

A stresszteni életesemények és a gyermekkori depresszió kapcsolatának vizsgálata populációs és klinikai mintán

Doktori értekezés

Dr. Mayer László

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Balázs Judit PhD.

Hivatalos bírálók: Dr.
Dr.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr.
Szigorlati bizottság tagjai: Dr.
Dr.

Budapest
2008

Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke	
I. Bevezetés	5.
I.1. A depresszió diagnosztikájával kapcsolatos legfontosabb fogalmak	5.
I.2. A gyermek- és serdülőkori depresszió tünettana, prevalenciája	6.
I.3. A gyermek- és serdülőkori depresszió sajátosságai	9.
I.4. A gyermek- és serdülőkori depresszió etiológiája	10.
I.5. A depresszió és az életesemények kapcsolata	12.
II. Célkitűzések	18.
III. Populációs vizsgálat	19.
III.1. Módszerek	19.
III.1.1. Vizsgálati minta	19.
III.1.2. Mérőeszközök	21.
III.1.2.1. Depressziós tünetek vizsgálata	21.
III.1.2.2. Stresszt jelentő életesemények vizsgálata	22.
III.1.3. Statisztikai elemzések	26.
III.2. Eredmények	26.
III.2.1. Leíró statisztika – depressziós tünetek	26.
III.2.2. Leíró statisztika – életesemények	32.
III.2.3. A depressziós tünetek és az életesemények összefüggése	34.
ÍV. Klinikai vizsgálat	41.
IV.1. Módszerek	41.
IV.1.1. Vizsgálati minták	41.
IV.1.2. Mérőeszközök	45.
IV.1.2.1. Major depresszió vizsgálata	45.
IV.1.2.2. Stresszt jelentő életesemények vizsgálata	46.
IV.1.3. Statisztikai elemzések	47.
IV.3. Eredmények	48.
V. Megbeszélés	58.
VI. Következtetések	68
<i>Összefoglalás</i>	
<i>Irodalomjegyzék</i>	

Saját publikációk jegyzéke

Köszönetnyilvánítás

Függelék

Rövidítések jegyzéke

CI	Confidence Interval (Konfidencia Intervallum)
DESCA	Detailed Evaluation Schedule for Children and Adolescents
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GYD	Gyermekdepresszió Kérdőív
GYD-R	Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőív
HBSC	Health Behavior of School-Aged Children
IGIS	Intake General Information Sheet
ISCA	Interview Schedule for Children and Adolescents
ISCA-D	Interview Schedule for Children and Adolescents-Diagnostic Version
K-SADS	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
LEDS	Bedford College Life Events and Difficulties Schedule
MDD	Major Depresszív Zavar (Major Depressive Disorder)
n.a.	nincs adat
n.sz.	nem szignifikáns
OR	Odds Ratio (Esélyhányados)
SD	Standard Deviation (szórás)
SES	Socio-Economic Status (Szocioökonómiai státusz)
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)
5HTT	Serotonin Transporter
5HTTLPR	Serotonin Transporter-Linked Polymorphic Region

I. Bevezetés

I.1. A depresszió diagnosztikájával kapcsolatos legfontosabb fogalmak

A pszichiátriai betegségek közül talán a legismertebb és leggyakrabban előforduló betegség a depresszió, ugyanakkor pontos meghatározása sokszor a szakemberek számára is gondot jelent. Meglepőnek tűnhet ez a diagnosztikus dilemma, hiszen a szomorúság, átmeneti boldogtalanság, álmatlanság, örömtelenség tüneteit naponta észleljük – gyermekeinknél is - a családi körben és az iskolában egyaránt.

A DSM-IV diagnosztikus kézikönyv (American Psychiatric Association, 1994) a hangulatzavarok között megkülönböztet keresztmetszeti és hosszmetszeti klinikai képeket. Ennek megfelelően beszélhetünk hangulati epizódokról és zavarokról.

Major depresszív epizód

Az alábbi tünetekből legalább öt észlelhető egy kéthetes periódus folyamán. Ezek a tünetek a korábbi tevékenység megváltozásaként jelennek meg. Az első két tünetből legalább az egyik szükséges a diagnózishoz.

1. Tartós levert hangulat. (gyermekeknél ingerültség is lehet.)
2. Az érdeklődés és öröm jelentős csökkenése.
3. Jelentős súlycsökkenés vagy súlygyarapodás.
4. Inszomnia vagy hiperszomnia.
5. Motoros agitáció vagy gátoltság.
6. Fáradtság vagy anergia.
7. Értéktelenségérzés, kifejezett illetve inadekvát önvádolás, büntudat, akár téveszméig.
8. Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség.
9. A halál gondolatával való gyakori foglalkozás, visszatérő öngyilkossági gondolatok, öngyilkossági kísérlet.

A tünetek nem elégítik ki a kevert epizód ismérveit.

A tünetek jelentős szenvedést vagy szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos funkcióromlást okoznak.

A tünetek nem kémiai anyag vagy általános egészségi állapot közvetlen élettani hatásának tulajdoníthatók.

A tünetek nem magyarázhatók jobban gyászreakcióval.

Depresszív zavarok

A klasszifikációs rendszer a hangulatzavarokon belül elkülöníti azokat az eseteket, amelyeknél csak egyetlen depressziós epizód, vagy több depressziós epizód jelentkezik, mániás, hipomán vagy kevert epizódok nélkül.

Major depresszív zavar egyszeri epizód (a major depresszív epizód első előfordulása)

Visszatérő major depresszív zavar

Disztímiás zavar

Depresszív zavar MNO

Ez a kategória olyan depresszív jellegű zavarokat takar, amelyek máshová nem sorolhatók be.

Ebbe a kategóriába sorolható be a *minor depresszió*: depresszív tünetek legalább két hetes epizódja, de a major depresszív epizód tételei közül kevesebb, mint öt teljesül.

Jelen dolgozat szövegében a „Major depresszió” megnevezés alatt „Major Depresszív Zavar-t (MDD) értünk. A klinikai vizsgálatban a gyerekek diagnózisa valamennyi esetben „Major depresszív zavar egyszeri epizód”. Ebben az esetben is a „Major depresszió” kifejezést vagy a MDD rövidítést használjuk.

A „*depressziós tünetegyüttes*” leginkább a „minor depresszió” diagnosztikus kategóriának felel meg. A dolgozatban az önkítöltős kérdőív megfelelő határértékpontját elérő vagy meghaladó gyermekek esetében – akiknél több depressziós tünet van jelen - használjuk a „depressziós tünetegyüttes” meghatározást. Esetükben fennállhat klinikai szintű depresszió (major depresszió) is, ezt azonban a kérdőíves módszerrel nem lehetett igazolni.

I.3. A gyermek- és serdülőkori depresszió tünettana, prevalenciája

A 70-es évekig tartotta magát az a felfogás, hogy a felnőttek depressziójára hasonlító zavar csak rendkívüli esetekben jelentkezik fiataloknál. A 80-as évektől azonban egyre több vizsgálat igazolta, hogy a felnőttkorhoz hasonló állapot a gyermekkorban is jelentkezhet, sőt a legutóbbi adatok szerint 10 serdülőkorú lány közül egy depresszióban szenved. A depresszió gyanúját keltő tünetek már a csecsemőkorban és a bölcsődés-óvodáskorban megfigyelhetők: nyugtosság, ok nélküli sírás, rossz alvás, étvágytalanság,

az érdeklődés csökkenése. Ebben az életkorban azonban nem beszélhetünk depresszió betegségről, a tüneteket a szeparációs szorongás, kötődési zavar részének tekintjük. Hét éves kortól azonban a kisiskoláskori alvászavar, figyelmetlenség, romló iskolai teljesítmény, „iskolai fejfájás” már értékelhető a hangulatzavar tüneteként.

A gyermek- és serdülőkorban kezdődő betegség tünetei kevésbé különböznek a felnőttkorban indulótól, ugyanakkor számos sajátossága van a betegség lefolyásának, komorbiditásának. A gyermekkori depresszió tünetei sok esetben nem típusosak és olyan kórképekkel szövődhet a betegség, mely tovább nehezíti a felismerést.

A DSM-IV diagnosztikus kézikönyv (American Psychiatric Association, 1994) szerint depressziós epizódról akkor beszélünk, ha a kilenc tünetből öt vagy több fennáll egy kéthetes periódus alatt és a tünetek jelentős szenvedést vagy szociális működésromlást okoznak és nem magyarázhatók gyászreakcióval. Fontos kiemelni, hogy gyermekkori az irritált, ingerült hangulat jelenléte is elegendő – további megfelelő számú tünet jelenléte esetén - a major depresszió diagnózisának felállításához. Néhány szerző különböző életkorokra jellemző tünet-mintázatokat talált, elemezték a tünetek eltérő előfordulási gyakoriságát fiúknál és lányoknál (Kovacs és mtsai 2003, Ryan 1987, Sorensen és mtsai 2005), valamint az adott depressziós tünet (pl. alvászavar) hatását s a betegség súlyosságára, lefolyására. (Liu és mtsai 2007).

Miközben a gyermek- serdülőkori major depresszió, mint diagnózis egyre inkább elfogadott, felmerül a kérdés, hogy mit kezdünk azokkal a depresszióformákkal, amelyek nem tesznek eleget a depresszió összes kritériumának. Az epidemiológiai vizsgálatokból az tűnik ki, hogy a fiatalkori depressziót kontinuumnak kell tekintenünk, s a betegség súlyosságától függetlenül mindig problémát jelent. A serdülőkori enyhe, ún. „minor” depresszió is növeli a felnőttkori depresszió kockázatát és gyakran megelőzi a serdülőkori major depressziós epizódot.

A különböző mentális betegségek – köztük a depresszió - a gyermek- és serdülőkorban az utóbbi évtizedekben gyakoribbá váltak. A depresszió betegség előfordulási gyakorisága az életkorral növekszik, pontprevalenciája gyermekkori alacsonyabb (0,4-2,5%), serdülőkorban már 0,4-8,3% (Birmaher és mtsai 1996), élettartam prevalenciája gyermekek esetében 4-5%, serdülők esetében 13-15% (Vetró és mtsai 1997). Számos hazai és nemzetközi tanulmány is megerősíti, hogy a serdülőkori élettartam prevalencia csaknem megegyezik a felnőttkorival (17-20%), ami azt sugallja,

hogy a felnőttkori depresszió gyakran serdülőkorban kezdődik (Szádóczky 2000, Wittchen és mtsai 1998). 18 éves életkorig a serdülőkorúak 20-25 százalékának volt már egy depressziós epizódja (Lewinsohn és mtsai 1993). Egy európai felmérés szerint a 16 éves lányok 5%-a, a fiúk 1,3%-a kimeríti a súlyos depresszió kritériumait, valamint minden negyedik családban él legalább egy ember, akinek valaha mentális betegsége volt (Kopp és mtsai 1997).

A depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakorisága (pont prevalenciája) önkitöltős kérdőívekkel populációs mintán végzett vizsgálatok szerint 8,6-52,4% (Patten és mtsai 1997). A vizsgálatok eredményeit jelentősen befolyásolja a vizsgált populáció életkori megoszlása, az alkalmazott tesztmódszer és az értékeléskor használt határérték (cut-off érték). Az iskolások körében leggyakrabban használt Gyermekdepresszió Kérdőívvel (GYD) (Kovacs 1992) végzett vizsgálatokban (Allen és mtsai 2000, Davanzo és mtsai 2004, Larsson és Melin 1992, Poli és mtsai 2003) a tanulók 10-13 százalékánál volt valószínűsíthető major depresszió. Poli és mtsai (2003) vizsgálata szerint 33 százaléknál több depressziós tünet volt jelen, vagyis minden harmadik tanuló a fokozott rizikójú csoportba tartozott.

A magyarországi fiatalok általános pszichés állapotát kevés tanulmány vizsgálja, így gyermekkori depressziós tünetek előfordulási gyakoriságáról és pathomechanizmusáról kevés magyarországi adat áll rendelkezésre (Pikó és Fitzpatrick 2001, Vetró és mtsai 1997). Annak ellenére hiányoznak a depresszió-epidemiológiai felmérések, hogy a Gyermekdepresszió Kérdőív magyarországi validálása megtörtént (Csorba és mtsai 1994a, Rózsa és mtsai 1999). Különösen hiányosak a vizsgálati eredmények a 11 év alatti korosztályban.

Az iskoláskorú, 11,5-17,5 éves populáció rendszeres felmérését 1985 óta a WHO szervezésében nemzetközi vizsgálat részeként Magyarországon is végzik (Health Behavior of School-Aged Children, HBSC). A 2002-es felmérés során a GYD Kérdőív rövidített változatával vizsgált fiúk 18, a lányok közel 30 százalékánál találtak olyan magas pontszámot, ami depresszív hangulatot jelezhet (Aszmann 2003). További két, 1988-ban és 1995-ben végzett reprezentatív vizsgálatból (Hungarostudy) kizárólag a 15 év feletti magyar lakosságról szereztek adatokat és az 1995-ös vizsgálatban különösen a kezelésre szoruló, súlyos depressziós tünetcsoportnál találtak jelentős emelkedést a korábbi, 1988-as adatfelvételhez képest (Kopp és mtsai 1997). A Hungarostudy 2002

adatai szerint 1995 és 2002 között lényeges változás nem volt a depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakoriságában. A depresszió-pontszámok átlaga a nők között szignifikánsan magasabbnak mutatkozott minden korcsoportban (Purebl és Kovács 2006).

I.3. A gyermek- és serdülőkori depresszió sajátosságai

A gyermekkori depresszió 7-9 hónapig tartó lefolyása során számos nehezen elviselhető problémát jelent a gyermek számára, elég, ha csak az örömtelenségre, a koncentráció csökkenésére, a következményes tanulási zavarra és a gyakran megjelenő halállal, öngyilkossággal kapcsolatos fantáziákra gondolunk. A hosszmetzeti kép legfontosabb jellemzője, hogy a depressziós tünetcsoport két éven belül 40%-os, öt éven belül 70%-os valószínűséggel visszatér. A gyermekkori depressziót gyakran előzi meg disztímiás zavar. Érdeemes megemlíteni, hogy a korai kezdetű disztímiás zavar, melynek pontprevalenciája nagyon hasonló a gyermekkori major depresszióéhoz, 70%-ban két-három éven belül major depressziós zavarrá alakul, 13%-ban pedig bipoláris zavarrá. A gyermek- és serdülőkori depresszió mellett – a disztímiás zavaron kívül – számos egyéb komorbid betegség is jelen lehet. A gyermek- és serdülőkori depressziók esetében 80-90%-ban állapíthatunk meg más emocionális zavart is. Gyermekkorban leggyakoribb a szorongásos betegségek (39%), a disztímia (22%), és a magatartászavar (16%) együttes előfordulása. Serdülőkorban a depresszióval egyidejűleg gyakran észlelünk étkezési zavarokat és drogabúzust. Amennyiben a depresszió betegség mellett más érzelmi- vagy magatartási zavart is diagnosztizálunk, gyakrabban válik szükségessé pszichiátriai ellátás a súlyosabb depressziós tünetek miatt (Birmaher és mtsai 1996).

A számos, hosszú időn keresztül átélt depressziós tünet (a komorbid betegségekkel együtt) rontja a gyermek alkalmazkodását, iskolai teljesítményét, jelentősen befolyásolja magatartását, életminőségét és a felnőttkorra áthúzódva társadalmi szintű problémát jelenthet.

Külön ki kell emelni a gyermekkori depresszió és az öngyilkosság kapcsolatát. Magyarországon a depresszió és öngyilkosság előfordulási gyakorisága igen magas mind a felnőtt, mind a serdülő populációban (Csorba és mtsai 1994b, Rihmer és mtsai 1996). A kezeletlen major hangulati zavarok a legfontosabb rizikófaktorai a szuicídiumnak, mely a vezető halálokok között szerepel a serdülőkortól kezdve. A

(többnyire kezeletlen) hangulatzavar előfordulási gyakorisága szuicid áldozatok között 60-85% (Rihmer és mtsai 1990, 2002).

Magyarországon a bipoláris zavar élettartam prevalenciája lényegesen magasabb (5,1%), mint más országokban (0,3-1,5%) (Szádóczy 2000). A magas magyarországi szuicid ráta kapcsolatban lehet a bipoláris zavarok magas előfordulási arányával. Ismert, hogy a bipoláris zavarokban az öngyilkossági kísérletek gyakrabban ismétlődnek és súlyosabbak, mint unipoláris depresszióban (Arató és mtsai 1988), továbbá hogy a serdülőkori major depresszió igen magas arányban (20-40%-ban) bipolárisává válik, az epizód kezdetét követő öt éven belül. Fenti vizsgálati eredmények egy újabb, eddig kevésbé vizsgált szempontból hívják fel a figyelmet arra, hogy a serdülőkori depresszió megelőzése hozzájárulhat a felnőttkori öngyilkossági kísérletek csökkenéséhez is.

I.4. A gyermek- és serdülőkori depresszió etiológiája

A depresszió etiológiájában számos tényező szerepel, melyek közül a genetikai, familiáris tényezők, szocioökonómiai és szociodemográfiai jellemzők mellett kiemelkednek a negatív életesemények. Számos vizsgálat szerint a gyermekkori depresszió hátterében a genetikai, egyéb biológiai tényezők mellett pszichoszociális (szocioökonómiai, szociodemográfiai) és környezeti faktorok egyaránt szerepet játszanak (Birmaher és mtsai 1996, Paykel 2003).

A gyermek- és serdülőkori kezdetű major depresszió a betegség fokozott kockázatával jár az elsőfokú illetve női rokonoknál. Depressziós szülők gyermekeinél 2-3-szor magasabb a korai kezdetű depressziós zavar kockázata. Legmagasabb a rizikó, ha a szülőnek korai kezdetű és rekurrens depressziója volt. (Birmaher és mtsai 1996, Kovacs és mtsai 1997, Wickramaratne és mtsai 2000).

Az öröklődés szerepét a családi halmozódás mellett az utóbbi évtizedben egyre inkább molekuláris genetikai vizsgálatokkal is próbálják igazolni. Az egyes gén polimorfizmusok, allélek és a gyermekkori depresszió kapcsolatának vizsgálati eredményei ellentmondásosak (Dempster és mtsai 2007a, Dempster 2007b, Feng és mtsai 2007, 2008). A szerotonin-rendszer kapcsolata a major depresszióval és az öngyilkossággal régóta ismert. Nagyszámú kutatás vizsgálta a szerotonin transzporter (5-HTT) gén 5HTTLPR régiója különböző alléljeinek kapcsolatát a depresszióval (Caspi és mtsai 2003, Eley és mtsai 2004, Kendler és mtsai 2005).

Populációs és klinikai mintán végzett vizsgálatok is megerősítik az összefüggést a korai nehéz temperamentum, a gondozói instabilitás és a korai kezdetű depresszió első epizódja között (Jaffee és mtsai 2002, Kapornai és mtsai 2007). Ezen túl a perinatális problémák (pl. alacsony születési súly) valószínűleg szintén a gyermekkori depresszió rizikófaktorának tekinthetők (Gale és Martyn 2004, Kapornai és Vetró 2008). A gesztációs kornál alacsonyabb születési súly hatása a depressziós tünetekre nagyobb volt azoknál a gyerekeknél, akiknél genetikai rizikófaktorok is jelen voltak.

A pszichoszociális rizikótényezők közé soroljuk a szocioökonómiai (család anyagi helyzete, lakókönyezete, szülők foglalkozása, közös háztartásban élők száma) és szociodemográfiai (nem, életkor, etnikai különbségek) jellemzők mellett a stresszeli életeseményeket is. A szociodemográfiai jellemzők közül az életkor mellett a nem is alapvetően befolyásolja a tünetképzés gyakoriságát (Angold és Worthman 1993, Angold és mtsai 1998, 2002). Korai serdülőkortól a depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakoriságának növekedése mellett megjelennek a nemi különbségek is. Depressziós és átlag populáción végzett vizsgálatok eredményei egyaránt azt igazolják, hogy a fiú/lány arány gyermekkorban közel egyenlő, egyes vizsgálatok szerint inkább enyhe fiú-túlsúly észlelhető (Birmaher és mtsai 1996, Poli és mtsai 2003). A lányok depressziója 10 éves kor körül kezd gyakoribbá válni, az igazán meredek emelkedés 11-13 éves korban észlelhető, míg 15-16 éves korban már kétszer annyi a depressziós lány, mint a fiú (Angold és mtsai 2002, Cyranowski és mtsai 2000). Populációs vizsgálatokban a depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakorisága 11 éves kor feletti lányoknál jelentősen magasabb (Allen és mtsai 2000, Davanzo és mtsai 2004, Poli és mtsai 2003). A depressziós tünetek előfordulásában észlelt nemi különbség magyarázata nem egyértelmű, több magyarázó modell szerint jelentős szerepet játszhatnak – a pubertással összefüggő biológiai változások, a kognitív predispozíció, szociális faktorok és a gyakori komorbid szorongásos betegségek mellett - az interperszonális negatív életesemények (Cyranowski és mtsai 2000, Nolen-Hoeksema és Girgus 1994). Gilman és mtsai (2002) eredményei szerint az alacsony szülői szocioökonómiai státusz (SES) a depresszió élettartam-rizikóját növeli és csupán a válás és a háromnál több költözés specifikus a 14 alatt induló depresszióra. Más vizsgálatok szerint a szülő szocioökonómiai státusza inverz módon függ össze a serdülőkori depressziós tünetegyüttesrel (Garrison és mtsai 1989, Kaplan és mtsai 1984). A szülők alacsony

iskolai végzettsége, a család nehéz anyagi helyzete szintén hozzájárulhat a serdülők depresszív tüneteinek kialakulásához (Conger és mtsai 1999, Gore és mtsai 1992, Lempers és Clark-Lempers 1990). Sund populációs vizsgálatában (Sund és mtsai 2003) talált összefüggést a szülők alacsony szocioökonómiai státusza és a 12-14 évesek magasabb depressziós pontszáma között.

I.5. A depresszió és az életesemények kapcsolata

Az életesemények és a depresszió közötti kapcsolattal az elmúlt 30 évben intenzíven foglalkoznak a pszichiátriai kutatások és összefüggést találtak a fokozott megterhelést jelentő életesemények, az ennek következtében kialakuló akut és krónikus stressz és a depresszió között (Paykel 2001, 2003). A stresszteli életesemények az utóbbi időben az epidemiológiai kutatások középpontjába kerültek (Kendler és mtsai 1999, 2001a, 2004). Ezek a kutatások kezdetben a felnőttkori depresszióra irányultak. Ennek kapcsán derült fény arra is, hogy nemcsak a felnőttkori negatív életesemények, mint a magas munkahelyi stressz és a házassági konfliktusok (Chen és mtsai 2000, Kendler és mtsai 2001a, Rijdsdijk és mtsai 2001) hanem a korai, gyermekkori életesemények is összefüggést mutatnak a felnőttkorban induló depresszióval (Gilman és mtsai 2003, Infrasca 2003, Piccinelli és Wilkinson 2000, Reinherz és mtsai 2000). Számos klinikai és populációs mintán végzett felnőttkori vizsgálat szerint a gyermekkori életesemények közül a veszteségek, szülő halála és egyéb szeparáció (Bifulco és mtsai 1987, Infrasca 2003, Paykel 2003, Piccinelli és Wilkinson 2000), a szülők válása (Gilman és mtsai 2003, Infrasca 2003, Piccinelli és Wilkinson 2000), házassági problémák a szülők között (Gilman és mtsai 2003, Infrasca 2003,), szülői depresszió és szorongás (Reinherz és mtsai 1999), gyermekkorban elszenvedett szexuális abúzus (Bebbington 1998, Hill és mtsai 2004, Jaffee és mtsai 2002) növelik a felnőttkori depresszió kockázatát. A szülők válása, a szülők konfliktuózus kapcsolata a depresszió élettartam-rizikóját növeli, így e két életesemény szerepet játszhat a gyermekkori depresszió kialakulásában is. A felnőttkori depresszió rizikótényezőinek tekinthető korai életesemények (“distal events”) kutatása és az életesemények kapcsolata az első depressziós epizódhoz (Kessler 1997) inspirálta az életesemények vizsgálatát a gyermekkori depresszió hátterében.

A populációs vizsgálatok egy része az életesemények előfordulási gyakoriságát és azok megélésének nembeli különbségeit vizsgálja. Több vizsgálat szerint a felnőtt nők több negatív életeseményt, súlyosabb pszichológiai distresszt élnek át, mint a férfiak (Hammen 2003, Kendler és mtsai 2001a, Maciejewski és mtsai 2001, Reinherz és mtsai 1993). Ugyanez vonatkozik a gyermek és serdülőkorra is. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a serdülő lányok több negatív stresszteli életeseményről számolnak be, mint a fiúk (Hankin és Abramson 2001, Muldoon 2003). Azon vizsgálatok szerint, melyek életesemény-csoportokat különítenek el, a serdülő lányok több viselkedésfüggő, interperszonális életeseményről számolnak be, mint a fiúk, a serdülő fiúk pedig több iskolai életeseményről (Hankin és Abramson 2001, Rudolph és Hammen 1999) számolnak be. Cyranowski és mtsai (2000) szerint a lányok ugyanazon életesemények előfordulásakor több distresszt élnek át, mint a fiúk.

Bár számos vizsgálat jelzett szoros kapcsolatot az átélt stressz és a gyermekkori pszichopathológia között (Compas és mtsai 2004, Grant és mtsai 2004) és számos, a serdülők körében végzett vizsgálatban pozitív korrelációt találtak az életesemények és a major depresszió (Williamson és mtsai 1995, 1998) illetve a depressziós tünetegyüttes (Ge 1994a) között, kevesen tanulmányozták az életesemények és a depresszió összefüggését a fiatalabb életkorú gyermekek körében. Ugyanakkor elmondható, hogy a gyermek- és serdülőkori depresszió és az életesemények kapcsolatának vizsgálata nagyon szerteágazó, a szerzők számos különböző megközelítést alkalmaztak vizsgálataik során. Számos klinikai (Williamson és mtsai 1995, 1998) és populációs (Franko és mtsai 2004, Ge és mtsai 1994a, Silberg és mtsai 1999) vizsgálat szerint is pozitív korreláció áll fenn a depresszió kezdete és az átélt össz-életeseményszám között. Más szerzők különböző életesemény-csoportok és a gyermekkori depresszió közötti kapcsolatról számoltak be (Rudolph és Hammen 1999, Williamson és mtsai 1998, 2005). Több populációs vizsgálat során bizonyítást nyert az egyes specifikus életesemények szerepe a gyermekkori depresszió kialakulásában (Harrington és mtsai 1997, Storksen és mtsai 2005, 2006, Sund és mtsai 2003). Az életesemények halmozódásának szerepét a Birmaher emeli ki összefoglaló tanulmányában (1996). Az egynél több életesemény fokozott rizikó-növelő hatását klinikai mintán Williamson említi; 1998-as vizsgálatában, a depressziós csoportban, normál kontroll csoporthoz

viszonyítva. szignifikánsan gyakoribbnak találta a halmozott (kettő vagy több) életeseményt.

Depressziós gyermekek és serdülők klinikai (Williamson és mtsai 1995, 1998) és közösségi (Sund és mtsai 2003) mintáiban is szignifikáns összefüggést találtak a stresszteli életesemények száma és a depresszió között. Az összehasonlító vizsgálatokban a major depressziós csoportba tartozó vizsgálati személyek szignifikáns mértékben több életeseményt éltek át, mint egy populációs kontroll csoport tagjai, sőt, mint az egyéb pszichiátriai betegségben szenvedők is (Birmaher és mtsai 1996, Williamson és mtsai 2005). Rudolph a keresztmetszeti- (1999) Ge pedig a prospektív vizsgálatában (1994a) kizárólag lányok esetében talált a depresszió és az össz-életesemény között szignifikáns kapcsolatot.

Más vizsgálatok az egyes életesemény-csoportok és a gyermekkori depresszió kapcsolatát elemzik. Az életeseményeket leggyakrabban a viselkedésfüggő és viselkedéstől független, illetve interperszonális és non-interperszonális csoportba sorolják. Depressziós gyermekek (Williamson és mtsai 2005) és serdülők (Williamson és mtsai 1995) klinikai mintáiban szorongásos zavarban szenvedő és egészséges kontroll csoporthoz (Williamson 1995, 2005) viszonyítva a viselkedésfüggő (iskolai bukás, szakítás a partnerrel, teherbeesés, vita-veszekedés a szülőkkel illetve a szülők között) életesemények, veszteségek és a depresszió között találtak szignifikáns összefüggést. Williamson 1998-as tanulmányában megállapította, hogy a súlyos életesemények és nehézségek (a szülők közötti kapcsolat megromlása, a testvér egészségi állapota, a közeli hozzátartozó szomatikus betegsége, fizikai bántalmazás, gyakori családi konfliktus) és a halmozott (kettő vagy több) életesemény szignifikánsan gyakoribb a depressziós csoportban az egészséges kontroll csoporthoz viszonyítva. A gyermekkori depresszió fenntartásában Goodyear és mtsai (1997) fontos, bár nem szignifikáns tényezőnek tartják a biztonságot nyújtó anyai kapcsolat hiányának, a családi diszfunkciónak és a csalódnak összeadó hatását. Depressziós serdülőknél – populációs vizsgálatok során - gyakoribbnak találták a viselkedésfüggő, interperszonális életeseményeket (Hankin és Abramson 2001, Rudolph és Hammen 1999).

