

EPIDEMIOLOGIAI FELMÉRÉS A DUNÁNTÚLI SERDÜLŐK PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEIRŐL

CSORBA JÁNOS^{1*} – FICSOR BEÁTA² – HORVÁTH ÁGNES³ –
NAGY EDIT³ – BÓNA ADRIENN³ – SÖRFŐZŐ ZSUZSA⁴ –
STEINER PÉTER⁵ – HARKÁNY ÉVA⁶ – BABRIK ZSUZSA⁶

¹ ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai Kórtani
Tanszék, Budapest

² Fejér megyei Szt. György Kórház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozó,
Székesfehérvár

³ Pécs MJV. Egyesített Egészségügyi Intézmények, Gyermek-Ideggyógyászati Gondozó, Pécs

⁴ Kaposi Mór Oktatókórház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozó, Kaposvár

⁵ Veszprém Megyei Cholnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozó, Veszprém

⁶ Zala Megyei kórház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozó, Zalaegerszeg

(Beérkezett: 2007. április 17.; elfogadva: 2007. október 12.)

A tanulmány bemutatja a „Pannónia” dunántúli serdülőpszichiátriai multicentrikus, keresztmetszeti felmérés célkitűzéseit és eredményeit. A tervezett hét megyéből ötben sikerült a dunántúli régióban klinikai vizsgálatot végezni, s így felmérni minden új, egy év alatt a gondozóban jelentkező serdülő pszichiátriai beteget. A szerzők ismertetik a beteganyag diagnosztikai megoszlását, az elutasítási és lemorzsolódási arányt, a pszichiátriai betegségek kumulatív és egyes incidenciáit, továbbá közölnek néhány kisebbségre vonatkozó és egyéb demográfiai adatot is.

Kulcsszavak: pszichiátriai epidemiológia; keresztmetszeti, klinikai, multicentrikus, regionális vizsgálat; kisebbségi adatok

A pszichiátriai epidemiológia tudományos kutatásai a XX. század közepén indultak, miután átvették a fertőző betegségek kutatásánál használt statisztikai módszereket (Hinterhuber 1982). Előzőleg ún. adminisztratív morbiditási adatok voltak használatosak – ezek főleg Németországban maradtak fenn –, melyek egy kórház, intézet vagy terület beteganyagáról közöltek összesítéseket. A pszichiátriai epidemiológia alapja bizonyára egy 1835-ös királyi rendelet volt, melyben a svéd király összeíratta az országában gondozott elmebetegeket.

* Levelező szerző: Dr. Csorba János, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai-Pszichológiai-Kórtani Tanszék, 1476 Budapest 100, Pf. 127.
E-mail: janos.csorba@barczy.elte.hu

A területi-epidemiológiai tanulmányok igen értékesek voltak abból a szempontból, hogy egy kis migrációjú, zárt világban (sziget, kanton, tartomány stb.) statisztikailag pontosan tudtak számot adni a betegségek előfordulásáról. Kis, zárt közösségeken belül (Guntern, Lüssen, Samső, Izland, Isle of Wight study stb.) kísérték figyelemmel hosszmetzeti követéssel a pszichiátriai panaszokat mutató lakosokat. A hatvanas-hetvenes évek e felméréseinek összehasonlítását (egymással, továbbá a mai adatokkal) már akkor megnehezítette a régi diagnosztikus széttagoltság (pl. a „neurotikus depressziót” hol a depresszív kórképekhez, hol a neurózishoz számították stb.), az amerikai és európai diagnosztikai konvenciók ellentmondásai stb., emiatt pl. a neurotikus megbetegedések lakosságban előforduló százalékos gyakorisági adatai országonként és területenként nagyon eltérőek voltak. Magyarországon Juhász és munkatársainak 1961-es, első csengersimai felmérése nyitotta meg az utat a hazai pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatok számára (Juhász és mtsai 1964).

Lilienfeld definíciója szerint (Lilienfeld és Lilienfeld 1980) a pszichiátriai epidemiológia a populációban felbukkanó pszichiátriai betegségek előfordulásának gyakoriságát és eloszlását, valamint a zavarokat befolyásoló faktorokat kutatja. Earl (idézi Costello és mtsai 2005) különbséget tesz „népegészségügyi” és „tudományos” epidemiológia között, az előbbinek a társadalomban előforduló betegségeket kell követnie és a lakosság betegségi terhein kell könnyítenie, míg az utóbbinak olyan módszereket kell kifejlesztenie, mely segít megérteni az elmebetegségek okait. Az első gyermekpszichiátriai epidemiológiai vizsgálatot Buffalóban végezték 1958-ban egy, a gyermekek problémaviselkedéséről számot adó szülői kérdőívvel (Verhulst és Koot 1992).

