

Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a mentális és szomatikus egészségre gyermek- és serdülőkorban

Kovács-Tóth Beáta dr. ■ Kuritárné Szabó Ildikó dr.

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

Számos kutatás bizonyítja, hogy a családon belüli bántalmazást elszenvető gyermekek fokozottan ki vannak téve különböző, nagy rizikójú magatartásformáknak, kortársbántalmazásnak, mentális és szomatikus zavaroknak. Az a gyermek, aki retteget keltő élményeket kénytelen ismétlődően átélni, a személyiségfejlődés összes területét tekintve súlyosan sérülhet. Magyarországon sürgető intézkedésekre lenne szükség ezen gyermekek azonosítása és a terápiás segítségnyújtás tekintetében is. Elhanyagolt kutatási terület a gyermekkori ártalmaknak és azok következményeinek vizsgálata, pedig a preventív és terápiás beavatkozásokat gyermek- és serdülőkorban ennek ismeretében lehetne célzottan megtervezni. Tanulmányunkban bemutatjuk az ártalmas gyermekkori élmények előfordulására vonatkozó nemzetközi adatokat. Részletesen tárgyaljuk az ártalmak összefüggéseit a gyermek- és serdülőkorban jelentkező biológiai és kognitív károsodásokkal, kötődési zavarokkal, az externalizációs és internalizációs zavarokkal, a szomatikus megbetegedésekkel, továbbá az egészségkárosító magatartásformákkal. Közleményünk célja az ártalmakra és a következményekre vonatkozó empirikus adatok bemutatása mellett a témára való figyelemfelhívás és érzékenyítés a szakemberek körében.

Orv Hetil. 2023; 164(37): 1447–1455.

Kulcsszavak: ártalmas gyermekkori élmények, bántalmazás, mentális egészség, szomatikus egészség, prevenció

The impact of adverse childhood experiences on mental and somatic health in childhood and adolescence

Multiple studies prove that children who were exposed to adverse childhood experiences within their families are increasingly at risk of various high-risk behaviours, bullying, mental and somatic disorders. In children/adolescents who undergo terrifying experiences on a repetitive, sometimes daily basis without being provided support and the basic safety they would need, all aspects of personality development will be seriously affected. Urgent action is needed in Hungary to identify these children and provide them with therapeutic support. The field of childhood adversities and their consequences has been undeservedly neglected by research, despite the fact that preventive and therapeutic interventions could be specifically designed based on this knowledge during childhood and adolescence. In our study, we present international data on the prevalence of adverse childhood experiences. We discuss in detail the association of adverse childhood experiences with biological and cognitive impairments attachment disorders, externalising and internalising disorders, somatic disorders and health risk behaviours in childhood and adolescence. Besides presenting empirical data on adverse experiences and consequences, the purpose of our publication is to raise awareness and sensitisation among professionals.

Keywords: adverse childhood experiences, child abuse, mental health, somatic health, prevention

Kovács-Tóth B, Kuritárné Szabó I. [The impact of adverse childhood experiences on mental and somatic health in childhood and adolescence]. Orv Hetil. 2023; 164(37): 1447–1455.

(Beérkezett: 2023. május 9.; elfogadva: 2023. június 19.)

Rövidítések

ACE = (adverse childhood experiences) ártalmas gyermekkori élmények; BMI = (body mass index) testtömegindex; CDC = (Centers for Disease Control and Prevention) Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (USA); TIC = (trauma-infor-

med care) traumatudatos gondozás; UNESCO = (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) az Egyesült Nemzetek Nevelésügyi, Tudományos és Kulturális Szervezete; UNICEF = (United Nations Children's Fund) az ENSZ Nemzetközi Gyermekjogi Alapja

Az adatok szerint közel egymilliárd gyermeket is érhet világszerte bántalmazás [1]. Bántalmazás minden olyan viselkedésforma, amely a gyermeknek fizikai, lelki károsodást okoz, sérti emberi méltóságát, és akadályozza a fejlődésben. A bántalmazás során bizalommal, hatalommal való visszaélés történik, melyet erőfölényen alapuló kapcsolatban követnek el. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a gyermekbántalmazás négy típusát különíti el: érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazást vagy abúzust, valamint elhanyagolást [2]. Az utóbbi évtizedek felnőttkori szomatikus következményeket is feltáró kutatásai a gyermekeket érő ártalmak szélesebb körét vizsgálják. Az ártalmas gyermekkori élmények (angol kifejezéssel: adverse childhood experiences – ACE) a bántalmazásnál komplexebb fogalom, lefedi a gyermek ellen elkövetett bántalmazást és elhanyagolást (direkt ártalmak), továbbá a gyermeket körülvevő családban megtapasztalható környezeti (indirekt) ártalmakat is. Mindez azt jelenti, hogy az ártalmas gyermekkori élmények koncepciója a WHO szerinti bántalmazási formákon túl a diszfunkcionális családi körülményeket (különélés/válás, anya elleni erőszak, szerhasználó családtag, mentálisan beteg vagy öngyilkosságot megkísérelt családtag, börtönviselt családtag) is a gyermek életére kedvezőtlenül ható ártalomtípusoknak tekinti, noha azok nem direkt módon irányulnak a gyermek ellen [3].

Az USA-ban 1995-ben indult az Adverse Childhood Experiences Study (a továbbiakban: ACE-kutatás), az első nagy lakossági felmérés, amelynek az volt a célja, hogy a 18 éves kor előtt elszenvedett ártalmas élmények felnőttkori egészségi állapotra gyakorolt hatását vizsgálja. Dózis-hatás-összefüggést találtak az ártalmas élménytípusok és a kimeneti változók között: minél több ártalomtípust szenvedett el gyermekkorában az egyén, felnőttként annál nagyobb esélye volt valamilyen egészségkárosodásra [4]. Az ACE-kutatás hatására világszerte elindultak az ártalmas élmények prevalenciájára és az azokkal összefüggésben lévő mentális és szomatikus következmények felmérésére irányuló kutatások. Az észak-amerikai és a nyugat-európai országok több mint 20 éve széles körben vizsgálják a gyermekkori ártalmakat, ugyanakkor a közép-kelet-európai régióban kevés ilyen adat van. A bántalmazások és egyéb ártalmas élmények gyakoriságát és következményeit elsősorban felnőttek körében, retrospektív módon vizsgálták. A gyermek/serdülő korosztályra vonatkozóan jóval kevesebb adat áll rendelkezésre.

