

A kábítószer- és a rendszeres alkoholfogyasztás lelki háttere: a negatív élmények a gyermekkorban

DR. MAKARA MIHÁLY, GÁL MARTINA, DR. MATUSZKA BALÁZS

Háttér: A negatív gyermekkori élmények hatásait a felnőttkori életre számos nemzetközi vizsgálat tanulmányozta.

Betegek és módszer: Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház telephely, Központi Felnőtt Szakrendelőben kérdőíves felmérést végeztünk a WHO nemzetközi kérdőívével, továbbá kérdéseket tettünk fel a szenvedélybetegségekre vonatkozóan. Jelen tanulmányban a súlyos negatív gyermekkori élmények kumulatív hatásait tanulmányoztuk a szenvedélybetegségek kialakulására. A szenvedélybetegek csoportjában 67, korábban *iv.* kábítószer-fogyasztó HCV-fertőzött és 19 alkoholista májbeteg volt, kontrollként 159, nem szenvedélybeteg személy szerepelt.

Eredmények: Az ACE-k számának emelkedésével egyenes arányban nőtt mind az alkoholfogyasztás, mind a kábítószer-élvezet előfordulása a vizsgált személyek között. Hasonlóképp emelkedett a szenvedélybetegek aránya az ACE-k számának emelkedésével: 0 ACE esetén a szenvedélybetegek aránya 3% volt, míg 6 vagy annál több ACE esetén az arány 94%-ra emelkedett.

Következtetés: A szenvedélybetegségek kialakulása szempontjából döntően fontos tényező az ACE-k elszívása.

BEVEZETÉS

Bár számos kisebb vizsgálat utalt arra, hogy a gyermekkori negatív élmények (adverse childhood experiences, ACE) hosszú távú hatásokat gyakorol a felnőttkori életre, az első átfogó és nagy esetszámú humán vizsgálatot az 1990-es években végezték és 1998-ban publikálták.^{1,2} A tanulmányban tíz kérdést tettek fel a súlyos fizikai és érzelmi bántalmazásról és elhanyagolásról, a szexuális bántalmazásról, a szülők válásáról és a családon belüli erőszakról, valamint a drog- és alkoholhasználatról, és hogy volt-e valaki depressziós vagy elmebeteg, illetve börtönben a családból (1. táblázat). A pozitív válaszok száma az ACE pontszám.

A 17 337 válaszadó eredményeit vizsgálva egyértelmű volt, hogy a felnőttkori szenvedélybetegségek, öngyilkossági kísérletek száma egyenes arányban áll az ACE-k összpontszámával (1. ábra).

Az Egészségügyi Világszervezet kérdőíve (WHO ACE-IQ)³ kiter a lakókörnyezetben tapasztalt és a kortársak által elkövetett kegyetlenségekre és a háborús élményekre is, így 13 kategóriában vizsgálja az enyhe és súlyos ACE-ket. A jelen kutatásban a szenvedélybetegségekből szenvedő betegek (alkoholos májkárosodott és hepatitis C vírussal fertőzött intravénás kábítószer-élvező betegek) körében vizsgáltuk az ACE-k előfordulási gyakoriságát a kontrollcsoport-



DR. MAKARA MIHÁLY

Belgyógyász, hepatológus főorvos, Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház telephely, Központi Felnőtt Szakrendelő

tokhoz képest. A jelen közleményben egy átfogó kutatás első eredményeit adjuk közre.

