

**Doktori (PhD) értekezés tézisei**

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

Kovács-Tóth Beáta

Témavezető: Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó



**DEBRECENI EGYETEM**  
Egészségtudományok Doktori Iskola

Debrecen, 2022

**Serdülők ártalmatlan gyermekkori élményeinek  
együttjárása az aktuális mentális és viselkedési  
tüneteikkel és szubjektív egészségi panaszokkal**

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében  
az **egészségtudományok** tudományágban

Írta: Kovács-Tóth Beáta  
klinikai szakpszichológus

Készült a Debreceni Egyetem  
Egészségtudományok Doktori Iskolája  
Megelőző orvostan és népegészségtan programja keretében

Témavezető: Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó, PhD

Az értekezés bírálói:

Prof. Dr. Balázs Judit, az MTA doktora  
Dr. Inántszy Pap Judit, PhD

A bírálóbizottság:

elnök:

Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora

tagok:

Prof. Dr. Balázs Judit, az MTA doktora

Dr. Inántszy-Pap Judit, PhD

Dr. Hámori Eszter, PhD

Dr. Égerházi Anikó, PhD

Az értekezés védeése online történik 2022.06.22-én 15 órai  
kezdettel. A nyilvánosságot online módon biztosítjuk.

Amennyiben a vitán részt kíván venni, úgy jelezze a  
somogyi.gergo@med.unideb.hu email címre küldött üzenettel a  
vitát megelőző nap 2022.06.21. 16.00 óráig.

## **1. BEVEZETÉS**

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. Mintegy 120 millió lány szenved el valamilyen formában szexuális erőszakot 20 éves kora előtt. Az érzelmi bántalmazás minden harmadik gyermeket érint, továbbá világszerte minden negyedik gyermek olyan anyával él, aki párkapcsolati erőszak áldozata.

Az USA-ban 1995-ben indult az Adverse Childhood Experiences Study (Ártalmas gyermekkori élmények kutatás – a továbbiakban ACE kutatás), amelynek célja a gyermekkorban (18 éves kor előtt) elszenvedett ártalmas gyermekkori 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 súlyos, a felnőttkorra is átívelő vagy felnőttkorban jelentkező mentális és szomatikus egészségkárosodáshoz vezetnek. Az ACE kutatás hatására világszerte elindultak az ártalmas élmények és az azokkal összefüggésben lévő mentális és szomatikus tünetek felmérésére irányuló kutatások.

Az a gyermek/serdülő, aki ismétlődően, akár naponta rettegést jelentő élményeket kénytelen átélni, s 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 segítségre lenne szükségük, ezért fontos az ártalmas élményeknek kitétt gyermekek 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.

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.

## **2. VIZSGÁLATI CÉLOK**

### **1. cél: Az ártalmas gyermekkori élmények előfordulási gyakoriságának felmérése**

Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának és mintázódásának (a direkt ártalmak: bántalmazás, elhanyagolás; és az indirekt ártalmak: diszfunkcionális családi körülmények előfordulásának arányai), valamint az ártalmas gyermekkori élménytípusok előfordulási gyakoriságának felmérése csoportonként és nemenként, továbbá a csoportok közötti különbségek leírása. Gyermekvédelemben élő, azon belül is lakásotthonokban lakó 12-17 év közötti serdülők adatait hasonlítottunk össze családban/szülőkkel élő serdülők adataival.

### **2. cél: Szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek előfordulási gyakoriságának felmérése**

A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek előfordulási gyakoriságának vizsgálata csoportonként és nemenként, valamint a csoportok közötti különbség (lakásotthonban és családban élő 12-17 év közötti serdülők) leírása.

### **3. cél: A szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakoriságának felmérése**

Az egyes csoportokban az előfordulási gyakoriság megragadása, valamint a csoportok közötti (lakásotthonban és családban élő 12-17 év közötti serdülők) különbség leírása.

#### **4. cél: 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, annál nagyobb eséllyel szenved el valamilyen egészségkárosodást a későbbiekben. Serdülő magyar mintán eddig nem történt ennek igazolására vizsgálat.

