

Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál Budapesten, a XIV. kerületben, 2011-ben

Dr. Kalmár Patrícia tisztiorvos

Budapest Főváros Kormányhivatala

Budapest XIV., XV., XVI. Kerületi Népegészségügyi Intézete

„No health without mental health”
J. Mezzich

1. Bevezetés

Az utóbbi évtizedekben a társadalmi változások felgyorsulása egyre nagyobb terhet ró az egyének lelki működésére és a fiatalok mentális fejlődésére. A fiatalok között is egyre gyakoribb a depresszió. Az idegrendszeri kutatásokban bekövetkezett hatalmas fejlődés ellenére, sajnálatos módon, a családi, az iskolai gyermeknevelés, a gyermekpszichológiai ellátás és a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás nem képes ezzel a megnövekedett feladattal megbirkózni.

A depresszió: hangulatzavar. Az alábbi tünetekből – kéthetes periódus alatt – legalább öt fennáll, és a korábbi tevékenység megváltozásaként jelentkezik (az első két tünetből az egyik feltétlenül szükséges a diagnózishoz): 1. Depressziós hangulat a nap legnagyobb részében. 2. Az örömszerzés és az érdeklődés elvesztése vagy jelentős csökkenése. 3. Jelentős étvágy- és testsúlyváltozás. 4. Alvászavar. 5. Motoros agitáltság vagy gátoltság. 6. Alvástól, pihenéstől független fáradtság, energiahiány. 7. Önértékelési zavarok, értéktelenség érzése. 8. Csökkent koncentrációs, gondolkodási, döntési képesség. 9. Suicid gondolatok, tervek, kísérlet. (Kalmár S.–Kalmár P., 2007)

A depressziós megbetegedések az egész világon mindenütt nagyon gyakoriak, Magyarországon az összes hangulatzavar élettartam prevalenciája 24,2%; ebből a nőknél 29,2%; a férfiaknál 17,9%; a nő–férfi arány 1,8.

A gyermekek, különösen a serdülők depressziós megbetegedéseivel viszonylag kevesen foglalkoznak, annak ellenére, hogy a serdülőkori depressziós megbetegedések jelentős részét nem ismerik fel, s nem is kezelik. Európai felmérés szerint a 16 éves lányok 5%-a kimeríti a súlyos

depresszió kritériumait, fiúknál 1,3% a súlyos és 5% a közepesen súlyos depresszió előfordulásának aránya.

Más nemzetközi adatok szerint az 5–8 éves gyermekek 2–6%-a szenved enyhe lefolyású depressziós tünetektől. A 9. évtől ez az arány 8–10%-ra emelkedik. Nemzetközi viszonylatban a gyermekek és fiatalok 30%-a számít veszélyeztetettnek. (Schmied-Schwaiger, 2007)

A depresszió fontosságát jelzi, hogy a *Lelki Egészség és Jól-Lét Európai Paktuma (Lelki Egészség és Jól-Lét Európai Paktuma, 2008)* 2008. július 13-án megállapította, hogy a mentális rendellenességek, ezen belül a depressziós megbetegedések egyre gyakoribbak Európában. A depresszió és legsúlyosabb szövődménye, az öngyilkosság mérhetetlen szenvedést okoz az egyéneknek, a családoknak és a közösségeknek egyaránt. Ez igaz a fiatalok esetében is. A depresszió korai felismerése és megfelelő kezelése hatékony módszer az öngyilkosságok számának csökkentésében. Ezt a magyarországi depresszió-felismerési és öngyilkosság-megelőzési programok is igazolták. (Szántó és mtsai, 2007)

Míg Magyarországon az öngyilkosságok száma 2005–2009 között 6,1%-kal csökkent, addig a 14> korcsoportban 28,6%-kal, a 15–19 éves korcsoportban 10,3%-kal, a 20–24 éves korcsoportban 50%-kal, a 24> összes öngyilkosságok esetében 34,3%-kal növekedett.

Magyarországon 2003-ban az öngyilkosság a 0–14 éves korcsoportban a hatodik, a 15–24 éves korcsoportban a második halálok volt. 2009-ben a 0–14 éves korcsoportban az öngyilkosság változatlanul a hatodik, de a 15–24 éves korcsoportban a vezető halálok.