Az egyes specifikus életesemények és a depresszió összefüggését nagyszámú populációs és néhány klinikai vizsgálat is hangsúlyozza. Jaffee vizsgálatában (2002) az anyák depressziós tünete, a szülőfigura megváltozása, az egyik szülő elvesztése és a

költözés gyakoribb volt a gyermekkori kezdetű depresszió hátterében, mint a felnőttkori kezdetűben. A szülő halála Weller és mtsai (1991) szerint is a gyermekkori depresszió rizikótényezőjének tekinthető. A vizsgálatok kimutatták, hogy a gyermek- és serdülőkori depresszió prediktorának tekinthető még a szülői depresszió (Ge és mtsai 1994b, Tennant 2002), a szülők közötti kapcsolat megromlása, a testvér egészségi állapota, a fizikai bántalmazás (Williamson és mtsai 1998) és a gyakori családi konfliktus (Tennant 2002) is. Csorba (2001) magyarországi, major depressziós és egyéb pszichiátriai zavarban szenvedő fiatalok csoportjait összehasonlító vizsgálata során arra a megállapításra jutott, hogy a serdülőkori depresszió rizikó tényezőinek tekinthetők az iskolai (új iskola, fenyítés) és családi stresszek (haláleset, a családtagok mentális problémái, szomatikus betegségei) is. Gilman (2002, 2003) különbséget tesz az életesemények között abból a szempontból, hogy a depresszió kezdetére vagy az élettartam- rizikóra vannak-e hatással. Adatai szerint az abúzus, a 7 éves kor alatt átélt alacsony szülői SES, válás vagy szeparáció és háromnál többszöri költözés az élettartam- rizikót növeli, a válás és költözés a gyermekkori kezdettel is kapcsolatba hozható. Sund eredményei (2003) szerint 12-14 éves fiatalok között szignifikánsan több a depressziós tünet azoknál, akiknek szülei külön élnek, többször költöztek, több testvérük van és kevés a barátjuk.

Amato (2000) és Breivik (Breivik és Olweus 2006) összefüggést talált a szülők válása és a gyermekek depresszív tünetei között. Storksen és mtsai (2005, 2006) vizsgálataiban a szorongásos, depresszív tünetek és a szülők válása közötti kapcsolat a lányoknál volt kifejezett. Hetherington és Hagan (1999) vizsgálata szerint a válás mellett a konfliktuózus családi légkör is növelheti az internalizáló tünetek megjelenésének valószínűségét. A serdülők konfliktusa szüleikkel (Greenberger és mtsai 2000), a gyakori családon belüli konfliktus és a családon belüli agresszió több vizsgálat szerint is megnöveli az iskoláskorúak depressziójának esélyét (Formoso és mtsai 2000, Olsson és mtsai 1999). A gyermekkori fizikális és szexuális abúzus együtt jár a depresszió- betegségre való magasabb érzékenységgel egész életen át (Noelen-Hoeksema és Girgus 1994), azonban alig ismerünk populációs vizsgálatot a bántalmazás és a gyermekkori depressziós tünetek kapcsolatáról (Land 2003). A gyermekkori pszichikai bántalmazás speciális formáját, a csúfolást (Jones és mtsai 2005) elsősorban evési zavaros, túlsúlyos serdülők körében vizsgálták (Eisenberg és mtsai 2003, 2006, Lunner és mtsai 2000,

Neumark-Sztainer és mtsai 2002). Arra az eredményre jutottak, hogy a túlsúlyos és alacsony súlyú serdülők egyaránt jóval több csúfolásról számoltak be, mint az átlag testsúlyúak (Neumark-Sztainer és mtsai 2002). A testsúllyal kapcsolatos csúfolás megnövelte a depressziós tünetek és az öngyilkossági gondolatok előfordulási valószínűségét (Eisenberg és mtsai 2003, 2006).

Néhány populációs vizsgálat nemi különbséget mutatott ki a negatív életesemények és a depressziós tünetegyüttes kapcsolatában. Storksen már említett eredményei szerint (Storksen és mtsai 2005) a szülők válása kizárólag a lányok depressziós tüneteit befolyásolta.

Az életkor és a nem kölcsönhatását a rendelkezésre álló irodalmi adatok szerint a specifikus életesemények és a gyermekkori major depresszió összefüggésében nem vizsgálták, csupán néhány populációs vizsgálatban (Ge és mtsai 1994a, Silberg és mtsai 1999). Silberg és mtsai (1999) prospektív vizsgálata szerint az össz-életesemény erősebben előrejelzi a klinikai szintű depressziót serdülő lányoknál, szemben a fiúkkal és prepubertás lányokkal. Ge és mtsai négy éves longitudinális vizsgálatában (1994a) a lányok 13 éves koruk után több negatív életeseményt éltek át, mint a fiúk, továbbá csak a lányok esetében járt együtt a negatív életesemények átélése a depressziós tünetek magasabb rizikójával. A depressziós tünetek és a különböző életesemény-csoportok kapcsolatát Rudolph és Hammen (2001) vizsgálta. Mindkét tanulmányban a depressziós tünetek súlyosbodásával serdülőknél gyakoribbnak találták a viselkedésfüggő, serdülő lányoknál a viselkedésfüggő-interperszonális életeseményeket (Ge és mtsai 1994a, Rudolph és Hammen 2001).

A különböző rizikófaktor-csoportok külön-külön történő vizsgálata mellett az utóbbi évtized kutatásai rávilágítottak, hogy amennyiben a major depresszió komplex etiológiai modelljét szeretnénk megalkotni, szükséges a különböző rizikófaktor-csoportok közötti kölcsönhatások elemzése is. Számos vizsgálat bizonyította, a genetikai és környezeti rizikófaktorok kölcsönhatását, a gén-környezet korrelációt (Eley és mtsai 2004, Kendler és mtsai 1999, 2001b, 2005, Kaufman és mtsai 2004, Rice és mtsai 2003, Sandberg és mtsai 2001, Silberg és mtsai 1999). Kendler vizsgálata szerint az alacsony és magas genetikai rizikójú csoportok esetében különböző összefüggés figyelhető meg a stresszteli életesemény és a major depresszió kezdete között (Kendler és mtsai 2001b). További vizsgálatok szerint a gyermekkori akut életesemények, az

ehhez kapcsolódó rossz pszichoszociális helyzet és a genetikai rizikó együttesen felelősek a depresszió-betegségre való, egész életen át tartó fokozott érzékenyséért (Sandberg és mtsai 2001). Több vizsgálat elemzi, hogy olyan változók, melyeket korábban egyértelműen környezeti rizikófaktornak tekintettek, genetikai befolyás alatt is áll. (Harrington és mtsai 1997, Rice és mtsai 2003) A kétváltozós modell szerint a genetikai faktorok befolyásolják az életeseményeket és a depressziós tüneteket is (Thapar és mtsai 1998). Caspi és mtsai (2003) arra hívták fel a figyelmet, hogy az 5-HTTLPR (Serotonin Transporter-Linked Polymorphic Region) régió változásai moderálják a stresszteni életesemények hatását a major depresszióra.

Hazai közleményekben a gyermekkori major depresszió és az egyes specifikus életesemények kapcsolatának vizsgálata nem szerepel, csupán néhány populációs vizsgálat elemzi egyes életesemények és a depressziós tünetek kapcsolatát. Az össz-életeseményszámot vizsgálva Csorba és mtsai (1994) 15-18 éves serdülők körében azt találták, hogy az életkor növekedésével párhuzamosan növekedett az átélt életesemények száma. Kopp és munkatársai (1997) 16 éven felüli korosztályt vizsgálva szoros összefüggést találtak a szocioökonómiai státusz és a depressziós megbetegedés között. A Középiskolás Életesemény Kérdőív Csorba által adaptált magyar változatát Margitics használta (2005), aki főiskolai hallgatók körében mérte fel a depressziós tünetegyüttes és az életesemények kapcsolatát. Csorba (1994) mintájában a serdülők öngyilkossági kísérleteinek háttérben a pszichoszociális tényezők hangsúlyozott szerepe igazolódott, a speciális életesemények közül a szülői munkanélküliség és a konfliktuózus családi légkör volt megfigyelhető nagyobb gyakorisággal. Pikó és Fitzpatrick (2001) serdülők körében végzett vizsgálatában a megkérdezett életesemények közül a szülői bántalmazás jelzett összefüggést a depressziós tünetegyüttes kialakulásával.

Hajnal és Csoboth (2001) a válás gyermekekre gyakorolt hatásait elemezte. Eredményei szerint a külön élő szülők leánygyermekéinél gyakoribbak a különböző önkárosító magatartásformák, ugyanakkor a depressziós tünetek előfordulása egyik nemnél sem mutat összefüggést a szülők válásával. Ha a négy éven belüli illetve azon túli válást hasonlították össze, a fiúknál a négy éven belüli válás esetén súlyosabbak a depressziós tünetek, a lányoknál pedig gyengébb tanulmányi eredmény mutatkozott

A 2002-es HBSC (Health Behavior of School-Aged Children) vizsgálatban, mely az iskoláskorú, 11,5-17,5 éves populáció rendszeres felmérését végzi 1985 óta a WHO szervezésében, néhány életesemény előfordulási gyakoriságának adatai szerepelnek. A vizsgált fiatalok 76 százaléka teljes, 17,4 százaléka egyszülős családban él. A serdülők 15 százalékát néhányszor, 5 százalékát gyakran bántalmazzák. A bántalmazás az életkorral csökkenő tendenciát mutat, a nemek közötti különbség elhanyagolható. A tanulmány az életesemények és a depressziós tünetek összefüggéseit nem vizsgálta (Aszmann 2003).

Összességében elmondható, hogy számos nemzetközi vizsgálat szignifikáns kapcsolatot talált az átélt életesemények száma és ezen belül is az egyes specifikus stresszteli életesemények és a depresszió között.

Az össz-életesemények és a depresszió összefüggéseit kizárólag néhány populációs vizsgálat elemzi (Cuffe és mtsai 2005, Franko és mtsai 2004) és itt sem közlik az életesemények százalékos előfordulását. Klinikai mintán végzett vizsgálataiban Williamson (1995, 1998) életesemény-csoportokat elemzett. A depressziós tünetek és az életesemények kapcsolatáról 12 éves kor alatt nemcsak a hazai, de a nemzetközi szakirodalomban sem találhatók vizsgálatok. A nemek közötti különbséget több tanulmány vizsgálja, az életkor és a nem kölcsönhatását (életkor-nem interakció) csupán hárman (Ge 1994a, Rudolph és Hammen 2001, Silberg 1999); mindhárom vizsgálat populációs mintán történt. Az életkor és a nem kapcsolatának depressziós és normatív mintában történő elemzése egyetlen vizsgálatban sem szerepel. Különösen érdekes kérdés lehet, hogy szerepet játszhatnak-e az életesemények a 7-9 éves fiúk relatíve gyakoribb depressziójának hátterében.

II. Célkitűzések

Célkitűzésünk a fent említett hiányosságok pótlása érdekében a stresszteli életesemények és a gyermek-és serdülőkorú depresszió kapcsolatának vizsgálata volt populációs és major depressziós mintán. Első lépésben a depressziós tünetegyüttes, második lépésben pedig a gyermekkori major depressziós zavar és az életesemények összefüggését vizsgáltuk. A populációs vizsgálatot egy nem reprezentatív, nagy elemszámú, az ország két régiójára kiterjedő általános iskolás mintán végeztük. A major

depressziós gyerekek vizsgálata a pittsburgh-i egyetemmel közös, a gyermekkori kezdetű depresszió biológiai és pszichoszociális vonatkozásait vizsgáló kutatás keretei között valósult meg.

Populációs mintán végzett vizsgálatunkban elemeztük a gyermek- és serdülőkori depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát, súlyosságát, a depressziós tünetek nemi és életkori megoszlását. Választ kerestünk arra, hogy milyen gyakorisággal fordulnak elő stresszteli életesemények a 7-15 éves tanulók körében. Feltételeztük, hogy több stresszteli életesemény átélése növeli a depressziós tünetegyüttes kockázatát.

Feltételeztük továbbá, hogy az egyes életesemények különböző mértékben vannak hatással a gyermek- és serdülőkori depressziós tünetegyüttesre. Célunk volt annak bizonyítása is, hogy léteznek olyan életesemények, melyek nagyobb súllyal vesznek részt a gyermekkori depressziós tünetek kialakításában, akár gyakoriságuk, akár minőségi jellemzőik alapján.

A második lépésben major depressziós gyermekeket vizsgáltunk, normatív csoporttal összehasonlítva. A normatív csoportot az általános iskolás mintából képeztük, elemszám, életkori és nemi megoszlás szerint a major depressziós csoporthoz illesztve. Választ kerestünk arra a kérdésre, hogy gyakrabban élnek-e át stresszteli életeseményt a depressziós mintában szereplők, szemben a normatív csoport tagjaival. Vizsgáltuk továbbá, hogy mely életeseményekben illetve életesemény-csoportokban van különbség a két csoport között. Feltételeztük, hogy bizonyos életesemények átélésében életkori és nemi eltérések tapasztalhatók, illetve, hogy létezik egy, a major depressziós csoportra jellemző életesemény-mintázat, melyet specifikus életesemények írnak le.

Jelen vizsgálatunkban tehát olyan életkori csoportban is vizsgáltuk az egyes életesemények és a gyermekkori depresszió kapcsolatát (7-12 év), amelyben eddigi ismereteink szerint vizsgálat nem történt. Meglehetősen nagy elemszámú mintáink lehetővé tették az életkori és nemi interakció vizsgálatát is a két vizsgálati csoportban.

III. Populációs vizsgálat

III.1. Módszerek

III.1.1. Vizsgálati minta

A 2002-2003-as tanév második félévében, április-májusban, felkerestünk Győri és Győr környéki illetve szegedi általános iskolákat és felkértük az iskolaigazgatókat- az

adatfelvétel (adatvédelmi szabályoknak megfelelő) tervezett módjáról és céljairól történt tájékoztatás után- az együttműködésre. Kilenc iskola igazgatójától kaptunk írásos beleegyezést, így a vizsgálatba 4 Győri, két Győr környéki kisvárosi és 3 szegedi iskola tanulói kerültek.

5224 általános iskolás tanulónak osztottunk ki borítékban kérdőívcsomagot, melyet hazavittek szüleiknek. A szülőknek küldött csomagban – egyéb, a gyermekek érzelmi életére, hangulatára, életminőségére vonatkozó kérdőívek és önkitöltős tesztek mellett – szerepelt az IGIS önkitöltős változata.(l.d. alább). A szülőket egy kísérőlevélben tájékoztattuk a vizsgálat lefolyásáról, céljáról és arról, hogy a kérdőívek kitöltését és visszajuttatását az iskolába úgy tekintjük, hogy hozzájárultak gyermekük részvételéhez is vizsgálatunkban. Felhívtuk a figyelmüket, hogy amennyiben kérdőíveik nem érkeznek vissza, gyermekük biztosan nem vesz részt felmérésünkben illetve arról is, hogy beleegyezésük esetén is gyermekük megtagadhatja a vizsgálatban történő részvételt. A szülők a kitöltött kérdőíveket lezárt borítékban, az iskolában egy gyűjtődobozba helyezték. A szülők 67,4 százaléka juttatta vissza a kitöltött kérdőíveket és egyben beleegyezett abba, hogy gyermeke is részt vegyen a vizsgálatban.

A tanulók a kérdőíveket osztályfőnöki órán töltötték ki, az anonimitás biztosítása mellett. A kérdőívek között szerepelt a Gyermeke depresszió kérdőív (l.d. alább) önkitöltős változata is. Az osztályfőnökök számára előzetesen felkészítést tartottunk a vizsgálat céljáról, folyamatáról, a tesztsomag tartalmáról és a lebonyolítás technikai részleteiről. Az iskolák egy részében felkészített pszichológus-hallgatók töltették ki a gyerekekkel a kérdőíveket tanári felügyelet mellett. A szülők és gyermekeik által kitöltött kérdőíveket kódszámok segítségével azonosítottuk. A kódszámokat kizárólag a vizsgálatot szervező szakemberek ismerték, az iskola alkalmazottjai nem.

A szülők által visszaküldött kérdőívekből 3521 gyermekről (fiú: 1677=47,6%, lány: 1844=52,4% kaptunk adatot. Értékelhető kérdőívet 2913 tanuló töltött ki, ez a teljes minta 55%-a.

A továbbiakban azon 2652 általános iskolás, 7-15 éves fiatal adatait elemezzük, akiknek szülei és saját maguk is értékelhető kérdőíveket töltöttek ki. Mintánk jellemzőit az 1. táblázat foglalja össze. A teljes minta 44,6%-a fiú, 55,4%-a lány. A lányok és a fiúk átlagéletkora között szignifikáns különbség nem volt.

1. táblázat

A populációs minta jellemzői

	Elemszám		Életkor (év)	
	N	%	Átlagéletkor	SD
Lány	1470	55,4	10,57	2,25
Fiú	1182	44,6	10,30	2,15
Összesen	2652	100	10,45	2,20

Az adatfelvétel tavasszal történt, ezért a tanulók egy része (n=33=1,2%) elérte a 15. életévet. Az alacsony elemszám miatt a 14 és 15 éves korcsoportot az elemzés során összevontuk. Az életkori megoszlást a 2. táblázatban mutatjuk be.

2. táblázat

A populációs minta megoszlása életkoronként és nemenként (%)

	Életkor (év)								Összesen
	7	8	9	10	11	12	13	14+15	
Lány	10,0	14,3	11,6	12,0	13,4	14,8	12,1	11,6	100(N=1470)
Fiú	9,9	15,4	14,0	15,1	13,8	13,7	9,6	8,5	100(N=1182)
Összesen	10,0	14,8	12,7	13,4	13,6	14,3	11,0	10,3	100(N=2652)

A teljes mintában az életkori megoszlás egyenletes volt, a 7, 13 és 14-15 évesek 10-11%-ban, a többi korcsoportba tartozók 13-15%-ban szerepeltek. A nemek között életkoronként lényeges számbeli eltérés nem volt. A fiúk és lányok száma a 7 évesek között megegyezett, 8-11 év között a fiúk, 11 év felett a lányok vettek részt valamivel többen a vizsgálatban.

III.1.2. MÉRŐESZKÖZÖK

III.1.2.1. Depressziós tünetek vizsgálata

A gyermekkori depresszió vizsgálatára kifejlesztett mérőeszközök két nagy csoportját különíthetjük el: a strukturált vagy félig strukturált diagnosztikus interjúkat és a kérdőíves eljárásokat. A klinikai gyakorlatban korábban használt valamennyi interjú (K-

SADS, DISC, DESCA) széles körben elfogadott osztályozási rendszereken (DSM-IV) alapul (Chambers és mtsai 1985, Kovacs 1981).

Az elsősorban populációs vizsgálatok, szűrés során használt kérdőíves eljárások legtöbbször önjellemző, de előfordulnak szülői, tanári és társjellemzői változatok is. Gyermek- és serdülőkorban a legjelentősebb önkítöltős, önjellemző kérdőívek a következők: Beck Depresszió Kérdőív, Gyermekdepresszió Kérdőív, Reynolds-féle Gyermek- Serdülő Depresszió Skála (Beck és mtsai 1961, Kovacs 1981, 1985).

A gyermekkori depresszió mérésére leggyakrabban használt önkítöltő kérdőíves módszer, a Gyermekdepresszió Kérdőív (GYD) (Kovacs 1985,1992), melyet a Beck depresszió kérdőív mintájára dolgozták ki. A kérdőív 7-18 éves gyerekek depressziós tüneteinek feltárására alkalmas. A kérdőív megbízhatóságát, megkülönböztető érvényességét nemzetközi szinten már számos klinikai és epidemiológiai vizsgálat bizonyította. A magyarországi vizsgálat során (Rózsa és mtsai 1999) a kérdőív pszichometriai jellemzői mind klinikai, mind normatív mintán igen jónak bizonyultak. A pszichometriai eredmények alapján igazolódni látszott, hogy egyaránt alkalmas a klinikai gyakorlatban történő használatra, illetve nagyobb elemszámú epidemiológiai vizsgálatokban is.

A kérdőív reliabilitási vizsgálata során a belső konzisztenciát mutató Cronbach-alfa együttható különböző mintán végzett vizsgálatok esetében 0,71- 0,89, a kérdőív magyarországi validálása során, normatív mintán (n=5151) 0,83, klinikai minta (n=490) esetében 0,85 volt. A skála teszt-reteszt reliabilitásának vizsgálata során a korreláció mértéke, megegyezően a nemzetközi adatokkal, megfelelőnek bizonyult ($r=0,64$, $p<0,0001$) (Rózsa és mtsai 1999).

A Gyermekdepresszió Kérdőív tünetorientált, 27 kérdést tartalmaz, kérdésenként három választási lehetőséggel (0,1,2). A válaszok közül a „0” a tünet hiányát, az „1” az enyhe tünet, a „2” pedig a kifejezett tünet fennállását jelzi az elmúlt két hét során. A maximális elérhető pontszám 54. Kidolgozták a kérdőív szülői és tanári változatát is, ezek 17 illetve 12 tételt tartalmaznak, megfelelően átfogalmazásra kerültek a korábbi kérdések és elsősorban a depresszió külső, megfigyelhető jellegzetességeire fókuszálnak.

A Gyermekdepresszió Kérdőív rövidített, 10 tételből álló változatát, a Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőívet (GYD-R) tapasztalati úton fejlesztették ki, hogy

biztosítsa a gyermek- és serdülőkori depressziós tünetek gyors és könnyű mérhetőségét. A két (hosszú és rövid) forma egymással jól összehasonlítható eredményt ad; természetesen a hosszabb forma körülírtabb, részletesebb leírását adja a gyermek tüneteinek.

A GYD-R tételei is három válaszlehetőséget tartalmaznak, a pontérték 0-2-ig terjed. Az elérhető maximális pontszám tehát 20. A tételek az elmúlt két hétben átélt különböző depressziós tünetek (szomorúság, ingerlékenység, önértékelési, társas kapcsolati zavarok) leírásai. A 10 tételből 5 a tünetmentesség felől halad a depressziós tünet felé (pl.: Néha szomorú vagyok, Gyakran vagyok szomorú, Mindig szomorú vagyok), a többi 5 tünetnél az irány fordított. A kérdőív szövege a 7-8 éves gyerekek olvasási, szövegértési szintjének megfelelő, ezért alkalmas az önálló kitöltésre. A gyermek feladata, hogy jelölje meg minden tételnél azt az állítást, ami őt az elmúlt két héten legjobban jellemezte. A kérdőív kitöltése 10-15 percet vesz igénybe.

Nemzetközi vizsgálatokban a Gyermekdepresszió Kérdőív esetében két határértékkel (cut-off érték) számolnak (cut-off = 19 vagy 20 illetve cut-off = 13), melyek alapján klinikai depressziós csoportot és depresszió-rizikócsoportot (alarm csoport) különítenek el. A Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőívben a klinikai határérték 7 pont. Saját vizsgálatunkban – a major depressziós gyermekek szűrőtesztjei és vizsgálati anyagai alapján – az alacsonyabb (rizikó) határértéket 5 pontban jelöltük meg. Normatív mintán végzett vizsgálatunkban tehát az 5 vagy annál több pontot elérték esetében a depresszió megnövekedett kockázatáról beszélünk, a 7 pontot elérték vagy meghaladtak esetében klinikai szintű depressziót valószínűsítünk.

III.1.2.2. Stresszt jelentő életesemények vizsgálata

Az életeseményeket elemző vizsgálatok összehasonlítását nehezíti az életeseménylisták, kérdőívek sokszínűsége, az adott életesemény sokszor jelentősen eltérő megfogalmazása (Grant és mtsai 2004, Paykel, 2001, Williamson és mtsai 2003). Holmes és Rahe (1967) életesemény-rangsora felnőttkorban, Coddington (1972a) listája gyermekkorban azt méri, hogy az adott életeseményt milyen súlyosságúnak érzik a vizsgált személyek.

Klinikai vizsgálatokban (Williamson és mtsai 1995, 1998, 2005) - és esetenként populációs vizsgálatokban is – (Rudolph és Hammen 1999) strukturált interjú,

populációs vizsgálatokban leggyakrabban önkitöltős kérdőíveket alkalmaznak. Gyermek-vizsgálatokban a válaszadó az interjú során leggyakrabban a szülő (Silberg és mtsai 1999, Williamson és mtsai 2005), de több vizsgálatban a szülő és a gyermek külön is válaszol (Rudolph és Hammen 1999, Williamson és mtsai 1995), esetenként pedig csak a serdülő (Williamson és mtsai 1998). Az önkitöltős életesemény-listákat nagyobb gyermekek és/vagy serdülők (Muldoon 2003) töltik ki.

A gyermek- illetve serdülőkorra adaptált (Brown and Harris 1978, Coddington 1972a, 1972b) életesemény-listák mellett számos életesemény-lista tartalmaz különböző életesemény-csoportokat: függő-független (Rudolph és Hammen 1999, Williamson és mtsai 1998), interperszonális-non-interperszonális (Hankin és Abramson 2001, Rudolph és Hammen 1999) életeseményeket, szociális nehézségeket, komoly életeseményeket, súlyos nehézségeket, akut és krónikus stresszorokat (Grant és mtsai 2004).

Az életesemények optimális mérésével kapcsolatban ismételten megfogalmazódik a kérdés, hogy az olcsó és hatékony önbecslő skálák megfelelően helyettesíthetik-e a jobban kidolgozott interjúkat, mint például a Bedford College Life Events and Difficulties Schedule (LEDS) (Brown és Harris 1978). A kérdés az önjellemző listák, kérdőívek javára látszik eldőlni, éppen az egyszerűség, nagy mintán is gyors használhatóság és pontos összehasonlíthatóság miatt (Csorba és mtsai 1994). Az interjú és önkitöltős módszert is használják a major depresszió rizikótényezőit elemző vizsgálatokban. Számos vizsgálat, mely az önbecslő listás módszert használta összefüggést talált a stresszteli életesemények és a depressziós tünetek között gyermek- és serdülőkorban (Compas 1987, Duggal és mtsai 2000).

Populációs vizsgálatunkban az Intake General Information Sheet-t (IGIS) önkitöltős változatát használtuk. Az IGIS egy olyan teljesen strukturált kérdőív (kódolt válaszlehetőségekkel), mely információt nyújt többek között a vizsgált gyermek demográfiai, családi, fejlődési adatairól, fizikai betegségekkel kapcsolatos és pszichoszociális előtörténetéről. Az IGIS-ben szereplő stresszteli életeseményeket elemeztük, a gyermekek és serdülők által átélt életeseményekről a szülőket kérdeztük meg. Arra kerestünk választ, hogy a gyermek az adott életeseményt átélte-e bármikor az életében. Kizárólag olyan életeseményeket vizsgáltunk, melyek a gyermekkori

közérzetet, hangulatot, viselkedést az irodalmi adatok szerint befolyásolhatják (pl. hozzátartozók halála, betegsége, válás, bántalmazás).

A vizsgált stresszteli életesemények a következők voltak:

Stresszteli életesemények	
1	Biológiai anya súlyos, kórházi kezelést igénylő betegsége
2	Biológiai apa súlyos, kórházi kezelést igénylő betegsége
3	Testvér súlyos, kórházi kezelést igénylő betegsége
4	Nevelőszülő súlyos, kórházi kezelést igénylő betegsége
5	Biológiai anya súlyos egészségi problémája
6	Biológiai apa súlyos egészségi problémája
7	Nevelőszülő súlyos egészségi problémája
8	Biológiai anya kórházi kezelést igénylő pszichiátriai betegsége
9	Biológiai apa kórházi kezelést igénylő pszichiátriai betegsége
10	Testvér kórházi kezelést igénylő pszichiátriai betegsége
11	Nevelőszülő kórházi kezelést igénylő pszichiátriai betegsége
12	Szülő/nevelő halála
13	Egyéb családtag halála
14	Válás a gyermek szüleinél
15	Jelentős családi anyagi problémák
16	Új környékre/városba költözés
17	Szülő/nevelő munkahelyvesztése
18	Komoly és rendszeres viták, veszekedések a gyermek családtagjai között
19	Testvér születése
20	A gyermeket bántalmazták/megverték/szexuális zaklatás áldozata lett
21	A gyermek nevelőotthonban, gyermekvédő intézetben lett elhelyezve
22	A gyermeket rendszeres csúfolják társai vagy más gyerekek
23	A gyermeknek rendőrségi/bírósági ügye volt a magatartása miatt
24	A gyermeket kizárták az iskolából
25	Nagyobb természeti katasztrófa
26	A család lakóhelyének, otthonának elvesztése

III.2. Statisztikai elemzések

Az adatok elemzése az SPSS 13.0 for Windows programcsomag segítségével történt. A gyakorisági eloszláson kívül chi-négyzet próbát és független kétmintás t-próbát alkalmaztunk az életkoronkénti és a nem szerinti eltérések bemutatására. Két változó együttjárásának bizonyítása céljából lineáris (Pearson) korrelációs együtthatót számoltunk. A depresszió mértékét befolyásoló indikátorokat lineáris regresszió segítségével elemeztük. Többlépcsős regressziós modellt használtunk, melyben a függő változó a depressziós pontszám volt. Annak vizsgálatára, hogy egy adott életesemény milyen kockázati tényezőt jelent a depressziós tünetek megjelenésének szempontjából, logisztikus regresszió módszerét alkalmaztuk, és 95%-os konfidencia-intervallum mellett esélyhányadosokat számoltunk. Az esélyhányadosok (OR) értékét logisztikus regresszió segítségével határoztuk meg. A populációs vizsgálat során az OR azt fejezte ki, hogy hányszorosa a depressziós tünetek kialakulásának esélye a vizsgált életesemény bekövetkeztekor ahhoz képest, ha az esemény nem következik be. Ha az $OR = 1$, akkor az azt jelenti, hogy az adott tényező nincs befolyással a betegség kialakulására. Ha az esélyhányados értéke 0 és 1 közé esik, akkor a vizsgált esemény protektív tényező a depresszió kialakulása szempontjából. Ha az $OR > 1$, akkor rizikótényezőként értékelhető az adott esemény, mely a betegség kockázatát növeli meg. Amennyiben a 95%-os konfidencia intervallumba az egyszeres esély is beletartozik, akkor nem beszélhetünk szignifikáns kapcsolatról a két változó között.

