

# Az ártalmas gyermekkori élmények és a felnőttkori alkoholfüggőség közötti összefüggések

Gubucz-Pálfalvi Sejla<sup>1</sup> ■ Kurimay Tamás dr.<sup>1, 2</sup> ■ Danis Ildikó dr.<sup>1, 3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

<sup>2</sup>Észak-budai Szent János Centrumkórház, Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közzolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet, Budapest

Az alkoholizmus és következményei világszerte, így Magyarországon is jelentős közegészségügyi problémát jelentenek. Súlyosítja a helyzetet, hogy a kezelésbe kerülési ráta alacsony, kezelés esetén pedig a páciensek nagy számban idő előtt befejezik a terápiát. A visszaesési ráta is nagy, a páciensek akár több mint fele a kezelést követő első pár hónapot követően már nem tudja tartani absztinenciáját. Bár az addiktológiai ellátórendszerben a legnagyobb számban 35 év fölött jelennek meg a betegek, az alkoholhasználati zavar kialakulásának okai gyakran már a kora gyermekkori tapasztalatokból eredeztethetők. A gyermekkorban átélrt tartós traumák szignifikáns összefüggést mutatnak a későbbi életrszakaszokban kialakuló szomatikus és mentális egészségi problémákkal, a szerhasználattal, beleértve az alkoholfüggőséget is. A közlemény az alkoholfüggőség prevalenciájának áttekintésével, illetve a gyermekkori rossz bánásmód és az ártalmas gyermekkori élmények definiálásával indul, majd az ártalmas gyermekkori élmények hatását és hatásmechanizmusait tárgyalja a felnőttkori alkoholhasználati zavar kialakulásának és szerény kezelési rátájának tükrében. A közlemény további célja, hogy felhívja a figyelmet a traumafókuszú gondolkodás és a traumainformált megközelítés jelentőségére az egészségügyi ellátórendszerben, az addiktológiai intervenciók és szolgáltatások tervezésében. *Orv Hetil.* 2023; 164(41): 1628–1636.

**Kulcsszavak:** ártalmas gyermekkori élmények, krónikus stressz, allostázis, alkoholhasználati zavar, alkoholizmus, alkoholfüggőség, ártalmas alkoholfogyasztás, problémás alkoholhasználat, traumainformált megközelítés

## Relation between adverse childhood experiences and problematic alcohol consumption in adulthood

Alcohol use disorder and its consequences are a major public health problem not only worldwide, but in Hungary as well. The problem is aggravated by the low rate of admission to treatment, and by the high dropout rate of the treatment prior to its completion date. The relapse rate is also high, up to more than half of the patients are not able to maintain their abstinence following the first few months after their treatment. Although most patients enrolling in the addiction care system are over the age of 35, the causes of alcohol use disorder often stem from early childhood experiences. Long-term traumas in early childhood are significantly associated with somatic and mental health problems later in life such as substance use, including alcohol dependence. The article begins with reviewing the prevalence of alcohol dependence and defining childhood maltreatment and adverse childhood experiences, then discusses the effects and mechanisms of adverse childhood experiences in light of the development of alcohol use disorders in adults and their low treatment rates. The article also aims to raise awareness of the importance of trauma-focused thinking and trauma-informed approaches in the healthcare system and in planning addiction interventions and services.

**Keywords:** adverse childhood experiences, chronic stress, allostasis, alcohol use disorder, alcoholism, alcohol dependence, alcohol abuse, problematic alcohol consumption, trauma-informed approach

Gubucz-Pálfalvi S, Kurimay T, Danis I. [Relation between adverse childhood experiences and problematic alcohol consumption in adulthood]. *Orv Hetil.* 2023; 164(41): 1628–1636.

(Beérkezett: 2023. június 12.; elfogadva: 2023. augusztus 4.)

**Rövidítések**

HPA-tengely = (hypothalamic–pituitary–adrenal axis) hypothalamus–hypophysis–glandula suprarenalis tengely

A közepes vagy annál magasabb jövedelmi kategóriába tartozó országokban, így Magyarországon is, a globális halálozási adatok mögött vezető elsődleges halálokokként cardiovascularis, légzőszervi és daganatos megbetegedéseket találunk [1]. A betegségek hátterében számos olyan káros életmódbeli és egészség-magatartással összefüggő kockázati hatótényező szerepel, mint például a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás [1, 2].

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai szerint a világban bekövetkezett halálesetek mintegy 5,3%-áért tehető felelőssé a problémás alkoholhasználat, mely kb. 3 millió ember halálát jelenti évről évre [2]. A Központi Statisztikai Hivatal önbevallásra épülő adatai szerint 2019-ben a felnőtt magyar lakosság 5,2%-a, azaz 420 000 fő vallotta magát nagyivónak, ez azt jelenti, hogy a nők a megkérdezésük előtti héten több mint 7 egységnyi, a férfiak pedig több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak (megjegyzés: 1 egységnyi alkohol 8–12 g etil-alkoholnak felel meg) [3]. A nyilvántartott alkoholfüggők és a becsült nagyivók számának arányából viszont arra is lehet következtetni, hogy az alkoholproblémákkal küzdő személyek több mint 95%-a nem kerül ellátásba [4], és nemzetközi adatok szerint a kezelésbe került szenvedélybetegek akár 80%-a idő előtt, még a kezelés első 3 hónapjában befejezi a terápiát, valamint több mint 50%-uk visszaesik a terápia első 2 hónapjában [5]. Vajon mi okozhatja ezt az alacsony kezelésbe kerülési arányt és ezt az alacsony felépülési sikerrátát?

Mind a prevenció, mind a betegségkezelések esetében az elsődleges cél a fenti egészség-magatartások és egészségállapotok jótékony befolyásolása, a szakemberek azonban gyakran találkoznak a kliensek eltérő motivációival, ami a fent említett alacsony kezelésbe kerülési és kezelésben maradási arány magyarázatául is szolgálhat. A kliens gyakran nem kívánja feladni a saját egészségét is károsító magatartását, a kutatási és a gyakorlati tapasztalatok szerint azokat maladaptív megküzdési stratégiaként használja [6]. E viselkedésformák gyakran tűnnek irracionálisnak a szakemberek számára, ugyanakkor sem a megelőzés során, sem pedig a már kialakult betegségek kezelése alatt nincsenek fókuszban az e károsító magatartásformákat fenntartó pszichológiai tényezők [6].