VIZSGÁLT SZEMÉLYEK ÉS MÓDSZER

A vizsgálat a Tudományos Kutatás-Értékelési Bizottság 44682-2/2018/EKU számú engedélye alapján önkéntes kérdőívkitöl-

01. TÁBLÁZAT

▶ A gyermekkori negatív élmények (ACE) pontozása

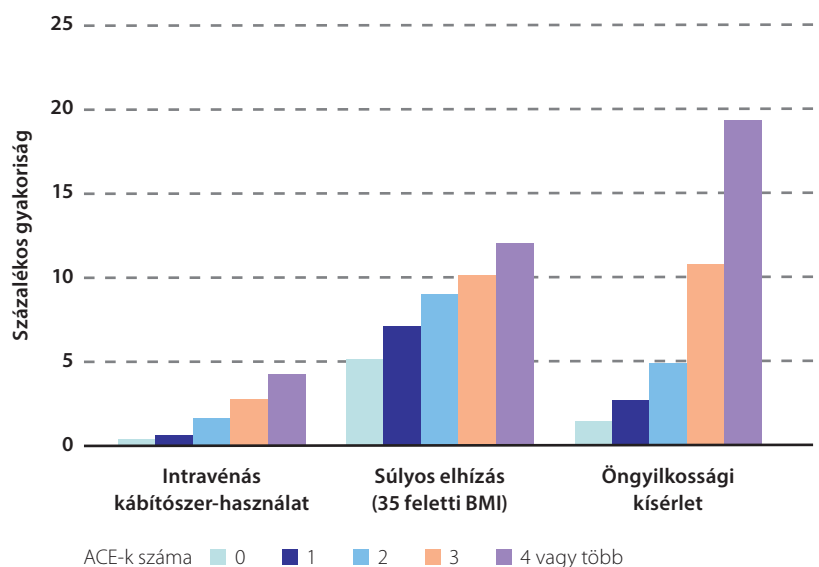
1. Szülő vagy más felnőtt a háztartásból **gyakran vagy nagyon gyakran ráordibált Önre**, sértegette, lealázta vagy **megalázta**, vagy oly módon viselkedett, hogy attól félt, hogy fizikailag bántalmazni fogja?
2. Szülő vagy más felnőtt a háztartásból gyakran vagy nagyon gyakran ellökte, megragadta, **megverte**, vagy megdobta valamivel? Vagy előfordult-e, hogy annyira megverte, hogy **kék-zöld foltok** vagy sebek keletkeztek?
3. Előfordult-e, hogy felnőtt vagy 5 évvel idősebb személy **szexuális módon** ölegette vagy érintette? Vagy megpróbálta, vagy megtette a szájával a végbélbe vagy hüvelybe történő közösülést?
4. Gyakran vagy nagyon gyakran érezte azt, hogy **senki a családban nem szereti**, illetve senki sem tartja különlegesnek vagy értékesnek? Vagy a családtagok nem gondoskodtak egymásról, nem voltak közel egymáshoz, illetve nem támogatták egymást?
5. Gyakran vagy nagyon gyakran érezte azt, hogy **nem kap eleget enni**, koszos ruhákban kell járnia, és senki sem védi meg? Vagy a szülei túlságosan ittasak vagy bedrogozottak voltak ahhoz, hogy gondoskodjanak önről, vagy hogy szükség esetén orvoshoz vigyék?
6. Szülei különváltak vagy **elváltak?**
7. **Édesanyját vagy mostohaanyját:** gyakran vagy nagyon gyakran ellökték, megragadták, megütötték, vagy megdobták valamivel? Vagy időnként, gyakran, vagy nagyon gyakran rúgták, **megverték**, ökölrel mentek neki, vagy kemény tárggyal megütötték? Vagy előfordult-e egyáltalán, hogy perceként verték, vagy késsel vagy fegyverrel fenyegették?
8. **Élt-e együtt** olyan személlyel, aki alkoholproblémákkal küzdött, **alkoholista vagy kábítószer-élvező** volt?
9. Volt-e a háztartásban depressziós vagy **elmebeteg** személy, illetve olyan, aki öngyilkosságot kísérelt meg?
10. Volt-e valaki a háztartásból, aki börtönbe került?

tésből állt. A Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Szent László Kórház telephelyén a Központi Felnőtt Szakrendelőben megjelenő 245 beteget vizsgáltunk. Közülük 86 fő volt szenvedélybeteg (67 korábban iv. kábítószer-fogyasztó HCV-fertőzött és 19 alkoholista májbeteg), míg 159 fő tartozott a kontrollcsoportba (92 jó munkahelyen dolgozó személy, 48 olyan személy, aki 18 éves kora után kapott vérátömlesztéssel HCV-fertőzést, és 19 egyetemista). A tájékoztatást és beleegyezést követően a betegek és a kontrollszemélyek anonim módon töltötték ki a kérdőívet. A kitöltők átlagéletkora a szenvedélybeteg-csoportban 42 év, a kontrollcsoportban 43 év volt; a férfiak aránya a szenvedélybeteg-csoportban 69%, míg a kontrollcsoportban 60%.