III.2. Eredmények

III.2.1. Leíró statisztika - depressziós tünetek

A GYD-R kérdőív pontszámainak megoszlása 0 és 19 között volt (maximális pontszám 20). 0, 1, 2 pontot a fiúk, 3-nál több pontot a lányok értek el valamivel többen. Az 5. táblázat a különböző depressziós pontszámot elért tanulók megoszlását mutatja be nemenként.

3. táblázat

A depressziós pontszámok (GYD-R) előfordulása nemenként

Depressziós pontszám (GYD-R)	Előfordulási gyakoriság						
	Összesen			Fiú		Lány	
	N	%	kum%	N	%	N	%

7	2,84 (3,00)	3,76 (3,45)	3,25 (3,23)	0,021
8	3,42 (2,92)	3,55 (2,71)	3,48 (2,82)	n.sz.
9	3,41 (2,42)	3,23 (2,62)	3,32 (2,52)	n.sz.
10	3,55 (2,83)	3,31 (2,70)	3,43 (2,76)	n.sz.
11	4,01 (2,92)	3,37 (2,58)	3,72 (2,79)	0,032
12	4,27 (2,84)	3,40 (2,63)	3,89 (2,79)	0,002
13	4,11 (2,85)	3,65 (2,61)	3,93 (2,76)	n.sz.
14+15	4,21 (3,00)	3,34 (2,50)	3,89 (2,85)	0,014
ÖSSZ	3,76 (2,88)	3,44 (2,72)	3,61 (2,82)	0,004

n.sz. = nem szignifikáns

A táblázat adatai alapján megállapítható, hogy 7 és 8 éves korban a fiúk depressziós átlagpontszáma magasabb a lányokénál, a különbség 7 éves korban szignifikáns ($p=0,02$). Kilenc éves kortól a fiúk depressziós átlagpontszáma lényegesen nem változik, a lányoké viszont az életkor növekedésével emelkedik. Szignifikáns ($p<0,05$) különbség a két nem között 11, 12 és 14+15 éves életkorban figyelhető meg. Kimagaslik a 12 éves kor, ekkor a legjelentősebb a különbség a lányok javára ($p=0,002$). Chi-négyzet próbával a nem és a depressziós pontszámok között nem találtunk összefüggést ($p=0,252$), ugyanakkor szignifikáns összefüggést ($p=0,014$) találtunk a depressziós pontszámok és az életkor között. Az átlagpontszámokkal végzett statisztikai próbák a magas szórásértékek miatt korlátozásokkal értékelhetők, azonban az összefüggést megerősítik a Pearson korrelációval kapott értékek. Enyhe, de szignifikáns összefüggés mutatható ki a depressziós pontszámok és az életkor között ($r=0,081$, $p < 0,001$), az összefüggés erősebb a lányok esetében ($r=0,144$, $p < 0,001$), a fiúknál a kapcsolat fordított, szignifikáns összefüggés nincs ($r = -0,022$).

A Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőív esetében az elérhető maximális pontszám 20. Öt vagy annál több pontot (magas rizikójú csoport) a vizsgált 2652 fő közül 394-en értek el (14,9%). Hét vagy annál több pontot (klinikai depressziós csoport) 847 tanuló ért el (31,9%). Ez azt jelenti, hogy a tanulók 31,9 százalékánál megjelent több depressziós tünet, 14,9 százalékánál pedig valamilyen súlyosságú depressziós zavar

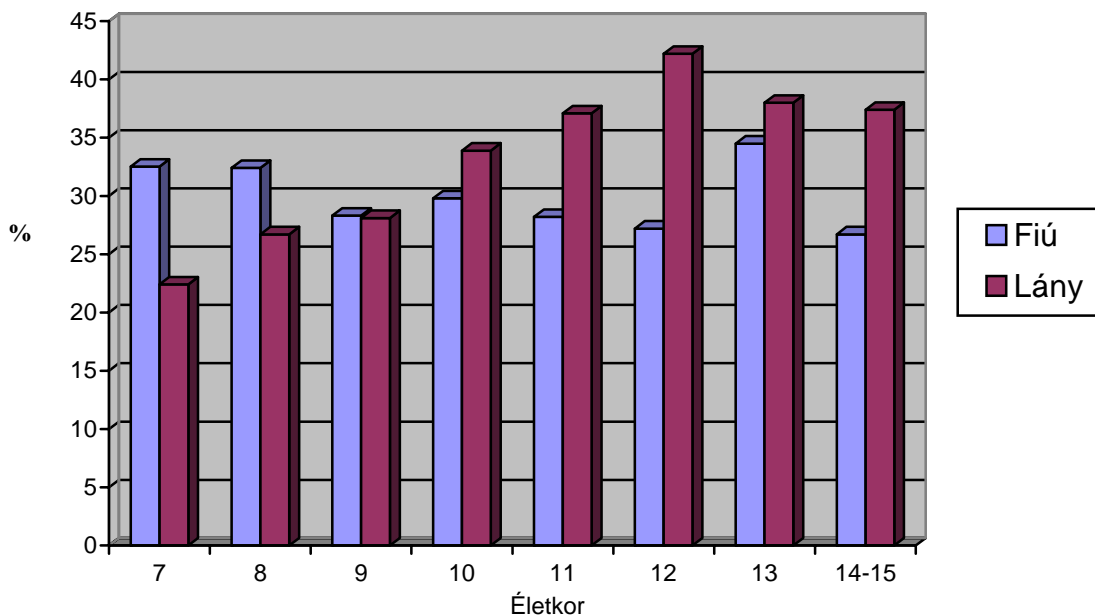
valószínűsíthető. Az 5. táblázatban látható a két rizikócsoportha tartozó tanulók megoszlása nemenként is.

5. táblázat

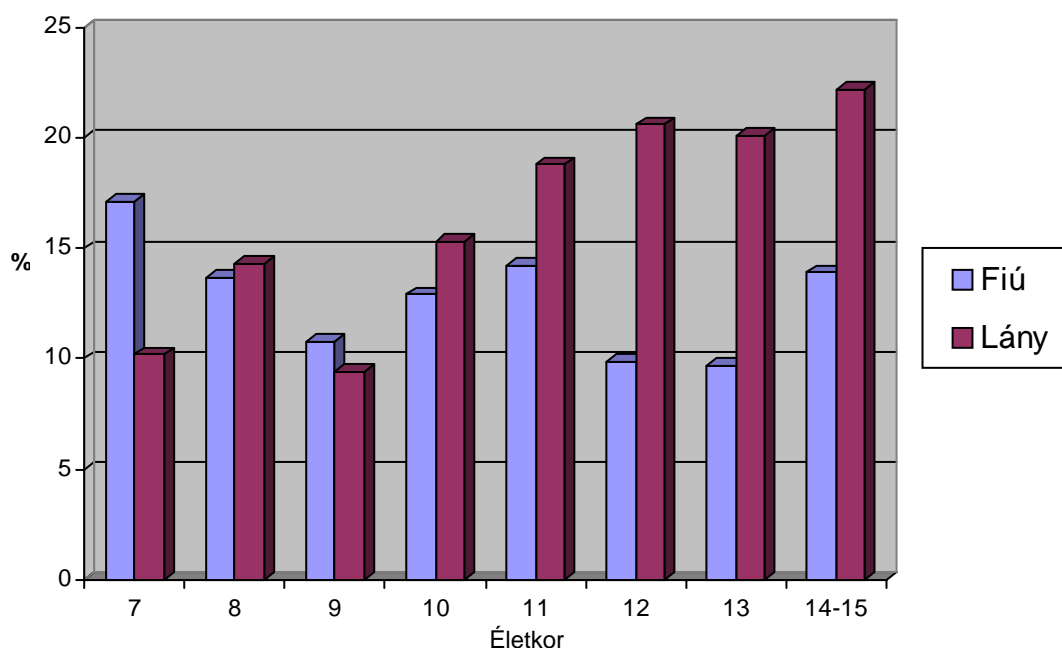
A „magas rizikójú” (határérték \geq 5) és a „klinikai depressziós” (határérték \geq 7) csoportba tartozó tanulók aránya a mintában nemenként és összesen (%)

Vizsgált csoportok	Lányok	Fiúk	Összesen
Magas rizikójú (határérték=5)	33,6	29,9	31,9
Klin. depressziós (határérték=7)	16,6	12,7	14,9

A „magas rizikójú” (határérték \geq 5) és a „klinikai depressziós” (határérték \geq 7) csoportba tartozó tanulók százalékos megoszlását mutatja be az 1. és 2. ábra, nemenként és életkoronként, az adott csoport teljes mintájának arányában



1.ábra: A „magas rizikójú” csoportba tartozók százalékos megoszlása életkoronként és nemenként.



2.ábra: A „klinikai depressziós” csoportba tartozók százalékos megoszlása életkoronként és nemenként.

A magas rizikójú depressziós csoportban 7-8 éves korban a fiúk százalékos aránya magasabb, a kiegyenlített 9. életév után a fiúk száma közel azonos, a lányoknál az életkorral fokozatos emelkedés észlelhető. Hasonló tendencia figyelhető meg a klinikai depressziós csoportban is. Életkor szerint szignifikáns különbség mindkét kockázati csoportban csak a lányoknál van, a magas rizikójú depressziós csoportban $p < 0,001$, a klinikai depressziós csoportban $p = 0,004$.

A továbbiakban a klinikai depressziós (határérték ≥ 7) és nem depressziós csoport összehasonlító elemzését végeztük, ezért a 6. táblázatban e két csoport jellemzőit hasonlítjuk össze.

6. táblázat

A „klinikai depressziós” (határérték ≥ 7) és „nem depressziós” csoport (határérték < 7) szociodemográfiai és szocioökonómiai jellemzői

Szociodemográfiai és szocioökonómiai jellemzők	Vizsgált csoportok		p
	Klin. depressziós (határérték ≥ 7)	Nem depressziós (határérték < 7)	

N	394	2258	
Nem			
Férfi	12.7	87.3	0,005
Nő	16.6	83.4	
Átlagéletkor	10.73	10.41	0,008
Átélt életesemény-átlag	2.74	2.28	0,000
Testvérek száma	1.43	1.29	n.sz.
Anyai iskolai végzettsége (%)			
Nincs végzettsége	0	0,1	n.sz.
Általános iskola	7,5	5,9	
Szaktanárszakképző	16,4	15,5	
Középiskola (érettségi)	43,7	42,0	
Felsőfokú (diplomás)	32,3	36,5	
Apolai iskolai végzettsége (%)			
Nincs végzettsége	0	0,1	n.sz.
Általános iskola	7,1	4,5	
Szaktanárszakképző	30,0	31,9	
Középiskola (érettségi)	31,1	31,0	
Felsőfokú (diploma)	31,7	32,4	
Közös háztartásban élők száma	4,01	3,99	n.sz.
Egynél több barát (%)	63.5	71,4	0,002
Iskolai teljesítmény (%)			
Gyenge	4,2	2,6	0,000
Közepes	27,9	18,2	
Jó	48,3	43,2	
Jeles	19.6	35,9	

A depressziós csoport tagjainak átlagéletkora magasabb, közöttük szignifikánsan több a lány, közöttük jóval kevesebbnek van egynél több barátja, és tanulmányi eredményeik jelentősen gyengébbek. A szülők iskolai végzettsége és a testvérek száma a két csoportban lényegesen nem különbözött.

III.2.2. Leíró statisztika - átélt életesemények

A kérdőívben szereplő 26 stresszt jelentő életeseményből a tanulók átlagban 2,34-et éltek át (SD=1,87), a fiúk 2,27-et (SD= 1,87), a lányok 2,39-et (SD =1,88). 0 és 1 életeseményt a fiúk, 2 és 3 életeseményt a lányok éltek át valamivel többen. A teljes mintában a tanulók 15 százaléka egyetlen életeseményt sem élt át, csaknem ugyanilyen arányban éltek át 3 életeseményt. A legmagasabb életesemény-szám 13 volt. A legmagasabb előfordulási gyakorisága az 1 illetve 2 életeseménynek volt. Hatnál több életeseményt a gyermekek 3 százaléka élt át. Kilencnél több életeseményt mindössze kilenc fő ért el. A nemek között az átélt életesemény-számban szignifikáns különbséget nem találtunk. A fiúk valamivel többen éltek át 0 és 1, a lányok valamivel többen 2 és 3, lényegesen többen 6 életeseményt. Az életesemény-átlagok életkori megoszlását a 7. táblázatban mutatjuk be.

7. táblázat

Az életesemény-átlagok nemi és életkori megoszlása

Életkor	Életesemény-átlag (SD)			p
	Összes	Fiú	Lány	
7	1,97 (1,62)	2,02 (1,67)	1,94 (1,59)	n.sz.
8	2,17 (1,62)	1,95 (1,41)	2,36 (1,77)	0,01
9	2,15 (1,78)	2,08 (1,81)	2,23 (1,77)	n.sz.
10	2,39 (1,91)	2,26 (1,88)	2,51 (1,93)	n.sz.
11	2,39 (1,81)	2,48 (1,92)	2,31 (1,71)	n.sz.
12	2,54 (2,01)	2,41 (1,95)	2,64 (2,05)	n.sz.
13	2,42 (1,93)	2,68 (2,18)	2,26 (1,75)	n.sz.
14+15	2,77 (2,19)	2,64 (2,13)	2,84 (2,23)	n.sz.
Össz.	2,35 (1,87)	2,29 (1,87)	2,40 (1,88)	n.sz.

Látható, hogy az életkor előrehaladtával fiúk és lányok esetében is növekszik az átélt átlag életesemény-szám. Az életkor és az életesemény-szám között a korreláció szignifikáns ($r=0,111$), nemenként vizsgálva a fiúknál a korrelációs együttható szorosabb összefüggést jelez (fiúk: $r=0,131$, lányok: $r=0,093$).

A következőkben megvizsgáltuk, hogy az egyes életesemények milyen gyakorisággal fordulnak elő a teljes mintában (8. táblázat). Azt a 20 életeseményt vizsgáltuk, melyeket a vizsgált tanulók legalább 0,5 százaléka átélt élete során.

8. táblázat

A különböző életesemények száma és előfordulási gyakorisága nemenként

Életesemény	Összes		Fiú		Lány	
	N	%	N	%	N	%
Édesanya kórházi kezelése	363	13,7	156	13,2	207	14,1
Édesapa kórházi kezelése	291	11,0	128	10,8	163	11,1
Testvér kórházi kezelése	244	9,3	100	8,5	144	9,8
Édesanya súlyos egészsz. probl.	51	1,9	18	1,5	33	2,2
Édesapa súlyos egészsz. probl.	45	1,7	24	2,0	21	1,4
Édesanya pszich. hospit.	39	1,5	16	1,4	23	1,6
Édesapa pszich. hospit.	47	1,8	19	1,6	28	1,9
Testvér pszichiátriai hospit.	14	0,5	6	0,6	8	0,7
Szülő halála	55	2,1	23	1,9	32	2,2
Közeli személy halála	1200	45,2	492	41,6	708	48,2
Válás	518	19,6	222	18,8	296	20,1
Jelentős anyagi problémák	338	12,7	146	12,4	192	13,1
Költözés	934	35,2	410	34,7	524	35,6
Szülő munkahelyvesztése	580	21,9	254	21,5	326	22,2
Rendszeres vita/veszekedés	395	14,9	175	14,8	220	15,0
Testvér születése	819	30,9	362	30,6	457	31,1
Bántalmazás/ szex. zaklatás	19	0,7	13	1,1	6	0,4
Csúfolás	176	6,6	86	7,3	90	6,1
Természeti katasztrófa	29	1,1	17	1,4	12	0,8
Otthon elvesztése	43	1,6	22	1,9	20	1,4

A három leggyakoribb esemény a közeli hozzátartozó halála, a költözés és a testvér születése volt, de csaknem minden ötödik tanuló átélte szülei válását, valamivel többen legalább egyik szülőjük munkahelyvesztését. A megkérdezettek 15 százalékának

családjában rendszeres a vita és a veszekedés és csaknem ilyen gyakran számoltak be súlyos anyagi problémákról. Az egyes életesemények fiúknál és lányoknál csaknem teljesen azonos arányban fordultak elő. Kivételt a bántalmazás és a csúfolás jelentett, melyet a fiúk magasabb százalékban éltek át.

III. 2.3. A depressziós tünetek és az életesemények összefüggése

Elsőként azt vizsgáltuk meg, hogy különbözik-e az átélt életesemények száma a klinikai depressziós (határérték \geq 7) és a nem depressziós (határérték $<$ 7) mintában (9.,10. táblázat)

9. táblázat

Az átélt életesemények számának előfordulási gyakorisága nemenként „klinikai depressziós” (határérték \geq 7) és „nem depressziós” (határérték $<$ 7) mintában

Vizsgált csoport		Átélt életesemények száma (%)								Szignif. (p)
		0	1	2	3	4	5	6	6<	
Depr.	Összes	11,4	20,1	21,3	15,0	13,7	9,1	4,8	5,0	-
	Fiú	15,3	23,3	20,0	11,3	14,7	9,3	4,7	1,4	
	Lány	9,0	18,0	22,1	17,2	13,1	9,0	4,9	6,5	
Nem depr.	Összes	15,6	23,2	23,3	16,1	10,5	5,4	3,4	2,7	n.sz.
	Fiú	16,4	20,0	22,3	16,1	10,5	5,9	2,4	3,2	
	Lány	14,9	23,0	24,1	16,1	10,4	5,0	4,2	2,4	

10. táblázat

Az átélt életesemények átlaga nemi és életkori bontásban

Életkor	Életesemény-átlag (SD)					
	Összes		Fiú		Lány	
	Nem depr.	Depr.	Nem depr.	Depr.	Nem depr.	Depr.
7	1,90 (1,63)	2,43 (1,50)	2,00 (1,74)	2,10 (1,29)	1,83 (1,55)	2,86 (1,68)
8	2,18 (1,61)	2,13 (1,69)	2,00 (1,42)	1,56 (1,26)	2,32 (1,75)	2,60 (1,87)
9	2,14 (1,80)	2,30 (1,70)	2,02 (1,79)	2,55 (1,89)	2,25 (1,80)	2,00 (1,46)
10	2,32 (1,82)	2,78 (2,34)	2,31 (1,90)	1,91 (1,78)	2,33 (1,75)	3,51 (2,53)
11	2,29 (1,76)	2,90 (1,96)	2,41 (1,84)	2,87 (2,36)	2,18 (1,68)	2,92 (1,69)

12	2,40 (1,90)	3,31 (2,40)	2,39 (1,94)	2,56 (2,16)	2,40 (1,87)	3,58 (2,44)
13	2,41 (1,92)	2,51 (2,04)	2,66 (2,22)	2,90 (1,87)	2,23 (1,65)	2,39 (2,10)
14+15	2,66 (2,2)	3,23 (2,11)	2,46 (2,12)	3,79 (1,85)	2,79 (2,25)	3,03 (2,19)
Összes	2,28 (1,83)	2,74 (2,05)	2,27 (1,86)	2,42 (1,90)	2,29 (1,80)	2,94 (2,12)
	N=2258	N=394	N=1032	N=150	N=1226	N=244

A 9. táblázat adatai azt jelzik, hogy a „nem-depressziós” csoportban a teljes mintához hasonlóan nincs lényeges különbség a két nem között. A depressziós csoportba tartozó fiúk jóval többen éltek át 0 és 1 életeseményt, 3 életeseményt viszont a lányok éltek át jelentősen magasabb arányban. Elmondható, hogy a depressziós lányok szignifikánsan nagyobb arányban éltek át nagyobb számú életeseményt, mint a nem depressziósok ($p=0,001$). Fiúk esetében a két csoport között nincs szignifikáns kapcsolat.

Az életesemény-átlagok vizsgálata (10. táblázat) során megállapítható, hogy a depressziós csoport tagjai összesen és nemenként is több életeseményt éltek át, mint a nem depressziós csoportba tartozók. A különbség lányok esetében jelentősebb. A depressziós lányok csaknem minden életkorban több életeseményt éltek át, mint az ugyanolyan életkorú fiúk. A normatív csoport tagjainál az átélt életesemények száma mérsékelten emelkedik az életkorral, ugyanakkor a depressziós gyerekek már 7-8 éves korban csaknem ugyanannyi életeseményt élnek át, mint 13-15 éves társaik.

Fentieket megerősítette a depressziós tünetek és az életesemények egymáshoz való viszonyának Pearson korrelációs együttható meghatározásával történő vizsgálata, melynek során a két változó között pozitív korrelációt találtunk ($r=0,155$, $p<0,001$). A korreláció a fiúkat és a lányokat külön vizsgálva is fennáll, mindkét esetben szignifikáns, azonban lányoknál az összefüggés szorosabb (lányoknál $r=0,197$, fiúknál $r=0,097$).

Összefoglalva tehát elmondható, hogy jelentős összefüggést találtunk

- a depressziós tünetek és az életkor között a teljes mintában, nemenként vizsgálva kizárólag a lányoknál
- az életesemények és az életkor között a teljes mintában, mindkét nemnél, a korreláció a lányok esetében erősebb

- az életesemények és a depressziós tünetek között a teljes mintában, mindkét nemnél.

A továbbiakban megvizsgáltuk, hogy a depressziós tünetek mértékét mely tényezők befolyásolják. A lineáris regresszió-analízis eredményeit a 11. táblázatban foglaltuk össze.

11.táblázat

A depresszió mértékét befolyásoló tényezők vizsgálata lineáris regresszió módszerével

		béta együttható	R négyzet
1.modell	összes életesemény	0,155***	0,024
2.modell	összes életesemény	0,148***	0,027
	életkor	0,064**	
3.modell	összes életesemény	0,147***	0,029
	életkor	0,061**	
	nem	0,048*	

függő változó: depressziós pontszám

megjegyzés: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Látható, hogy mindhárom modellben az összes vizsgált változó kapcsolatban áll a depressziós-összpontszámmal. Szignifikáns kapcsolatot találtunk az életesemények és a depressziós pontszám között (1. modell). A második modellben az életesemények mellé bevontuk az életkort is. Megfigyelhető, hogy mindkét független változó összefüggése szignifikáns a depressziós pontszámmal, az életkori összefüggés szignifikanciaszintje alacsonyabb és lényegesen nem csökkenti az életesemények magyarázó erejét. A harmadik, végleges modellben három független változó szerepel, a nemi különbség is összefügg a depressziós tünetekkel, de az összefüggés még az életkori kapcsolatnál is gyengébb és az életesemények magyarázó ereje a harmadik független változó bevonása

után is szinte változatlan marad. Megállapítható tehát, hogy a depressziós tüneteket a vizsgált populációban a három vizsgált független változó közül leginkább a stresszteli életesemények, majd az életkor és legkisebb mértékben a nem határozza meg.

Az össz-életeseményszámmal kapcsolatos elemzések után megvizsgáltuk, hogy a milyen mértékben hatnak az egyes életesemények a depressziós tünetekre, továbbá milyen mértékben növelik meg a depressziós tünetek kialakulásának esélyét. A 12. táblázatban összefoglaltuk, hogy azoknál a tanulónál, akik átérték illetve azoknál, akik nem élték át az adott életeseményt hogyan alakultak a depressziós átlagpontszámok (GYD-R átlag)

12. táblázat

A különböző életesemények átélésének hatása a depressziós átlagpontszámra (GYD-R)

Életesemény	Életeseményt átért-e	Depressziós átlagpontszám		
		Összes	Fiú	Lány
Édesanya kórházi kezel.	Igen	4,00**	3,75	4,21*
	Nem	3,52	3,34	3,67
Édesapa kórházi kezelése	Igen	3,91*	3,96**	3,88
	Nem	3,49	3,27	3,66
Testvér kórházi kezelése	Igen	3,96*	3,69	4,15*
	Nem	3,52	3,35	3,66
Édesanya súlyos eg. problémája	Igen	3,98	4,67**	3,60
	Nem	3,58	3,39	3,72
Édesapa súlyos egészségi problémája	Igen	4,69**	5,00**	4,33
	Nem	3,53	3,34	3,67
Édesanya pszichiátriai hospitalizációja	Igen	4,72*	3,56	5,52**
	Nem	3,58	3,40	3,70
Édesapa pszichiátriai hospitalizációja	Igen	4,34	4,47	4,25
	Nem	3,54	3,37	3,68
Testvér pszichiátriai hospitalizációja	Igen	5,64**	4,83	6,25*
	Nem	3,55	3,38	3,69
Közeli személy halála	Igen	3,70	3,46	3,87

	Nem	3,52	3,37	3,64
Szülő halála	Igen	4,25	4,00	4,44
	Nem	3,59	3,40	3,73
Válás	Igen	4,22***	3,78*	4,56***
	Nem	3,47	3,36	3,55
Jelentős anyagi problémák	Igen	4,35***	4,12**	4,53***
	Nem	3,49	3,30	3,63
Költözés	Igen	3,87***	3,53	4,12***
	Nem	3,45	3,35	3,53
Szülő munkahelyvesztése	Igen	3,82*	3,38	4,16**
	Nem	3,54	3,42	3,63
Rendszeres családi vita/veszekedés	Igen	4,47***	4,12**	4,75***
	Nem	3,44	3,28	3,57
Testvér születése	Igen	3,63	3,26	3,93
	Nem	3,59	3,47	3,68
Bántalmazás/ szex. zaklatás	Igen	3,26	3,54	2,67
	Nem	3,59	3,41	3,76
Csúfolás	Igen	5,11***	4,45***	5,74***
	Nem	3,50	3,36	3,61
Természeti katasztrófa	Igen	3,31	3,18	3,50
	Nem	3,62	3,45	3,76
Otthon elvesztése	Igen	3,38	3,36	3,40
	Nem	3,62	3,45	3,76

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

A teljes mintában a depressziós átlagpontszám 3,61 (SD=2,82) volt, fiúk esetében 3,44 (SD=2,72), lányoknál 3,76 (SD=2,88). Látható, hogy a teljes mintában számos életesemény átélése együtt járt a depressziós átlagpontszám jelentős emelkedésével. A depressziós átlagpontszám a testvér pszichiátriai betegsége, csúfolás, a családon belüli rendszeres vita, veszekedés, a szülők válása, súlyos anyagi problémája és a család költözése esetében a legmagasabb. Ezen esetekben az életeseményt átéltek depressziós

pontszáma szignifikáns mértékben ($p < 0,001$) magasabb, mint az életeseményt át nem élteké. Fiúk esetében az apa súlyos egészségügyi problémája, a csúfolás átélése esetében a legmagasabb a depressziós pontszám, lányoknál a csúfolás, az anya pszichiátriai betegsége, a testvér pszichiátriai betegsége, a szülők válása, a szülők közötti rendszeres vita, veszekedés átélése emeli meg a depressziós átlagpontszámot. Az 13. táblázatban azt mutatjuk be, hogy a különböző életesemények milyen mértékben növelik meg a depressziós tünetek kialakulásának kockázatát.