A viselkedésváltozás egyik alapvető eleme a motiváció. A kezelésbe kerülés és a kezelés sikeressége nagyban függ a kliens belső, autonóm motivációjának és a külső, környezeti faktoroknak az interakciójától [7]. A kliens belső motivációját nagyban befolyásolják korábbi élményei, tapasztalásai, tanult megküzdési mechanizmusai. Számos kutatás bizonyítja, hogy a gyermekkori rossz bánásmód negatívan befolyásolja az alkoholhasználati zavar kezelését követő absztinencia fenntartását is [8].

A fejlődépszichológia és a traumairodalom régóta foglalkozik a gyermekkori rossz bánásmód témakörével. Ma már tudjuk, hogy a korai rossz bánásmód (elhanyagolás és bántalmazás), illetve az ártalmas gyermekkori élmények révén megváltozó idegrendszeri, hormonális és immunrendszeri hatásmechanizmusokból következően számos pszichológiai folyamat és jellemző válhat tartós negatív hatótényezővé az egyén életében. A problémás alkoholfogyasztás és a gyermekkorban elszenvedett ártalmas élmények közötti összefüggés jól dokumentált [6, 9]. A gyermekkorban elszenvedett traumákra, a krónikus stresszre adott tartós fiziológiai és pszichológiai válaszok következményeként az agyban és a szervezet egyéb szabályozóterületein strukturális és funkcionális eltérések alakulhatnak ki. Kutatások igazolták azt is, hogy az ártalmas gyermekkori élmények epigenetikai jelenségek hátterében is állhatnak. E génmódosulás révén az ártalmas gyermekkori élményeket elszenvedett gyermekek és serdülők kortizolreaktivitása sérül, és esetükben az externalizáló viselkedésproblémák is gyakoribbak [10]. A traumák okozta stresszérzékeny pszichológiai működés és káros egészség-magatartási formák növelhetik a későbbiekben megjelenő problémás alkoholhasználat és alkoholfüggőség előfordulását, ezzel együtt a függőséghez kapcsolódó szomatikus és mentális betegségek, valamint a korai halálozás valószínűségét [6, 11].

Cikkünk e kérdéskör összefüggéseit és azonosított hatásmechanizmusait foglalja össze, valamint kitérünk a traumainformált intervenciótervezés alapjaira is.

## A rossz bánásmód és az ártalmas gyermekkori élmények

A WHO definíciója szerint „gyermekbántalmazás a 18 év alatti személy bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód). Ez minden olyan fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, szexuális visszaélés, elhanyagolás vagy hanyag bánásmód vagy kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás, mely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét idézi elő egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul” [12]. A rossz bánásmód tehát lehet „passzív” mulasztás vagy bármilyen olyan „aktív” cselekedet, amely a gyermek testi és/vagy lelki épségét sértheti, károsíthatja vagy fenyegetheti, akkor is, ha a szülő vagy a gondozó által elkövetett mulasztásból vagy bántalmazásból eredő sérülés nem volt szándékos [13].

Ártalmas gyermekkori élményeknek nevezzük a gyermek családjában/háztartásában előforduló bántalmazást, elhanyagolást, illetve olyan egyéb, jelentős családi diszfunkciókat, amelyeknek a gyermek 18 éves kora előtt elszenvedője vagy tanúja (volt). Ezek az ártalmas élmények bizonyítottan összefüggésbe hozhatók későbbi negatív életeseményekkel, mint például a bűnelkövetővé válás vagy egyes fizikai és/vagy mentális betegségek kialakulása [14–16].

A ma is ismert, a tudományos világban úttörőként nyilvántartott első, az ártalmas gyermekkori élményeket és a felnőttkori egészségi állapotot az 1990-es évektől vizsgáló kohorszvizsgálat a Kaiser Permanente San Diego Health Appraisal Clinic által végzett „ártalmas gyermekkori élmények” kutatás [6]. Ennek alapjait *Felitti* epidemiológiai eset-kontroll vizsgálata [15] szolgáltatta, amelynek során összefüggést talált a gyermekkori bántalmazás – kiemelkedően a szexuális bántalmazás – és a felnőttkori elhízás között. Az első „ártalmas gyermekkori élmények” kutatás hét meghatározott kategóriában, összesen tizenhét kérdésre adott válasz alapján vizsgálta az ártalmas gyermekkori élmények előfordulását [6]. A gyermekkori bántalmazásokat három kategóriába sorolták (fizikai, érzelmi és kontakt szexuális bántalmazás), és kategóriánként két-két, illetve négy kérdéssel mérték fel. A családon belüli, illetve az egy háztartásban élők körében előforduló egyéb diszfunkciókra is rákérdeztek: a szerhasználati érintettséget két kérdéssel, a mentális betegségeket szintén két kérdéssel, a bűnözői magatartást pedig egy kérdéssel vizsgálták a kérdőívben, így mérve fel a korai traumatizáció mértékét. A kérdőív négy kérdéssel tért ki arra is, hogy a gyermek volt-e szemtanúja az anya/nevelőanya ellen irányuló erőszakos cselekménynek. Azok az egyének, akik egy vagy több kérdésre igenel válaszoltak egy bizonyos kategóriában, az adott kategóriában megnevezett ártalmas gyermekkori élmények vonatkozásában érintettnek minősültek [6]. A későbbiekben a kérdőív kiegészült három pluszkategóriával, így ma már a fizikai és érzelmi elhanyagolást, illetve a szülők különválását és válását is vizsgálja a kérdőív [14]. A kutatás egyik figyelemfelkeltő eredménye volt, hogy azoknál a felnőtteknél, akik gyermekkorukban négy vagy több ártalmas élményt szenvedtek el, az alkohol és egyéb szerhasználati probléma kialakulásának esélye akár a tizenkétszeresére nőtt [6].