Magyarországon elsőként a Debreceni Egyetemen jelent meg felmérés a gyermekkori ártalmas élmények előfordulására és azok következményeire vonatkozóan mind a felnőtt [5], mind a gyermek és serdülő korosztályban [6]. A jelen összefoglaló célja a gyermek- és serdülőkorú ártalmas élményekre vonatkozó nemzetközi kutatások bemutatása.

A gyermekkori bántalmazásformák és egyéb ártalmas élmények gyakorisága serdülők körében

Módszertani sajátosságok

A gyermekkori ártalmak gyakoriságának kutatása módszertanilag nehéz. A legtöbb bántalmazás titokban zajlik, a gyermekek a legtöbbször nem jelentik fel bántalmazó szüleiket, az elkövető pedig nyilvánvalóan nem érdekelt ebben. Számos oka lehet annak, hogy a bántalmazásról információt szerző személy visszariad a hivatalos bejelentéstől, még akkor is, ha erős bizonyíték vagy gyanú áll fenn: félhet a bántalmazó megtorlásától, illetve a gyermeket vagy a családot érintő negatív következményektől. A kötelezett bejelentők sem mindig tesznek bejelentést, ennek okai között szerepelhet 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. Jelentős szűrkezőna van azzal kapcsolatban, hogy egy kijelentés vagy viselkedés megfelel-e a gyermekbántalmazás és -elhanyagolás törvényileg előírt bejelentési kritériumainak. A gyermekbántalmazás és -elhanyagolás anélkül is felismerhető, hogy a gyermek nyilatkozná róla, például bizonyos típusú sérülések alapján [7]. A legtöbb esetben azonban a bejelentő rendelkezésére álló információk nem meggyőzőek. Mindezek következtében a hivatalos statisztikák meglehetősen alulbecsülik az előfordulást. Az önbevallást használó epidemiológiai vizsgálatok eredményei alapján például a fiúk 15–18%-a és a lányok 8%-a válik szexuális bántalmazás áldozatává [8]. Ugyanakkor a hivatalos statisztikában ennek alig több mint 3%-a jelenik meg, ami azt jelenti, hogy 30 esetből egyszer derül fény a bántalmazásra. Ha az elkövető családtag, még rosszabb a helyzet. Az ártalmas élmények vizsgálata során ezért szükség van az önbeszámolókon alapuló felmérésekre.

A gyermekek önbeszámolója csak akkor lehet érvényes, ha megfelelő technikákat alkalmaznak az adatgyűjtéshez. A gyermekek felmérése számos komplikációt vet fel: például a kérdőív tételeinek megfogalmazásával és szerkesztésével, a memóriakapacitással, a szuggesztibilitással és a kisgyermekek azon (kialakulóban lévő) képességével kapcsolatban, hogy különbséget tegyenek a fantázia és a valóság között [9]. Nagyon kis gyermekek esetében az exploráció mellett fontos lehet a viselkedési vagy fiziológiai jelek szűrése is, mivel a gyermekek sokszor nem képesek megfogalmazni tapasztalataikat, s 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 sem megfelelőek 4 évesnél fiatalabb gyermekek esetében. Ezekben a helyzetekben helyettes válaszadókat alkalmaznak, akik a leggyakrabban a szülők/gondozók, valamint a gyermek pedagógusai [10].

Az ártalmas élmények gyakorisága gyermek-, serdülő- és fiatal felnőtt korban

A gyakoriságokra vonatkozó legfontosabb nemzetközi kutatásokat az 1. táblázatban foglaltuk össze [11–17], a kelet-közép-európai országokra vonatkozó adatok pedig a 2. táblázatban láthatók [6, 18–20]. A gyakoriságok jelentősen eltérnek a bántalmazás típusa, a nemek és a kontinensek szerint. Az eredmények óvatos értelmezést igényelnek, mivel az eltérések egy része módszertani különbségeket is tükröz. Ezek egyrészt az eltérő adatgyűjtési módszerekből, másrészt a bántalmazás és az elhanyagolás meghatározásának különbségeiből fakadnak. A vizsgálatok a gyermek 0–7 éves kora között általában a szülőt kérdezik, később pedig a gyermeket magát.

A Magyarországhoz leginkább hasonló kulturális és politikai háttérrel rendelkező közép- és kelet-európai országokat illetően csak néhány kutatási adat áll rendelkezésre a felnőtt korosztály tekintetében, a gyermekekre és serdülőkre vonatkozóan pedig még ennél is kevesebb (2. táblázat). Az önbeszámolón alapuló érzelmi bántalmazás ezekben az országokban 3,7–39,7% közé tehető. A szexuális bántalmazás a vizsgált minták 3,5–19,1%-át érintette, a fizikai bántalmazás 6,9–32,3%, az érzelmi elhanyagolás pedig 7,4–26,3% volt. A fizikai elhanyagolásra vonatkozóan 8–16,5%-os eredményeket találtunk.