13. táblázat

A különböző életesemények hatása a depresszió ($G\dot{Y}D-R \geq 7$) kialakulásának kockázatára

Életesemény	Esélyhányados (OR) (95% CI)		
	Összes	Fiú	Lány
Édesanya kórházi kezelése	1,31 (0,98-1,77)	1,17 (0,71-1,92)	1,40 (0,97-2,03)
Édesapa kórházi kezelése	1,28 (0,92-1,78)	1,64 (0,99-2,71)	1,08 (0,69-1,68)
Testvér kórházi kezelése	1,11 (0,77-1,61)	1,11 (0,60-2,06)	1,10 (0,69-1,74)
Édesanya súlyos eg. probl.	1,45 (0,72-2,93)	2,09 (0,68-6,43)	1,15 (0,47-2,82)
Édesapa súlyos eg. probl.	2,01 (1,01-4,01) *	3,10 (1,26-7,65) *	1,28 (0,43-3,86)
Édesanya pszich. betegsége	1,79 (0,84-3,80)	1,04 (0,23-4,64)	2,27 (0,92-5,59)
Édesapa pszich. betegsége	2,10 (1,08-4,09) *	3,39 (1,26-9,08)*	1,48 (0,59-3,69)
Testvér pszich. betegsége	3,40 (1,13-10,21)*	1,46 (0,17-12,62)	5,41(1,34-21,82)**
Szülő halála	1,66 (0,87-3,17)	1,50 (0,50-4,47)	1,74 (0,77-3,92)
Közeli személy halála	1,12 (0,90-1,40)	0,96 (0,67-1,38)	1,19 (0,90-1,58)
Válás	1,67(1,31-2,14) ***	1,37 (0,91-2,07)	1,87(1,37-2,55)***

Jelentős anyagi problémák	1,50 (1,12-2,02) **	1,41 (0,87-2,30)	1,55 (1,07-2,25) *
Költözés	1,28 (1,02-1,60) *	1,04 (0,72-1,50)	1,45 (1,09-1,92) *
Szülő munkahelyvesztése	1,14 (0,88-1,48)	0,87 (0,56-1,35)	1,33 (0,97-1,83)
Rendszeres vita/veszekedés	1,92(1,47-2,51) ***	1,64 (1,06-2,56) *	2,13(1,52-2,98)***
Testvér születése	0,97 (0,77-1,24)	0,75 (0,50-1,29)	1,13 (0,84-1,52)
Bántalmazás/szex. zaklatás	0,32 (0,04-2,43)	0,60 (0,08-4,66)	0,83 (0,82-0,85)
Csúfolás	2,26(1,59-3,22) ***	1,80 (1,02-3,15) *	2,77(1,74-4,39)***
Természeti katasztrófa	0,66 (0,12-2,20)	0,92 (0,20-4,09)	0,46 (0,06-3,55)
Otthon elvesztése	0,60 (0,21-1,69)	0,68 (0,16-2,96)	0,56 (0,13-2,40)

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

A testvér pszichiátriai betegsége több mint háromszorosára, lányok esetében több mint ötszörösére növeli a depresszió kockázatát. A rendszeres csúfolás fiúk esetében majdnem kétszeresére, lányok esetében csaknem háromszorosára növeli az esélyt. Az apa súlyos egészségügyi problémája és pszichiátriai betegsége a fiúk esetében jelent háromszoros kockázatnövekedést. Amennyiben a szülők elváltak, vagy rendszeres a családban a vita és a veszekedés, lányok esetében a depresszió kialakulásának esélye kétszeresére nő. Másfélszeresére növeli a lányok esetében a depresszió esélyét az anyagi probléma és a költözés, elsősorban a lányok esetében. Összességében a fiúk esetében négy életesemény (az apa testi és mentális betegsége, a rendszeres vita/veszekedés és a csúfolás), a lányoknál hat életesemény átélése növeli meg 1,5-5,5-szörös mértékben a depressziós tünetek kialakulásának esélyét.

Végül azt vizsgáltuk, hogy az életesemények halmozott előfordulása tovább növeli-e depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát (14. táblázat).

14. táblázat

A különböző életesemények halmozott előfordulásának hatása a depressziós tünetegyüttes (határérték \geq 7) kialakulásának kockázatára

Életesemények	N	Esélyhányados (OR)
Válás	518	1,67 (1.31-2.14) ***
Rendszeres vita, veszekedés	395	1,92 (1.47-2.51) ***
Csúfolás	176	2,26 (1.59-3.22) ***
Válás x rendszeres vita, veszekedés	181	2,31 (1.63-3.27) ***
Válás x csúfolás	44	3,07 (1.63-5.78) ***
Rendszeres vita, veszekedés x csúfolás	58	3,69 (2.14-6.34) ***
Válás x vita, veszekedés x csúfolás	29	4,81 (2.29-10.07)***

Három, gyakran előforduló és jelentős rizikót jelentő életesemény vizsgálata során azt találtuk, hogy hatásuk jelentősen növekszik, ha két vagy három életesemény együttesen fordul elő. A szülők válásának átélése 1.6-szorosára növeli a depresszió esélyét, azonban ha a válás mellett rendszeres veszekedést is átélt a gyermek, akkor az esély 2,3-szeres. A szülők válásának és a kortársak rendszeres csúfolásának együttes átélése esetén a depresszió kialakulásának esélye meghaladja a háromszorost. Három életesemény (szülők válása, rendszeres veszekedés a családtagok között, kortársak csúfolása) átélése esetén a depresszió esélye már csaknem ötszörös.

IV. Klinikai vizsgálat

IV.1. Módszerek

IV. 1.1. Vizsgálati minták

A depressziós gyermekek vizsgálatára az ország 23 gyermekpszichiátriai ellátóhelyén (gyermekpszichiátriai gondozók, ambulanciák) került sor (7 helyen járó- és fekvőbetegellátást egyaránt végeztek). A rendelkezésünkre álló információ alapján a 2004-es évben a fenti 23 ellátóhelyen az újonnan regisztrált gyermekpszichiátriai esetek 80%-át látták el, ezáltal a vizsgálat során a népesség jelentős részére vonatkozó adatokat kaphattunk.

A gyermekek akkor kerültek be a vizsgálatba, ha megfeleltek a következő kritériumoknak: életkor 7,0-14,9 év között, mentális retardáció nem áll fenn, nincs súlyosabb testi betegség, a gyermeknek van legalább egy élő biológiai szülője és

legalább egy testvére (erre a vizsgálat genetikai komponense miatt volt szükség, melyet jelen tanulmányunkban nem elemzünk) továbbá meghatározott pontszámot értek el az alkalmazott depressziós szűrőskálán. Szűrőskálaként a Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőívet (l.d. alább) használtuk.

A féligstruktúrált interjú felvételére a szülővel és gyermekkel két alkalommal, hat hét különbséggel, két különböző interjúkészítő által került sor. A belegeyző nyilatkozatot a szülő és a gyermek is aláírta, a magyarországi etikai elvárásoknak megfelelően. Az első interjú során a diagnosztikus interjú (l.d. alább) „Hangulatzavar” moduljának és egy átfogó, demográfiai, pszichoszociális és anamnesztikus adatokat tartalmazó strukturált kérdőív (Intake General Information Sheet) (l.d. alább) felvételére került sor. Minden interjú során először a szülő, majd a gyermek négy szemközti megkérdezésére került sor. Az interjúkészítők a vizsgálatot minden esetben egy ún. nyitott interjúval kezdték, melynek során kitöltöttek egy személyes és családi eseményeket életkori skálán időrendi sorrendben elhelyező eseménylistát. Mindez segítette a kapcsolatfelvételt, az interjú kereteinek felállítását, az életesemények és tünetek lehető legpontosabb felidézését, továbbá azon időszak azonosítását a gyermek életében, amikor a gyermek tünetei kezdtek problematikusá válni. A második interjú – melynek felvételére azon gyermekeknél került sor, akiknél az első interjú során hangulatzavar DSM-IV kritériumai igazolódtak - tartalmazta a teljes diagnosztikus interjút. Azok a gyermekek, akiknél a hangulatzavar kritériumai nem teljesültek, „at risk” jelzést kaptak és résztvettek az utánkövetéses folyamatban.

Az ISCA-D féligstruktúrált interjú (l.d. alább) felvételében gyermekpszichológusok és gyermekpszichiáterek vettek részt. Az új interjúkészítőket három hónap alatt képezték ki az interjú-szupervízorok. A kétszer öt napos elméleti és gyakorlati képzés során a jelöltek elsajátították az interjú-készítés elméleti alapjait, az ISCA-D felépítését, a DSM-IV rendszerét, a gyermekpszichiátriai betegségek DSM-IV szerinti tüneteit, a legfontosabb differenciáldiagnosztikai problémákat. A második héten az otthonukban elkészített video-interjúk segítségével közösen elemezték kérdezési stílusukat, technikájukat és megbeszéltek a különböző modulok pontozásait. A képzés további részében a szupervízorok által korábban lepontozott és egységesített, ún. gold-standard interjúkat kellett pontozniuk, illetve önálló, teljes video-interjúkat felvenniük. A video-interjúk értékelése csoportos szupervíziókon történt. A képzés akkor volt sikeresen

befejezett, ha öt video-interjú pontozása 80 százaléknál nagyobb mértékben egyezett a szupervízorok pontozásával és a jelöltek részt vettek 5 csoportos szupervízióon.

Valamennyi interjút hangkazettára rögzítettünk, a szupervízorok folyamatosan ellenőrizték az interjúk minőségét és folyamatosan tartották a kapcsolatot az interjúkészítőkkel. Az egyéni kapcsolattartás mellett hathetente csoportos szupervíziók alkalmával került sor az interjúkészítéssel kapcsolatos problémák megbeszélésére, interjú-részletek elemzésére. Évente kétszer 3 napos továbbképzésen vettek részt az interjúkészítők, melynek célja az esetmegbeszélések mellett a pontozás egységesítése.

Amennyiben az interjúkészítőknél az ellenőrzés során a szupervízorok hibás diagnózist vagy a pontozásban 80 százaléknál alacsonyabb egyezést észleltek, az interjúkészítő munkáját átmenetileg felfüggesztették és egyéni szupervízió során korrigálták a hibákat.

A folyamatos ellenőrzés és tréning a minél egységesebb kérdezési technikát és a diagnosztikus hibák minimalizálását szolgálta. A megítélők közötti megbízhatóság (interrater-reliabilitás) az egyes ISCA-D tünetek esetében kielégítő volt, az MDD tüneteineképp $\kappa = 0,64-0,88$, a disztímia tüneteineképp $\kappa = 0,38-0,93$

A major depressziós csoportot 434 gyermek (199 lány) alkotja, az átlagéletkoruk 11,6 év (szórás=2,0 év), az életkori tartomány 7,3-14,9 évig terjed. A csoportot azon gyermekek alkotják, akik 2005. május 1.-ig beválasztásra kerültek a gyermekkori depresszió genetikai és pszichoszociális rizikótényezőit kutató vizsgálatba (részletesen l.d. alább); a szülői informátor a biológiai anya volt, az első interjú (részletesen l.d. alább) felvételének időszakában a gyermek élete első depressziós epizódjától szenvedett. A csoport etnikai összetétele a következő volt: 95,1% kaukázusi, 0,3% afrikai, 1,9% „multiracial” és 2,7% roma vagy egyéb kisebbséghez tartozó, ami reprezentálja a magyarországi népeiséget.

A normatív (kontroll) csoportot 724 gyermek alkotja (399 lány), átlagéletkoruk 10,8 év (szórás= 2,2 év). A normatív csoportot alkotó tanulókat az ország két régiójában lezajlott populációs vizsgálat alanyai közül választottuk ki. Azon tanulókat vettük figyelembe– hasonlóan a depressziós csoportnál –, akiknek van testvérük, életkoruk 7-14,9 év között volt, akiknél a szülői informátor az édesanya volt, nem állt fenn mentális retardáció és súlyos testi betegség sem.

A két csoport legfontosabb jellemzőit a 15. táblázatban foglaltuk össze.

15. táblázat

A major depressziós és a normatív csoport legfontosabb jellemzői

Legfontosabb jellemzők		Vizsgált csoport					
		Depressziós			Normatív		
		Lány	Fiú	Össz.	Lány	Fiú	Össz.
N		199	235	434	399	325	724
%		45,9	54,1	100	55,1	44,9	100
Életkor az interjú idején (év)	átlag	12,1	11,1	11,6	10,8	10,7	10,8
	SD	2,0	1,9	2,0	2,3	2,2	2,2
Életkor a depressziós epizód kezdetén (év)	átlag	11,4	10,4	10,8			
	SD	2,1	2,1	2,2			
Átélt életesemények száma (n)	átlag	5,9	6,2	6,0	2,8	2,8	2,8
	SD	2,7	2,9	2,8	1,9	2,1	2,0

A fiúk aránya szignifikánsan magasabb a major depressziós csoportban, szemben a normatív csoporttal (chi négyzet próba, $p=0,0023$). A depressziós csoport életkora szignifikánsan magasabb ($p<0,0001$). A depressziós csoporton belül a lányok idősebbek, mint a fiúk ($p<0,0001$) és az első depressziós epizódjuk szignifikánsan idősebb életkorban ($p<0,0001$) kezdődött, mint a fiúké. A normatív csoportban a fiúk és lányok életkora csaknem teljesen megegyezett.

A depressziós csoportban legnagyobb számban a 10-12 évesek fordulnak elő, számuk közel háromszorosa a legkisebb arányban szereplő a 7-9 éveseknek. (l.d. 16. táblázat)

16. táblázat

A klinikai vizsgálatban szereplő két minta életkori és nemi megoszlása (%)

Életkor (év)	Vizsgált csoport					
	Depressziós			Normatív		
	Lány	Fiú	Összesen	Lány	Fiú	Összesen
7	3,5	4,3	3,9	11,8	15,4	13,6
8	4,5	12,8	9,0	16,8	12,9	15,1

9	10,1	11,9	11,1	12,5	9,2	11,0
10	8,5	20,9	15,2	13,0	18,5	15,5
11	15,6	17,0	16,4	12,0	12,3	12,2
12	17,1	14,9	15,9	11,8	13,8	12,7
13	22,1	10,2	15,7	11,8	10,2	11,0
14	18,1	7,7	12,4	8,3	6,2	7,3
15	0,5	0,4	0,5	2,0	1,5	1,8
Összesen	100 (N=199)	100 (N=235)	100 (N=434)	100 (N=399)	100 (N=325)	100 (N=724)

A 13-15 évesek száma 4-5-szöröse a legalacsonyabb életkori csoportba tartozóknak. Amennyiben az életkort folyamatos változónak tekintjük, a major depressziós csoportba tartozás esélye évenként 40 százalékkal nő.

A depressziós mintában 7-9 és 10-12 éves korban is (kiemelkedően 10 éves korban) több a depressziós fiú, a lányok száma 10 éves kortól folyamatos emelkedést mutat, de csak a 12 éves korban éri el a fiúk számát, 13 éves korban pedig már kétszer annyi a lány, mint fiú. Az életkort folyamatos változóként vizsgálva a női nemhez tartozás esélye évente 4 százalékkal nő.

A normatív csoportban is legnagyobb arányban a 10-12 évesek fordulnak elő, a legkisebb arányban pedig a 13-15 évesek. A normatív mintában az életkoronkénti nemi különbségek jóval kisebbek, a 7-9 és 13-15 évesek között valamivel több a lány, a középső életkori csoportban pedig a fiúk száma magasabb.

IV.1.2.Mérőeszközök

IV.1.2.1. Major depresszió vizsgálata

A gyermekkori major depresszió diagnózisának felállításához az ISCA-D (Interview Schedule for Children and Adolescents- Diagnostic Version) klinikai diagnosztikus interjút használtuk, mely az ISCA (Sherill and Kovacs 2000) kibővített változata. Az ISCA-D lefedi a vonatkozó DSM-IV I. tengely betegségeket és néhány DSM-III kórképet. Az ISCA-D interjút a vizsgálat során az interjúkészítő külön-külön vette fel a szülővel, majd a gyermekkel, mindkét esetben kétszemélyes helyzetben. A kérdések – valamennyi tünetre vonatkozóan - két alkalommal hangzottak el, először a „jelenre”,

azaz a vizsgálat idejére vonatkozóan, másodszer pedig a „múlt”-tal kapcsolatban. Így lehetőség nyílt a jelenben is fennálló illetve élettartam-diagnózisok felállítására is. Valamennyi tünet esetében lehetősége volt az interjúkészítőnek különböző súlyosságot pontozni a szülő és a gyermek esetében, a gyermek válasza után azonban egy ún. „legjobb” pontszámot kellett megadnia. A pontszámok összesítése után következett az epizód fennállásának megállapítása, az esetleges kizáró kritériumok értékelése, illetve diagnosztizált epizód esetén az epizód hosszának megállapítása. Az epizódok precíz lezárásában egy olyan tünetlista („kronográf”) segítette az interjúkészítőket, melyen időrendben jelölték be a pozitív tüneteket.

A két interjú eredményét, valamint a járulékos dokumentumokat (pl. előző pszichiátriai kezelés, vizsgálat adatai) gyermekpszichiáter szakorvosok véleményezték. Az ún. konszenzusos diagnosztikus folyamat (Maziade et al. 1992) során a két tapasztalt gyermekpszichiáter külön-külön nézte át a teljes vizsgálati anyagot, majd közösen jutottak konszenzusra a diagnózist, valamint az epizódok megjelenési és megszűnési időpontját illetően.

IV.1.2.2. Stresszt jelentő életesemények vizsgálata

A klinikai vizsgálatban az előzőekben ismertetett Intake General Information Sheet-t (IGIS) használtuk. Az IGIS-ben szereplő – korábban felsorolt – 26 stresszteli életeseményt elemeztük. Arról, hogy a gyermek az adott életeseményt átélte-e bármikor az életében., a szülőket kérdeztük meg, és azoknak az adatait elemeztük, akiknél a válaszadó az édesanya volt. A depressziós csoportba tartozók esetében az anyával készített interjúból, a normatív csoport esetében az anya által kitöltött önkitöltős kérdőívből kaptunk adatokat.

A 26 életeseményt nem csupán egyenként vizsgáltuk, hanem létrehoztunk 4 klinikailag jelentős életesemény-csoportot: szülői egészség, haláleset, szocioökonómiai- és intrafamiliaris életesemények. Négy specifikus életesemény nem illeszkedett ezekbe a csoportokba, ezért ezek egy ún. kevert csoportot alkottak (17. táblázat). A következő táblázatban láthatók az egyes csoportokba tartozó életesemények. Célunk annak megállapítása volt, hogy az életesemény-csoportok vagy az egyes életesemények elemzésével kapunk a depressziós csoportot pontosabban jellemző életesemény-mintázatot.

17. táblázat

Életesemények és életeseménycsoportok

Életesemény-csoport	Életesemények
<i>1.Szülő betegsége</i>	
	Szülők kórházi kezelése
	Szülők súlyos eü. problémája
	Szülők pszich. hospitalizációja
<i>2.Haláleset</i>	
	Szülő halála
	Közeli személy halála
<i>3.Szocioökonómiai életesemények</i>	
	Jelentős anyagi problémák
	Költözés
	Szülő munkahelyvesztése
	Természeti katasztrófa
	Otthon elvesztése
<i>4.Intrafamiális életesemények</i>	
	Testvér születése
	Testvér kórházi kezelése
	Testvér pszichiátriai hospitalizációja
	Rendszeres családi vita/veszekedés
	Intézeti/nevelőotthoni elhelyezés
	Szülők válása
<i>Nem osztályozható, kevert életesemények</i>	
	Bántalmazás, szex. zaklatás
	Csúfolás
	Rendőrségi/bírósági ügy
	Kizárás az iskolából

IV.1.3. Statisztikai elemzések

Az adatok elemzése az SPSS 13.0 for Windows programcsomag segítségével történt. A gyakorisági eloszláson kívül varianciaanalízist és független kétmintás t-próbát

alkalmaztunk az életkoronkénti és a nem szerinti eltérések bemutatására. Két változó együttjárásának bizonyítása céljából lineáris (Pearson) korrelációs együtthatót számoltunk. Annak vizsgálatára, hogy egy adott életesemény milyen kockázati tényezőt jelent a major depresszió megjelenésének szempontjából, logisztikus regresszió módszerét alkalmaztuk, és 95%-os konfidencia-intervallum mellett esélyhányadosokat határoztunk meg. A nemi és életkori változókat is figyelembe véve (ezen változók hatásával korrigálva) az életesemények relatív esélyét vizsgáltuk, tehát hogy nagyobb eséllyel fordulnak-e elő az adott életesemények a depressziós csoportban, vagyis az adott életesemény átélése megnöveli-e a depressziós csoportba kerülés esélyét.

Többszemponútú analízisként, a depressziós csoportba tartozók életesemény-mintázatának leírására, a nemi és életkori interakciók alaposabb vizsgálatára hierarchikus logisztikus regressziót alkalmaztunk, az életesemények lépésenkénti bevonásával, szintén 95%-os konfidencia-intervallum mellett. A függő változó a depresszió fennállását vagy hiányát tartalmazó változó volt. A független változók az életesemény megléte vagy hiánya mellett az életkor, a nem és a nemi-életkori interakció voltak. A modellben azon életesemények illetve életesemény-csoportok szerepeltek, melyek $p < 0,2$ szintnél szignifikánsnak bizonyultak. A modellben maradás feltétele $p < 0,05$ szignifikancia-szint volt.

IV.2. Eredmények

Átélt össz-életeseményszám

A depressziós csoport tagjai több mint kétszer annyi életeseményt éltek át (6,0 SD=2,8), mint a normatív csoportba tartozók (6,0 SD=2,8). Egyik csoportban sem volt szignifikáns nemi különbség az össz-életeseményszámban (a normatív csoportban mindkét nemhez tartozók 2,8 életeseményt éltek át, a depressziós fiúk 6,2-t, a depressziós lányok 5,9-t). A depressziós csoportba tartozók legnagyobb arányban egykettő, a depressziós csoportba tartozó fiúk hét, a lányok négy-hat életeseményt éltek át (18. táblázat).

18. táblázat

Az átélt életesemények számának előfordulási gyakorisága nemenként, depressziós és normatív mintában

Átélt élet- esemény	Összes (%)		Fiú (%)		Lány (%)	
	Normatív	Depr.	Normatív.	Depr.	Normatív	Depr.
0	8,7	1,3	9,8	1,3	7,7	1,5
1	20,4	1,8	21,5	2,5	19,5	1,0
2	23,9	7,1	22,4	6,8	25,0	8,5
3	16,1	8,9	13,8	9,7	18,0	8,0
4	13,5	12,9	14,7	9,7	12,5	16,5
5	7,4	11,0	7,3	11,0	7,5	11,0
6	4,8	13,1	4,3	12,3	5,2	14,0
7	2,3	13,6	2,7	16,1	2,0	10,5
8	1,9	10,6	2,4	8,9	1,5	12,5
9	0,13	8,5	0	10,6	0,25	6,0
10	0	4,3	0	3,4	0	5,5
11	0,27	3,4	0	3,8	0,50	3,0
12	0,13	0,92	0,30	1,3	0	0,5
13	0,13	0,92	0,30	1,3	0	0,5
>13	0	0,69	0	0,85	0	0,5
Össz.	100% N=724	100% N=434	100% N=325	100% N=235	100% N=399	100% N=199

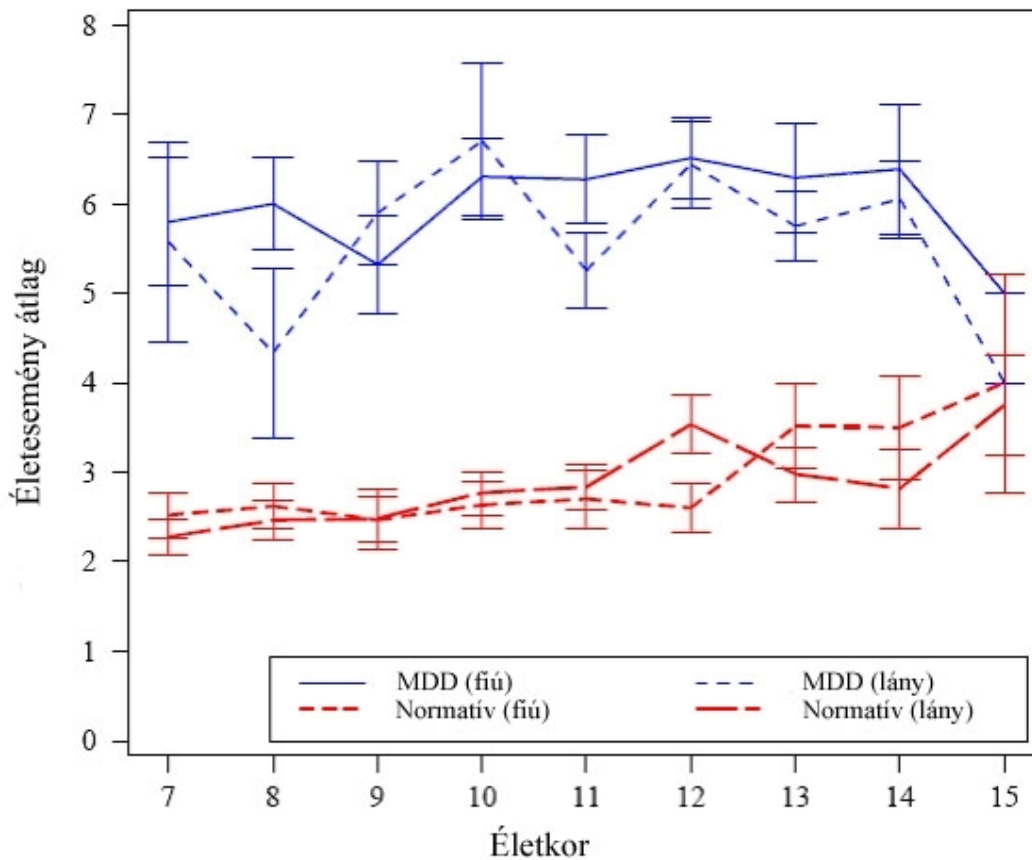
Átélt összéleteseményszám kapcsolata az életkorral és a nemmel

A depressziós csoportban az életkor nem korrelált az átélt életeseményszámmal ($r=0,05$; $p=0,29$). Ezzel szemben a normatív csoportban az idősebb gyerekek szignifikánsan több életeseményt éltek át ($r=0,15$; $p<0,0001$). Mindez azt jelenti, hogy a normatív csoportban az életkor előrehaladásával a gyerekek egyre több életeseményt éltek át (a 15 évesek csaknem 4.0-et szemben a 7 évesekkel, akik 2,4-et), a major depressziós csoportban pedig csaknem minden életkorban 5,5- 6,5 stresszeli életesemény előzte meg az első major depressziós epizódot (19. táblázat).

19. táblázat Az átélt életesemények átlaga a két mintában nemenként és életkoronként

Vizsgált csoport	Életkor (év)									Össz.
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Depressziós csoport										
Lány	5,6 (2,9)	4,3 (2,9)	5,9 (2,6)	6,7 (3,6)	5,3 (2,4)	6,4 (2,8)	5,8 (2,6)	6,1 (2,6)	4,0 (-)	5,9 (2,7)
Fiú	5,8 (2,3)	6,0 (2,8)	5,3 (2,9)	6,3 (3,0)	6,3 (3,1)	6,5 (2,6)	6,3 (3,0)	6,4 (3,1)	5,0 (-)	6,2 (2,9)
Összesen	5,7 (2,5)	5,6 (2,9)	5,6 (2,8)	6,4 (3,2)	5,8 (2,8)	6,5 (2,7)	5,9 (2,7)	6,2 (2,8)	4,5 (0,7)	6,0 (2,8)
Normatív csoport										
Lány	2,3 (1,4)	2,5 (1,8)	2,5 (1,8)	2,8 (1,7)	2,8 (1,8)	3,5 (2,2)	3,0 (2,1)	2,8 (2,5)	3,8 (1,6)	2,8 (1,9)
Fiú	2,5 (1,8)	2,6 (1,7)	2,5 (1,8)	2,6 (2,1)	2,7 (2,1)	2,6 (1,9)	3,5 (2,7)	3,5 (2,6)	4,0 (2,7)	2,8 (2,1)
Összesen	2,4 (1,6)	2,5 (1,8)	2,5 (1,8)	2,7 (1,9)	2,8 (1,9)	3,1 (2,1)	3,2 (2,3)	3,1 (2,6)	3,8 (2,0)	2,8 (2,0)

Nemenként vizsgálva az életeseményeket a különböző életkorokban az látható (19. táblázat, 3. ábra), hogy a normatív mintában alig van lényeges különbség a fiúk és a lányok között, a depressziós mintában 8 és 11 éves korban a fiúk élnek át több életeseményt. A többi életkorban a különbség nem jelentős.



3. ábra Az átélt életesemény-átlagok életkor szerint a depressziós- és normatív csoportban

Az ábra az egy szórásnnyira eltérő hibahatárt szemlélteti

Az egyes specifikus életesemények

Összehasonlítottuk a vizsgált 26 életesemény előfordulási gyakoriságát a depressziós és a normatív csoportban. A 20. táblázatban látható, hogy minden életeseményről jelentősen többen számoltak be a depressziós csoportban és a különbség csaknem minden életesemény esetében statisztikailag szignifikáns.