## A gyermekkori rossz bánásmód és ártalmas élmények prevalenciája

Egy 2016. évi tanulmány szerint – a felmérést megelőző évben – a fejlett országokban a gyermekek 44%-a, a fejlődő országokban pedig a gyermekek 59%-a volt elszennvedője fizikai, érzelmi vagy szexuális bántalmazásnak [17]. A gyermekkori bántalmazás nagyon gyakori, Európában legkevesebb 55 millió gyermeket érint, közel ezer, 15 év alatti gyermek halálát és több millió gyermek fizikai és mentális egészségkárosodását okozva ezzel minden évben [12]. A bántalmazás súlyossága, előfordulásának aránya országonként változó, de kivétel nélkül mindenhol jelen van. A 2005–2010 közötti időszakban a különböző országok által összegyűjtött adatok egyesített elemzése azt mutatta, hogy az európai gyerekpopulációban a fizikai bántalmazás előfordulási aránya 22,9%, az érzelmi bántalmazásé 29,1%, a szexuális bántalmazásé pedig 9,6% volt [12].

A megfigyelések szerint, amennyiben legalább egy ártalmas gyermekkori élményben érintett a válaszadó, a több ártalmas gyermekkori élmény kategóriájában való érintettség esélyhányadosa 81–98% [18], így többnyire kumulatív kockázatokról beszélhetünk. Egy 2018–2020 között Magyarországon végzett, önbevalláson alapuló kutatásban a megkérdezett kamasz gyermekek 25%-a számolt be egy, 10%-a kettő, 6%-a három ártalmas gyermekkori élményről, míg 7%-uk négy vagy több ártalmas gyermekkori élmény elszennvedője volt addigi élete során. A kutatásban részt vett gyermekek által a leggyakrabban megnevezett ártalmas gyermekkori élmény az érzelmi elhanyagolás és az érzelmi bántalmazás volt. A gyermekek 9%-a számolt be szenvedélybetegség, 8%-a pedig mentális betegség jelenlétéről a családban [19].

A hozzáférhető adatokból nehéz megbecsülni a jelenben zajló gyermekkori bántalmazások valós mértékét. Egyrészt a családon belüli erőszak stigmatizált fogalom, másrészt az áldozat és környezete gyakran nem is ismeri fel, hogy bántalmazás elszennvedőjeként bűncselekmény áldozata [20].

A mai társadalmunk nagy részét képező felnőtt lakosság gyermekkori ártalmas élményeiről még kevesebbet tudunk, hiszen csak az 1990-es évek végétől szerveződött állami ellátórendszer a gyermekjólét biztosítása és a családsegítés érdekében. Feltételezhető, ismerte nevelés- és gyermekortörténeti tényeket is, hogy jelentős mértékben maradtak segítség nélkül, így akár traumatizáltak a korábbi történelmi időszakokban gyermekként élő, ma már felnőtt emberek érintett csoportjai.

## Az ártalmas gyermekkori élmények biológiai beágyazottsága: stressz, allostázis, allostatisz terhelés és ezek egészségügyi következményei az alkoholfüggőség kialakulásának tükrében

Tekintettel az ártalmas gyermekkori élmények és ezen belül a gyermekbántalmazás nagy előfordulási arányára, továbbá figyelembe véve ennek kiemelkedően nagy egészségügyi kockázatait és közegészségügyi terheit, elengedhetetlen, hogy megismerjük az ártalmas gyermekkori élmények (fizikai, érzelmi elhanyagolás vagy bántalmazás, szexuális abúzus, családi diszfunkciók stb.) hatásait az egyén életpályájára, testi és lelki fejlődésére, egészség-magatartására, amelyek fontos prediktorai az egyén életminőségének és élettartamának. Fontos vizsgálni mindezek szervezetre gyakorolt hatásmechanizmusait, mivel e folyamatok kiemelt jelentőséggel bírnak a felnőttkori alkoholhasználati probléma, illetve alkoholfüggőség kialakulásában.

### Stresszválaszok

A stresszre adott felnőttkori reakciókat a genetikai tényezőkön túl egyértelműen meghatározzák a korai tapasztalatok.

latok és a környezeti hatások. Ma már bizonyított, hogy a magzat anyai stressznek való kitettsége, illetve a csecsemőt és a gyermeket ért korai stresszteli élmények kulcsfontosságú szerepet töltenek be a későbbi, felnőttkori stresszorokra adott válaszreakciók alakulásában [21]. A várandósság alatti stresszes élmények kihatással vannak a gyermek későbbi mentális jóllétére, mivel a méhen belüli vagy a korai életszakaszban bekövetkező stressz egyértelműen növeli a gyermek neurológiai és/vagy pszichiátriai megbetegedésének kockázatát [22]. Az epigenetikai változások több generáción keresztül befolyásolhatják a magzati fejlődést: a korai ártalmas élményekből fakadó stressz generációkon keresztül hatással lehet a méhen belüli agyi fejlődésre és az endokrin rendszer kialakulására. Egy anya ártalmas gyermekkori élményeknek való kitettsége számos transzgenerációs következményt vonhat maga után, mint amilyenek az anya és ezzel párhuzamosan a magzat megváltozott stresszreakciói, valamint az anyai depresszió, illetve a nem megfelelő anyai viselkedés nagyobb kockázata [22].

Normatív élethelyzetekben, amikor az egyént bármilyen mindennapi stressz éri, válaszként a szervezet felméri a fenyegetettség mértékét, és annak arányában indít el endogén neurokémiai folyamatokat, amelyek segítenek helyreállítani a belső egyensúlyt [23].

A gyermeket érő negatív élmények különböző stresszreakciókat válthatnak ki.

(1) Az ún. pozitív stresszreakció az egészséges fejlődéshez elengedhetetlen, normális stresszválasz, mely a kiváltó eseményhez hasonlóan rövid ideig tart, átmenetileg a szimpatikus idegrendszer aktiválódásával, magas pulzusszámmal és egyes hormonok, például a kortizol szintjének megemelkedésével jár.

