarokban. Terápiás lehetőségek - különös tekintettel a kognitív-viselkedésterápiás módszerekre = The role of traumatization in eating disorders. The possibilities of the therapy - with special regard to the cognitive behavioral methods.
Psychiatr Hung. 34 (4), 419-425, 2019.
7. **Kovács-Tóth, B.**, Kazimir, Á.: A bizalom újraépítése: egy 8,5 éves dadogó fiú vizsgálata és terápiája.
In: Klinikai gyermekpszichológiai esettanulmányok. Szerk.: Bugán Antal, Nagy Beáta Erika, Didakt Kiadó, Debrecen, 251-288, 2008.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 6,423

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre): 6,423

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudománymetriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2022.02.14.



8.3. Az értekezéshez kapcsolódó nemzetközi és hazai konferencia előadások

Kovács-Tóth B., Kuritárné Szabó I.: Traumatizáció, mentális és viselkedéses tünetek és reziliencia összefüggései serdülőkorban - különös tekintettel a gyermekvédelemben élő hátrányos helyzetű gyermekekre (előadás) A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése, Debrecen, 2019. május 30. – június 1.

Vincze M., **Kovács-Tóth B.:** A gyermekkori ártalmas élmények és a mentális és viselkedéses tünetek megjelenése a lakásotthonban élő gyermekek körében (előadás) A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése, Debrecen, 2019. május 30. – június 1.

Oláh B., **Kovács-Tóth B.:** A reziliencia háttértényezői és összefüggése mentális és viselkedéses tünetekkel a gyermekvédelemben élő hátrányos helyzetű serdülők körében (előadás) A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése, Debrecen, 2019. május 30. – június 1.

Kovács-Tóth B., Túry F.: The role of traumatization in eating disorders. Poster presentation, ECED, Paris, 2019.9.12-14.

Kovács-Tóth B.: A részek egészzé állnak össze? Traumatizált gyermekekkel végzett integratív terápiás tapasztalatok (előadás) MAKOMP Konferencia, Budapest, 2018. május 26.

Kovács-Tóth B.: Traumatizált gyermekek pszichoterápiás megközelítése (előadás) Pszichológus szakhét, Debreceni Egyetem, Pszichológia Intézet, 2018. november 13.

9. TÁRGYSZAVAK

- serdülők
- ártalmas gyermekkori élmények
- bántalmazás
- diszfunkcionális családi körülmények
- érzelmi tünetek
- viselkedéses tünetek
- szubjektív egészségi panaszok
- gyermekvédelem

KEYWORDS

- adolescence
- adverse childhood experiences
- maltreatment
- family dysfunction
- emotional symptoms
- behavioural symptoms
- subjective health complaints
- child welfare system

10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A legnagyobb hálával témavezetőmnek tartozom, dr. Kuritárné dr. Szabó Ildikónak, akinek szakmai igényessége, éleslátása, olvasottsága, a témában való példátlan jártassága és támogatása rengeteget segített, hogy ez a dolgozat megszülethessen. Precizitása, az általa képviselt magas szakmai színvonal meghatározóvá vált emberi és szakmai utam során.

Köszönet illeti Oláh Barnabást és dr. Papp Gábort a statisztikai elemzésekben nyújtott támogató segítségért.

Köszönöm prof. dr. Túry Ferencnek a kutatásban nyújtott szakmai segítségét.

Köszönöm prof. dr. Ádány Rózának, az Egészségtudományok Doktori Iskola vezetőjének, hogy lehetővé tette a doktori tanulmányaim lefolytatását.

Köszönetemet fejezem ki munkahelyem, a DE ÁOK Magatartástudományi Intézet jelenlegi vezetőjének, prof. dr. Kósa Karolinának a kutatásomhoz nyújtott támogatásáért. Köszönet illeti Takácsné Tóth Emőkét az angol nyelvű közlemények lektorálásáért.

Köszönöm a segítségét azoknak az intézményvezetőknek, akik lehetőséget biztosítottak számunkra, hogy az intézményük területére léphessünk, valamint a serdülők szüleinek és gyámjaiknak, hogy hozzájárulásukkal és beleegyezésükkel gyermekeiket/gondozottjaikat vizsgálhattuk.

Hálás vagyok a kutatásban részt vevő serdülőknek, hogy bizalmukba fogadtak bennünket, és bátran, türelmesen kitöltötték a felkavaró kérdéseket is tartalmazó teszteket.

Köszönöm az adatfelvételben segítséget nyújtó egészségpszichológus hallgatóknak a közreműködését: Bajzát Ágnesnek, Fazekas Kamillának, Kabai Viviennek, Kánya Tamásnak, Nagy Reginának, Németh Adriennek, Papp Ágnesnek, Szikszai Vanesszának, Tatai Csillának, Tóth Andreának és Vincze Mártának.

Köszönöm a Magatartástudományi Intézetben dolgozó kollégáimnak hasznos észrevételeiket és segítségnyújtásukat. Külön köszönöm könyvtárosunknak, Somogyi Gergőnek a segítségét.

Végezetül köszönöm Szüleimnek, hogy mindvégig szeretettel, bennem való hittel támogattak az idáig vezető úton. Köszönettel tartozom Férjemnek, hogy megértéssel viseltetett a sokszor éjszakába nyúló munkám iránt, valamint Kislányomnak, aki türelmével és önzetlen gyermeki szeretetével támogatott.

A kutatás kivitelezését a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatta.

11. FÜGGELÉK

Megjelent publikációk