20. táblázat

Életesemények előfordulásának gyakorisága (esetszámban és százalékban) a depressziós és a normatív csoportban

Életesemények	Depressziós	Normatív	Korrigált
---------------	-------------	----------	-----------

N (%)	csoport	csoport	esélyhányados (OR)
1. Édesanya kórházi kezelése	151 (34.8)	117 (16.2)	2.6***
2. Édesapa kórházi kezelése	117 (26.9)	84 (11.6)	2.5***
3. Nevelőszülő kórházi kezelése	7 (1.6)	2 (0.3)	4.4
4. Édesanya súlyos egészségi problémája	49 (11.3)	16 (2.2)	4.9***
5. Édesapa súlyos egészségi problémája	33 (7.6)	17 (2.3)	2.7***
6. Nevelőszülő súlyos egészségi probl.	1 (0.2)	0 (0.0)	n.a.
7. Édesanya pszichiátriai hospitalizációja	71 (16.4)	13 (1.8)	9.7***
8. Édesapa pszichiátriai hospitalizációja	56 (13.2)	19 (2.6)	4.7***
9. Nevelőszülő pszich. hospitalizációja	2 (0.5)	1 (0.2)	2.4
10. Szülő halála	23 (5.3)	10 (1.4)	3.6***
11. Közeli személy halála	311 (71.7)	347 (48.0)	2.6***
12. Jelentős anyagi problémák	136 (31.3)	120 (16.6)	2.4***
13. Költözés	236 (54.4)	310 (42.8)	1.5***
14. Szülő munkahelyvesztése	201 (46.3)	209 (28.9)	2.0***
15. Természeti katasztrófa	16 (3.7)	6 (0.8)	4.1**
16. Otthon elvesztése	21 (4.8)	11 (1.5)	3.3**
17. Testvér születése	274 (63.1)	309 (42.9)	2.3***
18. Testvér kórházi kezelése	138 (31.9)	108 (14.9)	2.4***
19. Testvér pszichiátriai hospitalizációja	33 (7.6)	10 (1.4)	4.8***
20. Rendszeres családi vita/veszekedés	227 (52.3)	124 (17.1)	4.9***
21. Intézeti, nevelőotthoni elhelyezés	4 (0.9)	1 (0.1)	6.2
22. Szülők válása	138 (31.8)	101 (14.0)	2.7***
23. Bántalmazás, szex. zaklatás	112 (26.0)	11 (1.5)	21.1***
24. Csúfolás	236 (54.4)	54 (7.5)	16.6***
25. Rendőrségi/bírósági ügy	15 (3.5)	2 (0.3)	14.9***
26. Kizárás az iskolából	5 (1.2)	2 (0.3)	3.4

A korrigált esélyhányadosok nem és életkor kontrollváltozókkal.

n.a. = nincs adat (a kis előfordulási gyakoriság miatt).

*p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001

Kizárólag a „nevelőszülő testi és pszichés betegsége”, az „intézeti elhelyezés” és a „kizárás az iskolából” esetében nem találtunk szignifikáns összefüggést, nyilvánvalóan a normatív csoporthoz tartozó alacsony elemszám miatt. A depressziós csoportban a kétszerest jóval meghaladó volt a „bántalmazás”, a rendőrségi ügy, a „csúfolás”, az „anya súlyos betegsége”, a „családtagok pszichiátriai betegsége” előfordulási gyakorisága a normatív csoporthoz képest. Depressziós gyerekeknél a „közeli hozzátartozó halála”, „testvér születése” és a „költözés” mellett a „rendszeres családi vita” és a „csúfolás” előfordulási gyakorisága haladta meg az 50%-ot. Csaknem minden harmadik depressziós gyerek szülei elváltak vagy külön élnek (32%), szemben a normatív csoporttal, amelyben hét gyermekből egynél történt válás (14%). A depressziós csoportban három életesemény (rendőrségi/bírósági ügy, csúfolás, bántalmazás) kiemelkedően magasabb eséllyel (OR= 14,9; 16,6; 21,1) fordult elő, mint a normatív csoportban.

A nemi és életkori változókat is figyelembe véve néhány életesemény relatív esélye enyhén változott, de nem statisztikailag szignifikáns mértékben. Több életesemény (közeli hozzátartozó halála, testvér születése, vita, veszekedés a családtagok között, válás) fordult elő gyakrabban az idősebb gyerekeknél a normatív csoportban, a depressziós csoportban kizárólag a „testvér születésé”-nek esélye nőtt az életkorral. A „bántalmazás” esetében nemi különbség volt megfigyelhető a depressziós csoportban: ezt az életeseményt gyakrabban élték át a fiúk.

A depressziós csoportra jellemző életesemények és életesemény-csoportok

A logisztikus regressziós modell segítségével azt vizsgáltuk, hogy létezik-e a depressziós csoportra jellemző karakterisztikus életesemény-mintázat és ez a mintázat mutat-e összefüggést a nemmel és az életkorral. Két, korra és nemre illesztett modellt használtunk, az első az életesemény-csoportokat vizsgálta, a második a specifikus életeseményeket. A második modell az életkort folyamatos változóként kezelte. A modellbe léptetési kritérium $p < 0,20$ volt, a bennmaradási kritérium pedig $p < 0,05$. (22. táblázat)

21. táblázat

A depressziós csoport életeseményeinek és életesemény-csoportjainak jellemzői

Logisztikus regresszióelemzés a szignifikáns életesemények lépésenkénti beválasztásával			
Változók	Korrigált esélyhányadosok (OR) (95% CI)		
<i>Életeseménycsoport</i>			
Szülő betegsége	2.36	(1.68, 3.30)	n.a.
Intrafamiális	2.78	(1.98, 3.90)	n.a.
Haláleset	4.88	(2.49, 9.57)	n.a.
életkori interakció (év)			
10-12	0.38	(0.16, 0.87)	n.a.
13-15	0.26	(0.10, 0.67)	n.a.
<i>Specifikus életesemény</i>			
Bántalmazás/szex. zaklatás	8.51	(4.22, 17.15)	9.93 (4.81, 20.48)
Csúfolás	12.91	(8.75, 19.04)	13.44 (8.91, 20.27)
Rendőrségi/bírósági ügy	13.46	(2.22, 81.52)	14.91 (2.10, 105.73)
Édesapa kórházi kezelése	n.a.		1.66 (1.07, 2.58)
Testvér kórházi kezelése	n.a.		1.70 (1.12, 2.58)
Édesanya súlyos eg. problémája	n.a.		4.10 (1.59, 10.56)
életkori interakció (év)	n.a.		0.59 (0.40, 0.88)
Édesanya pszich. hospital.	n.a.		5.01 (2.25, 11.15)
Édesapa pszich. hospital.	n.a.		3.06 (1.33, 7.05)
életkori interakció (év)	n.a.		0.59 (0.40, 0.87)
Közeli személy halála	n.a.		2.20 (1.52, 3.18)
életkori interakció (év)	n.a.		0.84 (0.71, 0.99)
Szülők válása	n.a.		1.85 (1.16, 2.95)
nemi interakció (lány)	n.a.		1.26 (0.80, 2.00)
életkori interakció (év)	n.a.		0.90 (0.73, 1.10)
nemi és életkori interakció	n.a.		0.74 (0.60, 0.91)
Szülő munkahelyvesztése	n.a.		0.87 (0.59, 1.28)
életkori interakció (év)	n.a.		1.25 (1.06, 1.49)
Családi vita/veszekedés	n.a.		2.09 (1.36, 3.21)
nemi interakció (lány)	n.a.		1.13 (0.74, 1.71)
életkori interakció (év)	n.a.		0.91 (0.75, 1.10)
nemi és életkori interakció	n.a.		1.37 (1.13, 1.65)
Természeti katasztrófa	n.a.		3.28, (0.96, 11.19)
életkori interakció (év)	n.a.		0.54 (0.31, 0.92)

*Kontrollváltozók: nem és életkor. Az 1. Modellben az életkor kategoriális változó, a 2. Modellben folytonos változó (11 értékközépponttal). Kritériumként a nem és életkor változók szignifikáns hatása: $p < 0,20$. Valamint a modellben maradás feltétele: $p < 0,05$.

n.s.= nem szignifikáns eredmények

n.a.= nincs adat a kis előfordulási gyakoriság miatt

A táblázat nem tartalmazza azokat az adatokat, amelyek egyik modellben sem voltak szignifikánsak.

A depressziós csoportban – életkorra és nemre igazítva - egy karakterisztikus életesemény-mintázat jelent meg. Az 1. modell szerint három csoport szignifikánsan növelte a major depressziós csoportba tartozás esélyét: a „szülői betegség” megduplázta, az „intrafamiális életesemények” közel megháromszorozta az esélyt, az életkortól függetlenül. Szintén növelte a major depresszió esélyét (közel ötszörösére) a haláleset, ezt a fiatalabb gyerekek nagyobb valószínűséggel éltek át. A szociodemográfiai jellegű életesemények esetében nem találtunk különbséget a depressziós és a normatív csoport között. Az elemzett modellben nem szerepel, de megállapítást nyert, hogy az „intrafamiális” életesemény-csoport esetében két vagy több életesemény együttes átélése jelentős mértékben tovább növelte a depresszió rizikóját.

A csoportba nem sorolható specifikus életesemények közül három valamennyi életkorban, nemre való tekintet nélkül igen jelentősen növelte a major depresszió esélyét. Amennyiben a gyermeknek rendőrségi vagy bírósági ügye volt, az esélyhányados 13,46, rendszeres csúfolás esetén csaknem 13-szorosára, bántalmazás esetén 8,5-szeresére nő a depresszió esélye.

Az életeseményeket egyenként is vizsgálva (2. modell) – amellet, hogy a bántalmazás, a csúfolás, a rendőrségi ügy megközelítőleg az 1. modell esélyhányadosait mutatta, további specifikus életesemények jelentek meg rizikótényezőként.

Az életesemények közül további három szintén szignifikáns mértékben kapcsolódott a depressziós csoporthoz, tekintet nélkül a nemre és az életkorra: az apa (OR=1,66) és a testvér testi betegsége (OR=1,70) valamint az anya pszichiátriai kezelése (OR=3,06).

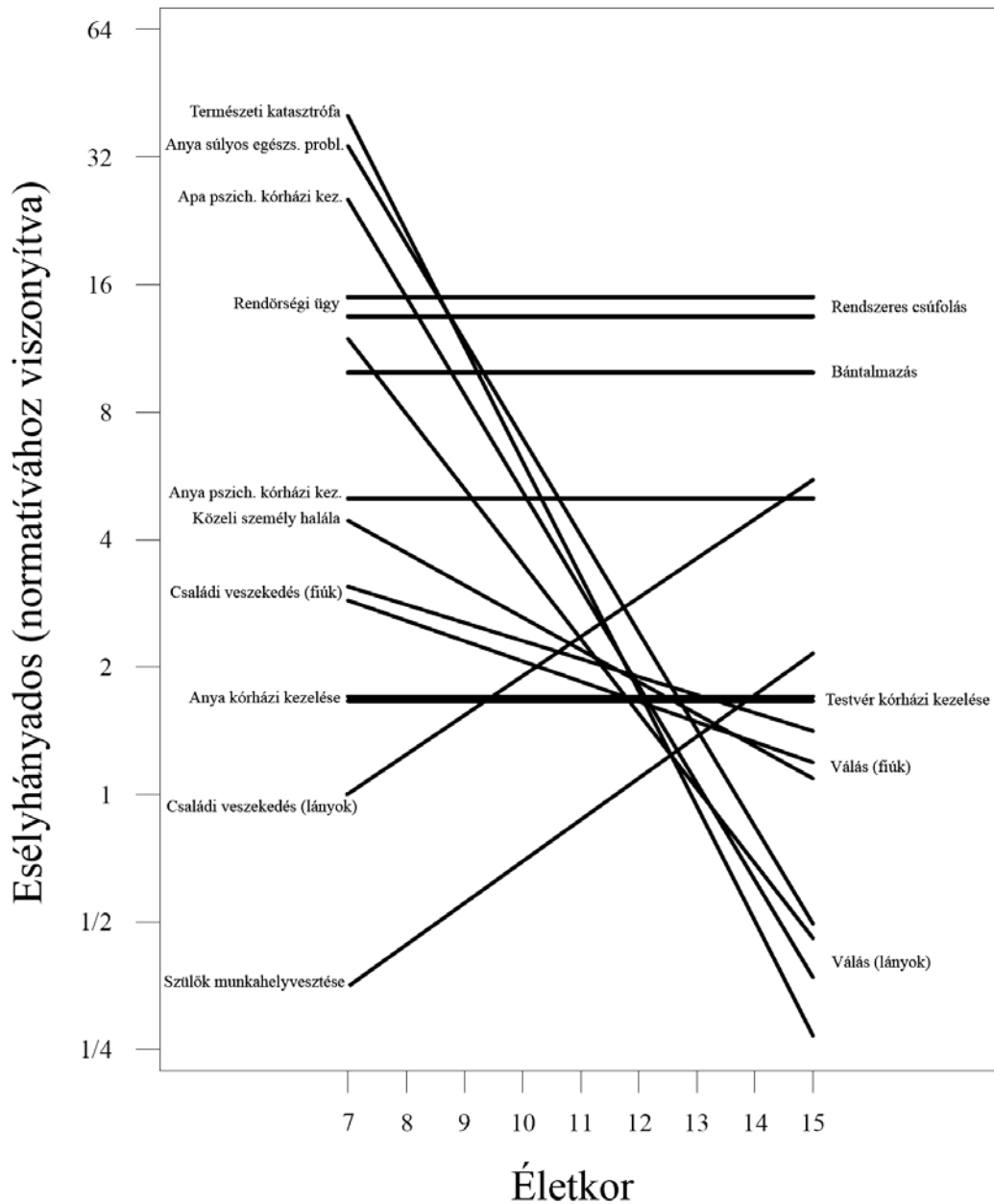
Öt életesemény esetében találtunk életkori interakciót. Az átélt természeti katasztrófa, az anya súlyos szomatikus betegsége, az apa pszichiátriai hospitalizációja, a közeli hozzátartozó halála és a szülői munkanélküliség életkortól függően különböző mértékben növelte a depresszió esélyét, nemtől függetlenül. Az anya súlyos betegsége és az apa pszichiátriai betegsége szignifikáns kapcsolatban állt a depressziós alapaottal (OR=4,10 illetve OR=3,06). Mindkét életesemény azonban jelentősebben a 11 életév alattiaknál növelte a depresszió esélyét, a szignifikáns kapcsolat a depresszióval az

életkor növekedésével csökkent (az évenkénti csökkenés $OR=0,59$). A közeli hozzátartozó halála ($OR=2,2$) szintén a fiatalabb gyermekek esélyét növelte nagyobb mértékben a depresszióra (a csökkenés $OR=0,84$ évenként). A szülői munkanélküliség a fentiekkel szemben elsősorban az idősebb gyermekeknél jelentett rizikótényezőt ($OR=0,87$ 11 éves korban, az évenkénti növekedés $OR=1,25$).

Két életeseemény (válás, rendszeres vita/veszekedés) mutatott szignifikáns kapcsolatot a nemmel és az életkorral is. A válás szoros kapcsolatban állt a depresszióval a fiatal fiúknál ($OR=1,85$) és fiatal lányoknál is ($OR=2,33$). Míg ez a hatás a fiúknál stabilan fennállt az életkor növekedésével (az esélyhányados változása évenként $0,90$), addig az idősebb lányoknál a hatás évről évre csökkent (az esélyhányados változása évenként $0,74$). A rendszeres családi vita/veszekedés szintén szignifikáns előrejelzője volt a fiatalabb fiúk depressziójának ($OR=2,09$) és az életkorral párhuzamosan az esélyhányados alig változott (az esélyhányados csökkenése évenként $0,91$). Ugyanakkor a depresszió esélye lányoknál a családi vita/veszekedés átélése esetén az életkorral párhuzamosan növekedett; 10 éves korban $OR=2$, 14-15 éves korban $OR=5-6$ (az esélyhányados változása évenként $1,37$).

Az egyes életeseemények és a depresszió kapcsolatát nemenként, különböző életkorokban jól szemlélteti a 4. ábra.

Különböző életesemények depressziós gyermekeknél



4.ábra

Az egyes életesemények kapcsolata a depresszióval különböző életkorokban

Az ábrán összefoglalva látható a különböző életesemények hatása az egyes életkorokban. Különösen jól szemlélteti az ábra a válás és a rendszeresvita/veszekedés

nemi és életkori kölcsönhatását. Külön ki kell emelni, hogy bizonyos életesemények (anya súlyos egészségi problémája, apa pszichiátriai hospitalizációja) 7-9 éves életkorban 20-30-szorosára növelték a depresszió esélyét, nemre való tekintet nélkül. Kiemelést érdemel, hogy lányoknál 7-9 éves korban a válás esélynövelő hatása közel tízszeres, 14-15 éves korban pedig a rendszeres családi vita válik igen jelentős esélynövelő tényezővé.

V. Megbeszélés

Az általános iskolás populációban a Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőívvel kapott eredményeink megfelelnek a nemzetközi és hazai vizsgálatok adatainak. Az átlagpontszám vizsgálatunkban 3,6, míg egy spanyol, 8-15 éves iskolások körében végzett vizsgálat során (Davano és mtsai 2004) az átlag 3,3 pont volt. A két magyarországi, 8 ítemes Gyermekdepresszió Kérdőívvel végzett vizsgálat során arányaiban hasonló (2,3) (Aszmann 2003), illetve valamivel magasabb (2,9) (Pikó és mtsai 2001) pontszámot találtak. Vizsgálatunkban a fiúk és lányok átlagpontszáma között szignifikáns különbséget találtunk, hasonlóan a korábbi magyar (Aszmann 2003, Pikó és mtsai 2001) illetve nemzetközi vizsgálatokhoz (Dudas és mtsai 2005, Poli és mtsai 2003). Az adatok Poli és mtsai (2003) és Davano (2004) vizsgálatával hasonlíthatók össze, akik 8-17 illetve 8-15 éveseket vizsgáltak. Mindketten három életkori csoportban elemezték a pontszámátlagokat és a 11 illetve 10 év alatti korcsoportban a fiúk pontszámát találták magasabbnak. Az idősebb életkori csoportokban szignifikánsan magasabbnak találták a lányok pontszámait. Vizsgálatunkban a szignifikáns különbségek – mivel a nagyobb elemszám miatt lehetőségünk volt az adatokat életkoronként elemezni - életkoronként is megjelentek, a 11, 12, 14 és 15 éves lányok átlagpontszáma haladta meg a leginkább a fiúkéét.

A GYD-R kérdőív elemzése során a két határértékkel (határérték \geq 7 illetve határérték \geq 5) számoltunk. Öt vagy annál több pontot a fiatalok 31,9%-a ért el („magas rizikójú” csoport), az eredmény csaknem teljesen megegyezik Poli (2003) a Gyermekdepresszió Kérdőívvel végzett vizsgálatával, ahol a „magas rizikójú” csoportba (határérték \geq 13) a vizsgált tanulók 33%-a tartozott. Mindkét vizsgálatban a lányok aránya volt magasabb, Poli vizsgálatában a különbség a két nem között jelentősebb volt, feltehetően a vizsgált személyek magasabb átlagéletkora miatt. Vizsgálatunkban a

tanulók 14,9%-a ért el hét vagy annál több pontot, vagyis esetükben klinikai szintű depresszió gyanújáról beszélhetünk, ez az arány valamivel magasabb, mint a korábbi vizsgálatokban. A „klinikai depressziós” határérték előfordulási gyakorisága a korábbi kérdőíves vizsgálatokban 10-14% (Allen és mtsai 2000, Davanzo és mtsai 2004, Larsson és Melin 1992, Poli és mtsai 2003). Valamennyi vizsgálatban a lányok között jóval magasabb a klinikai határértéket elérték aránya, legjelentősebb a különbség Davanzo (2004) vizsgálatában, ahol a klinikai határértéket a fiúk 6,1%-a és a lányok 19,8%-a érte el. Vizsgálatunkban a klinikai határértéket (hét vagy annál több pontot) a fiúk 12,7%-a, a lányok 16,6%-a ért el. Az irodalmi adatokhoz képest csekély különbség a mintánk alacsonyabb átlagéletkorával valamint azzal magyarázható, hogy valamennyi korábbi vizsgálatnál eltérően 7 éves tanulók is részt vettek a felmérésben.

A stresszteli, negatív életesemények vizsgálata különböző elemszámú és minőségű kérdőívekkel történik. Az életeseményeket elemző vizsgálatok összehasonítását nehezíti a kérdőívek sokszínűsége, az adott életesemény sokszor jelentősen eltérő megfogalmazása, különféle életesemény-csoportok alkalmazása, valamint az, hogy a felmérések túlnyomórészt serdülők körében történnek. Nehezíti az eredmények összehasonlítását az is, hogy a kérdőíveket- különösen serdülőkkel végzett vizsgálatokban- maguk a fiatalok töltik ki. Vizsgálatunkban elsősorban az alacsony átlagéletkor és a kérdések minősége (számos veszteségre, betegségre vonatkozó kérdés) miatt döntöttünk a szülők megkérdezése mellett.

A 26 tételt tartalmazó kérdőív alapján az átélt stresszteli életesemények átlaga 2,34 volt. Ge és mtsai 25 tétéles kérdőívek elemzése után 3,0 átlagot találtak (1994), Franko és mtsai (2004) (akik 16 éves korban kérdezték meg a fiatalokat 26 tétéles kérdőívekkel) a magasabb életkornak megfelelően 3,45-os értéket találtak. Közel két és fél negatív életeseményt éltek át az egyetlen hazai vizsgálat 14 és 20 év közötti alanyai, itt azonban hiányzik a negatív életesemények pontos tételszáma (az alkalmazott kérdőív összesen 41 kérdést tartalmaz) (Csorba és mtsai 1994). Az átélt életesemény-szám és az életkor között a populációs vizsgálat során szignifikáns pozitív korrelációt találtunk. Ez megegyezik a korábbi vizsgálatokkal (Csorba és mtsai 1994, Ge és mtsai 1994, Franko 2004), melyek szerint az életkor növekedésével (enyhén) növekedik az átélt életesemény-szám.

Az életkor mellett a nem szerepét is vizsgálva a populációs vizsgálat során azt találtuk, hogy az idősebb tanulók enyhén emelkedő számú stresszteli életeseményt éltek át, az emelkedés a fiúk esetében egyenletesebb volt. Ezzel szemben Franko eredményei szerint a 11 éves korú fiúk és a 14 évnél idősebb lányok éltek át több életeseményt (Franko és mtsai 2004).

Az életesemények és a depressziós tünetek közötti kapcsolatot úgy vizsgáltuk, hogy az életkor és a nem magyarázó erejét is figyelembe vettük. Szignifikáns korrelációt találtunk az életesemények és a depressziós tünetek között a teljes mintában és nemenként vizsgálva is. Az összefüggést Ge és mtsai szintén szignifikánsnak találták, azonban kizárólag a lányok esetében (Ge és mtsai 1994). Bizonyítottnak tekinthető tehát már populációs vizsgálatunk eredményei alapján is, hogy gyermek- és serdülőkorban az életesemények hatással vannak a depressziós tünetekre. Minél több életeseményt él át egy gyermek, annál inkább megnő a depressziós tünetegyüttes kialakulásának veszélye. Klinikai mintában is megvizsgáltuk ugyanazon 26 életesemény előfordulását és azt találtuk, hogy a depressziós csoport tagjai átlagban 6,0 életeseményt éltek át (ezzel szemben a normatív csoport tagjai 2,8 életeseményt). Ilyen, meglehetősen nagy mintán végzett összehasonlító vizsgálattal az általunk tanulmányozott irodalomban nem talákoztunk. A korábbi, major depressziós gyermekek körében végzett vizsgálatokban nem szerepel az átélt életesemény-szám, csupán annyit állapítottak meg, hogy szignifikánsan több életeseményt élnek át a depressziós csoport tagjai a szorongó (Williamson és mtsai 2005) és egészséges normál kontroll csoporthoz (Williamson és mtsai 1995, 1998) viszonyítva.

A depressziós mintát vizsgálva azt találtuk, hogy az átélt életesemény-szám és az életkor között korreláció nincs. Eredményeink azt mutatják, hogy a 7-8 éves depressziós fiúk és lányok ugyanannyi (5-6) negatív életeseményt éltek át az első depressziós epizódjuk előtt, mint a 13-14 évesek. A 15 évesek által átélt életesemény-átlag az igen alacsony elemszám miatt korlátozottan értékelhető. Eredményeink alapján feltételezhetjük, hogy az 5 vagy 6 átélt negatív életesemény bármely életkorban - természetesen egyéb genetikai és környezeti tényezőkkel kölcsönhatásban – nagy eséllyel „beindíthatja” a depressziós epizódot.

Klinikai vizsgálatunkban a depressziós csoport fiú és lány tagjai (hasonlóan a populációs vizsgálatunk „klinikai depressziós” csoportjának eredményeihez)

valamennyi életkorban szinte azonos számú stresszteli életeseményt éltek át. Felvetődik a kérdés, hogy mivel magyarázható az észlelt nemi különbség a depresszió előfordulási gyakoriságában. Depressziós és átlagpopuláción végzett vizsgálatok eredményei egyaránt azt igazolják, hogy a fiú/lány arány gyermekkorban közel egyenlő, egyes vizsgálatok szerint inkább enyhe fiú-túlsúly észlelhető (Birmaher és mtsai 1996, Poli és mtsai 2003). Vizsgálatunkban 7-10 éves korban - szemben a korábbi vizsgálatok adataival - jelentősen magasabbnak találtuk a depressziós fiúk számát. 11-13 éves korban megegyezően az irodalmi adatokkal a lányok száma jelentősen emelkedett, a fiúk száma pedig - az irodalmi adatoktól eltérően - a 12-14 éves életkorban csökkent (Angold és mtsai 1998, 2002). Korábbi tanulmányok a nemi különbség magyarázata során a serdülőkorú lányokat vizsgálják és több magyarázó modell szerint a serdülőkorú depressziós lányok magas előfordulási arányának háttérében jelentős szerepet játszanak (egyéb, pl hormonális tényezők mellett) az interperszonális negatív életesemények (Cyranwski és mtsai 2000, Nolen-Hoeksema és Girgus 1994). Ez azonban nem magyarázza a – vizsgálatunkban tapasztalt - kiemelkedően magas depresszió-gyakoriságot a 7-10 éves fiúk között. Kevésbé valószínű, hogy a 10 év alatti fiúk gyakrabban élnek át 6 életeseményt, mint a lányok, hiszen a normatív mintában ebben az életkorban sem találtunk nemi különbséget az átélt életesemények számában. Valószínűbbnek látszik, hogy a fiúk általában tapasztalt nagyobb vulnerabilitása, valamennyi betegséggel szembeni fokozottabb érzékenysége, sérülékenysége állhat a háttérben. Elképzelhető, hogy a viszonylagosan magasabb előfordulási gyakoriság a további életkorokban is fennmaradna, ha nem következnenek be a serdülőkorú lányoknál igen jelentős hormonális és érzelmi változások.

Összefoglalóan elmondható tehát, hogy a populációs vizsgálat felhívta a figyelmet a depressziós tünetek és az átélt életesemények közötti összefüggésre. Ez az összefüggés sokkal markánsabban jelent meg, amikor major depressziós gyermekeket vizsgáltunk, egyúttal lehetőség nyílt a nemi és életkori összefüggések árnyaltabb elemzésére is.

Az életesemény-szám és a depresszió kapcsolatának vizsgálata után arra kerestünk választ, hogy vannak-e olyan specifikus életesemények, amelyek kitüntetett szerepet játszanak bizonyos életkorokban, fiúk illetve lányok depressziós tüneteinek, major depressziójának háttérében. Az életeseményeket egyenként vizsgálva a populációs és a major depressziós csoportba tartozó tanulók egyaránt a közeli hozzátartozó halálát, a

költözést és a testvér születését élték át a leggyakrabban. A depressziós gyerekeknél a fentiek mellett még a „rendszeres családi vita” és a „csúfolás” előfordulási gyakorisága haladta meg az 50%-ot. Csaknem minden ötödik általános iskolás tanuló átélte szülője válását, ami megfelel a 2002-es HBSC vizsgálat (Aszmann 2002) adatainak, mely szerint a magyarországi gyermekek 76 százaléka teljes családban él. A bántalmazás esetében az előfordulási gyakoriság mindössze 0,7 százalék volt (a depressziós csoportban viszont 26 százalék), azonban külön kérdést tettünk fel a pszichikai bántalmazás egyik formájáról, a csúfolásról. A rendszeres csúfolás esetében meglepően magas, 6,6 százalékos előfordulási gyakoriságot kaptunk, a depressziós gyermeknek pedig több mint felét rendszeresen csúfolják. A csúfolás esetében mérsékelt, a bántalmazásnál jelentős fiú-túlsúlyt találtunk, szemben a HBSC-2002 vizsgálat (Aszmann 2002) és saját klinikai vizsgálatunk eredményeivel, ahol a nemi különbség a bántalmazás előfordulási gyakorisága esetében elhanyagolható volt. A depressziós mintában a 26 életeseményből csaknem valamennyi szignifikánsan gyakoribb volt, mint a normatív csoportban. Az egyes életesemények előfordulási gyakorisága a depressziós gyerekek körében a korábbi csekély számú hasonló vizsgálat közül Csorba (2001) elemzésével hasonlítható össze: itt a depressziós csoport tagjai valamennyi életeseményt nagyobb arányban élték át, a különbség azonban vizsgálatunkhoz képest jóval kisebb. Az egyes életesemények, életesemény-csoportok és a gyermekkori depresszió kapcsolatát két módon vizsgáltuk. Elemeztük milyen mértékben növelik meg az egyes életesemények a depressziós tünetek kialakulásának esélyét, továbbá hogy vannak-e olyan életesemények, melyek kifejezetten a major depressziós gyerekekre jellemzők. A klinikai vizsgálatban megvizsgáltuk bizonyos életesemény-csoportok hatásait is. A populációs mintában néhány életesemény szignifikáns mértékben növelte a depressziós tünetek kialakulásának esélyét, a major depressziós csoport esetében azonban egy jóval kontúrosabb életesemény-mintázatot találtunk, melynek különböző okok miatt csupán egyes elemei hasonlíthatók össze a rendelkezésre álló korábbi vizsgálatokkal.