(2) A még tolerálható stresszreakció olyan, komolyabb negatív élményre vagy hosszan tartó nehézségre adott intenzívebb stresszválaszt jelent, amelynél a gyermeket egy kompetens felnőtt segíti az aktuális nehézségekkel való megküzdésben. Ezekben az esetekben a stresszválasz időben korlátozott ideig tart, ezért a gyermek jó eséllyel nem szerez olyan visszafordíthatatlan károkat, amelyeket egyéb esetben az elhúzódó stresszválasz okozna a gyermek fejlődő agyában és szerveiben, így a fizikai és a mentális egészségében.

(3) A tartós korai elhanyagolást és bántalmazást viszont súlyos stresszteli traumatikus élményekként kezelhetjük, melyeknek jellemzően nemcsak gyermekkorban, hanem később, a felnőttkorban is kóros fizikai és/vagy mentális következményeik lehetnek. A szakirodalom e korai krónikus stressznek való kitettséget toxikus stresszhatásként kezeli [24]. A hosszan tartó vagy ismételt bekövetkező, fejlődési szempontból káros élmények – melyek fenyegetéseivel a gyermek egyedül marad – és az azokra adott tartós, toxikus stresszválaszok a szervezetben ún. komplex fejlődési trauma kialakulásához vezetnek. Ennek hatásai az egyént a személyiség működé-

sének számos területén, gyakran élethosszig elkísérik, nemritkán tartósan fennálló poszttraumás stressz szindrómát is okozva [25].

### *Az allosztatikus terhelés és következményei*

A szervezet fiziológiás egyensúlyának (homeosztázis) fenntartása érdekében az ártalmas gyermekkori élményekre adott reakciók tartós élettani elváltozásokat idéznek elő. Ezt a folyamatot biológiai beágyazottságnak nevezzük [26]. Evolúciós értelemben e folyamat hasznos, hiszen a változás kulcsfontosságú tényező a túlélés és az alkalmazkodás érdekében. A fennmaradást elősegítő fiziológiai változás folyamata az allosztázis [27]. Az allosztázis alapvető feltétele a külső környezeti és a belső fiziológiás változás felismerésének képessége és az erre adott válasz. E folyamatban részt vesz az idegrendszer, az endokrin rendszer és az immunrendszer is [28]. Ha krónikus vagy ismételt stresszorok miatt folyamatos nyomás alá kerül az allosztatikus rendszer, akkor allosztatikus terhelésről vagy allosztatikus túlterhelésről beszélünk, melynek tartós hatása van a fenti szabályozó-rendszerekre [28].

Az agy fejlődése magzati korban elkezdődik, és az agy méretének, illetve fehér- és szürkeállományának nagy része körülbelül 2 éves korig kialakul. Az egyén fejlődése folyamatos, azonban számos szenzitív időszakkal írható le. A korai gyermekkori élmények hatása az agy fejlődésére ma már megkérdőjelezhetetlen. A neuropszichiátriai kutatások empirikus bizonyítékul szolgálnak arra is, hogy „az ártalmas gyermekkori élmények az érzelmi, motivációs, emlékezeti és végrehajtó folyamatokat irányító hálózatok szerkezeti integritásának megváltozásával járnak” [29], és az agyi elváltozások nagyban függenek az ártalmas gyermekkori élmények bekövetkezési idejétől és típusától [30, 31].

Az ártalmas gyermekkori élmények csökkentik a hippocampus méretét, és megváltoztatják a stresszes élményeket feldolgozó és közvetítő szenzoros rendszerek fejlődését [32]. Az agy struktúrájában és méretében bekövetkezett változások érintik a subcorticalis, temporalis és frontális régiókat is [33, 34]. Az ártalmas gyermekkori élmények hatással vannak a stresszreakcióra, melyet többek között a HPA-tengely (hypothalamus–hypophysis–glandula suprarenalis tengely) szabályoz [35]. A stresszre adott válaszként a hypothalamusból kortikotropin szabadul fel, mely a hypophysist adrenokortikotropin hormon termelésére ösztönzi, és ez fokozza a mellékvesekéregben a kortizol termelődését, ami hátrányosan érinti a glükokortikoidreceptorokat, így elhúzódó, krónikus stresszhatás alatt a rendszer zavarainak kialakulása várható, s ez képtelenné teheti az egyént a stresszre adott adekvát és adaptív válaszra [35]. Az elégtelen glükokortikoid-jelátvitel gyulladásozó állapotokhoz vezethet. Gyakori jelenség a C-reaktív protein megemelkedett értéke azoknál a fiatal felnőtteknél, akik ártalmas gyermekkori élményekről számolnak be [36]. Az ártalmas

gyermekkori élmények nemcsak a neuroendokrin, a cardiovascularis és az immunrendszert érintik, hanem az agyműködés káros adaptációján túl a genetikai öregedést is gyorsítják [36].

Tartós, kora gyermekkori rossz bánásmód és ártalmas gyermekkori élmények, vagyis traumatikus (toxikus) stressz esetén a bántalmazó eseményre vagy azok sorozára adott stresszválasz tovább tart. A folyamatos fenyegetettségéből fakadóan a szervezetben beindul és tartósan fennmaradó neurokémiai folyamatok oly módon vannak hatással az agy szerkezetére és működésére, hogy a homeosztázis nem tud visszaállni, és kialakul egy maladaptív visszacsatolási rendszer, ami problémát okoz minden olyan fejlődő agyterületen, mely érzékeny a neurokémiai diszregulációra [37]. A gyermekkori rossz bánásmódból adódó allosztatikus terhelés következményeként tehát a gyermek fejlődése sérül, és bizonyítottan eltérő pályát követ [38].

A biológiailag beágyazott folyamatoknak számos következményük van. A kutatások szerint négy vagy több ártalmas gyermekkori élmény nagy rizikót jelent a felnőttkori maladaptív egészség-magatartás szempontjából: nagy eséllyel fordul elő felnőttkorban túlevés, dohányzás, alkohol vagy egyéb drogok ártalmas használata, kockázatos szexuális viselkedés vagy problémás szerencsejáték, illetve internethasználat [6, 9, 18, 39]. A felsorolt káros egészség-magatartások folyamánként nagyobb százalékban jelennek meg különböző fizikai megbetegedések is, mint például diabetes mellitus, myocardialis infarktusz, daganatos megbetegedések [11]. Azon egyéneknek, akik egy vagy több ártalmas gyermekkori élmény kategóriájában érintettek, szignifikánsan nagyobb az érintettségük a mentális megbetegedések területén is, esetükben gyakoribb a depresszió és az öngyilkosság, és nagyobb eséllyel válnak szerhasználóvá, így például alkoholfüggővé is [6].