A válás/különélés 3,8–19,8%, a családi erőszak gyakorisága 1,4–22,1%. A szerhasználó családtag 9,6–35,1%, a mentális betegséggel élő családtag gyakorisága 5,6–18,8% közé tehető, a börtönviselt családtagé pedig 1,4–8,3% közé. Ez alapján Kelet-Közép-Európában a leggyakoribb ártalmas élménytípus az érzelmi és fizikai bántalmazás, valamint a szerhasználó családtaggal való együttélés volt. Mindezt megerősítik saját magyarországi, 12–17 éves normál magyar serdülő populációban végzett vizsgálatunk önbevalláson alapuló eredményei is, melyek szerint a leggyakoribb bántalmazásforma az érzelmi bántalmazás (14,7%) és az érzelmi elhanyagolás (15,7%) volt. A leggyakoribb diszfunkcionális családi körülmény pedig a válás: 24,2% [6]. A kelet-közép-európai adatok szerint az egyes ártalmas gyakorisága némileg eltér az 1. táblázatban bemutatott, az egyéb kontinenseken előforduló ártalmakétól, s ennek valószínűleg kulturális és társadalmi okai lehetnek.

Az ártalmas gyermekkori élmények lehetséges következményei felnőttkorban

A korai életkorban kezdődő, krónikus és komplex traumatizáció (több típusú ártalom együttes jelenléte) jár a legsúlyosabb következményekkel. A korán kezdődő és

1. táblázat | Az ártalmas gyermekkori élmények gyakoriságának összehasonlítása gyermekek és gondozóik önjellemzése alapján világszerte [11–17]

| Ország | N/ Életkor (év) | Mérőesz- köz | Érzelmi bántal- mazás (%) | Fizikai bántal- mazás (%) | Szexuális bántal- mazás (%) | Érzelmi elhanya- golás (%) | Fizikai elhanya- golás (%) | Válás/ különélés (%) | Erőszak a családban (%) | Szer- használat (%) | Mentális betegség (%) | Bebör- tönzés (%) |
|--|-----------------------|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| USA Finkelhor és mtsai, 2014 [14] | n = 4503 0–17 | Telefonos interjú | 10,3 | 8,9 | 0,7 | Érzelmi + fizikai: 11,6 | | | | | | |
| USA Bethell és mtsai, 2014 [11] | n = 95 677 0–17 | ACE- kérdőív | | | | | | 20,1 | 7,3 | 10,7 | 8,6 | 6,9 |
| USA Elkins és mtsai, 2019 [13] | n = 10123 13–18 | CTS | 50 | 12,4 | 5,4 | Érzelmi + fizikai: 25,4 | | 27,1 | 19,6 | 17,5 | 28 | 12,3 |
| Izrael Lev-Wiesel és mtsai, 2018 [17] | n = 12035 12–17 | CTQ JVQ | 31,1 | 17 | 18,7 | 17 | 18 | | 9,8 | | | |
| Németország Cohrdes és Mauz, 2020 [12] | n = 3704 7–17 | CTQ ACE-IQ | 17,9 | 5,8 | 5,4 | 25,7 | 19,9 | 18,3 | | 13,5 | 13,7 | 3,1 |
| Egyesült Királyság Houtepen és mtsai, 2020 [15] | n = 9959 0–22 | ACE-IQ | 23,9 | 19 | 4,1 | 23,9 | | 33,8 | 25,3 | 15,1 | 48,6 | 10,5 |
| Malawi (Afrika) Kidman és mtsai, 2019 [16] | n = 2089 10–16 | ACE-IQ | 53 | 53,2 | 6,5 | 85,9 | 32,4 | 50,7 | 59 | 22,4 | 6,5 | 12,9 |

ACE = ártalmas gyermekkori élmények; ACE-IQ = Ártalmas Gyermekkori Élmények Nemzetközi Kérdőív; CTS = Konfliktus Megoldásmódok Kérdőív; CTQ = Gyermekkori Trauma Kérdőív; JVQ = Fiatalkori Áldozattá Válás Kérdőív

2. táblázat | Az ártalmas gyermekkori élmények gyakorisága a kelet-közép-európai országokban gyermekek és fiatal felnőttek önjellemzése alapján [6, 18–20]

| Ország | N/ Életkor | Mérő- eszköz | Érzelmi bántal- mazás (%) | Fizikai bántal- mazás (%) | Szexuális bántal- mazás (%) | Érzelmi elhanya- golás (%) | Fizikai elhanya- golás (%) | Válás/ különé- lés (%) | Erőszak a család- ban (%) | Szer- haszná- lat (%) | Mentális betegség (%) | Bebőr- tönzés (%) |
|---|--|-------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Románia Baban és mtsai, 2013 [18] | n = 2088 Egyetemisták 18–56 | ACE- kérdőív | 23,6 | 26,9 | 12,7 | 26,3 | 16,5 | 15,6 | 17,4 | 21,9 | 12,9 | |
| Csehország Velemínský és mtsai, 2020 [20] | n = 1760 >18 | ACE- kérdőív | 20,7 | 17,1 | 6,4 | | 8 | 23 | 22,1 | 20,2 | 13,4 | 1,4 |
| Nyolc kelet-európai országban végzett felmérések Bellis és mtsai, 2014 [19] | Egyetemis- ták, főiskolások, középiskola/ szakiskola n = 10 696 | ACE- kérdőív | | | | | | | | | | |
| Albánia | 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 |
| Montenegró | 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 | 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, 2021 [6] | n = 516 12–17 | ACE-10 kérdőív | 14,5 | 6,4 | 5 | 15,5 | 3,9 | 23,8 | 4,1 | 8,9 | 8,1 | 7,7 |

ACE = ártalmas gyermekkori élmények

halmozott ártalmak elszenvedése különféle gyermek- és felnőttkori mentális és szomatikus tünetekhez vezethet. Az ártalmas élmények következményeinek fajtája és súlyossága eltérő lehet. Az ártalmak halmozódása mellett az ártalmas élmény típusa (bántalmazás, elhanyagolás, diszfunkcionális családi körülmény, egyéb), a bántalmazás gyakorisága [14], a bántalmazás tartóssága és az életkori kezdet, valamint az áldozat és a bántalmazó viszonya is meghatározó lehet [21]. Lényegesek a kompenzáló hatások és a protektív tényezők, továbbá az egyén megküzdési stratégiái is. Általánosságban elmondható, hogy minél fiatalabb a gyermek a bántalmazás időpontjában, tehát minél korábban kezdődik a bántalmazás, annál összetettebbek és súlyosabbak a következmények, továbbá az ismétlődő/hosszan tartó bántalmazás következményei súlyosabbak, mint az egyszer fellépő terhelt élethelyzet [22]. Az elárultatás traumájának elmélete szerint a gondozó vagy az áldozathoz közel álló személy által elkövetett gyermekkori bántalmazás rosszabb mentális egészséget, valamint nagyobb mértékű amnéziát okoz, mint a nem gondozó által elkövetett bántalmazás [21].