A gyász, veszteség szerepét a gyermek- és serdülőkori depresszió hátterében számos vizsgálat igazolta (Birmaher és mtsai 1996, Franko és mtsai 2004, Jaffee és mtsai 2002, Williamson és mtsai 2005). A speciális életeseményeket elemző vizsgálatok elsősorban a szülő halálának hatásait vizsgálják, nagyjából serdülő mintán. Csorba (2001) magyar mintán végzett vizsgálata szerint a hozzátartozó halála a gyermekkori

depresszió rizikófaktorának tekinthető. Weller (1991) eredményei szerint az egyik szülőjüket elvesztett prepubertás korú gyermekek 37%-ának major depressziója alakul ki, ugyanakkor felhívja a figyelmet arra, hogy megnöveli a depressziós tünetek kialakulásának valószínűségét, ha a családban már volt depresszió betegség. Populációs mintán a közeli hozzátartozó halála - jóllehet az egyik leggyakoribb életesemény volt -, nem növelte szignifikáns mértékben a depressziós pontszámot. Klinikai vizsgálatunkban a szülő és a hozzátartozó halála együttesen több mint ötszörösére, a „közeli hozzátartozó halála” önmagában több mint kétszeresére növelte a depresszió kialakulásának esélyét. A családban történt haláleset esetében a depresszió kialakulásának esélye nagyobb a fiatalabb, 7-9 éves gyerekek körében. Feltételezhető, hogy a 7-9 éves gyerekek kevésbé mutatják ki érzelmeiket illetve a halálesettől szenvedő, szintén gyászoló szülő nem érzékeli a gyermeki jelzéseket. Előfordulhat, hogy a gyermekre negatívan hatnak a szintén gyászoló szülő érzelmei, (különösen akkor, ha a szülő az érzelmeit nem képes adekvát módon kifejezni) ez arra készteti, hogy elfojtsa saját érzelmeit, melyek feldolgozatlanok maradnak és hangulatzavarhoz vezethetnek. Ezt erősíti meg Cerel és mtsai (2006) vizsgálata, mely szerint az egyik szülő halála akkor növeli a gyermekkori depresszió kockázatát, ha a haláleset az életben maradt szülő depressziójával vagy egyéb családi stresszorokkal kombinálódik.

Veszteségnek tekinthető a hozzátartozó súlyos, kórházi kezelést igénylő testi és mentális betegsége is. A hozzátartozó súlyos, kórházi kezelést igénylő testi betegségének, egészségkárosodásának átélése esetén a populációs vizsgálat során szignifikánsan magasabb depressziós pontszámot kaptunk. A klinikai vizsgálat eredményei szerint is mindkét szülő súlyos egészségi problémája megnöveli a major depresszió rizikóját, hasonlóan azokhoz a vizsgálatokhoz, amelyekben gyermekek major depressziója és a hozzátartozók szomatikus betegsége között találtak szignifikáns összefüggést (Csorba és mtsai 2001, Williamson és mtsai 1998). Az anya testi betegségének rizikónövelő hatása jelentősebb, elsősorban a fiatalabb gyermekek esetében.

A szülők mentális betegsége (Csorba 2001), ezen belül a szülői depresszió (Ge 1994a, Tennant 2002) illetve az anyai depresszió (Jaffee 2002) kapcsolata a gyermekkori depresszióval számos tanulmányból ismert. Populációs és klinikai mintánkban is kapcsolatot találtunk a szülők (és a testvér) pszichiátriai betegsége és a gyermekek

depressziós tünetei között. A populációs vizsgálat során azoknál a lányoknál észleltünk jelentősen megemelkedett depressziós pontszámot, akik édesanyjuk pszichiátriai betegségét élték át. Az apa pszichiátriai betegsége a fiúk esélyét növelte a depresszióra. A testvér pszichiátriai betegsége mindkét nemben növelte a depresszió rizikóját; fiúknál a növekedés háromszoros, lányoknál azonban kiemelkedően magas, több mint ötszörös volt. A klinikai vizsgálat során még határozottabb és egyúttal árnyaltabb összefüggést kaptunk. Az anya mentális betegsége több mint ötszörösére, az apáé háromszorosára növelte a major depresszió esélyét. Az utóbbi rizikónövelő hatás hét éves korban még csaknem hússzoros, majd – nemtől függetlenül - az életkorral meredeken csökken. Természetesen nincs tudomásunk arról, hogy a pszichiátriai betegség miatt kezelt szülők hány százaléka volt depressziós (feltehetően a depressziós és szorongásos zavarok voltak jelentősebb arányban), így eredményeink általában a pszichiátriai betegségek hatására hívják fel a figyelmet. Megemlíthetők azon korábbi vizsgálatok (Csorba és mtsai 2001, Hoffmann és mtsai 2003, Jaffee és mtsai 2002 Weissmann és mtsai 1997, 2006) eredményei, melyek szerint depressziós szülők gyerekei között gyakoribb a gyermek- és serdülőkorai depresszió. Az összefüggést feltehetően a szülői depresszió esetében a genetikai hatás mellett az is okozhatja, hogy a depressziós szülők kevesebb érzelmet fejeznek ki, esetükben több a családon belüli kommunikációs probléma, konfliktus, bántalmazás (Birmaher és mtsai 1996).

Az irodalmi adatokkal történő összehasonlítás talán a legnehezebb a bántalmazás és a csúfolás esetében, ugyanis a különböző felmérésekben nagyon eltérő a kérdések megfogalmazása, esetenként több kérdés is vonatkozik a bántalmazásra. A válaszadók személye sem egységes, bizonyos esetekben serdülők, más esetben a szülők adnak választ. Bántalmazás a depressziós csoportba tartozó gyermekek 26%-ánál, csúfolás 55,7%-ánál fordult elő. A „bántalmazás” esetében kapott eredmények nehezen hasonlíthatók össze az irodalmi adatokkal, hiszen leggyakrabban nem általánosságban a bántalmazásra, hanem különböző speciális bántalmazási formákra vonatkozó kérdésekkel találkozunk. A kortárs zaklatás (bullying) vizsgálata során például - populációs mintán - igen eltérő előfordulási gyakoriságot találtak (10-51%), feltehetően a kérdések nem egységes megfogalmazása miatt (Bond és mtsai 2001, Salmon és mtsai 1998, Wolke és mtsai 2000). Ahol vizsgálatunkhoz hasonlóan szülő számolt be a gyermek iskolai bántalmazásáról, az előfordulási gyakoriság 15% volt (Nordhagen és

mtsai 2005). Eredményeinkhez hasonlóan gyakoribbnak találta a bullyingot fiúk körében Nordhagen (2005) és Salmon (1998) is.

Vizsgálatunkban az abúzus depressziós gyermekek körében észlelt igen magas előfordulási gyakorisága háttérben az is állhat, hogy a válaszok - bár a kérdés magában hordozta a szülői bántalmazást is - nem csupán a családon belüli erőszakra, hanem iskolai, kortárs-bántalmazásra is vonatkozhattak. Számos korábbi tanulmány kizárólag a gyermekkori fizikális és szexuális abúzus és a felnőttkori (Bebbington 1998, Bifulco és mtsai 1991, Franko és mtsai 2004, McMillen és mtsai 2001, Veijola és mtsai 1998) depresszió kapcsolatára fókuszál. Néhány vizsgálat a szexuális és fizikai bántalmazás (Williamson és mtsai 1998), az iskolai fenyegetés (Csorba és mtsai 2001) és a gyermekkori major depresszió, valamint a bántalmazás és a depressziós tünetcsoport (Land 2003, Pikó és Fitzpatrick 2001) kapcsolatára hívja fel a figyelmet. Eredményeink szerint a bántalmazás a major depresszió esetében tekinthető igen jelentős rizikótényezőnek (OR=9,93).

A csúfolást - a bullying speciális, verbális formáját – nagyon kevés tanulmány vizsgálja a bántalmazástól elkülönítve. Több vizsgálat azonosította a csúfolást, mint az evészavarok rizikófaktorát, de a legtöbb vizsgálat a testsúllyal kapcsolatos csúfolásra fókuszál (Eisenberg és mtsai 2003, 2006, Lunner és mtsai 2000, Neumark-Sztainer és mtsai 2002). A túlsúlyos és alacsony súlyú serdülők egyaránt jóval több csúfolásról számoltak be, mint az átlag testsúlyúak (Neumark-Sztainer és mtsai 2002). A testsúlyalapú csúfolás megnövelte a depressziós tünetek, és öngyilkossági gondolatok előfordulási valószínűségét (Eisenberg és mtsai 2003, 2006). A gyermekkori csúfolás és a felnőttkori depressziós és szorongásos tünetek kapcsolatát több vizsgálat elemzi (Roth és mtsai 2002, Storch és mtsai 2004), ugyanakkor a csúfolás és a gyermekkori depresszió kapcsolatáról a rendelkezésünkre álló adatok szerint nem történt vizsgálat. Eredményeink szerint a rendszeres csúfolás kifejezett rizikótényezőnek bizonyult mindkét mintában. A csúfolás a depressziós tünetegyüttes kialakulásának esélyét mérsékelten növelte (kifejezettebben lányok esetében), a major depresszió valószínűségét viszont nemtől és életkortól függetlenül több mint 13,5-szeresére növelte.

A rendszeres csúfolás mellett további két olyan életeseményt találtunk, melyek mindkét vizsgált mintában szignifikáns mértékben növelték a depressziós tünetek illetve a major

depresszió előfordulásának valószínűségét (szülők válása, rendszeres vita/veszekedés a családtagok között). Korábbi populációs vizsgálatok és néhány klinikai vizsgálat során is hasonló összefüggést találtak.

Az intrafamiliaris életesemények közül a válás több korábbi vizsgálat szerint növeli a felnőttkori depresszió kialakulásának esélyét (Gilman és mtsai 2002, Veijola és mtsai 1998), összefüggésbe hozható gyermek- és serdülőkori depressziós tünetekkel (Amato 2000, Breivik és Olweus 2006, Storksen és mtsai 2005, Sund és mtsai 2003) azonban kapcsolatát a gyermekkori major depresszióval csupán néhány tanulmány említi (Birmaher és mtsai 1996, Jaffee és mtsai 2002). Magyarországi vizsgálatban Hajnal (2006) kizárólag fiúknál talált válás után több depressziós tünetet. Vizsgálatunkban a szülők válása fiúk esetében több mint másfélszeresére, lányoknál csaknem kétszeresére növelte a depressziós tünetek rizikóját. A válás és a major depresszió kapcsolatában nemi és életkori összefüggések is felszínre kerültek. A 7-9 éves lányok esetében az összefüggés a válás és a depresszió között sokkal szorosabb, mint az idősebb lányok esetében, a fiúk esélye viszont a depresszióra válás esetén az életkorral alig változik.

Eredményeink szerint a családon belüli rendszeres vita, veszekedés közel hasonló mértékben tekinthető stresszornak, mint a válás. A szülők közötti rendszeres vita és veszekedés fiúknál és lányoknál is közel kétszeresére növelte a depressziós tünetek kockázatát. A major depressziós fiúk esetében a váláshoz nagyon hasonló életkori összefüggést találtunk, a depressziós lányok közül viszont elsősorban a 12-15 évesek élték át a családi veszekedést. A családi veszekedés és a gyermekkori depresszió kapcsolatának ilyen részletes elemzése a rendelkezésre álló irodalomban nem szerepel.

A családon belüli rendszeres konfliktus a gyermekkori depresszió rizikófaktorának tekinthető Harrington és mtsai (1997) longitudinális vizsgálata szerint, Crawford és mtsai (2001) szerint pedig a szülői vita elsősorban serdülő lányok esetében növeli a depressziós tünetek kialakulásának rizikóját. Hazai vizsgálat során szuicid serdülők esetében Csorba és mtsai (1994b) találtak összefüggést a családon belüli veszekedés és az adott tünet között. A klinikai vizsgálatunk során feltárt nemi és életkori interakciók megerősítik azon populációs vizsgálat eredményét, mely szerint a serdülő lányok érzékenyebbek az intrafamiliaris interperszonális életeseményekre (Rudolph és Hammen 1999).

Az életesemények együttes előfordulásának illetve a genetikai hatásnak a jelentőségére hívja fel a figyelmet Rice (2006), aki szerint a családi konfliktusok hatása a depressziós tünetekre nagyobb azoknál a gyerekeknél és serdülőknél, akiknek a családjában előfordult depresszió betegség. Populációs mintán mi is elemeztük az életesemények halmozott előfordulásának hatását, melyet megerősített a klinikai vizsgálat azon megállapítása, hogy két vagy több életesemény együttes átélése tovább növeli a depresszió rizikóját. Feltételezhető, hogy a válást átélő gyermekek tanúi voltak a rendszeres családi vitáknak, veszekedéseknek, sőt az is, hogy a szülők válása vagy egyéb okok miatt társai csúfolták őket. Figyelemre méltó eredményünk, hogy a válás és a rendszeres vita és veszekedés együttes előfordulása tovább növeli a depresszió rizikóját (OR=2.3). Amennyiben csúfolás is társul a fenti két életeseményhez, akkor a depresszió esélye csaknem ötszörös. További gyakori lehetőség az életesemények halmozódására a családon belüli pszichiátriai betegség. A szülő pszichiátriai betegsége kihat interperszonális kapcsolataira is, melynek egyik legfontosabb területe a szülő-gyermek kapcsolat. A szülővel átélő napi kommunikációs zavarban sérülhetnek a gyermek interperszonális kapcsolatteremtő készségei, és a szülő depressziós megbirkózási stratégiáit a gyermek-serdülő modellezheti is. Természetesen jelentős szerepet játszik a hozzátartozó mentális betegsége esetén a genetikai hatás is. Az életesemények halmozódásához tehát genetikai és környezeti tényezők egyaránt hozzájárulhatnak, sőt több vizsgálat bizonyította, hogy bizonyos életesemények genetikailag befolyás alatt is állhatnak (Rice és mtsai 2003). A szülők válását, például befolyásolhatja a családban előforduló mentális betegség, anyagi probléma, ugyanakkor a válás következménye számos további negatív életesemény lehet (például anyagi probléma, veszekedés, vita, költözés), melyek további depressziós kockázatot jelenthetnek (Amato 2000). Elképzelhető az is, hogy a válás, mint negatív életesemény a szülői hangulat- magatartásváltozáson keresztül, rendszeres családi vita, veszekedés „közvetítésével” járul hozzá a gyermekkori depresszió kialakulásához. Ezt támasztják alá Ge és mtsai (1994b) elemzései és vizsgálatunk azon eredménye, mely szerint kettő vagy több stresszteli életesemény átélése tovább növeli a családi életesemények depressziót előidéző hatását.

Összességében elmondható, hogy populációs és klinikai mintán végzett vizsgálatunk egyedülállóan részletesen tárta fel az életesemények és a gyermek-és serdülőkori

depresszió kapcsolatát. Az eredmények ráirányítják a figyelmet a stresszteli életesemények vizsgálatának jelentőségére. A nagy elemszám lehetővé tette az összéletesemény-szám, az életesemény-csoportok és a speciális életesemények vizsgálatát is. A nemi és életkori kölcsönhatások elemzése korábban nem ismert összefüggéseket is felszínre hozott.

VI. Következtetések

Kutatásunk erőssége, hogy Magyarországon eddig nem vizsgált korai életkorban, meglehetősen nagy populációs mintán vizsgálja a depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakoriságát, valamint a nemzetközi vizsgálatok elemszámával összevetve is nagy elemszámú klinikai depressziós és normatív illetve populációs mintán összehasonlítva vizsgálja a gyermekkori stresszteli életeseményeket és azok kapcsolatát a gyermek- és serdülőkorai depresszióval. Felhívja a figyelmet azon specifikus életeseményekre, melyek az egyes nemekben különösen megnövelhetik a depressziós tünetegyüttes illetve a depresszió betegség rizikóját.

A depressziós tünetek előfordulási gyakoriságának ismerete önmagában is fontos lehet, a szülők mellett a pedagógusok, iskolai mentálhigiénés szakemberek számára is. Elgondolkodtató lehet a mentálhigiénés prevenciós programokat kidolgozó szakemberek számára, hogy az általános iskolások egyharmadánál több depressziós tünet van jelen, 15 százalékánál a depresszió betegség valószínűsíthető. Különösen veszélyeztetettek a lányok, közöttük 13-14 éves korban minden ötödiknél fennáll a depresszió betegség gyanúja. Ugyanakkor arra is érdemes figyelmet fordítani, hogy a 7-9 éves fiúk depressziós átlagpontszáma magasabb, mint a lányoké, valamint a klinikai csoportban is a 7-11 éves életkorban a fiúk nagyobb számban szerepeltek.

Az életesemények és a gyermekkori depresszió kapcsolatát számos populációs vizsgálat igazolja, ugyanakkor ezen vizsgálatok nem adnak egyértelmű útmutatást a klinikusok számára. Kevés információ áll rendelkezésükre arról, hogy miféle életeseményeket élnek át a major depressziós gyerekek és miben térnek el az általuk átélt életesemények nem depressziós, illetve más pszichiátriai zavarban szenvedő társaikétól. Jelen vizsgálatunkban lehetőség volt az életesemények és a gyermekkori depresszió kapcsolatát mindkét típusú mintában megvizsgálni. A depressziós gyermekek – nemzetközi vizsgálatok eredményeihez hasonlóan - lényegesen több életeseményt élnek

át, mint nem depressziós társaik. Vizsgálatunk egyik legfontosabb eredménye szerint már nagyon gyorsan, alacsony életkorban felhalmozódik az életesemény-szám, ami „beindíthatja” a depresszió betegség kialakulását. Az életkori kölcsönhatások az első tíz életév életeseményeinek kiemelt fontosságára hívják fel a figyelmet a gyermekkori depresszió hátterében.

A gyakorlati szempontok miatt lényegesebb azonban az egyes specifikus életesemények szerepe. A populációs mintában halványan kirajzolódó életesemény-mintázat több ponton megegyezett a major depressziósok életesemény-mintázatával, esetükben persze sokkal kontúrosabb, és mindkét nemre, sőt különböző életkorokra jellemző mintázatot kaptunk.

Elmondható tehát, hogy gyors és egyszerű módszerek lehetőséget nyújtanak a depressziós gyermek kiszűrésére és egyúttal a rájuk jellemző és depressziójuk kialakulásával összefüggésben lévő életesemény-mintázat felvázolására. Ezen életesemények gyakran előfordulnak, könnyen felismerhetők a napi gyakorlatban is. Amennyiben a gyermekekkel foglalkozó szakemberek gondolnak arra, hogy a gyakran előforduló és könnyen felismerhető stresszteli életesemények depressziót okozhatnak, időben felismerhetik a depressziós tüneteket, a már kialakult betegség esetében pedig időben kérhetnek szakmai segítséget. A nemi és életkori különbségek akár speciális prevenciós programok kidolgozáshoz is segítséget nyújthatnak.

A klinikusok számára elsősorban a terápiás folyamat megtervezésében jelenthet segítséget a depresszió hátterében meghúzódó életesemények ismerete. A veszteségek, bántalmazás, csúfolás átélése jelentősen befolyásolhatja a terápiás stratégiát, a családon belüli negatív életesemények átélése pedig a családterápia felé terelheti a klinikus gondolkodását. A visszaesés kockázatának csökkentése céljából szükséges lenne a gyógyult depressziós gyermekek utánkövetése. A már korábban átélt illetve újabb életeseményekkel szembekerülve – amennyiben nem sikerült megfelelő coping-stratégiát kialakítaniuk – ismét megnövekedhet a depresszió kialakulásának esélye. A korai felismerés és kezelésbevitel az iskolai, mentálhigiénés és gyógyító szakemberek hatékony együttműködésével képzelhető el.

A napi gyakorlatban hasznosítható eredmények mellett kutatómódszertani és elméleti következtetések is levonhatók vizsgálatunkból. A gyermekkori életesemények vizsgálata nagyobb figyelmet érdemel; a nemzetközi irodalomban is csekély számú

tanulmány elemzi a 12 év alattiak életeseményeit. Bizonyítást nyert, hogy a szülők által adott válaszok a hazai és a nemzetközi eredményekkel összehasonlítható életesemény-adatokat eredményeznek. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy ne törekednénk az életesemény-listák pontosítására és a későbbiekben bizonyos életesemények esetében a gyermekek illetve serdülők megkérdezésére is. A stresszteli életeseményeket három úton is vizsgálhatjuk (össz-életesemény, életesemény-csoportok, specifikus életesemények). Eredményeink arra is felhívják a figyelmet, hogy a kutatási kérdéstől kell függővé tennünk, hogy melyik utat választjuk. Ugyanakkor kijelenthető, hogy – amennyiben a vizsgált minta elemszáma megfelelő – pontosabb információhoz jutunk, ha nem csupán életesemény-csoportokat, hanem specifikus életeseményeket vizsgálunk.

Limitációk: Bár mindkét mintánk nagy elemszámú, nem tekinthető reprezentatív magyarországi (7-15 éves életkorú) mintának. A populációs- illetve normatív csoport vizsgálata az ország két régiójában történt (budapesti iskolák nem szerepeltek benne). Megközelítőleg reprezentatívnak mondható a klinikai csoport, melynek mintavétele az ország csaknem egész területére kiterjedt.

A depressziós tünetek előfordulási gyakoriságának vizsgálata a Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőívvel történt, a teljes változat alkalmazása differenciáltabb és a nemzetközi irodalommal szélesebb körben összehasonlítható adatokat eredményezhetett volna. Nem volt lehetőségünk az iskolás gyermekek körében információt szerezni az esetleges pszichiátriai betegségekről, szorongásos tünetekről, ezért elképzelhető, hogy a depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakoriságát felülbecsültük (ahogyan ez tünetskálák alkalmazása esetén általában is jellemző), hiszen azok is belekerülhettek a depressziós csoportba, akiknél egyéb pszichiátriai betegség is fennáll, és a depresszió csak másodlagos.

A gyermekek életeseményeiről kizárólag a szülők szolgáltatották az információt. Amennyiben a gyermekek lettek volna a válaszadók, bizonyos életeseményekről (szülők betegsége, szociodemográfiai jellegű életesemények) a 7-9 éves korúak feltehetően kevésbé pontosan tudtak volna nyilatkozni, ugyanakkor a kifejezetten önmagukra vonatkozó életesemények átélésével kapcsolatban értékes adatokat szolgáltathattak volna. A gyermekek megkérdezése esetén lehetővé vált volna a gyermeki és szülői válaszok összehasonlítása, egyben az egyoldalú információk kontrollálásra kerültek

volna. Az adatfelvétel módszerének különbözősége (négy szemközti interjú versus önkitöltős kérdőív) szintén indukálhatott némi egyoldalúságot a válaszokban.

Nem kérdeztünk rá az életesemények pontos idejére; nem kérdeztük meg külön a vizsgálatot megelőző egy év életeseményeit, melyek szorosabb kapcsolatot jelezhetnek a depresszív tünetekkel. Az életesemények pontosabb, részletesebb megfogalmazása segítette volna a korábbi kutatások eredményeivel való összehasonlítást.

További célok: Az ország két régiójában végzett vizsgálatunkat az ország egész területére tervezzük kiterjeszteni, távolabbi cél lehet egy, az ország valamennyi gyermekpszichiátriai ellátóhelyét bevonó reprezentatív klinikai vizsgálat. Részletesebb, pontosabban megfogalmazott életesemény-listák segítségével néhány életesemény esetében (csúfolás, bántalmazás, szülők pszichiátriai betegsége) az összefüggések finomabb részletei is felszínre kerülhetnek.

Távolabbi cél lehet – a jelenlegi eset-kontroll vizsgálat után, ezt továbbfejlesztve-prospektív vizsgálat is, azoknak a gyerekeknek a bevonásával, akik már interjúra kerültek, volt is náluk több depressziós tünet, de nem igazolódott az MDD („magas rizikójú” csoport). Őket évente követve figyelemmel kísérhetjük az esetleges depresszió kialakulását párhuzamosan azzal, hogy monitorozzuk az általuk közben átélt életeseményeket.

Számos irodalmi adat hívja fel a figyelmet a rizikótényezők mellett a protektív tényezők (társas támasz, megfelelő coping-stratégiák, meleg, elfogadó családi légkör, jó iskolai teljesítmény) szerepére a gyermekkori depresszióval kapcsolatban (Alva és Reyes 1999, Barrera és Garrison-Jones 1992, Denny és mtsai 2004, Lubbers és mtsai 2006, Olsson és mtsai 1999). A társas támasz védő hatása nem csak közvetlenül, hanem a fokozott stresszt jelentő életesemények negatív hatásának puffertolásán keresztül is érvényesülhet (Greenberger és mtsai 2000). A stresszválasz módosítása megfelelő coping-stratégiák segítségével is lehetséges, ezek kialakításában azonban az iskoláskorú fiatalok számára szintén a megfelelő számú támaszt jelentő szociális kapcsolatok nyújthatnak segítséget. További kutatási cél lehet a társas kapcsolatok, családi és iskolai társas támasz esetleges protektív hatásának igazolása a gyermek- és serdülőkorú depresszióval kapcsolatban.

Korszerű iskolai mentálhigiénés prevenció programok nem képzelhetők el a rizikó és protektív tényezők ismerete nélkül. Az elsődleges prevenció akkor lehet hatékony és

olcsó, ha megfelelő célcsoportot választunk ki (pl. depresszió-kérdőív alapján) és figyelembe vesszük a rizikó- és esetleg előforduló protektív tényezőket is. A szuicídium a serdülőkortól kezdve a legfontosabb halálokok közé tartozik. Mivel az önéletrajzi alapú szuicid-figyelő programok megzavarhatják a magas rizikójú diákokat, egy biztonságosabb, egyszerű, gyors, a depresszióra és az életeseményekre fókuszáló tesztcsomag segíthetne a veszélyeztetett tanulók kiszűréséhez, korai kezelésbeviteléhez.

Összefoglalás

Bevezetés: A depressziós tünetek gyermekkori előfordulási gyakoriságáról, a gyermek és serdülőkori depresszió rizikótényezőiről kevés magyarországi vizsgálat áll rendelkezésre. Számos nemzetközi vizsgálat igazolta a rizikótényezők közül a stresszteli életesemények kapcsolatát a gyermekkori depressziós tünetegyüttessel és a gyermekkori major depresszióval.

Vizsgálták az életesemény-átlag mellett az egyes specifikus életesemények hatását is.

Célkitűzés: Jelen vizsgálatunkban a gyermekkori depressziós tünetegyüttes gyakorisága mellett a kockázati tényezőnek tekinthető stresszteli életesemények jelentőségét elemeztük populációs és klinikai mintán. Célunk annak bizonyítása volt, hogy vannak olyan életesemények, melyek nagyobb súllyal vesznek részt a gyermekkori depresszió kialakításában, akár gyakoriságuk, akár minőségi jellemzőik alapján. Feltételeztük, hogy létezik egy, a major depressziós csoportra jellemző életesemény-mintázat, melyet specifikus életesemények alkotnak.

Módszerek: A populációs vizsgálatot kilenc általános iskolában végeztük, az ország két régiójában. 2652 tanuló adatait elemeztük. A klinikai mintát 434 major depressziós gyermek alkotta (életkoruk 7-14,9 év között volt), a kontroll csoport 724 főből állt. A depressziós tüneteket a Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőívvel (GYD-R) mértük, a MDD diagnózisát az ISCA-D féligstrukturált diagnosztikus interjú segítségével állítottuk fel. Az életeseményekről a szülők (a klinikai vizsgálatban a biológiai anya) által adott válaszokból kaptunk adatokat.

Eredmények: A vizsgált populációs mintában a depressziós átlagpontszám 3,61 volt. A tanulók 14,9 százaléka ért el 7 vagy annál több pontot (klinikai depressziós határérték). A 26 stresszteli életesemény közül a tanulók átlagban 2,35-öt éltek át. Szignifikáns pozitív korrelációt találtunk a depressziós tünetek és a stresszteli életesemények között. A major depressziós gyerekek kétszer annyi életeseményt éltek át - már 7-9 éves

életkorban is -, mint a normatív csoport tagjai. A csúfolás és a bántalmazás életkortól és nemtől függetlenül igen jelentősen növelte a major depresszió esélyét (OR=13,5 illetve OR=10). Számos életesemény esetében életkori vagy nemi kölcsönhatás találtunk. A szülők válása és a családi vita/veszekedés az életkor változásával mindkét nem esetében nagyon különböző mértékben befolyásolta a depressziót.

Következtetés: Az életesemények és a gyermek- és serdülőkori depresszió kapcsolatának ismerete hozzásegítheti a gyermekekkel foglalkozó szakembereket a depresszió korai felismeréséhez és hatékony kezeléséhez.

Summary

Introduction: Few Hungarian studies are published about the prevalence of depressive symptoms and its risk factors in childhood and adolescence. Several international studies have demonstrated the association between stressful life events as risk factors of depression and depressive symptoms in childhood, as well as childhood major depression. Besides the examination of the number of stressful life events, the effect of certain specific life events were demonstrated as well.

Aims: In our present study we have examined beside the prevalence of depressive symptoms, the significance of stressful life events as risk factors of childhood depression, on community and clinical samples. Our aim has been to prove that there are certain stressful life events that play a more decisive role in the development of the childhood depression than others, with regards to both frequency and characteristics. We have assumed, that there exists a characteristic pattern of life events in the major depressive group, which consists of specific stressful life events.

Methods: For the community sample we collected data in 9 elementary schools in two regions of Hungary. We have analyzed the data of 2652 students. The clinical sample consisted of 434 children with MDD (between the ages of 7 and 14.9), the control group consisted of 724 community children. Depressive symptoms were measured by the short version of Child Depression Inventory (CDI). The diagnoses of MDD were verified on the basis of ISCA-D semistructured diagnostic interviews. We obtained information about stressful life events from questionnaires completed by parents (by the biological mother in the clinical study).