A jelen vizsgálatban az ACE-IQ 13 kategóriájában a súlyos pozitív válaszok gyakoriságát vizsgáltuk a szenvedélybetegek

01. ÁBRA

▶ A negatív gyermekkori élmények (ACE-k) és következményeik



és a kontrollszemélyek között. Vizsgáltuk továbbá a korábbi napi szintű alkoholfogyasztás és a korábbi kábítószer-fogyasztás előfordulási gyakoriságát az ACE-IQ kategóriák számának függvényében. Az alacsony elemszám miatt három csoportba vontuk össze a válaszadókat; így a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően három csoport került kialakításra: a kevés (1, 2, 3), a sok (4, 5) és a nagyon sok (6 vagy annál több) ACE pontszámmal rendelkező személyek csoportjai.

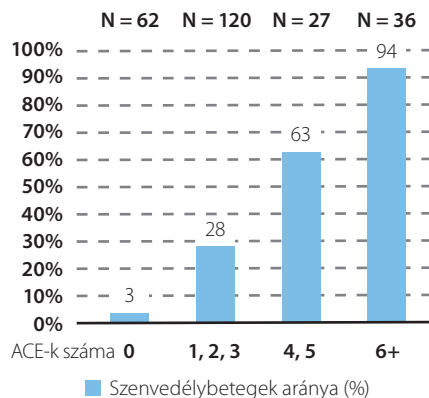
EREDMÉNYEK

Az ACE-IQ kategóriákban a súlyos negatív élményekről beszámolóak száma és százalékos aránya a következők szerint alakult – 0 pont: 62 fő (25%), 1–3 pont: 120 fő (49%), 4–5 pont: 27 fő (11%), 6 vagy több pont: 36 fő (15%).

A súlyos ACE-IQ pontszámok kategóriában a szenvedélybetegek számát és százalékos arányát a 2. ábra szemlélteti.

02. ÁBRA

ACE-IQ (13 kategóriában) súlyos negatív élmények száma és a szenvedélybetegek aránya

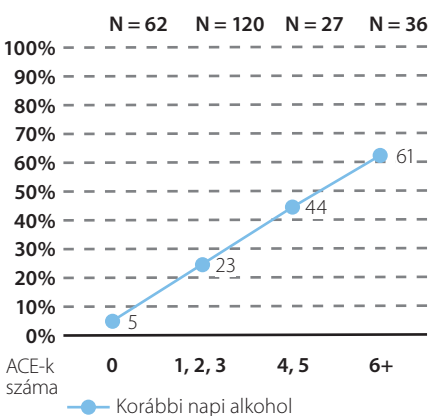


OR	9	20	29
95%-os MT	2–36	4–90	7–129
p	0,004	<0,001	<0,001

OR: esélyhányados az ACE = 0-hoz képest

03. ÁBRA

ACE-IQ (13 kategóriában) súlyos negatív élmények száma és a korábbi napi rendszerességű alkoholfogyasztás (N = 245)



Jól látható, hogy 0 pontszám mellett a 62 főből mindössze 2 (3%) szenvedélybetegtet találtunk, majd a pontszámmal egyenes arányban növekedett a szenvedélybetegségek aránya és a szenvedélybetegség kialakulásának esélyhányadosa, végül 6+ pontszám esetén már a 36 emberből 34 (94%) volt szenvedélybeteg, és a szenvedélybetegség kialakulásának esélyhányadosa 29-nek bizonyult az ACE-kkel nem rendelkezőkhöz képest. Az eredmények minden kategóriában szignifikánsnak bizonyultak.