Férfiaknál a 15–24 éves korcsoportban többen halnak meg öngyilkosság következtében, mint daganatos meg-

1. táblázat

**Depressziós tünetek előfordulási gyakorisága
budapesti adolescens korú fiataloknál 2011-ben**

BUDAPEST – 2011						
	Jelentősen alacsonyabb	Alacsony	Átlagos	Magas	Jelentősen magasabb	Nagyon magas
Férfi	20,2%	26,6%	25,5%	10,3%	11,7%	5,3%
Nő	35,3%	14,7%	38,2%	3,0%	3,0%	5,9%

2. táblázat

**A depressziós tünetcsoportok százalékos előfordulása budapesti adolescens korú fiataloknál,
nemenként, a tünetek súlyossága szerint**

	Férfi – enyhe	Férfi – súlyos	Nő – enyhe	Nő – súlyos
Rossz hangulat	28,2	4,96	34,8	2,94
Társas kapcsolati zavar	19,41	4,25	12,5	0
Nem kellő hatékonyság	43,62	18,62	52,21	12,5
Örömmézésre képtelenség	23,54	6,38	26,47	2,94
Negatív önértékelés	26,17	4,68	31,18	5,29

3. táblázat

**A dohányzás százalékos előfordulása budapesti adolescens korú fiataloknál,
nemenként, a dohányzás mennyisége szerint**

		hetente	naponta			
DOHÁNYZÁS	Nem dohányzik	1–5 szál	5 szál >	5–10 szál	11–20 szál	20 szál <
Férfi (n:94)	72,3%	9,6	6,4	5,3	5,3	1,1
Nő (n:34)	91,2	0	2,9	2,9	0	2,9

betegedésekben, a keringési rendszer, a légzőrendszer és az emésztőrendszer betegségeiben összesen.

2009-ben a XIV. kerületben, a 15–19 éves korcsoportban egyetlen haláleset fordult elő, az is öngyilkosság volt.

2. Célkitűzés

A XIV. kerületben, a *Teleki Blanka Gimnázium* tanulói közül 45, a *Neumann János Számítástechnikai Szakközépiskola* tanulói közül 81 tanuló által kitöltött *Gyermek Depresszió Kérdőív* segítségével, önkéntes alapon, a szülők előzetes hozzájárulásával kíséreltük meg a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát megállapítani. Ugyanezen tanulók kitöltötték a *BECK Depresszió Skálát*

és a *BECK Szorongás Leltárt*, valamint – a tanulók név nélküli megkérdezésével – a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a pszichoaktív szerfogyasztást is vizsgáltuk. Célunk nem a diagnózisalkotás, csupán az állapotfelmérés volt, a *Gyermek Depresszió Kérdőívben* szereplő tünetek előfordulási gyakoriságának vizsgálatával, a rövidített *BECK-D Önértékelő Skála*, valamint a *BECK Szorongás Leltár* készítésével. (*Szorongás, anxietas: külső vagy belső veszély előérzetének következtében kialakuló tárgy nélküli félelem. A félelem előzményi állapota, előformája. Tárgy nélküli, diffúz, bizonytalan, kínzó feszültség. Mivel nem testesül meg egy bizonyos veszély tudatában, nincs arca, csak ködös képe, és veszélyesítőként, nehezen elviselhető nyugtalanságként bukkan fel.*) (*Kalmár S.– Kalmár P., 2007*)

4. táblázat

Az alkoholfogyasztás százalékos előfordulása budapesti adolescens korú fiataloknál, nemenként, az alkoholfogyasztás gyakorisága szerint

ALKOHOL	Nem iszik	évi 2–3x	havonta	kéthetente	hetente	naponta
Férfi (n:94)	30,8	21,3	22,3	16,0	9,6	0
Nő (n:34)	44,1	29,4	20,6	2,9	0	2,9

5. táblázat

Pszichoaktív szerfogyasztás százalékos előfordulása budapesti adolescens korú fiataloknál, nemenként, a szerfogyasztás gyakorisága szerint

DROG	Nem	évi 2–4x	havonta	kéthetente	hetente	naponta
Férfi (n:94)	85,1	6,4	4,2	2,1	2,1	0
Nő (n:34)	97,1	2,9	0	0	0	0

6. táblázat

BECK Depresszió Skála és BECK Szorongás Leltár értékei budapesti adolescens korú fiataloknál, nemenként (százalékos előfordulás)

	Rövidített BECK-D Skála				BECK Szorongásleltár		
	0–9	10–18	19–25	26<	0–21	22–35	36<
Férfi (n:94)	20,2	71,3	5,3	2,1	94,7	5,3	0
Nő (n:34)	5,9	76,5	8,8	0	73,5	20,6	5,9

A vizsgálathoz anyagi támogatást nem kaptunk, ez korlátozta lehetőségeinket.