Számos adat igazolja, hogy a multiplex bántalmazást elszenvedő gyermekek felnőttkorban fokozottan ki vannak téve különböző szomatikus és mentális zavarok

megjelenésének [4]. Több szomatikus betegség és egészségkárosító magatartásforma valószínűsége megnő bántalmazás esetén, például a dohányzás, az alkohol- és droghasználat, a cardiovascularis, a légzőszervi, az emésztőrendszeri megbetegedések, a daganatos megbetegedések, a cukorbetegség, a szexuális úton terjedő betegségek, valamint a korai halálózás [23]. A mentális betegségek közül többek között a depresszió, a poszttraumás stressz-zavar, a szorongásos és disszociatív zavarok, a szomatizáció, a konverziós zavarok és egyes személyiségzavarok aránya nagyobb a gyermekkori bántalmazást elszenvedett felnőttek körében [24].

Az ártalmas gyermekkori élmények gyermek- és serdülőkori következményei

A biológiai szabályozás sérülése

A korán kezdődő, halmozott és hosszan fennmaradó ártalmas élmények, az ismétlődő extrém stressz megzavarja az idegrendszeri fejlődést idézhet elő, az immunrendszer és az endokrin rendszer módosulásaihoz vezethet. Elhanyagolás esetén a fejlődő gyermek nem jut a szükséges

stimuláló ingerekhez. A gyermekkori bántalmazás és elhanyagolás kedvezőtlenül befolyásolja az agyi érési folyamatokat, és neurobiológiai zavarokat okoz [25, 26]. Igazolták az egyes agyi struktúrák térfogatbeli és funkcionális eltéréseit, az agyi struktúrák közül többek között a praefrontalis kéreg, a corpus callosum, a hippocampus, az amygdala, valamint a kisagy érintettsége nyert bizonyítást [27, 28].

A fejlődés korai szakaszában elszenvedett bántalmazás vagy elhanyagolás kedvezőtlen hatásainak következtében gyakran aktiválódik az agytörzs ('harc', 'menekülés', 'lefagyás' reakciókat produkálva), amivel egyszerre deaktiválódik a praefrontalis kéreg. A praefrontalis kéreg működése hatással van a belátásra, az ok-okozat felismerésére, a tervezés és szervezés képességének kialakulására, ezáltal a gyermekek kognitív működéseiben megfigyelhető nehézségeket okozhat [29].

A kognitív működés károsodásai

Óvodáskorú gyermekek körében a bántalmazás és elhanyagolás általában rosszabb kognitív funkciókkal járt együtt. A bántalmazást és elhanyagolást átéltek gyermekek hiányosságokat mutatnak a végrehajtó funkciók és a figyelem terén [30], egy részük megkésett beszédfejlődésű [31]. Jellemző rájuk a kitartás hiánya, az alulfejlett kreativitás és a rugalmatlan problémamegoldás is [32]. Egy 67 tanulmányt áttekintő metaanalízis kimutatta, hogy a bántalmazás minden formája jelentős hatással van az oktatási eredményekre. Az ártalmas gyermekkori élménytípusok halmozódása és az iskolai sikeresség között dózis-hatás-összefüggést mutattak ki [33].

Kötődési zavarok

A kötődési kapcsolat többféle készség kialakulásához biztosítja az alapot. Nélkülözhetetlen többek között az önszabályozási kapacitásnak, a biztonságérzetnek, a korai ágenciaérzetnek a kibontakozásához, az énképhez és a kommunikációs képességhez [34]. Ha az elsődleges gondozói környezet elhanyagoló/bántalmazó, kötődési és mentalizációs elégtelenség jelenik meg. Bántalmazó/elhanyagoló kapcsolatban a gyermek kénytelen olyan gondozókkal kialakítani elsődleges kötődést, akik nem törődnek vele, kegyetlenek vagy fenyegetik. Ezekben az esetben az a személy a rettegés tárgya, akinek a megnyugtatót kellene biztosítania. Ennek következtében a gyermek csak dezorganizált kötődést tud kialakítani, ami a későbbiekben súlyosan diszfunkcionális kapcsolati működést idézhet elő [34, 35].

Externalizációs és internalizációs zavarok

A szociális tanuláselmélet a családon belüli erőszakos viselkedés mintáinak generációkon történő átívelésére vonatkozóan szolgál magyarázattal. A családon belüli erő-

szakkal kapcsolatos tapasztalatok bántalmazói mintaként beépülnek a személyiségbe, és befolyásolják a gyermek felnőttkori kapcsolatainak minőségét. A szülők által mutatott agresszív viselkedés, valamint az agresszív viselkedés megfigyelése is megnöveli felnőttkorban a bántalmazó magatartás esélyét, ezt egy 66 tanulmányt összegző metaanalízis is megerősíti [36].

Serdülők körében igazolták, hogy kortárs közösségekben az ártalmaknak kitett gyermekek körében megnő a bántalmazóvá válás és a reviktimizáció kockázata [37].

A bántalmazott gyermekeket a saját érzelmi állapotuk azonosításának deficitje, valamint az érzelembizonytalanság is jellemzi. Ha egy gyermek az általa kimutatott érzelmekre nem kap egyértelmű válaszokat (például a gyermek kétségbeesésére az elsődleges gondozó dühvel reagál), akkor nem tudja saját érzelmi tapasztalatait megfelelő módon azonosítani [38].