Az eddig Magyarországon megvalósult két országos jelentőségű és multicentrikus mintavételű klinikai gyermekpszichiátriai felmérés az ún. Budapest–Szeged felmérés (Kovács 1996; Csorba és mtsai 1999, 2001), valamint a gyermekkori major depresszió genetikai hátterének tisztázását célzó ún. PI-SZE kutatás (1998–2003) (Kiss és mtsai 2005; Tamás és mtsai 2005). Az első (keresztmetszeti) felmérésben a gondozókban kezelt betegek életkori sávja 8–17 éves kor között volt, tehát a vizsgálatban egy kis számú, 14–17 éves serdülő betegpopuláció adatait is vizsgálták, de specifikusan a serdülő életkorúakra koncentrált statisztikai feldolgozás nem készült, illetve nem került publikálásra. A PI-SZE kutatás a gyermekkori depresszió felmérésére és a betegség genetikájának kutatására összpontosított, továbbá nem a serdülőkorra, hanem a gyermekkorra fókuszált, így a depresszió túlúti betegségek egész spektruma kívül maradt a kutatás horizontján. Az Országos Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Intézet periodikus reprezentatív felmérésébe bekapcsolódva egy időkeresztmetszetben már készült

gyermekpszichiátriai betegség, illetve probléma felmérés, ez viszont nem klinikai-epidemiológiai, hanem válogatott életkori korszakban történő lakossági szűrés volt (Gádoros 1996).

Costello és mtsai (2005) nagyszabású áttekintésükben a gyermekpszichiátriai epidemiológia legutóbbi 10 éves fejlődéséről szólva megemlítik, hogy kevés, specifikusan a serdülőkorra vonatkozó lakossági-epidemiológiai felmérés történt eddig Kessler U.S. National Comorbidity Survey vizsgálata óta (Kessler 1994, Kessler és mtsai 2004; Kessler és Walters 1998), s az azokból született közlemények sem fókuszáltak az adolescens életkori sávra. Kessler 479 15–17 éves reprezentatív (lakossági) serdülő mintájában pl. 30 napos prevalenciában 5,8% major depressziós jelenlegi epizódot talált. Más felmérések is (pl. az edmontoni felmérés, Spaner és mtsai 1994) egyhónapos, féléves, éves prevalenciákat adnak meg, mely azt tükrözi, hogy az adott időszámban hány ember szenved a betegségtől (vagy kap rá kezelést), de nem ad számot a szeparáltan fellépő új betegségekről (incidencia). Norquist és Regier (1994) pl. az Epidemiologic Catchment Area longitudinális eredményeiből idézve megadják, hogy egy év alatt a lakosság 12%-ánál alakult ki új pszichiátriai betegség, vagy esett vissza korábbi betegségébe. A major depresszió élettartam-prevalenciája 1,5%-tól 19%-ig terjed az irodalomban (Unoka 2000); Szádóczky és munkatársainak a pszichiátriai betegségek háziorvosi adataiból nyert információi alapján ennek megfelel a 15,1%-os magyar adat is (Szádóczky és mtsai 1996). Ezek a prevalenciamérések nem hasonlíthatók össze az incidencia-adatokkal, tehát nem a hagyományosan ezer lakosra eső új betegséget adják meg.

Costello részletesen tárgyalja a rövid szűrő interjú-módszerek hasznát, és a fejlődést nemzeti és szűkebb geográfiai területek „surveillance vizsgálatai” és longitudinális tanulmányok irányában adja meg. Ebből a szempontból legjobban dokumentált rövid gyermek-serdülőpszichiátriai szűrő módszernek csak a DISC-et és saját, középiskolák által is megbízhatóan felvehető CAPA interjúkötetét találta (Diagnostic Interview Schedule for Children: DISC / Shaffer és mtsai 2000/ és a Child and Adolescent Assessment: CAPA / Angold és Costello 2000/). Az eddigi hazai vizsgálatokban az Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA) (Kiss és mtsai 2005) magyar verziója került kipróbálásra a PI-SZE felmérésben, amely szisztematikusan szűri a beteget a DSM-IV-R szerinti pszichiátriai betegségeket átfésülve, viszont felvétele egy probandussal is több mint kb. egy-másfél óra. Ezért rövidebb interjú után kutatva találtuk meg az alább ismertetendő regionális klinikai kutatásunkhoz a gyermekpszichiátriában is kipróbálásra került MINI diagnosztikai interjút. Itt még egyszer hangsúlyozzuk, hogy a klinikai-epidemiológiai felmérések leletei csak fenntartásokkal vethetők össze a lakossági felmérésekkel. A már idézett Cos-

tello részletesen kitér azokra a tényezőkre, melynek következtében a kezelésre szorultaknak csak töredéke kerül az alapellátás vagy a pszichiátriai szakellátás kezelésébe. Amerikai epidemiológiai felmérések szerint a közösségi felméréseknél azonosított betegségeknek csak mintegy ötöde-fele kerül észlelésre az ellátó hálózatban.