### *Ártalmas gyermekkori élmények és alkoholfüggőség*

Az agy egyes régiói bizonyítottan nagy szerepet játszanak a függőség kialakulásában és annak kezelésében. Ilyen agyi terület a prefrontalis kéreg, az amygdala és a mesolimbicus dopaminrendszer. E rendszerek működési zavarai olyan változásokhoz vezethetnek a megismerésben, az érzelemszabályozásban és a viselkedésben, amelyek hozzájárulnak a függőség kialakulásához és fenntartásához [40]. Az ártalmas gyermekkori élmények a krónikus, toxikus stresszhatások miatt kedvezőtlenül befolyásolhatják a mesocorticolimbicus dopaminrendszer kialakulását, ami nagymértékben növeli az addikció kialakulásának valószínűségét az élet későbbi szakaszaiban [41].

A neurotranszmitterek, mint például a dopamin, az endorfin vagy a szerotonin, meghatározó szerepet tölthetnek be a szerhasználati zavarok kialakulásában. E neurotranszmittereknek a rendellenességei ugyanis növelik

annak esélyét, hogy az egyén keresse és végezze azokat a tevékenységeket, amelyek növelik ugyanazon neurotranszmitterek kibocsátását [42].

Az alkoholfüggőség kialakulásának hátterében a fenntebb tárgyalt allosztatikus folyamatokon és az ezekből is eredő epigenetikai tényezőkön kívül számos egyéb pszichoszociális tényező, valamint a szocioökonómiai státusz, illetve ezek együttes hatása játszik szerepet [43].

Azok az egyének, akik ártalmas gyermekkori élményekről számolnak be, az alkohol iránti nagyobb mértékű sóvárgást tapasztalnak stresszes helyzetekben, mint az ártalmas gyermekkori élménnyel nem rendelkező egyének [44]. E gyermekkori élmények és számságuk egyenes arányban, többszörösére növelik az alkoholfüggőség kialakulásának esélyét [45].

Bár a szakirodalom egyre szélesebb körben tárgyalja az ártalmas gyermekkori élmények és az alkoholfüggőség közötti összefüggést, a hatásmechanizmus egyelőre nem teljesen tisztázott. Egyes kutatások szerint az ártalmas gyermekkori élmények következményeként olyan érzelemszabályozási diszreguláció alakul ki, melynek mentén kamasz- és felnőttkorban maladaptív stratégiaként jelenik meg az alkoholhasználat [46]. Az ártalmas gyermekkori élmények hatással vannak az impulzivitásra is, mely magában foglalja az impulzív személyiségjegyeket, a felépő motorikus válaszok megakadályozásának, illetve a jutalmazás késleltetésének képességében megjelenő zavarokat, aminek következményeként az önszabályozás problémássá válik, és az egyén nagyobb eséllyel válik alkoholfüggővé [47].

### **Az alkoholfüggőség kezelése a hazai ellátórendszerben**

Az alkoholhasználathoz köthető problémák kezelése – legyen szó intoxikációról, káros használatról, megvonási szindrómáról vagy függőségről – az egészségügyi és a szociális rendszer eltérő szintjein és színterein folyik. Az alkoholbetegek gondozása ambuláns módon addiktológiai vagy pszichiátriai gondozókban, szociális nappali ellátóhelyeken vagy pedig fekvőbeteg-ellátás keretében kórházban vagy rehabilitációs intézetekben történik. Alapelve, hogy a páciens ellátásának terápiásan illeszkednie kell a probléma mértékéhez. Gyakran előfordul, hogy a szerhasználati zavarral küzdő alkoholbetegek nem rendelkeznek olyan tünetekkel, amelyek a súlyos alkoholfüggőséget jellemzik, többségük rendezett külsejű és látszólag átlagos életvitelű, rendezett körülmények között élő ember. Ezek a betegek az egészségügyi ellátórendszerbe rendszerint valamilyen szomatikus vagy pszichés panasz miatt kerülnek be, de alkoholfogyasztási szokásaikat nem tárják fel vagy bagatellizálják, illetve nagyon gyakran nem rendelkeznek problémabelátással és betegségtudattal [48]. Nemzetközi és hazai adatok alapján is kijelenthető, hogy az alkoholhasználati zavar a legtöbb esetben feltáratlan marad, így az érintettek többsége nem kerül kezelésre. Beszédes adat, hogy a Magyar-

országon megkérdezett orvosok közel 70%-a gondolja úgy, hogy a nála megjelent betegek nem fogyasztanak alkoholt. Az orvosok körében is feltételezhető a tipikus alkoholbeteg jellemző sztereotípiák megléte. A társadalmi közvélekedéshez hasonlóan az alkoholhasználati zavart az orvosok is az idős, alacsonyabb iskolázottságú és hátrányos helyzetben lévő társadalmi csoportokhoz kötik [49]. Az alkoholbetegséggel érintett személyek ritkán kérnek segítséget, ezen belül pedig még ritkábban folyamodnak szakszerű segítségért, mindemellett pedig a segítségkérők csak egy bizonyos hányada részesül ellátásban. Az ellátásba kerülő betegek terápiája többnyire vagy az alkoholnak közvetlenül az agyra gyakorolt hatásaival kapcsolatos problémáknak, vagy a szerhasználattal összeköthető magatartás okozta zavaroknak a kezelése mentén folyik [48].

### Az ártalmas gyermekkori élmények és a traumainformált megközelítés

Az ártalmas gyermekkori élményekkel és az ezekhez kapcsolódó érzelmekkel és gondolatokkal az érintett gyermek gyakran nem tud megbirkózni. Az ebből fakadó és fennmaradó trauma tulajdonképpen a test és az agy válasza a fájdalmas esemény elszívására [50]. Az ártalmas gyermekkori élmények következményeként poszttraumás stressz szindróma alakulhat ki, vagy a betegség néhány jellemző tünete jelenhet meg, illetve az érintetteket gyakran szorongással és/vagy depresszióval diagnosztizálják [51].