Az érzelembizonytalanságban megjelenő zavarok minden változatban megtalálhatók: a robbanásszerű érzelembizonytalanság és a túlságosan szabályozott, merev érzelembizonytalanság is jellemző lehet. A belső állapotok szabályozásának képessége és az érzelmek kifejezésének képessége kapcsolatban van egymással, így a komplex ártalmakat átéltek gyermekekre az önszabályozási és önmegnyugtatósi képességek deficitjei egyaránt jellemzők. Az elégtelen érzelembizonytalanság emocionális instabilitáshoz vezet: ezek a gyermekek a legkisebb stresszre is szélsőséges választ adnak, és súlyos önmegnyugtatósi nehézségektől szenvedhetnek [39].

A bántalmazást és/vagy elhanyagolást átéltek gyermekek az externalizáló viselkedésszindrómák kialakulására vonatkozóan is nagyobb kockázatot mutatnak [40]. Az ártalmakat átéltek fiúk agresszívebbek, több externalizációs tünetet és antiszociális viselkedést mutattak, mint nem bántalmazott társaik [41]. Az érzelmek szabályozásának nehézségei összefüggnek olyan internalizáló viselkedésszel is, mint például a depresszió [42].

Az ártalmakat elszenvedett gyermekek serdülő- és felnőttkorban fokozottan ki vannak téve az evészavarok kockázatának is [43].

A kompetens énkép a pozitív korai tapasztalatok következtében alakul ki. Ezzel szemben amennyiben a gyermek sorozatos bántást és/vagy visszautasítást tapasztal, vagy nem áll rendelkezésre a számára releváns másik (szülő, elsődleges gondozó), az önkép súlyosan károsodik, a gyermek önmagával szemben elégedetlen, képességeit lebecsüli, önmagát hibáztatja, és tehetetlenségérzés uralkodik el rajta [44].

Szomatikus következmények

Vannak olyan tanulmányok, amelyek a serdülő korosztályban összefüggést találtak az ártalmas gyermekkori élmények és néhány szomatikus betegség között.

Egy finn kutatásban 12–17 éves serdülőket (n = 449) vizsgáltak, s a szexuális bántalmazást átéltek lányok nagyobb valószínűséggel voltak elhízottak [45]. 24 tanul-

mány szisztematikus áttekintése során igazolták az elhízás és az ártalmas élményeknek való kitettség kapcsolatát [46]. Egy keresztmetszeti kutatásban (n = 1234) felső tagozatos gyermekeket vizsgáltak: a négy vagy több ártalomtípust átéltek körében szignifikánsan gyakoribb a magasabb nyugalmi pulzusszám, a testtömegindex (BMI) és a derékbőség, valamint a több ártalom átélése összefüggésben állt az elhízással is. Dózis-válasz-hatás igazolódott az ártalmak halmozódása és a BMI, valamint a derékbőség között [47].

13–18 éves serdülők (n = 1850) körében igazolták a funkcionális gastrointestinalis betegségeknek (irritábilis-bél-szindróma, funkcionális dyspepsia, funkcionális hasi fájdalom) a gyermekkori bántalmazással való kapcsolatát. Ezek a gastrointestinalis betegségek szignifikánsan gyakoribbak voltak az érzelmi, szexuális és fizikai bántalmazást elszenvedett serdülők körében, mint a nem bántalmazottaknál. Az ártalmak átélése a szomatizációs tünetek megjelenésével is összefüggést mutatott. Az ártalmakat már igen korai életkorban átélő serdülőknek a szomatizációt mérő skálán adott pontszámai szignifikánsan magasabbak voltak azokhoz képest, akik nem éltek át ártalmat. Bántalmazás esetén a leggyakoribb egyéb, nem emésztőrendszeri tünetek a következők voltak: végtagfájdalom, fejfájás, hátfájdalom [48].

Egy nagy elemszámú (n = 92 472) amerikai, reprezentatív, keresztmetszeti kutatásban kapcsolatot találtak az ártalmas élményeknek való kitettség és az asthma bronchiale kockázata között is [49]. Saját vizsgálatunk eredményei alapján a halmozott ártalmakat átélő serdülők több szubjektív egészségi panaszról (például fejfájás, hátfájás, szédülés, ingerlékenység, alvászavar) számoltak be ártalmakat nem átélő társaikhoz képest [6].

12–17 éves, amerikai reprezentatív serdülői mintában (n = 29 617) azt találták, hogy az ártalmas élményeknek való kitettség növeli a szerhasználat kockázatát [50]. Ezen túlmenően a bántalmazott serdülők több kockázatos viselkedést tanúsítanak, például védekezés nélküli szexuális kapcsolatokat létesítenek [51].

Reziliencia

Fontos kiemelni, hogy az eddig ismertett vizsgálatok statisztikai összefüggéseket tárnak fel, az egyének szintjén azonban lehet variabilitás, például az ártalmak ellenére is megtartott színvonal. A vizsgálatok szerint a bántalmazott gyermekek 10–25%-a képes reziliens működéssé [52]. A reziliens működés az örökletes biológiai tényezők, az egyéni jellemzők és a tapasztalati tényezők időbeli kölcsönhatásából ered [53]. Azt is igazolták, hogy azok a gyermekek, akiknek a pszichés állapota folyamatos ártalmaik ellenére sikeresebben stabilizálódik, általában rendelkeznek egy kompetens felnőttel való pozitív kapcsolattal, hatékonyak a tanulásban, és jó problémamegoldók, elkötelezettek más emberek felé, továbbá kompetensek bizonyos területeken [54].