Results: The mean depressive score on the CDI was 3.61 in the examined community sample. 14.9% of the students had a scored of 7 or higher, which implies an increased

risk of clinical depression Examined children an average of 2.35 stressful life events out of the 26. We have found a significant positive correlation between depressive symptoms and stressful life events. Children with major depression experienced already by the age of 7-9 twice the number of stressful life events, than members of the comparison group. Teasing and abuse have greatly increased depression, regardless of age and sex (respectively OR=13.5, OR=10).

Several life events displayed age or sex interactions. In both genders, divorce and family argument have had a great impact on depression with the change of age.

Conclusions: Awareness of the associations between stressful life events and childhood and adolescent depression can help experts dealing with children in the early recognition and the effective treatment of depression.

Irodalomjegyzék

Allen EC, Combs-Orme T, McCarter RJr, Grossman LS. (2000) Self-reported depressive symptoms in school-age children at the time entry into foster care. *Ambulatory Child Health*, 6: 45-57.

Alva SA, De Los Reyes R. (1999) Psychosocial Stress, Internalized Symptoms, and the Academic Achievement of Hispanic Adolescents. *Journal Of Adolescent Research*, 14: 343-358

Amato PR. (2000) The Consequences of Divorce for Adults and Children. *J Marriage Fam*, 62: 1269-1287.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association 1994

Angold A, Worthman CW. (1993) Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiological and neuroendocrine perspective. *J Affect Disord*, 29: 145-158.

Angold A, Costello E, Worthmann CM. (1998) Puberty and depression: the roles of age, pubertal and pubertal timing. *Psychol Med*, 28: 51-61.

Angold A., Erkanli A, Silberg J, Eaves L, Costello EJ. (2002) Depression scale scores in 8-17-year-olds: effects of age and gender. *J Child Psychol. Psychiatry*, 43: 1052-1063.

Arató M, Demeter E, Rihmer Z, Somogyi E. (1988) Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiat Scand*, 77:454-456.

Aszmann A. (szerk). (2003) Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) 2002. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Központ.

Barrera M.Jr, Garrison-Jones C. (1992) Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol*, 20:1-16.

Bebbington P. (1998) Sex and depression. *Psychol Med*, 28: 1-8.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 12: 57-62.

Bifulco AT, Brown GW, Harris TO. (1987) Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. *J Affect Disord*, 12: 115-28.

Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl R, Perel J, Nelson B. (1996) Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 1427-1439.

Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. (2001) Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ*, 323: 480-4.

Brown GW, Harris TO. (1978) *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women.* Tavistock Publications, London.

Breivik K, Olweus D. (2006) Children of divorce in a Scandinavian welfare state: Are they less affected than US children? *Scandinavian J Psychol*, 47: 61-74.

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. (2003) Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 31:386–389.

Cerel J, Fristad MA, Verducci J, Weller RA, Weller EB. (2006) Childhood Bereavement: Psychopathology in the 2 Years Postparental Death. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45: 681-690.

Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, Davies M, (1985) The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children present episode version. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 696-702.

Chen LS, Eaton WW, Gallo JJ, Nestadt G, Crum RM. (2000) Empirical examination of current depression categories in a population-based study: symptoms, course, and risk factors. *Am J Psychiatry*, 157: 573-80.

Coddington RD. (1972a) The significance of life events as etiological factors in the diseases of children I-A survey of professional workers. *J Psychosom Res*, 16: 7-18.

Coddington RD. (1972b) The significance of life events as etiological factors in the diseases of children II- A study of a normal population. *J Psychosom Res*, 16: 205-213.

Compas BE. (1987) Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychol Bull*, 101: 393-403.

Compas BE, Connor Smith J, Jaser SS. (2004) Temperament, Stress reactivity and Coping: Implications for Depression in Childhood and Adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 33: 21-31.

Conger RD, Conger KJ, Matthews LS, Glen H, Elder GH Jr. (1999) Pathways of Economic Influence on Adolescent Adjustment. *Am J Community Psychol*, 27: 519-541.

Crawford TN, Cohen P, Midlarsky E, Brook JS. (2001) Internalizing Symptoms in adolescents: Gender Differences in Vulnerability to Parental Distress and Discord. *J Res on Adolescence*, 11: 95-110.

Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Garrison CZ. (2005) Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44: 121-9.

Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK (2000) Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression: A Theoretical Model. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 21-27.

Csorba J, Dinya E, Párt S, Solymos J. (1994a) Életesemény-kutatás és serdülőkor. A középiskolás életesemény-kérdőív bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1-2: 66-83.

Csorba J, Dinya E, Huszár I. (1994b) Öngyilkossági kísérlet és negatív életesemények serdülőkorban. *Psychiatr Hung*, 5: 483-493.

Csorba J, Rózsa S, Vetro Á, Gadoros J, Makra J, Somogyi E, Kaczvinszky E, Kapornay K. (2001) Family- and school-related stresses in depressed Hungarian children. *Eur Psychiatry*, 16: 18-26.

Davanzo P, Kerwin L, Nikore V, Esparza C, Forness S, Murrelle L. (2004) Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Depression Inventory. *Child Psychiatry Hum Dev*, 35: 75-92.

Dempster EL, Burcescu I, Wigg K, Kiss E, Baji I, Gadoros J, Tamás Z, Kennedy JL, Vetró A, Kovacs M, Barr CL. (2007a) Evidence of an association between the vasopressin V1b receptor gene (AVPR1B) and childhood-onset mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 64:1189-95.

Dempster E, Kiss E, Kapornai K, Daróczy G, Mayer L, Baji I, Tamas Z, Gadoros J, Kennedy JL, Vetró Á, Kovacs M, Barr CL. (2007b) No evidence of association between a functional polymorphism in the MTHFR gene and childhood-onset mood disorders. *Mol Psychiatry*, 1063-1064.

Denny S, Clark TC, Fleming T, Wall M.. (2004) Emotional resilience: risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. *Am J Orthopsychiatry*, 74:137-149.

Dudas RB, Hans K, Barabas K. (2005) Anxiety, depression and smoking in schoolchildren-implications for smoking prevention. *J R Soc Health*, 125: 87-92.

Duggal S, Malkoff-Schwartz S, Birmaher B, Anderson BP, Matty MK, Houck PR, Bailey-Orr M, Williamson DE, Frank E. (2000) Assessment of life stress in adolescents: self-report versus interview methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:445-52.

Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. (2003) Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 57: 733-745.

Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Haines J, Wall M. (2006) Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: longitudinal findings from Project EAT. *J Adolesc Health*, 38: 675-83.

Eley TC, Sugden K, Corsico A, Gregory AM, Sham P, McGuffin P, Plomin R, Craig IW. (2004) Gene–environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Mol Psychiatry*, 9:908–915.

Feng Y, Wigg K, King N, Vetró Á, Kiss E, Kapornai K, Mayer L, Gádoros J, Kennedy JL, Kovacs M, Barr CL. (2007) GPR50 is not Associated with Childhood-Onset Mood Disorders in a Large Sample of Hungarian Families. *Psychiatr Gen*, 17: 347-350.

Feng Y, Vetró Á, Kiss E, Kapornai K, Daróczy G, Mayer L, Tamás Zs, Baji I, Gádoros J, King N, Kennedy JL, Wigg K, Kovacs M, Barr CL. (2008) Association of the Neurotrophic Tyrosine Kinase Receptor 3 (*NTRK3*) Gene and Childhood-Onset Mood Disorders. *The Am J Psychiatry*, 165: 610-6.

Formoso D, Gonzales NA, Aiken LS. (2000) Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: prospectiv factors. *Am J Commun Psychol*, 28: 175-199.

Franko DL, Striegel-Moore RH, Broxsn KM, Barton BA, McMahon RP, Schreiber GB, Crawford PB, Daniels SR. (2004) Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. *Psychol Med*, 34: 1319-1330.

Gale CR, Martyn CN. (2004) Birth weight and later risk of depression in a national birth cohort. *Br J Psychiatry*, 2004: 18:428–433.

Garrison CZ, Schluchter MD, Schoenbach VJ, Kaplan BK. (1989) Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28: 343-51.

Ge X, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH, Simons RL. (1994a) Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Dev Psychol*, 30: 467-483.

Ge X, Conger RD, Lorenz FO, Simons RL. (1994b) Parent's Stressful Life Events and Adolescent Depressed Mood. *J Health Soc Behav*, 35: 28-44.

Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. (2002) Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol*, 31: 359-67.

Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. (2003) Family Disruption in Childhood and Risk of Adult Depression. *Am J Psychiatry*, 160: 939-946.

Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Secher S, Pearson J. (1997) Short-Term Outcome of Major Depression: II. Life Events, Family Disfunction and Friendship Difficulties as Predictors of Persistent Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 474-480.

Gore S, Aseltine Jr. RH, Colton ME. (1992) Social structure, life stress and depressive symptoms in a high school-aged population. *J Health Soc Behav*, 33: 97-113.

Grant KE, Compas BE, Thurm AE, McMahon SD, Gipson PY. (2004) Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Measurement Issues and Prospective Effects. *J Clin Child Adolesc Psychology*, 33: 412-425.

Greenberger E, Chen Ch, Tally SR., Dong Q. (2000) Family, Peer, and Individual Correlates of Depressive Symptomatology Among U.S. and Chinese Adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 68:209-219.

Hajnal Á, Csoboth Cs. (2001) Öngyilkossági gondolat, öngyilkossági kísérletek fiatal lányok mintájában. *Psychiatr Hung*, 2:134-144.

Hajnal Á. (2006) A szülők válásának hatása a gyermekek életminőségére serdülőkorban. In: Kopp M, Kovács M.E. (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 245-253.

Hammen C. (2003) Interpersonal stress and depression in woman. *J Affect Disord*, 74: 49-57.

Hankin BL, Abramson LY. (2001) Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychol Bull*, 127: 773-796.

Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D, Pickles A, Rende R, Wickramaratne P. (1997) Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord*, 42: 9-22.

Hetherington EM, Hagan SM. (1999) The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *J Child Psychol Psychiatry*, 40: 129-140.

Hill J, Pickles A, Rollinson L, Davies R, Byatt M. (2004) Juvenile- versus adult-onset depression: multiple differences imply different pathways. *Psychol Med*, 34: 1483-1493.

Hoffmann JP, Baldwin SA, Cerbone FG. (2003) Onset of Major Depressive Disorder Among Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42: 217-224.

Holmes TH, Rahe RH. (1967) The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*, 11: 213-218.

Infrasca R. (2003) Childhood adversities and adult depression: an experimental study on childhood depressiogenic markers. *J Affect Disord*, 76: 103-111.

Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J. (2002) Differences in Early Childhood Risk Factors for Juvenile-Onset and Adult-Onset Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 58: 215-222.

Jones DC, Neumann JB, Bautista S. (2005) A Three-factor Model of Teasing: The Influence of Friendship, Gender, and Topic on Expected Emotional Reactions to Teasing during Early Adolescence. *Soc Dev*, 14: 421-439.

Kaplan SL, Hong GK, Weinhold C. (1984) Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23: 91-8.

Kapornai K, Gentzler AL, Tepper P, Kiss E, Mayer L, Tamás Z, Kovacs M, Vetró A. (2007) Early developmental characteristics and features of major depressive disorder among child psychiatric patients in Hungary. *J Affect Disord*, 100:91–101.

Kapornai K, Vetró A. (2008) Depression in children. *Curr Opin Psychiatry*, 21: 1-7.

Kaufman J, Yang B-Z, Douglas-Palumberi H, Houshyar S, Lipschitz D, Krystal JH, Gelernter J. (2004) Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proc Natl Acad Sci USA* 101:17316–17321.

Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. (1999) Causal relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *Am J Psychiatry*, 156: 837-841.

Kendler KS, Thornton LM, Prescott CA. (2001a) Gender Differences in the Rates of Exposure to Stressful Life Events and Sensitivity to Their Depressiogenic Effects. *Am J Psychiatry*, 158: 587-593

Kendler KS, Thornton LM, GardnerCh O. (2001b) Genetic Risk, Number of Previous Depressive episodes and Stressful Life Events in Predicting Onset of Major Depression. *Am J Psychiatry*, 158: 582-586.

Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. (2004) The Interrelationship of Neuroticism, Sex, and Stressful Life Events in the Prediction of Episodes of Major Depression. *Am J Psychiatry*, 161: 631-636

Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. (2005) The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 529–535.

Kessler CR. (1997) The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol*, 48: 191-214.

Kopp M, Szedmák S, Lőke J, Skrabski Á. (1997) A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Med*, 7: 136-144.

Kovacs M. (1981) Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatry*, 23: 437-457.

Kovacs M. (1985) The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacol Bull*, 21: 991-994.

Kovacs M. (1992) *Children's Depression Inventory, Manual*, Multi-Health Systems (New York, Toronto)

Kovacs M, Devlin B, Pollock M, Richards C, Mukerji P. (1997) A controlled family history study of childhood-onset depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 613-23.

Kovacs M, Obrosky DS, Sherrill J. (2003) Developmental Changes in the Phenomenology of Depression in Girls Compared to Boys from Childhood Onward. *J Affect Disord*, 74:33-48.

Land D. (2003) Teasing apart secondary students conceptualizations of peer teasing, bullying and sexual harassment. *School Psychol Int*, 24: 147-165.

Larsson B, Melin L. (1992) Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. *Acta Psychiatr Scand*, 85: 17-22

Lempers JD, Clark-Lempers D. (1990) Family economic stress, maternal and paternal support and adolescent distress. *J Adolesc*, 13: 217-229.

Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. (1993) Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*, 102: 133-144.

Liu X, Buysse DJ, Gentzler AL, Kiss E, Mayer L, Kapornai K, Vetró Á, Kovacs M. (2007) Insomnia and Hypersomnia Associated with Depressive Phenomenology and Comorbidity in Childhood Depression. *Sleep*, 30: 83-90.

Lubbers MJ, Van Der Werf MPC, Snijders TAb, Creemers BPM, Kuyper H. (2006) The impact of peer relations on academic progress in junior high. *J School Psychol*, 44: 491-512.

Lunner K, Wertheim EH, Thompson JK, Paxton SJ, McDonald F, Halvaarson ES. (2000) A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International J Eating Disord*, 28: 430-435.

Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. (2001) Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychol Med*, 31: 593-604.

Margitics F. (2005) A prediszponáló tényezők kapcsolata szubklinikus depressziós tünetegyüttessel főiskolai hallgatóknál. *Psychiatr Hung*, 3: 211-223.

Maziade M, Roy MA, Fournier JP, Cliché D, Merette C, Caron C, Garneau Y, Montgrain N, Shriqui C, Dion C. (1992) Reliability of best-estimate diagnosis in genetic

linkage studies of major psychoses: results from the Quebec pedigree studies. *Am J Psychiatry*, 149: 1674-1686.

McMillen HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MN, Jamieson E, Doku EK, Walsh CA, Wong MY, Beardslee .R. (2001) Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 158: 1878-1883.

Muldoon OT. (2003) Perceptions of stressful life events in Northern Irish school children: a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry*, 44: 193-201.

Neumark-Sztainer D, Falkner N, Story M, Percy C, Hannan PJ, Mulert S. (2002) Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 26: 123-31.

Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. (1994) The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence. *Psychol Bull*, 115: 424-443.

Nordhagen, R., Nielsen, A., Stigum, H., Köhker, L. (2005) Parental reported bullying among Nordic children: a population –based study. *Child Care Health Dev*, 31: 693-701.

Olsson GI, Nordström ML, Arinell H, von Knorring AL.(1999) Adolescent Depression: Social Network and Family Climate—A Case-control Study. *J Child Psychol Psychiatry*, 40: 227-237.

Patten CA, Gillin JC, Farkas AJ, Gilpin EA, Berry CC, Pierce JP.(1997) Depressive symptoms in California adolescent: family structure and parental support. *J Adolesc Health*, 20: 271-278.

Paykel ES. (2001) The evolution of life events research in psychiatry. *J Affect Disord*, 62: 141-149.

Paykel ES. (2003) Life events and affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 108: 61-66.

Piccinelli, M., Wilkinson, G. (2000) Gender differences in depression: Critical review. *Br J Psychiatry*, 177: 486-492.

Pikó B, Fitzpatrick KM. (2001) A rizikó és protektív elmélet alkalmazása a serdülőkori depressziós tünetegyüttes magatartás-epidemiológiai vizsgálatában. *Mentálhigiéne és pszichoszomatika*, 3: 41-47.

Poli P, Sbrana B, Marcheschi M, Masi G. (2003) Self-Reported Depressive Symptoms in a School Sample of Italian Children and Adolescents. *Child Psychiatr Human Dev*, 33: 209-226.

Purebl Gy, Kovács M. (2006) A depressziós tünetegyüttes kapcsolata a testi betegségekkel, hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács M.E. (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 420-429.

Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakiz B, Silverman AB, Frost AK, Lefkovitz ES. (1993) Psychosocial risks for major depression in late adolescence a longitudinal community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 1155-63.

Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf AM, Wassermann MS, Silverman AB. (1999) Major Depression in the Transition to Adulthood: Risks and Impairments. *J Abnormal Psychol*, 108: 500-510.

Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf AM, Carmola BA, Wasserman MS, Paradis AD. (2000) General and Specific Childhood Risk Factors for Depression and Drug Disorders by Early Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 223-231.

Rice F, Harold G, Thapar A. (2003) Negative life events as an account of age-related differences in the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence

J Child Psychol Psychiatry, 44: 977-987.

Rice F, Harold G, Shelton KH, Thapar A. (2006) Family Conflict Interacts with Genetic Liability in Predicting Childhood and adolescent Depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 45: 841-848.

Rihmer Z, Barsi J, Veg K, Katona CL. (1990) Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. J Affect Disord, 20: 87-91.

Rihmer Z. (1996) Strategies of suicide prevention: focus on health care. J Affect Disord 39:83-91.

Rihmer Z, Belső N, Kiss K. (2002) Strategies for suicide prevention. Curr Opin Psychiatry, 15: 83-87.

Rijsdijk FV, Sham PC, Sterne A, Purcell S, McGuffin S, Farmer A, Goldberg D, Mann A, Cherny S, Webster M, Ball D, Eley TC, Plomin R. (2001) Life events and depression in a community sample of siblings. Psychol. Med, 31: 401-410.

Roth DA, Coles ME, Heimberg GH. (2002) The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood. J Anxiety Disord, 16: 149-164.

Rózsa S, Várfiné Komlósi a, Kő N, Vetró Á, Gádoros J, Csorba S. (1999) A gyermek- és serdülőkorú depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. Pszichológia, 4: 459-482.

Rudolph KD, Hammen C. (1999) Age and Gender as Determinants of stress Exposure, Generation, and Reactions in Youngsters: A Transactional Perspective. Child Dev, 70: 660-677.

Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Nelson B, Iyengar S, Twomey J.(1987) The Clinical Picture of Major Depression in Children and Adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 44:854-861.

Salmon G, James A, Smith .M. (1998) Bullying in schools: self reported anxiety, depression, and self esteem in secondary school children. *BMJ*, 317: 924-925.

Sandberg S, Rutter M, Pickles A, McGuinness D, Angold A. (2001) Do High-threat Life Events Really Provoke the Onset of Psychiatric Disorder in Children? *J Child Psychol Psychiatry*, 42: 523-532.

Sherrill JT, Kovacs M. (2000) Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 67-75.

Silberg J, Pickles A, Rutter M, Hewitt J, Simonoff E, Maes H, Carbonneau R, Murelle L, Foley D, Eaves L. (1999) The Influence of Genetic Factors and Life Stress on Depression Among Adolescent Girls. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 225-232

Sorensen MJ, Nissen JB, Mors O, Thomsen PH. (2005) Age and Gender Differences in Depressive Symptomatology and Comorbidity: An Incident Sample of Psychiatrically Admitted Children. *J Affect Disord*, 84:85-91

Storch EA, Roth DA, Coles ME, Heimberg RG, Bravata EA, Moser J. (2004) The measurement and impact of childhood teasing in a sample of young adults. *J Anxiety Disord*, 18: 681-694.

Storksen I, Roysamb E, Moum T, Tambs K. (2005) Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment. *J Adolesc*, 28: 725-739.

Storksen I, Roysamb E, Holmen TL, Tambs K. (2006) Adolescent adjustment and well-being: Effects of parental divorce and distress. *Scand J Psychol*, 47: 75-84.

Sund AM, Larsson B, Wichstrom L. (2003) Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. *J Child Psychol. Psychiatry*, 44: 588-597.

Szádóczy E. (2000) Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon. Print-Tech Kiadó, 2000: 176-177.

Tennant C.(2002) Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Austr New Zealand J Psychiatry*, 36:173-182.

Thapar A, Harold G, McGuffion P. (1998) Life events and Depressive Symptoms in Childhood-Shared Genes or Shared Adversity? A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*, 39: 1153-1158.

Veijola J, Puukka P, Lehtinen V, Moring J, Lindholm T, Vaisanen E. (1998) Sex differences in the association between childhood experiences and adult depression. *Psychol Med*, 28: 21-27.

Vetró Á, McGuinness D, Fedor I, Dombóvári E, Baki I. (1997) Iskolás korú gyermekek viselkedési problémáinak epidemiológiai vizsgálata Szegeden. *Psychiatr Hung*, 12: 193-200.

Weissmann MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. (1997) Offspring of Depressed parents: 10 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 932-940.

Weissmann MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. (2006) Offspring of Depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*, 163: 1001-1008.

Weller RA, Weller EB, Fristad MA, Bowes JM. (1991) Depression in recently bereaved prepubertal children. *Am J Psychiatry*, 148: 1536-40.

Wickramaratne PJ, Warner V, Weissman MM. (2000) Selecting early onset MDD probands for genetic studies: results from a longitudinal high-risk study. *Am J Med Genet*, 96:93-101.

Williamson DE, Birmaher B, Anderson B, Al-Shabbout MA, Ryan ND. (1995) Stressful Life Events in Depressed Adolescents: The Role of Dependent Events during the Depressive Episode. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 591-598.

Williamson DE, Birmaher B, Frank E, Anderson B, Matty MK, Kupfer DJ. (1998) Nature of Life Events and Difficulties in Depressed Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37: 1049-1057.

Williamson DE, Birmaher B, Ryan ND, Shiffirin TP, Lusk JA, Protopapa J, Dahl RE, Brent DA. (2003) The stressful life events schedule for children and adolescents: development and validation. *Psychiatry Res*, 119:225-41.

Williamson DE, Birmaher B, Dahl RE, Ryan ND. (2005) Stressful life events in anxious and depressed children. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 15: 571-80.

Wittchen H, Nelson CB, Lachner G. (1998) Prevalence of mental disorders and psychological impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*, 28: 109-126.

Wolke D, Woods S, Bloomfield L, Karstadt L. (2000) The Association between Direct and Relational Bullying and Behaviour Problems among Primary School Children. *J Child Psychol Psychiatry*, 41: 989-1000.

Saját publikációk jegyzéke

A kutatási témával kapcsolatos cikkek:

Mayer L, Kiss E, Baji I, Skultéti D, Vetró Á. (2005) Demográfiai jellemzők és pszichopatológiai rizikótényezők összefüggésének vizsgálata általános iskolás populációban. *Fejlesztő Pedagógia*, 5-6: 36-40.

Mayer L, Kiss E, Baji I, Skultéti D, Vetró Á. (2006) Depressziós tünetek és az életeseemények összefüggésének vizsgálata általános iskolás populációban. *Psychiatr Hung*, 3: 210-218.

Mayer L, Kiss E, Baji I, Skultéti D, Vetró Á. (2006) Életeseemények minőségi elemzése és kapcsolata a depressziós tünetekkel általános iskolás populációban. *Psychiatr Hung*, 5: 360-370.

Mayer L, Lopez-Duran NL, George C, Baji I, Kapornai K, Kiss E, Kovacs M, Vetró Á. Characteristics of stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary. *J Affect Disord* (közlésre elfogadva).

Kiss E, Baji I, Mayer L, Skultéti D, Benák I, Vetró Á. (2007) Életminőség kérdőív validitása és pszichometriai jellemzői magyar gyermekpopuláción. *Psychiatr Hung* 1:33-42.

Kapornai K, Gentzler AL, Tepper P, Kiss E, Mayer L, Tamás Zs, Kovacs M, Vetró Á. (2007) Early development and features of Major depressive Disorder in a child clinical sample in Hungary. *J Affect Disord*, 100: 91-101.

Liu X, Buysse DJ, Gentzler AL, Kiss E, Mayer L, Kapornai K, Vetró Á, Kovacs M. (2007) Insomnia and Hypersomnia Associated with Depressive Phenomenology and Comorbidity in Childhood Depression. *Sleep*, 30: 83-90.

Feng Y, Wigg K, King N, Vetró Á, Kiss E, Kapornai K, Mayer L, Gádoros J, Kennedy JL, Kovacs M, Barr CL (2007) GPR50 is not Associated with Childhood-Onset Mood Disorders in a Large Sample of Hungarian Families. *Psychiatric Gen*, 17: 347-350.

Dempster E, Kiss E, Kapornai K, Daróczy G, Mayer L, Baji I, Tamas Z, Gadoros J, Kennedy JL, Vetró Á, Kovacs M, Barr CL. (2007) No evidence of association between a functional polymorphism in the MTHFR gene and childhood-onset mood disorders. *Mol Psychiatry*, 12: 1063-1064.

Feng Y, Vetró Á, Kiss E, Kapornai K, Daróczy G, Mayer L, Tamás Zs, Baji I, Gádoros J, King N, Kennedy JL, Wigg K, Kovacs M, Barr CL. (2008) Association of the Neurotrophic Tyrosine Kinase Receptor 3 (*NTRK3*) Gene and Childhood-Onset Mood Disorders. *Am J Psychiatry*, 165: 610-6.

A kutatási témával kapcsolatos előadások:

Mayer L. (2003) A hangulati élet zavarai gyermekkorban. *Apáczai Napok Tanulmánykötet*: 330-339.

Mayer L: Negatív életesemények a gyermekkori depresszió hátterében. Magyar Pszichiátriai Társaság X. Vándorgyűlése Budapest 2003 (absztrakt 138.o)

Mayer L, Kiss E, Kapornai K, Vetró Á, Georges C: Életesemények vizsgálata a gyermekkori kezdetű depresszióban. Magyar Pszichiátriai Társaság XI. Kongresszusa Szeged 2004, *Psychiatra Hungarica* 18 (Suppl.): 24.

Mayer L, Kiss E, Baji I, Vetró Á: Depressziós tünetek és életesemények összefüggésének vizsgálata általános iskolás populációban. Magyar Pszichiátriai Társaság XII. Jubileumi Vándorgyűlése, Budapest 2005, *Psychiatra Hungarica* 19 (Suppl): 87.

Mayer L, Kiss E, Baji I, Skultéti D, Vetró Á: Szociodemográfiai jellemzők, életesemények, depressziós tünetek és életminőség összefüggésének vizsgálata általános

iskolás populációban. Magyar Pszichiátriai Társaság VI. Nemzeti Kongresszusa Budapest,2006 Psychiatria Hungarica 20. (Suppl): 38.

Mayer L., Kiss E., Baji I., Skultéti D., Vetró Á.: Rizikó- és protektív tényezők a gyermekkori depressziós tünetek hátterében Magyar Pszichiátriai Társaság XIII. Vándorgyűlése, Miskolc 2007 (absztrakt 76.o.)

I.Baji, L.Mayer, E.Kiss, D.Skulteti, K.Boda, J.Gadoros, A.Vetro: Effect of the depressive symptoms and life events to the quality of life in a school population 15th AEP Congress Madrid 17-21 March 2007 (Eur Psychiatry March 2007 Vol.22-Suppl.1.,p.S222)

Mayer L., Kiss E., Baki I., Skultéti D., Vetró Á.: A depressziós tünetek kialakulásának esélyét növelő és csökkentő tényezők vizsgálata általános iskolás populációban. Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti és Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság 32. Kongresszusa, Eger 2007. (Gyermekgyógyászat Supplementum 20.o.)

Köszönetnyilvánítás

Szeretnék köszönetet mondani a Doktori Iskola vezetőjének, Prof. Bitter Istvánnak és témavezetőmnek dr. Balázs Juditnak hogy a munkám végzésében mindvégig támogattak.

Köszönöm a „Pittsburgh-Szeged - Gyermekkori depresszió rizikótényezői”- kutatás valamennyi résztvevőjének, hogy a kutatás különböző fázisaiban (interjúkészítés, diagnosztikus folyamat, adatbevitel) segítségemre voltak.

Külön köszönet dr. Kovács Mária kutatásvezetőnek, dr. Vetró Ágnesnek és a kutatói munkacsoport valamennyi tagjának a folyamatos szakmai segítségért; dr. Baji Ildikónak, aki szakmai és személyes segítséget is nyújtott.

Köszönet Skultéti Dórának, Kovács Eszternek, Georges Charles-nak, Benák Istvánnak a statisztikai elemzések elkészítéséért.

Szeretnék köszönetet mondani családtagjaimnak támogatásukért, ami nélkül ez a munka nem készülhetett volna el. Mindenekelőtt Juditnak, aki mindvégig mellettem volt és Marcinak, aki életkora miatt az utóbbi két évben tudott segítségemre lenni.