*Felitti* egy 2017. évi tanulmányában [52] felettebb érdekes ellentmondásra hívja fel a figyelmet. Szerinte a tudomány és a klinikai gyakorlat elég későn, de mégiscsak levonta azt a következtetést, hogy az ártalmas gyermekkori élmények hatással lehetnek a felnőttkori működésre, megbetegedésekre és az élettartamra, ám a traumafókuszú gondolkodásmód, a traumainformáltság gyakran mégis hiányzik a mindennapi gyakorlatban. *Felitti* az ellentmondást abban látja, „hogy a súlyos, nehezen kezelhető egészségügyi gondok gyakran a beteg részéről tudattalanul választott megoldásmódok egy olyan problémára, melyről sokszor azért nem tud az őt kezelő szakember, mert az erről való információ kikérdezése (a trauma feltárása) kínos számára”. *Felitti* erre az anomáliára mint „közegészségügyi paradoxonra” hivatkozik [52].

Az Egyesült Államokban működő Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (Center for Disease Control and Prevention) úgy becsüli, hogy a gyermekbántalmazás következményeként kialakuló betegségekhez kapcsolódó költségek a legnagyobbak, és ebből adódóan a gyermekbántalmazás az egyik legkomolyabb népegészségügyi probléma [53]. *Van der Kolk* szerint a jelenlegi gyakorlattal az a legnagyobb gond, hogy sokféle kórkép diagnosztizálását alkalmazzák a traumát átélte egyénekre, ezzel ellehetetlenítve azt, hogy komplex, célirányos kezelést kaphassanak. Fontos figyelembe venni azt a tényt, hogy a trauma következtében károsodik az idegrendszer is,

ezért a szakembereknek meg kell tanulniuk „használni” az agy neuroplaszticitását a „hibás” idegi áramkörök újrendezése érdekében [53].

A traumainformált megközelítés a betegellátásnak a hagyományostól eltérő, a lehetséges traumatörténetet feltételező és fókuszba helyező formája. A megközelítés alapjait egy olyan módszertani keret adja, melynek alappillérei a biztonságos terápiás közeg, a megbízhatóság és az átláthatóság megteremtése, a társas támogatás, az együttműködés és a képessé tétel (empowerment) ösztönzése a kulturális és nemi aspektusok figyelembevételével [54].

A traumainformált megközelítés feltételezi, hogy az egyén életében, illetve a probléma hátterében állhat trauma, amelyre a szakember rákérdez, mintsem hogy megvárna, hogy a páciens maga tárja fel azt. A traumainformált megközelítésben a szakember bevonja a páciens a kezelési folyamatba, szűrést végez az esetleges traumákra, és az intervenciótervezés során, valamint a kezelés folyamatában együttműködik társszakmákkal és szervezetekkel [55].

A traumainformált kezelés kapcsán elengedhetetlen, hogy az egészségügyi és a szociális ellátórendszerben dolgozók alaptudással és megértéssel rendelkezzenek a trauma fogalmáról, illetve a trauma egyéneket, családokat, csoportokat, szervezeteket és közösségeket érintő hatásairól annak érdekében, hogy felismerhessék a trauma jeleit és az ebből következő szerhasználói veszélyeztetettségét. Amennyiben az ellátórendszer és annak szervezetei minden területre kiterjesztik a traumainformált szemléletmód alapelveit, nemcsak a retraumatizáció kerülhető el, hanem a kezelésbe kerülés és az ellátásban való maradás mutatói is javulhatnak [54]. A traumainformált megközelítés nem azt jelenti feltétlenül, hogy az addikció kezelésének korai szakaszában traumafeltárás vagy traumafeldolgozás történik. A traumainformált megközelítés, a pácienssel való kapcsolat alapjaként, azon a megértésen alapul, hogy a trauma hatással van az egyén életére és fejlődésére.

### Következtetések

Az alkohol ártalmas használata és az alkoholfüggőség széles körben elterjedt az egész világon. A problémás alkoholhasználat számos rövid és hosszú távú egészségi kockázattal, valamint jelentős személyes, társadalmi és gazdasági költségekkel jár [56]. Az elmúlt évtized kutatásai szignifikáns összefüggést mutattak ki az ártalmas gyermekkori élmények és a későbbiekben kialakuló alkoholhasználati zavar között. Ennek hátterében olyan genetikai, epigenetikai háttérmechanizmusok húzódnak, amelyek hatással vannak a központi idegrendszerre, illetve az endokrin és immunrendszerre, melyek alapvetően befolyásolják a felnőttkori magatartást, érzelmi és kognitív viselkedést [29]. A gyermekkori rossz bánásmód súlyosságával és gyakoriságával egyenes arányban növekszik a diszfunkciók valószínűsége, melyek összefüggenek

a jövőbeli káros egészség-magatartásokkal is. Ezért az ártalmas gyermekkori élmények jelentős kockázati tényezők az alkoholhasználati zavar és az alkoholfüggőség kialakulásának tekintetében [6, 9].

Az ártalmas alkoholhasználat hátterében gyakran az a reflektálatlan vagy épp tudatos cél áll, hogy az egyén megbirkózzon a trauma okozta, illetve a trauma hatásából eredő fájdalmas érzésekkel, gondolatokkal, a gyakran tartósan fennmaradó és számos zavaró tünettől járó poszttraumás stresszsel, a fokozott és szabályozatlan stresszreakciókkal. E maladaptív megküzdési stratégiának jelentős szerepe van az addikció fennmaradásában [57]. Ezért a traumainformált megközelítés és a traumafókuszú gondolkodás hiánya az egészségügyi és a szociális ellátásban hozzájárul ahhoz, hogy az alkoholhasználati zavar nem vagy csak szövődmények esetén kerüljön diagnosztizálásra. Ennek folyományaként a szerhasználati problémákkal küzdő páciensek gyakran nem jutnak hatékony segítséghez, számos esetben pedig már csak a betegségek súlyosságából adódó fizikai és mentális szövődmények okán kerülnek az egészségügyi vagy a szociális ellátórendszer látókörébe. A retenció ebben az esetben is alacsony, nagyban meghatározza a kliens motivációja, s ezt érdemben befolyásolják azok a külső faktorok is, amelyek közül kiemelt fontossággal bír az ellátórendszerben dolgozók hozzáállása, traumainformált gondolkodása vagy annak hiánya. Önmagában az absztinencia egy problémás alkoholhasználótól nem várható el egészen addig, amíg a fel nem dolgozott traumák következtében pszichés, érzelmi és viselkedésbeli tünetei vannak [58].