Megbeszélés

Az ártalmas gyermekkori élmények gyakorisága és következményei

Tanulmányunk felhívja a figyelmet arra, hogy az ártalmas élmények gyermek- és serdülőkorban igen gyakoriak. A kelet-közép-európai országok tekintetében az érzelmi bántalmazás és az érzelmi elhanyagolás a leggyakoribb bántalmazásforma. A bemutatott eredmények alapján úgy tűnik, sok gyerek úgy ítéli meg, hogy családjában a szülői odafordulás mennyisége és minősége nem elégséges.

Az érzelmi bántalmazás kevésbé nyilvánvaló bántalmazásforma. Klinikai megfigyeléseink alapján sok szülő nem rendelkezik megfelelő szülői készségekkel, ilyenkor alkalmazhat érzelmi bántalmazást a gyermekével szemben. Az is gyakori, hogy a krónikus stresszterhelés, a túlterheltség és a támasznélküliség vezet ide. Sok esetben a szülő nem érzi mindezek jelentőségét, s az is előfordulhat, hogy a gyermek nem olyan, mint amilyennek elképzelte, emiatt csalódott lehet. Ezek hátterében a szülő saját bántalmazottsága, nem megfelelő tárgykapcsolati, kötődési mintázatai is állhatnak. Az is hangsúlyozandó, hogy ezek a bántalmazásformák (érzelmi bántalmazás és érzelmi elhanyagolás) a legkevésbé nyilvánvalóak a külvilág számára, így különösen nagy jelentőségük van az ön-jellemzéseken alapuló vizsgálatoknak.

A diszfunkcionális családi körülmények közül a válás és a szerhasználó családtag emelhető ki leginkább a kelet-közép-európai országokat illetően. Magyarországon a házasságok több mint fele válással végződik [55]. A szerhasználat terén (főképpen az alkohol tekintetében) a kelet-közép-európai országok listavezetőnek számítanak [56].

Ha az ártalmak korán kezdődnek, halmozottak, és hosszán tartóan állnak fenn, akkor a következmények súlyosabbak, a gyermek egész személyiségfejlődésére hatással vannak. Sérül a biológiai szabályozás, a kognitív működés, a kötődés és az énkép. Externalizációs és internalizációs zavarok, valamint szomatikus betegségek alakulhatnak ki, és nagyobb az esély a szerhasználatra is. Az ártalmak szerepet játszanak a súlyos kapcsolati problémák, a kortársbántalmazás és áldoztává válás megjelenésében is, veszélyeztetik a felnövő generáció egészséges fejlődését, továbbá rontják a mindennapi funkcionálást is. A korai kapcsolatokban szerzett negatív tapasztalatok, a kötődési sérülések 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, továbbá a gyermekkori ártalmas élményeknek való kitettség növeli a bántalmazóvá válás és a reviktimizáció kockázatát az egész élet során [57]. Számos longitudinális tanulmány is rendelkezésre áll a gyermekkori bántalmazás és a serdülőkori fejlődés, illetve a későbbi felnőttkori

pszichiátriai megbetegedések közötti összefüggésekről [58].

Az ártalmak gyakoriságának leírása, a mentális és szomatikus következmények feltárása a gyermek és serdülő korosztályban is elindult. Az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a közvéleményt, a szakembereket, a népegészségügyi szervezeteket, valamint a politikai döntéshozókat széles körben tájékoztatni kell a gyermekek és serdülőkorúak körében tapasztalható ártalmas élményekről és azok következményeiről, valamint szükséges a veszélyeztetett gyermekek/serdülők azonosítása és a beavatkozások mielőbbi megkezdése.

A megelőzés és a kezelés komplex feladat, amely összehangolt társadalmi, egészségügyi, gyermekjóléti, politikai és szociális intézkedéseket igényel. A gyermek- és serdülőkor a megelőzés, a kockázatcsökkentés és a korai beavatkozás tekintetében optimális életciklus, amelyben a prevenció és terápiás célú intézkedések akár iskolai szinten megvalósíthatók, ezáltal a veszélyeztetett populációban hatékonyabb változást lehet elérni.

Ajánlás a megelőzésre és a megsegítésre vonatkozóan

A gyermekkori ártalmas élményeknek a személyiségfejlődésre gyakorolt kedvezőtlen hatását és népegészségügyi jelentőségét számos nemzetközi szervezet (WHO, CDC, UNICEF, UNESCO) felismerte, és elindult a megelőzésre és az áldozatok megsegítésére, kezelésbe vételére irányuló programok megtervezése. *Meinck és mtsai* [59] a WHO-val való együttműködésben a gyermekkori bántalmazás *szűrésére és monitorozására* tettek javaslatokat. A gyermekbántalmazás folyamatos ellenőrzésére a legmegfelelőbb módszerként a közösségi alapú felméréseket javasolják, amelyeket iskolákban célszerű végrehajtani. 4–7 évente országosan reprezentatív mintán, minden korcsoportban körülbelül 1500 tanulóval az iskolákon keresztül önkitöltő (papíralapú vagy táblagépes/mobiltelefonos) kérdőívek használata javasolt. A gyakorisági arányok időbeli nyomon követése ismételt felméréseket tesz szükségessé.

Ezt a vizsgálatot érdemes lehet kiegészíteni a szülők/gondozók számára készített kérdőívvel, amelyben az ártalmakra és a következményekre (tünetekre) vonatkozó kérdéseket nekik is felteszik. Amennyiben bizonyos gyermekeknél/serdülőknél az iskola rendelkezésére állnak gyámi/gyermekevédelmi/kórházi/rendőrségi vagy egyéb hivatalos adatok, akkor azokat is érdemes rögzíteni, így több forrásból nyerhetők adatok mind a gyakoriságról, mind a veszélyeztetettségről.