### **3. ESZKÖZÖK ÉS MÓDSZEREK**

#### **A vizsgálat menete és körülményei, vizsgálati személyek**

Az adatokat gyermekvédelemben, ezen belül lakásotthonokban élő serdülőktől és szüleikkel élő, családban nevelkedő serdülőktől gyűjtöttük. A gyermekvédelemben 3 megye 31 lakásotthonában végeztük az adatgyűjtést, a szülőkkel/családban élő serdülőkre vonatkozó adatokat 4 megye 10 iskolájából gyűjtöttük. A vizsgálatban 12–17 év közötti, ép intellektusú serdülők vettek

részt, összesen 756 fő, akik közül 240-en lakásotthonban, 516-an pedig szüleikkel, családban élnek. A vizsgálati mintát 240 serdülő alkotta, akik lakásotthonokban éltek, a kontrollcsoportot pedig 516 szüleikkel családban élő serdülő jelentette.

### **Vizsgálati eszközök**

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 vonatkozó kérdéseket tartalmazott.

Az ártalmas gyermekkori élmények felmérésére az *Ártalmas Gyermekkori Élmények Kérdőívet (ACE kérdőív)* használtuk, amely egy önértékelésen alapuló, retrospektív, 10 ítemes kérdőív. A kérdőívben lévő kérdések 10 korai, 18 év előtt történt ártalmas élménytípus felmérésére vonatkoznak. Ezek 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).

A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek felmérésére a *Képességek és Nehézségek Kérdőívet (SDQ)* használtuk. A

kérdőív elemei 5 faktorba sorolhatók: hiperaktivitás, érzelmi tünetek, magatartás problémák, kortársakkal való kapcsolat nehézségei és proszociális magatartás.

A szubjektív egészségi panaszokat az *Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása Kérdőív (HBSC-2014)* szubjektív egészségi panaszok mérésére vonatkozó kérdéseinek segítségével mértük fel. Kilenc szubjektív egészségi panasz (pszichés és szomatikus tünetek: fejfájás, gyomorfájás, hátfájás, kedvtelenség/rosszkedvűség, ingerlékenység/indulatosság, idegesség, álmatlanság, szédülés, fáradtság/kimerültség) előfordulásának a gyakoriságáról kérdeztük a serdülőket.

### **Statisztikai elemzés**

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 lakóotthonban 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 viselkedéses 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 viselkedéses tünetek kapcsolatát lineáris modellek alkalmazásával írtuk le. Az ártalmas gyermekkori élmények halmozódásának és a szubjektív egészségi panaszok kapcsolatának vizsgálatára logisztikus regressziót alkalmaztunk. Mindkét elemzést korrigáltuk az életkor, a nem, és a lakóhely szempontjából. A szignifikancia szintet valamennyi esetben 0,05-nek határoztuk meg.

#### **4. EREDMÉNYEK**

##### **A minta demográfiai jellemzői**

A lakásotthonban élő serdülők 45,8% fiú, 54,2%-a lány volt, ugyanez az arány a családban élő serdülőknél 40,3% és 59,7%.

Lakóhelyüket tekintve a legnagyobb arányban a városban élő serdülők voltak reprezentálva a mindkét csoportban, 60,6%-a a lakásotthonban élő serdülők 60,6%-a, a családban élők 52%-a 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.

### **Az ártalmas élmények halmozódásának előfordulási gyakorisága**

A lakásotthonban élő serdülők 40,4%-a négy vagy több ártalmas élményt vallott be, a családban élő serdülők 7,6%-ára volt ez jellemző. A lakásotthonban élők 70,2%-a 2 vagy több ártalmas élményről számolt be, a családban élő serdülők 24,4%-a vallotta ugyanezt. A lakásotthonban élő serdülők 29,9%-a mondta azt, hogy nem élt át ártalmas élményt, vagy egy ártalmas élményt élt át, a családban élő serdülők 75,5%-a vallotta ugyanezt. A két csoport között mért eloszlás szignifikáns különbséget mutatott ( $p < 0,001$ ).

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 az átélt ártalmak 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 négy vagy több ártalmas élményt, 29,2% pedig kettőt vagy többet. A lányok a fiúkhoz képest közel kétszer annyian szenvedtek el három, és két és félszer annyian négy vagy több ártalmas élményt.