Az ártalmas gyermekkori élményeknek való kitettség szignifikánsan csökkenti annak esélyét, hogy egy problémás alkoholfogyasztási szakasz után az alkoholfogyasztás normalizálódjon. Inkább a probléma progressziója jellemző [59]. Az alkoholproblémával, illetve alkoholfüggőséggel küzdők közül az ártalmas gyermekkori élményekkel rendelkezők felépülési prognózisa is rosszabb, így a kezelés során döntő fontosságú lehet a traumatikus élmények feltárása és a traumainformált intervenciók tervezése, alkalmazása [60].

Ahhoz, hogy az ellátórendszeren belül hatékonyan működjenek mind a prevenció, mind a szerhasználat kezelése, különös tekintettel a korai kezelésbe vételre, elengedhetetlen annak megértése, hogy a korai traumák milyen hatással vannak az alkoholproblémával küzdő egyének változási, illetve kezelésbe kerülési hajlandóságára [40].

Az alkoholhasználati zavarral rendelkező páciensek kezelése során elengedhetetlen az ártalmas gyermekkori élményekből adódó traumát, illetve annak felnőttkori következményeit, testi és pszichés tüneteit is kezelni, elősegítve a kezelésbe kerülést és a kezelésben maradást, ezzel is csökkentve a megcsúszás és a visszaesés esélyeit.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* G.-P. S.: A kézirat koncepciójának összeállítása, irodalomkutatás és elemzés, a kézirat megírása. K. T.: A kézirat véleményezése, javítása. D. I.: A kézirat koncepciójának összeállítása, a kézirat véleményezése, javítása és szerkesztése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző ismeri és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] World Health Organization. Causes of death statistics. Geneva, 9 December, 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> [accessed: 4 Feb, 2021].
- [2] World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, 27 September 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> [accessed: 2 May, 2023].
- [3] Hungarian Central Statistical Office. Distribution of the population according to alcohol consumption habits [%]. [Központi Statisztikai Hivatal. A népesség megoszlása alkoholfogyasztási szokások szerint [%].] Available from: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0038.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0038.html) [accessed: Feb 15, 2022]. [Hungarian]
- [4] Hungarian Central Statistical Office. STADAT – 2.4.7. Care of drug users and alcoholics (1997–). [Központi Statisztikai Hivatal. STADAT – 2.4.7. A kábítószer-fogyasztók és alkoholisták gondozása (1997–).] Available from: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0030.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0030.html) [accessed: 15 Feb, 2022]. [Hungarian]
- [5] Harerimana B, Csiernik R, Kerr M, et al. Extrinsic factors influencing the person's motivation for engagement and retention in the addiction recovery process. A systematic literature review. *Rwanda J Med Health Sci.* 2020; 3: 93–108.
- [6] 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.
- [7] Shaari A. People in recovery from substance use disorders: what motivates them to enter addiction treatment agencies as counselors? *Pertanika J Soc Sci Humanit.* 2021; 29: 2315–2334.
- [8] Gerhardt S, Eidenmueller K, Hoffmann S, et al. A history of childhood maltreatment has substance- and sex-specific effects on craving during treatment for substance use disorders. *Front Psychiatry* 2022; 13: 866019.
- [9] Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, et al. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv.* 2002; 53: 1001–1009.
- [10] Timothy A, Benegal V, Shankarappa B, et al. Influence of early adversity on cortisol reactivity, SLC6A4 methylation and externalizing behavior in children of alcoholics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2019; 94:109649.
- [11] Ujhelyiné Nagy A, Kuritárné Szabó I. The impact of adverse childhood experiences on adult health status. Literature review. [Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapotra. Szakirodalmi összefoglaló.] *Mentálhig Pszichoszomat.* 2020; 21: 1–36. [Hungarian]