Az ártalmakra vonatkozó *edukációt* illetően az alsó tagozatba lépéstől kezdve érzékenyítő előadásokat, filmvetítéseket, élményalapú foglalkozásokat, dráma- és szerepjátékokat lehet szervezni (különböző témákban: például fehérneműszabály, a gyermekkori ártalmas élmények fogalmaival való megismertetés, a kortársbántalma-

zással kapcsolatos ismeretterjesztés) pszichológus vezetésével. Az asszertív kommunikáció eszköztárát mind elméletben, mind gyakorlatban célszerű lenne elsajátítani már általános iskolás korban. Az iskolában megtapasztalt légkör, a konfliktusmegoldások módja (helyes és helytelen), a mások iránti tolerancia, a csoportviszonyok is fontos témái lehetnének az érzékenyítésnek, hiszen a bántalmazások egy megszegyenítő, cserbenhagyó kultúrába vannak beágyazva.

A klinikai gyakorlat szempontjából fontos, hogy a gyermekek felmérése tartalmazzon részletes adatokat a családi életéről, valamint a család és a közösség erőforrásairól annak érdekében, hogy jobban megértsük, hol van szükség beavatkozásra. Az *intervenciók tervezésekor* az egyik lényeges szempont az ártalmas gyermekkori élmények összetevőinek mérlegelése [6]. Míg a családon belüli bántalmazás a gyermek biztonsága érdekében a családból való kiemelését teheti szükségessé, addig a családi diszfunkció sokkal inkább igényelheti a család támogatását. A diszfunkcionálisan működő családok számára valódi segítség lehet az anyagi helyzet javítása, a családtámogatás, a munkahelyteremtés, a minőségi gyermekgondozás fejlesztése, az oktatás, továbbá a szülői készségfejlesztés. A különösen veszélyeztetett populáció számára (gyermekvédelemben lévő gyermekek) szükséges a biztonságot nyújtó intézményrendszer kiépítése, valamint a traumatudatos gondozás (trauma-informed care – TIC) bevezetése jól képzett szakemberek alkalmazásával [60].

Következtetés

A gyermekkori ártalmas élmények komplex mentális és szomatikus következményekkel járhatnak nemcsak felnőtt-, hanem már gyermek- és serdülőkorban is. Az ártalmas élmények bizonyos jellemzői, a rizikó- és protektív tényezők, továbbá az ártalmakat átélt személy rezilienciája is befolyásolja a következmények súlyosságát. Az áttekintés célja, hogy a nemzetközi adatok bemutatásával felhívja a szakemberek figyelmét az ártalmas gyermekkori élmények jelentős gyakoriságára és szerepére a gyermek- és serdülőkori mentális és szomatikus zavarok etiológiájában. Továbbá hangsúlyozza a szociális és népegészségügyi prevenció, valamint a sürgető intervenciók szükségességét az ártalmas élményeknek kitett gyermekek és serdülők körében.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: K.-T. B.: A szakirodalom feldolgozása, a kézirat elkészítése. K. Sz. I.: A szakirodalom feldolgozása, a kézirat korrekciója. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 2016; 137: e20154079.
- [2] World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Geneva, 2006. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499> [accessed: March 20, 2022].
- [3] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med.* 1998; 14: 245–258.
- [4] Bellis MA, Hughes K, Ford K, et al. 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* 2019; 4: e517–e528.
- [5] Ujhelyiné Nagy A, Kuritárné Szabó I, Hann E, et al. Measuring the prevalence of adverse childhood experiences by survey research methods. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 1048.
- [6] Kovács-Tóth B, Oláh B, Papp G, et al. Assessing adverse childhood experiences, social, emotional, and behavioral symptoms, and subjective health complaints among Hungarian adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2021; 15: 12.
- [7] 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; Institute of Medicine; National Research Council. Petersen AC, Joseph J, Feit M. (eds.) New directions in child abuse and neglect research. National Academies Press, Washington, DC, 2014 Mar 25. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/initiative/committee-on-child-maltreatment-research-policy-and-practice-for-the-next-decade-phase-ii> [accessed: March 20, 2022].
- [8] Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, et al. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011; 16: 79–101.
- [9] Shahinfar A, Fox NA, Leavitt LA. Preschool children's exposure to violence: relation of behavior problems to parent and child reports. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70: 115–125.
- [10] Borgers N, de Leeuw E, Hox J. Children as respondents in survey research: cognitive development and response quality I. *Bull Methodol Sociol.* 2000; 66: 60–75.
- [11] Bethell CD, Newacheck P, Hawes E, et al. Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health Aff.* 2014; 33: 2106–2115.
- [12] Cohrdes C, Mauz E. Self-efficacy and emotional stability buffer negative effects of adverse childhood experiences on young adult health-related quality of life. *J Adolesc Health* 2020; 67: 93–100.
- [13] Elkins J, Briggs HE, Miller KM, et al. Racial/ethnic differences in the impact of adverse childhood experiences on posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample of adolescents. *Child Adolesc Soc Work J.* 2019; 36: 449–457.
- [14] Finkelhor D, Vanderminden J, Turner H, et al. Child maltreatment rates assessed in a national household survey of caregivers and youth. *Child Abuse Negl.* 2014; 38: 1421–1435.
- [15] Houtepen LC, Heron J, Suderman MJ, et al. Associations of adverse childhood experiences with educational attainment and adolescent health and the role of family and socioeconomic factors: a prospective cohort study in the UK. *PLOS Med.* 2020; 17: e1003031.
- [16] Kidman R, Smith D, Piccolo LR, et al. Psychometric evaluation of the Adverse Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ) in Malawian adolescents. *Child Abuse Negl.* 2019; 92: 139–145.
- [17] Lev-Wiesel R, Eisikovits Z, First M, et al. Prevalence of child maltreatment in Israel: a national epidemiological study. *J Child Adolesc Trauma* 2018; 11: 141–150.
- [18] Baban A, Cosma A, Balazsi R, et al. Survey of adverse childhood experiences among Romanian university students: study report from the 2012 survey. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107317> [accessed: April 4, 2022].
- [19] Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight Eastern European countries. *Bull World Health Organ.* 2014; 92: 641–655.
- [20] Velemínský M Sr., Dvořáková O, Samková J, et al. Prevalence of adverse childhood experiences (ACE) in the Czech Republic. *Child Abuse Negl.* 2020; 102: 104249.
- [21] Freyd JJ. Betrayal trauma: the logic of forgetting childhood abuse. Harvard University Press, Boston, MA, 1998.
- [22] Révész G. Parental care – child abuse. [Szülői bánásmód – gyermekbántalmazás.] Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2004. [Hungarian]
- [23] Ujhelyiné Nagy A, Kuritárné Szabó I. The impact of adverse childhood experiences on adult health status. [Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapotra – szakirodalmi összefoglaló.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2020; 21: 1–36. [Hungarian]
- [24] Foote B, Smolin Y, Kaplan M, et al. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 623–629.
- [25] Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, et al. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev.* 2003; 27: 33–44.
- [26] Twardosz S, Lutzker JR. Child maltreatment and the developing brain: a review of neuroscience perspectives. *Aggress Violent Behav.* 2010; 15: 59–68.
- [27] McCrory E, De Brito SA, Viding E. Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 1079–1095.
- [28] Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, et al. Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry* 2004; 56: 80–85.
- [29] Perry BD. The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In: Schetky D, Benedek EP. (eds.) *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry.* Chapter 18. American Psychiatric Press, Washington, DC, 2001; pp. 221–238.
- [30] Spann MN, Mayes LC, Kalmar JH, et al. Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychol.* 2012; 18: 182–189.
- [31] Lum JA, Powell M, Timms L, et al. A meta-analysis of cross-sectional studies investigating language in maltreated children. *J Speech Lang Hearing Res.* 2015; 58: 961–976.
- [32] Shonk SM, Cicchetti D. Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Dev Psychol.* 2001; 37: 3–17.
- [33] Blodgett C, Lanigan JD. The association between adverse childhood experience (ACE) and school success in elementary school children. *Sch Psychol Q.* 2018; 33: 137–146.
- [34] Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalization in the clinical practice. [Mentalizáció a klinikai gyakorlatban.] *Lélekben Otthon Könyvek,* Budapest, 2011. [Hungarian]
- [35] Doyle C, Cicchetti D. From the cradle to the grave: the effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan. *Clin Psychol.* 2017; 24: 203–217.
- [36] Goncy EA, Basting EJ, Dunn CB. A meta-analysis linking parent-to-child aggression and dating abuse during adolescence and