Az ártalmas gyermekkori élményeken belül a direkt (bántalmazás) és indirekt (családi diszfunkciók) ártalmakat külön vizsgálva azt találtuk, hogy a *lakásotthonban élő serdülők* 44%-a önértékelés szerint nem szenvedett el semmilyen bántalmazást. Ami a családi diszfunkciót illeti, 10,8% nem számolt be családi diszfunkcióról, míg 41% nem számolt be, vagy egy 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 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 lakásotthonban élő serdülők a családban élő serdülőkhez képest jelentősen több ártalmas élményről számoltak be, mind a direkt

bántalmazással és elhanyagolással ( $p < 0,001$ ), mind a családi diszfunkciókkal kapcsolatban ( $p < 0,001$ ).

### **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 lakásotthonban és a családban élő serdülők között minden ártalmas élménytípus tekintetében szignifikáns különbség volt, a lakásotthonban élőkénél gyakrabban fordult elő minden ártalmas élménytípus ( $p < 0,001$ ). 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.

### **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. 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 szociális, érzelmi és viselkedési tünetek előfordulási gyakorisága**

A lakásotthonban élő serdülők között a klinikailag jelentős problémák gyakorisága a következő volt: érzelmi tünetek 17%, viselkedési problémák 32,5%, hiperaktivitási és figyelemzavarok 14%, társas problémák 41%, összes nehézség

26,4%. A lakásotthonban élő serdülőknél nem volt szignifikáns különbség a nemek tekintetében.

A *családban élő serdülőknél* az érzelmi tünetek 14,6%-ban fordulnak elő, a viselkedéses tünetek a minta 18,3%-ánál jelentkeznek. A kortárskapcsolati problémákkal rendelkezők aránya 21,7%. A hiperaktivitás tünetek a serdülők 15,0%-át érintik önjellemzés alapján. A nemi különbségeket tekintve a fiúknál a magatartási tünetek ([24,9%];  $p < 0,001$ ), a lányoknál pedig a kortárskapcsolati problémák ([21,7%];  $p = 0,022$ ), valamint az érzelmi problémák ([18,0%];  $p = 0,018$ ) fordulnak elő szignifikánsan gyakrabban.

Összegzésként elmondható, hogy mindkét csoportban a kortárskapcsolati problémáknak volt a legnagyobb az előfordulási gyakoriságuk (41,0% és 21,7%), ezt követték 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.

### **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 volt. Közel fele a lakásotthonban élő serdülőknak számolt be fáradtságról (49,4%) és idegességről (45,1%), több mint egyharmaduk szenved rosszkedvtől (41,9%), alvászavartól (37,2%) és ingerlékenységtől (33,5 %.). Több mint egynegyedük (29,6%,) azt mondta, hogy hetente többször is fáj a feje, fáj a háta (28,8%) és a gyomra (25,1%).

A családban élő serdülők 54,8%-a számolt be fáradtságról, 37,5%-uk idegességről és 28,6%-uk rosszkedvről. Egynegyedük (26,1%) tapasztal hetente többszöri gyakorisággal fejfájást és elalvási nehézségeket (24,8%).

A fejfájás és fáradtság kivételével az összes szubjektív egészségi panasz szignifikánsan gyakoribb a lakásotthonban élő serdülőknél, azonban a családban élő serdülőknél is magas gyakorisággal fordultak elő.

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 családban élőknel az álmatlanságon kívül minden szubjektív egészségi panasz szignifikánsan gyakoribb volt a lányoknál ( $p < 0,05$ ).

### **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 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 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;  $p < 0,05$ ).

## 5. MEGBESZÉLÉS

### **Ártalmas gyermekkori élmények**

*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 (40,4%), 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 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 a téma tekintetében.

Ha az ártalmas gyermekkori élményeket direkt és indirekt ártalmakra osztjuk fel, az is látható, hogy a *bántalmazások tekintetében* a lakásotthonban élő serdülők 44%-a meglepő módon önértékelés 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 annyit) számol be, mint családi diszfunkcióról, miközben a családban élő serdülőknél ez az eloszlás kiegyensúlyozott. A lakásotthonban élő serdülők bevallási hajlandóságát/be nem vallási hajlandóságát illetően sokféle magyarázat merül fel. Általában az érzékeny természetű kérdésekkel kapcsolatban a serdülők bevallási hajlandósága kisebb. Az intézménybe kényszerített serdülő sok esetben, hogy megőrizhesse a gondozóhoz való kötődését, tagadja, bagatellizálja a bántalmazást, idealizálja az elvesztett családot. A bántalmazás elszenvedői gyakran nem ismerik fel magát a bántalmazás jelenségét, nem tartják azt annak. Előfordul, hogy nem adnak bántalmazás jelentést az élményeiknek. 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.