A korábbi napi rendszerességű alkoholfogyasztás (3. ábra) és a korábbi kábítószer-fogyasztás (vénás és nem vénás együttesen, 4. ábra) adatait összegeztük az ACE-k függvényében.

Mindkét tényező vonatkozásában közel lineáris növekedést látunk. A súlyos negatív élménykategóriával nem rendelkező emberek (súlyos ACE-IQ = 0) között a 62 főből 3 (5%) számolt be napi rendszerességű alkoholfogyasztásról és 7 (11%) korábbi

kábítószer-használatról (közülük csak 1 volt intravénás használó). A súlyos ACE-IQ pontszámának emelkedésével mind a korábbi napi rendszerességű alkoholfogyasztás, mind a korábbi kábítószer-fogyasztás aránya emelkedik.

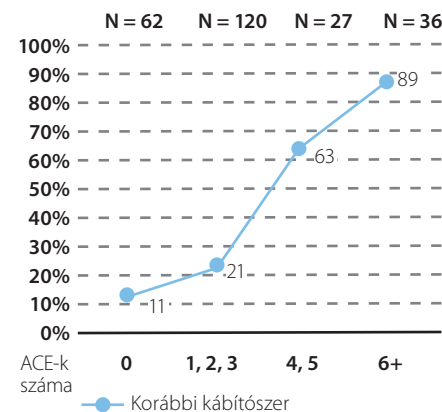
MEGBESZÉLÉS

Mostanra számos vizsgálat igazolta,⁴⁻⁷ hogy az ACE-k száma egyenes arányban áll a rizikó-magatartások, a szenvedélybetegségek, az öngyilkossági gondolatok és kísérletek, valamint számos betegség előfordulási gyakoriságával. Eredményeink szerint alig fordul elő olyan szenvedélybeteg, akiben ne halmozódnának a negatív gyermekkori élmények, illetve fordítva is igaz: az ACE-kkel nem rendelkező emberek között ritka a napi rendszerességű alkoholfogyasztás, illetve a kábítószer-használat, és igen ritka a szenvedélybetegség.

Az ACE-k számos fizikai és lelki sérülést okoznak.⁸ Az elhanyagolt, bántalmazott gyermekek esetében kimutatható az egyes agyterületek sorvadása, illetve rosz-

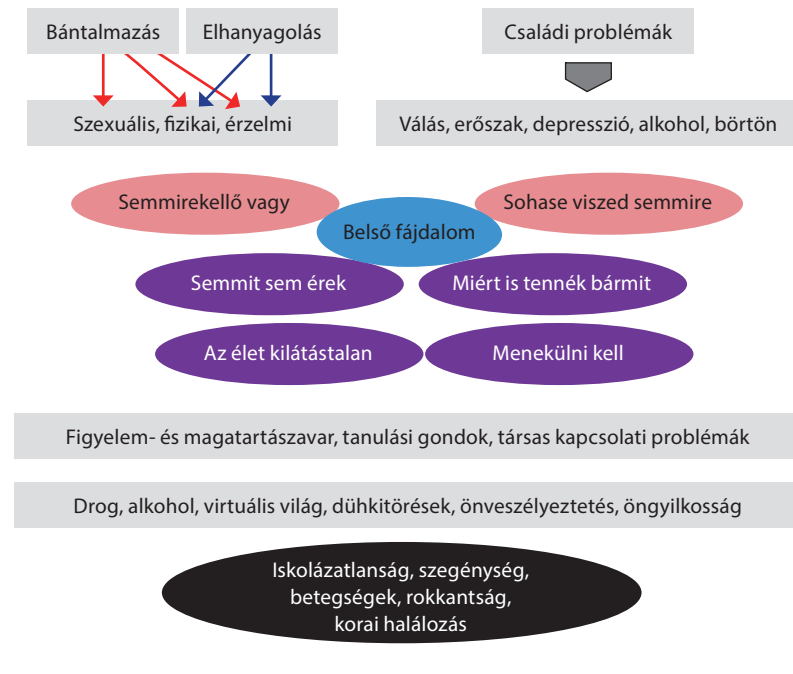
04. ÁBRA

ACE-IQ (13 kategóriában) súlyos negatív élmények száma és a korábbi bármilyen kábítószer-használat (N = 245)