- young adulthood. *Trauma Violence Abuse* 2021; 22: 1248–1261.
- [37] Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, et al. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 2010; 125: e778–e786.
- [38] Beeghly M, Cicchetti D. Child maltreatment, attachment, and the self system – emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Dev Psychopathol.* 1994; 6: 5–30.
- [39] National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma Task Force. Complex trauma in children and adolescents. White paper, 2003. Available from: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/complex_trauma_in_children_and_adolescents.pdf [accessed: March 20, 2022].
- [40] Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, et al. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002; 156: 824–830.
- [41] Schilling EA, Aseeltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* 2007; 7: 30.
- [42] Cole PM, Luby J, Sullivan MW. Emotions and the development of childhood depression: bridging the gap. *Child Dev Perspect.* 2008; 2: 141–148.
- [43] Kovács-Tóth B, Oláh B, Kuritárné Szabó I, et al. Adverse childhood experiences increase the risk for eating disorders among adolescents. *Front Psychol.* 2022; 13: 1063693.
- [44] Gewirtz-Meydan A. The relationship between child sexual abuse, self-concept and psychopathology: the moderating role of social support and perceived parental quality. *Child Youth Serv Rev.* 2020; 113: 104938.
- [45] Isohookana R, Marttunen M, Hakko H, et al. The impact of adverse childhood experiences on obesity and unhealthy weight control behaviors among adolescents. *Compr Psychiatry* 2016; 71: 17–24.
- [46] Schroeder K, Schuler BR, Kobulsky JM, et al. The association between adverse childhood experiences and childhood obesity: a systematic review. *Obes Rev.* 2021; 22: e13204.
- [47] Pretty C, O’Leary DD, Cairney J, et al. Adverse childhood experiences and the cardiovascular health of children: a cross-sectional study. *BMC Pediatr.* 2013; 13: 208.
- [48] Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, et al. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011; 53: 659–665.
- [49] Wing R, Gjelsvik A, Nocera M, et al. Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015; 114: 379–384.
- [50] Bomysoad RN, Francis LA. Adverse childhood experiences and mental health conditions among adolescents. *J Adolesc Health* 2020; 67: 868–870.
- [51] Hillis SD, Anda RF, Dube SR, et al. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics* 2004; 113: 320–327.
- [52] Walsh W, Dawson J, Mattingly M. 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* 2010; 11: 27–41.
- [53] Cicchetti D. Annual research review: resilient functioning in maltreated children – past, present, and future perspectives. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54: 402–422.
- [54] Masten AS. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol.* 2007; 19: 921–930.
- [55] Hungarian Central Statistical Office. Demographic characteristics of divorces. [A válások demográfiai jellemzői. Statisztikai Tükör, 2019. 03. 28.] Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2019. Available from: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/valas17.pdf> [accessed: January 12, 2021]. [Hungarian]
- [56] World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2018. Geneva, 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf> [accessed: March 4, 2023].
- [57] Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse Negl.* 2007; 31: 479–502.
- [58] Norman RE, Byambaa M, De R, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PloS Med.* 2012; 9: e1001349.
- [59] Meinck F, Steinert JI, Sethi D, et al. Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343818> [accessed: March 20, 2022].
- [60] Lang JM, Campbell K, Shanley P, et al. Building capacity for trauma-informed care in the child welfare system: initial results of a statewide implementation. *Child Maltreat.* 2016; 21: 113–124.

(Kovács-Tóth Beáta dr.,
Debrecen, Nagyerdei krt. 98., 4032
 e-mail: kovacs-toth.beata@med.unideb.hu)