A *Teleki Blanka Gimnáziumban* 635 tanuló közül 220 fiú, 415 lány. Főállású iskolaorvost és védőnőt alkalmaznak, de más iskolákat is ellátnak. Ebben az évben heti két órában alkalmaznak iskolapszichológust, akit pályázati pénzből fizetnek.

A *Neumann János Számítástechnikai Szakközépiskolában* 707 tanuló közül 639 fiú, 68 lány. Főállású iskolaorvost és védőnőt alkalmaznak, de más iskolákat is ellátnak.

3. Módszerek

I. Az iskola igazgatóinak megnyerése, hozzájárulásuk beszerzése. Az iskola igazgatói csak a név nélküli kérdőívek kitöltését támogatták.

II. A kutatási programba önként jelentkezők szülői hozzájárulásának beszerzése *Szülői Nyilatkozat* alapján.

III. Az önkitöltő *Gyermek Depresszió Kérdőív* kitöltése. A rövidített *BECK-Depresszió Skála* és a *BECK Szorongás Leltár* kitöltése. (Perczel Forintos és mtsai, 2007) A tanulók megkérdezése az alkoholfogyasztással,

az alkoholfogyasztással és a pszichoaktív szerfogyasztással kapcsolatban.

IV. Az adatgyűjtés-feldolgozás az adatvédelmi szabályoknak megfelelően, a személyiségi jogok tiszteletben tartásával történt.

V. A kutatási programban résztvevők kitöltött tesztjeinek kiértékelése.

4. Eredmények

A vizsgálatban a gimnáziumból 19 fiú és 26 lány, a szakközépiskolából 75 fiú és 8 lány, összesen 94 fiú és 34 lány, 128 tanuló vett részt.

5. Megbeszélés

Az eredmények alapján: a vizsgálat célja nem diagnózis megállapítása volt. A depressziós tünetek az irodalmi adatoknak megfelelően fordulnak elő a vizsgált tanulók között. Az egyes tüneteket vizsgálva megállapítható, hogy az enyhe–közepes erősségű tünetek közül a fiúk-nál 40%-nál nagyobb arányban jelentkezett önértékelési zavar, kisebbségi érzés (47,89%), nem hatékony

viselkedés (46,81%), önbizalomhiány (44,68%), érdeklődéshiány, motivációs hiány, indítékszegénység (41,49%), döntésképtelenség, fáradékonyság, gyengeség, erőtlenség (40,42%). A depressziós hangulatot és az örömrészre való képtelenséget egyforma arányban tapasztaltuk (23,44%). Az öngyilkossági gondolatok előfordulása 21,28%-ban, a szándék 5,32%-ban jelent meg. A tanulási zavar 38,3%, az ingerlékenység 36,17%, az alkalmazkodási problémák 34,04%, a negatív önértékelés 32,98%, az önvád 28,72%, a szorongás és a magányosság érzése egyaránt 27,66%, a depressziós hangulat az iskolában 25,53%. A súlyos tünetek közül az érdeklődéshiány 34,04%-ban, a tanulási zavar 29,79%-ban, a fáradékonyság, gyengeség érzése 15,96%-ban, az alvászavar 8,5%-ban fordult elő. Érdemes lenne ezt a vizsgálatot ifjúságorvosi keretek között is elvégezni, azonosítva a vizsgálatban résztvevőket, hogy kiderüljön, kinek van szüksége segítségre. A vizsgálatok alapján a vizsgált fiúk 17,0%-a, a lányok 8,9%-a segítségre szorul. A fiúk 10,3%-a és a lányok 3,0%-a magasabb tünetszámot jelzett, amire szintén érdemes lenne odafigyelni.

A lányoknál a helyzet eltérő. A leggyakoribb tünet a fáradékonyság (70,59%), a kisebbségi érzés (76,47%), az ingerlékenység (58,82%), az önvád (52,94%) és a viselkedési zavar (52,94%). Az öngyilkossági gondolatok előfordulása 17,65%, de öngyilkossági szándékot senki nem jelzett. A súlyosabb tünetek közül a tanulási zavar 23,53%-ban, a negatív önértékelés és az érdeklődéshiány, motivációs zavar 14,71%-ban jelent meg.