Függelék

Rövidített Gyermeidepresszió Kérdőív

GYD-R

Emlékezz, hogyan érezted magad az utóbbi két hétben
Csak egy választ jelölj meg minden kérdéssoportnál!

<p><u>#1</u></p> <p>1.0 <input type="checkbox"/> Néha szomorú vagyok</p> <p>1.1 <input type="checkbox"/> Gyakran vagyok szomorú</p> <p>1.2 <input type="checkbox"/> Mindig szomorú vagyok</p>	<p><u>#6</u></p> <p>6.0 <input type="checkbox"/> Mindig felbosszant valami</p> <p>6.1 <input type="checkbox"/> Gyakran felbosszantanak</p> <p>6.2 <input type="checkbox"/> Csak néha vagyok bosszús</p>
<p><u>#2</u></p> <p>2.0 <input type="checkbox"/> Nekem semmi sem sikerül</p> <p>2.1 <input type="checkbox"/> Sosem vagyok biztos abban, hogy a dolgaim hogyan sikerülnek</p> <p>2.2 <input type="checkbox"/> Amit csinállok, az jól sikerül</p>	<p><u>#7</u></p> <p>7.0 <input type="checkbox"/> Jól nézek ki</p> <p>7.1 <input type="checkbox"/> Vannak dolgok, amik zavarnak a külsőmben</p> <p>7.2 <input type="checkbox"/> Csúnya vagyok</p>
<p><u>#3</u></p> <p>3.0 <input type="checkbox"/> Mindent jól csinállok</p> <p>3.1 <input type="checkbox"/> Sok mindent rosszul csinállok</p> <p>3.2 <input type="checkbox"/> Mindent rosszul csinállok</p>	<p><u>#8</u></p> <p>8.0 <input type="checkbox"/> Nem vagyok magányos</p> <p>8.1 <input type="checkbox"/> Gyakran magányosnak érzem magam</p> <p>8.2 <input type="checkbox"/> Mindig magányosnak érzem magam</p>
<p><u>#4</u></p> <p>4.0 <input type="checkbox"/> Gyűlölöm magam</p> <p>4.1 <input type="checkbox"/> Nem szeretem magam</p> <p>4.2 <input type="checkbox"/> Elégedett vagyok magammal</p>	<p><u>#9</u></p> <p>9.0 <input type="checkbox"/> Sok barátom (barátnőm) van</p> <p>9.1 <input type="checkbox"/> Van néhány barátom (barátnőm) de többet szeretnék</p> <p>9.2 <input type="checkbox"/> Egyetlen barátom sincs</p>

ISCA-D diagnosztikus interjú – depressziós modul (részlet)

<p>DEPRESSZÍV EPIZÓD</p>	<p>MDE KRITÉRIUMOK gyermek számára</p>	<p>SKÁLA</p>	
<p>Most felteszek néhány kérdést azzal kapcsolatban, hogy hogyan érezted magad az elmúlt időben.</p> <p>(Jelen:) Először az elmúlt hónapra lennék kíváncsi.</p> <p>(Múlt:) Most azt szeretném tudni, hogy voltak-e valaha hasonló/ilyen érzéseid a múltban. A ... (jelzett esemény) előtt (VAGY) ... (jelenlegi epizód) előtt bármikor életedben.</p>	<p>A következő tünetekből (A1-től A9-ig) legalább öt fennállt ugyanazon kéthetes periódus alatt, és ezek a korábbi tevékenység megváltozásaként jelennek meg;</p> <p>legalább egy tünet vagy a depresszív/ingerlékeny hangulat (1a vagy 1b) VAGY az érdeklődés, öröm elvesztése (A2).</p>	<p>0 Nem alkalmazható</p> <p>1 Nincs tünet: hiányzik, ritka, vagy igen rövid időtartamú</p> <p>2 Küszöb alatti: alkalmankénti, rövid, átmeneti, nincs jelentős következménye</p> <p>3 Küszöb: gyakori, jelentős, feltűnő. Gátolja a normál funkciókat</p> <p>9 Nincs információ</p>	
<p>... ALATT/ÓTA</p> <p>(határozza meg az időkeretet)</p> <p>... volt-e olyan időszak, hogy szomorúnak/boldogtalannak/szerencsétlennek érezted magad? Honnan tudják az emberek, hogy szomorú vagy? Hogyan nézel ki akkor? (kérje meg a gyereket, hogy utánozza az arckifejezést). Mitől leszel szomorú? Sírtál is, vagy úgy érezted, sírnod kell?</p> <p>?érzel egész nap/a nap egy részében/rövid ideig/egyszer-egyszer. ... alatt/óta így érzed magad mindennap/több napon át/néha-néha? ..?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?segített bármi, hogy jobban érezd magad. ?problémák az iskolában/otthon/a barátaiddal.</p>	<p>A1a) depresszív hangulat</p> <p>a nap legnagyobb részében és csaknem minden nap, legalább két hétig, amelyet a szubjektív beszámoló (pl. szomorúság vagy üresség érzése) vagy mások megfigyelései (pl. könnyezni látják) jeleznek.</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
<p>... alatt/óta érezted-e, hogy mogorva/nyügös vagy, nehéz veled kijönni? ?úgy érezted, hogy a dolgok az idegesítenek. ?könnyen vitákba keveredtél. ?rákiabáltál/ráripakodtál a szüleidre /testvéreidre/barátaidra. ?mindenféle apró dolog bosszant.</p> <p>?érzel egész nap/a nap egy részében/rövid ideig/egyszer-egyszer. Így érzed magad mindennap/több napon át/néha-néha? ..?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?segített bármi, hogy jobban érezd magad. ?problémák az iskolában/otthon/a barátaiddal.</p>	<p>A1b) ingerlékeny/irritált hangulat</p> <p>a nap legnagyobb részében és csaknem minden nap, legalább két hétig, amelyet a szubjektív beszámoló (pl. apró dolgok ingerlékennyé vagy bosszússá teszik) vagy mások megfigyelései (pl. vitatkozásnak vagy nehezen kezelhetőnek tűnik) jeleznek.</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>

MAJOR DEPRESSZÍV EPIZÓD (Folytatás)	SKÁLA 0 Nem alkalmazható 1 Nincs tünet: hiányzik, ritka, vagy igen rövid időtartamú 2 Küszöb alatti: alkalmankénti, rövid, átmeneti, nincs jelentős következménye 3 Küszöb: gyakori, jelentős, feltűnő. Gátolja a normál funkciókat 9 Nincs információ														
<p>Mit szeretsz csinálni? Mi okoz neked örömet? ?sport/játékok/hobbi/elmenni a barátokkal. Vannak olyan dolgok, amiket korábban szerettel csinálni, de most már nem? Mi az?</p> <p>... alatt/óta úgy éreztél, hogy semmi nem okoz örömet/nem érdekel? ?kényszeríteni kell magad (a kedvenc tevékenységre). A többieknek (család/mások) erőltetniük kellett, hogy csináld/játsszál ...-t? Amikor a barátaid átjöttek hozzád, játszottál velük, vagy elküldted őket? Van olyan dolog, amit korábban csináltál a családdal, de azóta abbahagytad? Mi az?</p> <p>?érzel egész nap/a nap egy részében/rövid ideig/csak pillanatokra. ?így érzed magad mindennap/több napon át/ néha-néha? ..?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?segített bármi, hogy jobban érezd magad. ?problémák az iskolában/otthon/a barátaiddal.</p>	<p>A2) az érdeklődés és öröm jelentős mértékű csökkenése</p> <p>minden, vagy csaknem minden tevékenységben, a nap legnagyobb részében és csaknem minden nap, legalább két hétig, amelyet a szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelései jeleznek.</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>												
<p>(<i>JELEN</i>): Hadd lássam, hogy jól értettem-e. Az elmúlt hónapban éreztél magad.</p> <p>(<i>MÚLT</i>): Az egy hónappal ezelőtti időszakot megelőzően/a jelenlegi epizód kezdetét megelőzően). ... alatt (időszak) ... és ... éreztél magad, és ez problémát jelentett /nem jelentett neked az iskolában/barátaiddal/a családdal kapcsolatban.</p>	<ul style="list-style-type: none"> FOGLALJA ÖSSZE ÉS NÉZZEN ÁT ÚJRA MINDEN EGYES TÜNETET, MIELŐTT ELDÖNTI, HOGY A KÜSZÖBSZINT - FELTÉTEL MEGVALÓSULT-E 														
<p>I. IDŐKERET: JELEN</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">HA A PONTSZÁM = 2, 1 VAGY 0 AZ ÖSSZES ELŐZŐ TÉTELEN</td> <td style="width: 50%;">HA A PONTSZÁM = 3 BÁRMELYIK ELŐZŐ TÉTELEN</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>TÉRJEN ÁT A MÚLTRA</td> <td>FOLYTASSA A FENNMARADÓ TÜNETEKSEL</td> </tr> </table>		HA A PONTSZÁM = 2, 1 VAGY 0 AZ ÖSSZES ELŐZŐ TÉTELEN	HA A PONTSZÁM = 3 BÁRMELYIK ELŐZŐ TÉTELEN	↓	↓	TÉRJEN ÁT A MÚLTRA	FOLYTASSA A FENNMARADÓ TÜNETEKSEL	<p>II. IDŐKERET: MÚLT</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">HA A PONTSZÁM = 2, 1 VAGY 0 AZ ÖSSZES ELŐZŐ TÉTELEN</td> <td style="width: 50%;">HA A PONTSZÁM = 3 BÁRMELYIK ELŐZŐ TÉTELEN</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>TÉRJEN ÁT A MÁNIA/HIPMÁNIA SZEKCIÓRA</td> <td>FOLYTASSA A FENNMARADÓ TÜNETEKSEL</td> </tr> </table>		HA A PONTSZÁM = 2, 1 VAGY 0 AZ ÖSSZES ELŐZŐ TÉTELEN	HA A PONTSZÁM = 3 BÁRMELYIK ELŐZŐ TÉTELEN	↓	↓	TÉRJEN ÁT A MÁNIA/HIPMÁNIA SZEKCIÓRA	FOLYTASSA A FENNMARADÓ TÜNETEKSEL
HA A PONTSZÁM = 2, 1 VAGY 0 AZ ÖSSZES ELŐZŐ TÉTELEN	HA A PONTSZÁM = 3 BÁRMELYIK ELŐZŐ TÉTELEN														
↓	↓														
TÉRJEN ÁT A MÚLTRA	FOLYTASSA A FENNMARADÓ TÜNETEKSEL														
HA A PONTSZÁM = 2, 1 VAGY 0 AZ ÖSSZES ELŐZŐ TÉTELEN	HA A PONTSZÁM = 3 BÁRMELYIK ELŐZŐ TÉTELEN														
↓	↓														
TÉRJEN ÁT A MÁNIA/HIPMÁNIA SZEKCIÓRA	FOLYTASSA A FENNMARADÓ TÜNETEKSEL														

<p align="center">MAJOR DEPRESSZÍV EPIZÓD (Folytatás)</p> <p align="center">MEGJEGYZ.: AZ ÉRTÉKELÉSNEÉL A TŰNETEKNEK UGYANAZON KÉT HETES IDŐSZAKON BELŰL KELL JELEN LENNIE</p>	<p>SKÁLA</p> <p>0 Nem alkalmazható 1 Nincs tünet: hiányzik, ritka, vagy igen rövid időtartamú 2 Küszöb alatti: alkalmankénti, rövid, átmeneti, nincs jelentős következménye 3 Küszöb: gyakori, jelentős, feltűnő. Gátolja a normál funkciókat 9 Nincs információ</p>		
<p>... alatt, amikor depressziósnak/ingerlékenynek érezted magad, és semmi nem okozott örömet.</p> <p>... kevesebbet ettél, mint általában? ?nem volt kedved enni/nem voltál éhes/kényszeríteni kellett magad, hogy egyél/anyának/ apának erőltetni kellett, hogy egyél? Még azoknál az ételeknél is, amiket szeretsz? ?kihagytál étkezéseket/kevesebbet ettél az étkezéseknél. Fogytál? ?a ruhák nagyok lettek</p> <p>Így volt mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>Diétázol/diétáztál? ?mások észrevették. ?problémát jelentett.</p>	<p>A3a) jelentős súlycsökkenés</p> <p>diétázás nélkül (pl. havonta a testsúly 5%-át meghaladó mértékben), vagy az étvágy csökkenése csaknem minden nap.</p> <p>MEGJEGYZ. :</p> <p>GYEREKEKNÉL VEGYE FIGYELEMBE AZ ELVÁRHATÓ SÚLYGYARA-PODÁS ELMARADÁSÁT.</p> <p>NE SZÁMOLJA BELE, HA AZ ALANY DIÉTÁZIK VAGY MEGPRÓBÁL FOGYNI</p>	<p align="center">JELEN</p> <p>SZŰLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">MŰLT</p> <p>SZŰLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>

<p>És az előző ellentéte ..., ... alatt, amikor depressziósnak/ingerlékenynek érezted magad, és semmi nem okozott örömet.</p> <p>... állandóan éhesnek érezted magad? Sokkal többet ettél, mint általában/nassoltál/többször ettél egy nap?</p> <p>?híztál. ?körülbelül mennyit. ?a ruhák szűkek lettek.</p> <p>Így volt mindennap/több napon</p> <p>át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?problémát jelentett.</p>	<p>A3b) jelentős súlygyarapodás</p> <p>Több mint amennyi a normál fejlődés alapján elvárható (pl. havonta a testsúly 5%-át meghaladó mértékben), vagy az étvágy növekedése csaknem minden nap.</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
---	--	---	--

MAJOR DEPRESSZÍV EPIZÓD (Folytatás)	SKÁLA 0 Nem alkalmazható 1 Nincs tünet: hiányzik, ritka, vagy igen rövid időtartamú 2 Küszöb alatti: alkalmankénti, rövid, átmeneti, nincs jelentős következménye 3 Küszöb: gyakori, jelentős, feltűnő. Gátolja a normál funkciókat 9 Nincs információ		
<p>Most hadd kérdezzek az alvásról. Hánykor fekszel le/ébredsz fel? ... alatt/idején voltak problémáid éjszaka az elalvással? Kevesebbet aludtál/alszol, mint általában?</p> <p>?nehéz volt elaludni, még ha akartad is. Ha egyszer már elaludtál, jól alszol? ?forgolódta/felébredtél éjszaka. Korábban felébredsz, mint kellene/mielőtt valaki felébresztene? ?könnyen vissza tudtál aludni?</p> <p>Így volt mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?bármi segített. ?problémát jelentett.</p>	A4a) insomnia csaknem minden nap, legalább két hétig .	JELEN SZÜLŐ <input type="checkbox"/> GYERMEK <input type="checkbox"/> MÁS <input type="checkbox"/> LEGJOBB <input type="checkbox"/>	MÚLT SZÜLŐ <input type="checkbox"/> GYERMEK <input type="checkbox"/> MÁS <input type="checkbox"/> LEGJOBB <input type="checkbox"/>
<p>(HA NEM DERÜLT KI A KORÁBBI KÉRDÉSEK NYOMÁN:)</p> <p>Azt mondtad az előbb, hogy ... alatt/óta (amikor depressziósnak érezted magad) problémáid voltak az alvással. Nagyon korán reggel ébredsz/ébredtél fel? Vissza tudsz/tudtál aludni? Általában mikor kelsz fel? És akkor mi történik?</p> <p>Így volt mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ? ?problémát jelentett.</p>	M1) kora reggeli felébredés (legalább két órával a szokásos ébredési idő előtt) csaknem minden nap, legalább két hétig . MEGJEGYZ.: EZ EGY PLUSZ TÉTEL (NE SZÁMOLJA A DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSAKOR)	JELEN SZÜLŐ <input type="checkbox"/> GYERMEK <input type="checkbox"/> MÁS <input type="checkbox"/> LEGJOBB <input type="checkbox"/>	MÚLT SZÜLŐ <input type="checkbox"/> GYERMEK <input type="checkbox"/> MÁS <input type="checkbox"/> LEGJOBB <input type="checkbox"/>

<p>És az előző ellentéte ..., nagyon sokat aludtál ... alatt/óta? Többet, mint általában? ?aludtál délután/ebéd után. ?nehezen ébredsz/kelsz fel.</p> <p>Így történt mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?problémát jelentett.</p>	<p>A4b) hypersomnia</p> <p>csaknem minden nap, legalább két hétig.</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
<p>MAJOR DEPRESSZÍV EPIZÓD (Folytatás)</p> <p>MEGJEGYZ.: AZ ÉRTÉKELÉSNÉL A TŰNETEKNEK UGYANAZON KÉT HETES IDŐSZAKON BELÜL KELL JELEN LENNIE</p>	<p>SKÁLA</p> <p>0 Nem alkalmazható</p> <p>1 Nincs tünet: hiányzik, ritka, vagy igen rövid időtartamú</p> <p>2 Küszöb alatti: alkalmankénti, rövid, átmeneti, nincs jelentős következménye</p> <p>3 Küszöb: gyakori, jelentős, feltűnő. Gátolja a normál funkciókat</p> <p>9 Nincs információ</p>		
<p>... alatt/óta a nap mely részében érezted magad rosszabbul? Ez este/délután/vagy reggel van/volt? Sokkal rosszabbul, vagy csak egy kicsit rosszabbul? Milyen hosszú ideig tartott?</p> <p>Érezted-e ezt [reggel rosszabb] mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?problémát jelentett.</p>	<p>M2) a depresszió általában reggel rosszabb</p> <p>csaknem minden nap, legalább két hétig.</p> <p>MEGJEGYZ.: EZ EGY PLUSZ TÉTEL (NE SZÁMOLJA A DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSAKOR)</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>

<p>Mondták-e neked, hogy nyughatatlan vagy/nem tudsz egyhelyben maradni. Mióta, viselkedtél-e úgy, mintha fel lennél pörögve/fel akarnál robbanni, ha nem mozhatsz? ?nem tudod végigülni a kedvenc TV műsorodat/ugralsz a műsor alatt. VAGY tördeled a kezdet/ujjaidat? Húzogatsz a hajadat/tépdesz a bőrödöt? Dobolsz a lábaddal? Ez ÚJ jelenség (volt) nálad?</p> <p>... alatt/óta így volt mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?<u>mások észrevették</u>. ... ?problémát jelentett.</p>	<p>A5a) pszichomotoros agitáció</p> <p>Csaknem minden nap, legalább két hétig (mások által is megfigyelhető, nem pusztán a nyugtalanság szubjektív érzése)</p> <p>MEGJEGYZ.: KÓDOLJA AZ AGITÁCIÓT, NE CSAK A NYUGTALANSÁGOT</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
<p>És az előző ellentéte- ? úgy érzed, lelassultál/nehéznek érzed a lábaidat. ?hosszú ideig tart, hogy válaszolj a kérdésekre/mondj valamit Nehezedre esik megmozdulni? Anya/apa/tanárod rendszeresen noszogatnak, hogy mozogj/felkelj? Valamilyen testhelyzetbe kerülsz, és úgy maradsz?</p> <p>... alatt/óta így volt mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?problémát jelentett az iskolában/otthon/a barátokkal.</p>	<p>A5b) pszichomotoros gátoltság</p> <p>Csaknem minden nap, legalább két hétig (mások által is megfigyelhető és nem pusztán a meglassultság szubjektív érzése)</p> <p>MEGJEGYZ.: KÓDOLJA A GÁTOLTSÁGOT, NE CSAK A MEGLASSULTSÁGOT/CSÖK-KENT AKTIVITÁST. VEGYE FIGYELEMBE AZ INTERJÚ ALATTI VISELKEDÉST</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
<p>MAJOR DEPRESSZÍV EPIZÓD (Folytatás)</p>	<p>SKÁLA</p> <p>0 Nem alkalmazható</p> <p>1 Nincs tünet: hiányzik, ritka, vagy igen rövid időtartamú</p> <p>2 Küszöb alatti: alkalmankénti, rövid, átmeneti, nincs jelentős következménye</p> <p>3 Küszöb: gyakori, jelentős, feltűnő. Gátolja a normál funkciókat</p> <p>9 Nincs információ</p>		

<p>... alatt/óta, milyen erőben voltál? Fáradtnak érezted magad? Lefekszel/pihensz néha a nap folyamán, mert úgy érzed, nincs elég erőd? Rá kell vened magad, hogy felkelj és csinálj valamit? Történt olyan, hogy túl fáradt voltál a játékhoz/házifeladathoz?</p> <p>... alatt/óta így érezted magad mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?problémát jelentett.</p>	<p>A6) fáradtság vagy anergia</p> <p>csaknem minden nap, legalább két hétig.</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
<p>... alatt/óta, ha valami kellemes történik/történt veled, jól érezted magad? Vagy ha valaki megpróbál(t) felvidítani, sikerült neki? Volt aki megpróbálta? Jobban érezted magad utána? Mennyi ideig?</p> <p>Így volt mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?problémát jelentett. ?mások észrevették, hogy semmi/senki nem tud felvidítani.</p>	<p>M3) a reaktivitás hiánya általában kellemesnek ítélt ingerekre (úm. amikor valami jó dolog történik, nem érzi magát jobban, még átmenetileg sem) csaknem minden nap, legalább két hétig</p> <p>MEGJEGYZ.: EZ EGY PLUSZ TÉTEL (NE SZÁMOLJA A DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSAKOR)</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>

<p>Ez egy szokatlan, különleges szomorúság, olyan, mintha egy sötét barlangban lennél? Vagy mintha egy alagútban gyalogolnál/ sötét mély gödörben ülnél és nem tudnál kimászni/ sűrű köd lenne körülötted?</p> <p>Ez a különleges szomorúság hosszú ideig tartott? ?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.?minden nap/több napon át/egyszer-egyszer ?mások észrevették. ?problémát jelentett.</p>	<p>M4) a depresszív hangulat elkülönült minősége</p> <p>(úm. a depresszív hangulatot eltérő minőségűnek érzi attól az érzéstől, amit egy számára szeretett személy/élőlény halálakor él át.)</p> <p>MEGJEGYZ.: EZ EGY PLUSZ TÉTEL (NE SZÁMOLJA A DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSAKOR)</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
<p>MAJOR DEPRESSZÍV EPIZÓD (Folytatás)</p> <p>MEGJEGYZ.: AZ ÉRTÉKELÉSNEK A TŰNETEKNEK UGYANAZON KÉT HETES IDŐSZAKON BELÜL KELL JELEN LENNIE</p>	<p>SKÁLA</p> <p>0 Nem alkalmazható</p> <p>1 Nincs tünet: hiányzik, ritka, vagy igen rövid időtartamú</p> <p>2 Küszöb alatti: alkalmankénti, rövid, átmeneti, nincs jelentős következménye</p> <p>3 Küszöb: gyakori, jelentős, feltűnő. Gátolja a normál funkciókat</p> <p>9 Nincs információ</p>		

<p>Milyen dolgokban vagy jó? És melyek azok, amelyekben nem vagy jó? Mondj néhány példát!</p> <p>.. alatt/óta gondoltad-e, hogy nem vagy olyan ügyes/okos mint a legtöbb gyerek? ?hogy buta vagy/nem vagy jó (sportban/rajzban/zenében). Ez tényleg igaz? ?azt gondoltad, hogy nem vagy jó semmiben, értéktelen vagy, vagy hogy általában rossz gyerek vagy. ?azt gondoltad, hogy teher vagy, hogy a családot jobban járna, ha te nem volnál? Tényleg így gondolod?</p> <p>?így volt egész nap/a nap egy részében/rövid ideig/pillanatokra? Így volt mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ...?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?problémát jelentett.</p>	<p>A7a) az értéktelenség érzése</p> <p>legalább két hétig, csaknem mindennap</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
<p>A gyerekek/fiatalok gyakran magukat hibáztatják dolgokért, ... vagy ha a dolgok rosszul sülnek el, úgy gondolják, hogy az az ő hibájuk. ...alatt/óta van-e büntudatod /rossznak gondolod-e magad valami miatt, amit csináltál? Vagy rosszul érzed magad, mert meg kellett volna tenned valamit, de nem tetted meg? ?nagy, vagy kis dolgok ezek. Mi volt a legrosszabb, amit valaha is elkövettél? ?okoztad-e valaha valaki betegségét, aki aztán kórházba került/meghalt? (HA MAGÁT HIBÁZTATJA) Úgy véled büntetést érdemelsz _____-ért?</p> <p>?érzel egész nap/a nap egy részében/rövid ideig/pillanatokra. ?így érzed magad mindennap/több napon át/ egyszer-egyszer? ..?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ?segített bármi, hogy jobban érezd magad. ?problémát jelentett iskolában/otthon/a barátaiddal.</p>	<p>A7b) túlzott vagy inadekvát önvádolás/büntudat</p> <p>legalább két hétig, csaknem mindennap</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>

MAJOR DEPRESSZÍV EPIZÓD (Folytatás)	SKÁLA 0 Nem alkalmazható 1 Nincs tünet: hiányzik, ritka, vagy igen rövid időtartamú 2 Küszöb alatti: alkalmankénti, rövid, átmeneti, nincs jelentős következménye 3 Küszöb: gyakori, jelentős, feltűnő. Gátolja a normál funkciókat 9 Nincs információ		
<p>A gyerekeknek néha minden próbálkozásuk ellenére nehezükre esik figyelniük. ...alatt/óta elálmodozol/a figyelmed elvándorol? ?megtörténik még játék közben is? ?megesett, hogy megnézted a kedvenc TV műsorodat, és közvetlenül utána már nem is emlékeztél arra, mit láttál. Volt valaha problémád a házi feladattal, mert képtelen voltál ráfigyelni? Vagy mert túl nehéznek tűnt? ?mondta a tanárod, hogy nem tudsz figyelni, vagy hogy álmodozol?</p> <p>Az is megtörténhet a gyerekekkel, hogy nem tudnak dönteni/választani több kicsi vagy egy-két nagyobb dolog között. Előfordult ez veled ...alatt/óta?</p> <p>?így érzed magad mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ..?leghosszabb idő - egy hét/két hét/stb.</p> <p>?mások észrevették. ? ?problémát jelentett az iskolában/otthon/a barátaiddal.</p>	<p>A8) csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség</p> <p>csaknem mindennap (amelyet a szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelései jeleznek), legalább két hétig</p>	<p style="text-align: center;">JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>

MAJOR DEPRESSZÍV EPIZÓD (Folytatás)	SKÁLA (MEGJEGYZ.: ÚJ SKÁLA): 0 Nem alkalmazható 1 Nem 3 Igen 9 Nincs információ		
<p>Amikor a gyerekek feldúltak/szomorúak/dühösek, néha arra gondolnak, hogy nem akarnak tovább élni. Például olyanokat gondolhatnak, hogy "bárcsak meghalnék", vagy "jobb lenne nekem, ha halott lennék".</p> <p>?gondoltál erre ...alatt/óta ?.. alatt/óta egyszer is az eszedbe jutott. Több mint egyszer? Több napon át?</p>	<p>A9a) a halál gondolatával való gyakori foglalkozás</p> <p>(nem csak halálfélelem)</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
<p>Amikor a gyerekek feldúltak/szomorúak/dühösek, néha arra gondolnak, hogy öngyilkosok lesznek. ...alatt/óta gondoltál arra, hogy öngyilkos leszel?</p> <p>[HA NEM] Egy kicsit sem gondoltál rá [GESZTUS]? Vagy azért átfutott az agyadon ez a gondolat?</p> <p>[HA IGEN] Voltak ilyen gondolataid mindennap/több napon át/egyszer-egyszer? ?pillanatokra. ?mások tudnak erről.</p>	<p>A9b) visszatérő öngyilkossági gondolatok</p> <p>konkrét terv nélkül</p> <p>MEJEGYZ.: HA NINCS ÖNGYILKOSSÁGI GONDOLAT, NE KÉRDEZZEN RÁ A KONKRÉT TERVRE VAGY ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETRE</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
<p>Amikor arra gondoltál, hogy öngyilkos leszel [MOND EL AZ ESETET], gondoltad, hogyan fogod elkövetni?</p> <p>Mit akartál csinálni?</p> <p>[HA AZ ALANY AZT MONDJA, HOGY "NEM AKARTAM TÉNYLEG MEGCSINÁLNI", STB., ÖN MONDJA]: rendben van, akkor hogyan képzelted el, hogy megteszed?</p>	<p>A9c) konkrét öngyilkossági terv</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>

<p><u>Tettél</u> valaha valamit, hogy megpróbáld megölni magad? Mit gondoltál, mi fog történni akkor, amikor _____? <u>Milyen gondolat</u> húzódott meg e mögött? Volt erre valamilyen okod?</p> <p>Kérlek, mesélj róla. Mit csináltál/hogyan próbáltad megölni magad? (próbálja meg részletesen kideríteni, mit/hogyan/mikor). Mikor történt ez? És ez már előfordult azelőtt is?</p>	<p>A9d) öngyilkossági kísérlet</p> <p>MEGJEGYZ.: KÓDOLJON "1"-ET HA ÖNSÉRTÉS VOLT ÖNGYILKOSSÁGI SZÁNDÉK NÉLKÜL</p>	<p>JELEN</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>	<p>MÚLT</p> <p>SZÜLŐ <input type="checkbox"/></p> <p>GYERMEK <input type="checkbox"/></p> <p>MÁS <input type="checkbox"/></p> <p>LEGJOBB <input type="checkbox"/></p>
---	--	---	--