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 szerint Magyarországon a védelembe vételek háttérében 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. 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, ezért úgy tűnik, hogy mintánknál a családból való kiemelésre vonatkozó határozat meghozatala során a család szegénysége és alacsony szocioökonómiai státusza egy jelentős mögöttes mérlegelési tényező lehet. 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.

### **Az ártalmas élménytípusok előfordulási gyakorisága**

A leggyakoribb ártalmas élménytípus mindkét csoportban a szülők válása vagy különélése volt (71,2% és 24,2%).

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. Az érzelmi bántalmazás és érzelmi elhanyagolás a legtöbb esetben együtt jár a család életvitelével, a krónikus stresszterheléssel, a bántalmazás körforgásával ezen családok körében. Mind a fizikai, mind pedig a szexuális bántalmazás bevallott 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.

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 mintánkban gyakoribb az idősebb korosztályban végzett nemzetközi, kelet-közép-európai vizsgálatokhoz képest is. 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 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 háttérében sok egyéb tényező mellett a szülő saját bántalmazottsága, nem megfelelő elsődleges tárgykapcsolati, kötődési mintázatai állhatnak. Ezek a bántalmazásformák (érzelmi bántalmazás és érzelmi elhanyagolás) a legkevésbé nyilvánvalóak a külvilág számára, így különösen nagy jelentősége van az önértékelésen 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.

### **A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek**

A szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek 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 szociális, érzelmi és viselkedéses tünetek tekintetében eredményeink hasonlóak a gyermekvédelemben végzett többi

kutatáshoz, magas gyakorisággal jelennek meg. *A családban élő serdülők* szociális, érzelmi és viselkedéses tüneteit illetően minden hatodik serdülő érzelmi tünetekről számolt be, 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. A serdülők közel egyötödének vannak kortárskapcsolati problémái. A kortárskapcsolatok és a barátok jelenléte serdülőkorban kulcsfontosságú, azok hiánya vagy zavara a későbbiekben súlyos következményekhez vezethet.

*A nemek tekintetében* vizsgálatunk eredménye hasonló korábbi vizsgálatok eredményeihez, a viselkedési tünetek szignifikánsan gyakoribbak a fiúknál, a társas kapcsolatok és az érzelmi problémák pedig a lányoknál. Az összesített nehézségek esetében a vizsgált 10 európai országgal való összehasonlításban a jelen magyar minta a középmezőnyben áll.

### **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 többször 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.

Mindkét csoportban szinte az összes szubjektív egészségi panasz szignifikánsan gyakoribb volt a lányoknál, mint a fiúknál, mely eredmény a nemzetközi kutatásokban is hasonló. Ennek háttérében a lányok nagyobb bevallási hajlandósága is állhat, vagy az is, hogy a szomatizációs tendencia gyakoribb a nők között. Eredményeink megerősítik a korábbi iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozó kutatások eredményeit, melyek szerint a szubjektív egészségi panaszok előfordulási gyakorisága a serdülő átlagpopulációban kifejezetten magas, és ráadásul az elmúlt évtizedben növekvő tendenciát mutat.

### **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, viselkedéses 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.

## **6. AZ ÉRTEKEZÉS ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEI**

*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 gyermekvédelemben történő korábbi kutatások legtöbbször 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 serdülőkhöz képest.*

A lakásotthonban élő serdülők körében önjellemezésük 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.

## **KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS**

A legnagyobb hálával témavezetőmnek tartozom, dr. Kuritárné dr. Szabó Ildikónak, akinek szakmai igényessége, olvasottsága, a témában való jártassága rengeteget segített, hogy ez a dolgozat megszülethessen.

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 Debreceni Egyetem ÁOK Magatartástudományi Intézet 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.

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.

Köszönöm a Magatartástudományi Intézetben dolgozó kollégáimnak hasznos észrevételeiket és segítségnyújtásukat.

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



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 izomdiszorfia 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 - terápiai 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 egészé állnak össze - egy érzelmileg traumatizált gyermek fázisorientált traumaterápiája.  
*Pszichoterápia.* 28 (3), 189-199, 2019.





6. Túrty, 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 impact faktora: 6,423**

**A közlő folyóiratok összesített impact faktora (az értekezés alapján szolgáló közleményekre): 6,423**

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

Debrecen, 2022.02.14.