Amennyiben a fenti tünetek hasonló arányban fordulnak elő az iskolák többi tanulójánál, úgy a vizsgált két iskolában legalább 140 fiú és 40 lány, vagyis 180 gyermek szorul pszichiátriai segítségre, 102 tanuló pedig a depressziós tünetek előfordulása az átlagnál enyhén magasabb.

A *BECK Depresszió Skála* vizsgálatánál azt találtuk, hogy a fiúk 5,3%-ánál közepsúlyos, 2,1%-ánál súlyos, a lányok 11,8%-ánál közepsúlyos depressziós tünetek tapasztalhatóak, de súlyos tünetek nincsenek.

A *BECK Szorongás Leltár* vizsgálat azt mutatta, hogy a fiúk 5,3%-ánál fordul elő közepsúlyos szorongás. A lányoknál komolyabb a helyzet, 20,6%-uk közepsúlyos, 5,9%-uk súlyos szorongásos tünetektől szenved.

A dohányzási szokások eredményei szerint a fiúk 72,3%-a, a lányok 91,2%-a nem dohányzik. A *Teleki Blanka Gimnáziumban* az eredmények jobbak voltak. A fiúk és a lányok közül 1–1 szívet el napi 20 szálnál többet.

A fiúk 30,8%-a, a lányok 44,1%-a absztinens, a többiek alkoholfogyasztása alkalmi, napi rendszerességgel csak egy lány fogyaszt alkoholt.

A pszichoaktív szerfogyasztást vizsgálva azt találtuk, hogy napi rendszerességgel senki nem használ szert.

A tanulók közül a fiúk 85,1%-a, a lányok 97,1%-a egyáltalán nem használ pszichoaktív szert. A fiúk 4,2%-a havonta, 2,1%-a hetente-kéthetente használ valamilyen szert. A lányok közül egy jelezte, hogy évi 2–4 alkalommal használt valamilyen szert, de a többiek soha.

6. Következtetések

A vizsgált iskolában a tanulók között magas a depressziós tünetek előfordulása. A depressziós tünetek gyakorisága ellenére a csökkentésük és a megelőzésük érdekében alkalmazott lehetőségek hiányosak és elégtelenek. Az esetek jelentős részében a depressziót nem ismerik fel, s nem is kezelik.

Ismereteink szerint az iskolákban nem folyik primer mentális prevenció, holott az iskola erre kiválóan alkalmas lenne, mert a gyermekek itt töltik életük jelentős részét.

Ezért szükség van

- a gyermekkori, fiatalkori depresszió és az öngyilkossági veszély felismerésére az iskolában, valamint a betegek megfelelő kezelésére és tartós gondozására. A felmérésben résztvevő iskolákban is számos gyermek szorulna kezelésre, volna szüksége kognitív viselkedésterápiára, de mivel a felmérés név nélkül történt, nem lehet megállapítani a kezelésre és segítségre szoruló serdülők személyét;

- fokozott figyelmet kell fordítani az alkoholfogyasztás elleni küzdelemre;

- a primordiális prevenció (kockázati tényezők csökkentése) bevezetésére az iskolákban, a mentális egészség fejlesztésére, tanítására, a mentális analfabétizmus kialakulásának megakadályozására (*Kósa, 2008, Kalmár, 2011*);

- a tanárok mentális képzésére, továbbképzésére, amelyben nagyobb szerepet kellene kapnia az internetnek;

- apozitív problémamegoldókészségek, atársakon-fliktusok megoldási készségeinek fejlesztésére, a hatékony stresszkezelés megtanítására az általános iskola felső tagozatában és a középiskolában, mind a pedagógusok, mind a gyermekek körében (*Brent, 2001, Csorba, 2005*);

- (mentális) egészségtan tanítására;

- a tanárok mentális egészségének fokozottabb védelmére;

- a pedagógusképzésben a mentálhigiénés ismeretek oktatására, a hangulatzavarok, a depressziós és szorongásos megbetegedések, valamint az öngyilkossági veszély felismerésére;

- pozitív problémaorientáció megtanítására, illetve pozitív problémamegoldó készségek kifejlesztésére (már az egyetemi képzés során) valamennyi, pedagógiai pályára készülő hallgató számára;

- az internet intenzívebb használatára a prevencióban;
- a média fokozottabb igénybevételére a mentális zavarokkal kapcsolatos attitűdök megváltoztatása, az ismeretek növelése és a stigmatizáció csökkentése érdekében (*Lelki Egészség és Jól-Lét Európai Paktuma, 2008*);
- szülői ismertető füzetek készítésére a tanulók biopszicho-szociális kríziseiről, mentális problémáiról, a depresszió és a szorongás tüneteiről, az öngyilkosság kockázati tényezőiről és a megelőzésről;
- a gyermekpszichiátriai hálózat megerősítésére és elérhetővé tételére minden gyermek számára, függetlenül a tanuló társadalmi, gazdasági státuszától (*Makara, 2007*);
- a szülőket és a tanárokat megkérdő részletesebb, az életemények vizsgálatával kibővített felmérésre és a segítségre szoruló gyermekek megfelelő ellátásának biztosítására.