05.
ÁBRA

▶ A negatív gyermekkori élmények és következményeik



szabb vérellátása, az epigenetikai fehérjék lassúbb metilációja,⁹ illetve a telomerek rövidülése.^{10,11} A pszichés eltérések központjában az alacsony önértékelés, a depresszió,^{12,13} valamint tanulási és kapcsolati zavarok¹⁴ állnak. Gyakran alakulnak ki személyiségzavarok (borderline¹³ vagy antiszociális személyiségzavar), és gyakoriak az öngyilkossági gondolatok, illetve kísérletek.¹⁵ Ezek az eltérések képezik a szenvedélybetegségek egyik fontos alapját, illetve egyik fontos lelki háttértényezőjét (5. ábra).

Ha nem számítjuk a traumákat (amelyek nem véletlenek) és a kórokozókat (amelyek ma túlnyomórészt megelőzhető vagy gyógyíthatók), csupán két tényező határozza meg betegségeinket és lelki életünket: a genetikánk (ez ma még nem megváltoztatható) és a gyermekkori nevel-

tetésünk.¹⁶ Az utóbbi jelentősége óriási, ezt igazolják a kutatási eredmények.¹³

A vizsgálat limitációi a következők: a vizsgált minta nem reprezentatív; egyetlen centrum betegeit vizsgáltuk; a kérdőívek kérdéseire adott válaszokat a feledés és a hamis válaszok is torzíthatták.



Levelezési cím:
michael@makara.md

A szerzők munkahelye:

Dr. Makara Mihály,¹ Gál Martina,² Dr. Matuszka Balázs²
¹Belgyógyász, hepatológus főorvos, Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórháztelephely, Központi Felnőtt Szakrendelő; ²Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológia Tanszék

**Irodalom:**

1. 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(4):245–258
2. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Childhood Abuse, Household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286:3089–3096
3. World Health Organization Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ): http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en
4. Regional Child Abuse Prevention Councils, 2011
5. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, et al. Adverse Childhood Experiences and Smoking During Adolescence and Adulthood. *JAMA* 1999;282(17):1652–1658
6. Chung EK, Nurmohamed L, Mathew L, et al. Risky health behaviors among mothers-to-be: the impact of adverse childhood experiences. *Acad Pediatr* 2010;10(4):245–251
7. Schalinski I, Teicher MH, Nischk D, et al. Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult patients. *BMC Psychiatry* 2016;16:295
8. Cameron JL, Eagleson KL, Fox NA, et al. Social Origins of Developmental Risk for Mental and Physical Illness. *J Neurosci* 2017;37(45):10783–10791, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5678010/>
9. Yang BZ, Zhang H, Ge W, Weder N, et al. Child abuse and epigenetic mechanisms of disease risk. *Am J Prev Med* 2013;44(2):101–107
10. Nelson CA 3rd, Zeanah CH, Fox NA. How Early Experience Shapes Human Development: The Case of Psychosocial Deprivation. *Neural Plast* 2019;1676285, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350537/>
11. De Bellis MD, Zisk A. The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014;23(2):185–222, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3968319/>
12. Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N et al. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depress Anxiety* 2013;30(10):955–964
13. Herzog JI, Schmahl C. Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Front Psychiatry* 2018;9:420. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131660/>
14. Burke NJ, Hellman JL, Scott BG, et al. The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse Negl* 2011;35(6):408–413
15. Hughes K, Bellis MA, Sethi D, et al. Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *Eur J Public Health* 2019;29(4):741–747, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660110/>
16. Zhang B. Consequences of early adverse rearing experience (EARE) on development: insights from non-human primate studies. *Zool Res* 2017;38(1):7–35