- [12] Sethi D, Yon Y, Parekh N, et al. European status report on preventing child maltreatment. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342240> [accessed: 5 Jan 2019].
- [13] Árki I, Scheiber D, Kovács Zs. Child abuse and neglect. [Gyermekbántalmazás és elhanyagolás.] *Gyermekgyógy Továbbk Szle.* 2013; 18: 73–75. [Hungarian]
- [14] Dube SR, Felitti VJ, Dong M, et al. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003; 111: 564–572.
- [15] Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *South Med J.* 1993; 86: 732–736.
- [16] Tománé Mészáros A, Egeresi F, Vingender I. The transgenerational impact of child abuse. Health professionals' social perceptions and values. [A gyermekbántalmazás transzgenerációs hatásai. Az egészségügyi szakdolgozók társadalmi felfogása és értékítélete.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1544–1552. [Hungarian]
- [17] 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.
- [18] Dong M, Anda RF, Felitti VJ, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 2004; 28: 771–784.
- [19] 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.
- [20] Kórász K. Healthcare aspects of domestic abuse. [A családon belüli erőszak egészségügyi vonatkozásai.] *Orv Hetil.* 2015; 156: 383–392. [Hungarian]
- [21] Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129: e232–e246.
- [22] Babenko O, Kovalchuk I, Metz GA. Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015; 48: 70–91.
- [23] Bevans K, Cerbone AB, Overstreet S. Advances and future directions in the study of children's neurobiological responses to trauma and violence exposure. *J Interpers Violence* 2005; 20: 418–425.
- [24] De Magalhães-Barbosa MC, Prata-Barbosa A, da Cunha AJ. Toxic stress, epigenetics and child development. *J Pediatr.* 2022; 98(Suppl 1): S13–S18.
- [25] Van der Kolk BA. Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals* 2005; 35: 401–408.
- [26] Hertzman C. The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Ann NY Acad Sci.* 1999; 896: 85–95.
- [27] Sterling P, Eyer J. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S, Reason J. (eds.) *Handbook of life stress, cognition and health.* John Wiley & Sons, New York, NY, 1988; pp. 629–649.
- [28] Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav.* 2012; 106: 29–39.
- [29] Gehred MZ, Knodt AR, Ambler A, et al. Long-term neural embedding of childhood adversity in a population-representative birth cohort followed for 5 decades. *Biol Psychiatry* 2021; 90: 182–193.
- [30] Deoni SC, Dean DC 3rd, O'Muircheartaigh J, et al. Investigating white matter development in infancy and early childhood using myelin water fraction and relaxation time mapping. *Neuroimage* 2012; 63: 1038–1053.
- [31] Knickmeyer RC, Gouttard S, Kang C, et al. A structural MRI study of human brain development from birth to 2 years. *J Neurosci.* 2008; 28: 12176–12182.
- [32] Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, et al. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci.* 2016; 17: 652–666.
- [33] Ahmed-Leitao F, Spies G, van den Heuvel L, et al. Hippocampal and amygdala volumes in adults with posttraumatic stress disorder secondary to childhood abuse or maltreatment: a systematic review. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2016; 256: 33–43.
- [34] Chaney A, Carballedo A, Amico F, et al. Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants. *J Psychiatry Neurosci.* 2014; 39: 50–59.
- [35] Berens AE, Jensen SK, Nelson CA 3rd. Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Med.* 2017; 15: 135.
- [36] Kiecolt-Glaser JK, Gouin JP, Weng NP, et al. Childhood adversity heightens the impact of later-life caregiving stress on telomere length and inflammation. *Psychosom Med.* 2011; 73: 16–22.
- [37] Wilson KR, Hansen DJ, Li M. The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression Violent Behav.* 2011; 16: 87–97.
- [38] Cicchetti D. Intervention and policy implications of research on neurobiological functioning in maltreated children. In: Aber JL, Bishop-Josef SJ, Jones SM, et al. (eds.) *Child development and social policy: knowledge for action.* American Psychological Association, Washington, DC, 2007; pp. 167–184.
- [39] Szapáry Á, Kovács M, Tóth G, et al. Internet addiction: a new challenge for 21st century physicians? [Internetfüggőség: a 21. század orvosi kihívása?] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1506–1513. [Hungarian]
- [40] Miela R, Cubala WJ, Mazurkiewicz DW, et al. The neurobiology of addiction. A vulnerability/resilience perspective. *Eur J Psychiatry* 2018; 32: 139–148.
- [41] Meaney MJ, Brake W, Gratton A. Environmental regulation of the development of mesolimbic dopamine systems: a neurobiological mechanism for vulnerability to drug abuse? *Psychoneuroendocrinology* 2002; 27: 127–138.
- [42] Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 760–773.
- [43] Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, et al. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *Eur J Epidemiol.* 2013; 28: 721–734.
- [44] Kim JH, Martins SS, Shmulewitz D, et al. Childhood maltreatment, stressful life events, and alcohol craving in adult drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014; 38: 2048–2055.
- [45] Loudermilk E, Loudermilk K, Obenauer J, et al. Impact of adverse childhood experiences (ACEs) on adult alcohol consumption behaviors. *Child Abuse Negl.* 2018; 86: 368–374.
- [46] Espeleta HC, Brett EI, Ridings LE, et al. Childhood adversity and adult health-risk behaviors. Examining the roles of emotion dysregulation and urgency. *Child Abuse Negl.* 2018; 82: 92–101.
- [47] Kim ST, Hwang SS, Kim HW, et al. Multidimensional impulsivity as a mediator of early life stress and alcohol dependence. *Sci Rep.* 2018; 8: 4104.
- [48] Környei E, Kassai-Farkas Á. Alcohol consumption and consequent health damage. In: Demetrovics Zs. (ed.) *Basics of addiction II.* [Alkoholfogyasztás és következményes egészségkárosodások. In: Demetrovics Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai II.*] ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2009; pp. 63–91. [Hungarian]
- [49] Elekes Zs. Alcohol problem among primary health care patients. [Alkoholprobléma a háziorvosi rendelők betegei között.] *Demográfia* 2015; 58: 145–171. [Hungarian]



- [50] Black C. Unspoken legacy: addressing the impact of trauma and addiction within the family. Central Recovery Press, Las Vegas, 2018.
- [51] Goddard A. Adverse childhood experiences and trauma-informed care. *J Pediatr Health Care* 2021; 35: 145–155
- [52] Felitti VJ. Future applications of the adverse childhood experiences research. *J Child Adolesc Trauma* 2017; 10: 205–206.
- [53] Van der Kolk B. Commentary: The devastating effects of ignoring child maltreatment in psychiatry – a commentary on Teicher and Samson 2016. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 57: 267–270.
- [54] Huang LN, Flatow R, Biggs T, et al. SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD, 2014.
- [55] Menschner C, Maul A. Key ingredients for successful trauma-informed care implementation. Center for Health Care Strategies, Trenton, NJ, 2016.
- [56] Axley PD, Richardson CT, Singal AK. Epidemiology of alcohol consumption and societal burden of alcoholism and alcoholic liver disease. *Clin Liver Dis.* 2019; 23: 39–50.
- [57] Shier ML, Turpin A. A multi-dimensional conceptual framework for trauma-informed practice in addictions programming. *J Soc Serv Res.* 2017; 43: 609–623.
- [58] Miller D. Addictions and trauma recovery: an integrated approach. *Psychiatr Q.* 2002; 73: 157–170.
- [59] Alvanzo AA, Storr CL, Reboussin B, et al. Adverse childhood experiences (ACEs) and transitions in stages of alcohol involvement among US adults: progression and regression. *Child Abuse Negl.* 2020; 107: 104624.
- [60] Brady KT, Back SE. Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence. *Alcohol Res.* 2012; 34: 408–413.

(Gubucz-Pálfalvi Sejla,  
Budapest, Viza u. 5., 8/1., 1138  
e-mail: gubucz.sejla@phd.semmelweis.hu)

„Minden méreg, semmi sincs méreg nélkül,  
egyedül a mennyiségen múlik,  
hogy valami méreg-e vagy sem.” (Paracelsus)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID\_1)