Összefoglalás

A szerző két budapesti középiskolában, 128 tanulónál vizsgálta a depressziós tünetek előfordulását *Gyermek Depresszió Kérdőív* segítségével. A vizsgálatot kiegészítette *BECK-Depresszió Skálával* és *BECK Szorongás Leltárral*. Az önkitöltő kérdőívek kitöltésekor rákérdezett a tanulók dohányzási, alkoholfogyasztási és pszichoaktív szerfogyasztási szokásaira.

Vizsgálatai során megállapította, hogy súlyos, illetve közepes súlyos depressziós tünetek több tanulónál is megjelentek. Szorongásra utaló tünetek lányoknál magasabb

százalékban fordultak elő, mint fiúknál. A rendszeresen dohányzók aránya a fiúknál magasabb. Pszichoaktív szereket a tanulók jelentős része egyáltalán nem használ. Az eredmények alapján a szerző javaslatokat fogalmaz meg a jelenlegi helyzet javítása érdekében.

Summary

The author examined the incidence of the symptoms of depression among 128 pupils with *Child Depression Inventory*. The author also used the *BECK Depression Inventory*, shortened version, the *BECK Anxiety Inventory*, and questions about customs of consumption of alcohol, cigarette and drugs. In the course of examine was found high, or medial-high symptoms of depression in a few pupil. The incidence of symptoms of anxiety is higher among girls, than among boys. The rate of regular smoker is higher among boys. Most of the pupils never use drugs. By the results, the author take advices for correction of the actual situation.

Köszönettel tartozom a gimnáziumban Rudas Péter Igazgató Úrnak, Zdravkova Elena, Virág Miklós és Vermes Zoltán osztályfőnököknek, a Szakközépiskolában Fenyvesi Gábor Igazgató Úrnak, Ágoston Zsolt, Czegléczy Gábor, Schmidt Vilmos és Hutter Lajosné osztályfőnököknek, akik lehetővé tették és segítették a kutatás végzését. Külön köszönöm Molnár Ferenc Igazgatóhelyettes Úr munkáját, aki mindvégig lelkesen támogatta a munkámban, átértéve a vizsgálat fontosságát. Ez a vizsgálat nélkülük nem valósulhatott volna meg.

IRODALOM

- Brent D. A. (2001): „Assessment and treatment of the Youthful Suicidal Patient”. In: Hendin H.–Mann J. J.: *The Clinical Science of Suicide Prevention*. The New York Academy of Sciences, New York.
- Csorba J. (2005): „Önsértő és öngyilkos magatartás serdülőkorban.” In: *Fejlesztő Pedagógia*, 16. évfolyam, 5–6. szám, 55–57.
- Kalmár S.–Kalmár P. (2007): *Pszichiátriai Szótár*. KALM-R-Bt.
- Kalmár S. (2011): *About mental illiteracy: deficits of mental health promotion and primordial prevention in psychiatry*. www.internstandpsychiatry.com
- Kósa K. (2008): „Prevenció – bevezető.” In: *Orvostovábbképző Szemle*, XV. évfolyam. 3. szám, 18–22.

- Lelki egészség és Jól-lét Európai Paktuma* (Brüsszel, 2008. június 12–13.)
- Makara P. (szerk.) (2007): *Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primér prevenció*. OEI, Budapest.
- Perczel F. D.–Kiss Zs.–Ajtay Gy. (2007): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.
- Schmied-Schwaiger Zs. (2007): „Az iskolai depresszió- és szuicid prevenció lehetőségei és korlátai.” In: Csépe Andrea: *Összefogás a depresszió ellen*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007.
- Szántó K.–Kalmár S.–Hendin H.–Rihmer Z.–Mann J. J. (2007): „A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate.” In: *Arc Gen Psychiatry*, 64(8): 914–920.