Végül még egy szempontra ki kell térni: arra, hogy miért kevés világszerte – a német nyelvterületet kivéve – a „regionális-klinikai epidemiológiai” felmérés. Külföldön a pszichiátriai ellátás jelentős részét az alapellátás végzi, emellett sokan alternatív, sokféle ellátási utat próbálnak ki a szociális és mentális ellátás szerteágazó hálózatában. Emiatt az elmegondozókban kezeltek csak Magyarországon adnak megbízható, átfogó képet a pszichiátriai betegségek gyakoriságáról, ahol a háziorvos gyakorlatilag nem végez pszichiátriai munkát. Máshelyütt a pszichiátriai centrumokban a pszichiátriai ellátásban részesülő lakosságnak csak egy részét kezelik. A klinikai epidemiológia ugyanakkor nem azonos pusztán a lokális betegstatisztikákkal, hanem lehetőleg egzakt diagnózissal azonosított orvosi esetek, illetve a betegpopuláció által prezentált betegségek biológiai, személyiség-pszichológiai, szociál-pszichológiai háttérfaktorait, okait keresi.

A „PANNÓNIA” MULTICENTRIKUS- MULTIDIMENZIONÁLIS SERDÜLŐPSZICHIÁTRIAI FELMÉRÉS BEMUTATÁSA

A felmérés célkitűzése (l. részletesen Csorba és mtsai 2005, 2007) hét dunántúli gyermekpszichiátriai gondozó egyéves új, 14–18 éves serdülő beteganyagának szociálpszichiátriai és pszichológiai felmérése volt. A cél az egy év alatt észlelt és diagnosztizált új esetek (betegség-incidenciák) meghatározása, a beteganyag diagnosztikai megoszlásának feltárása, a releváns komorbid betegségek meghatározása, valamint a betegségek specifikus pszichológiai faktorainak (stressz tényezők, személyiségpszichológiai tényezők, coping mechanizmusok, diszfunkcionális attitűdök stb.) a feltérképezése volt. A klinikai diagnózis megerősítésére a MINI Plusz kérdőív szolgált. Az első közleményben ismertettük részletesen a tesztbattériába bevont egyes kérdőíveket, indokoltuk használatukat, a felmérés futamidejének lezárulásával jelen tanulmányban a vizsgált betegek diagnosztikai megoszlásának első, globális statisztikai áttekintését nyújtjuk.

A „Pannónia” felmérés futamideje egy évre volt tervezve, amit fél évvel négy megyében meghosszabbítottunk. Az egyes gondozók lépcsőzetes belépése miatt (legkorábban Székesfehérvár, 2004. szeptember) így a felmérés mindenhol lefedett egy teljes naptári évet (2005). Az öt megyében

indult vizsgálat két Közép-dunántúli megyében (Veszprém, Fejér) és három Dél-dunántúli megyében (Somogy, Baranya és Zala) valósult meg oly módon, hogy új eset regisztrálásra és szűrésre került. (A Zala megyei gondozó adatait – mivel ők fél éves csúszással kapcsolódtak be – a korábbi közlemények még nem tartalmazták.) Tolna és Győr-Sopron-Moson megyékben compliance- és a helyi kapacitás hiánya miatt a felmérés nem tekinthető reprezentatívnak. Szekszárdon fél év után megszakítottuk a szűrést, Győrben pedig egy kis kontingens kivételével MINI Plusz diagnózisok nem születtek.

Az egyéves periódus alatt számítható incidencia adatok, illetve a betegséggyakoriságok elvileg összevethetők egyéb, pl. külföldi régiókban mért adatokkal (pl. Steinhausen statisztikája a nyugat-berlini régiót ellátó Freie Universität Gyermekepszichiátriai klinikáról /Steinhausen és Göbel 1981 a, b/, vagy Döpfner újabb, „négyklinikus” felmérése /Döpfner és mtsai 1997/), s ha két régió között jelentős különbség van az új pszichiátriai betegségek fellépésének gyakoriságában, akkor ki lehet deríteni a valószínűsíthető háttértényezőket. A legkisebb, a kutatásokban még fellelhető felmért régió az iskolakörzet, ahol pl. Garrison és mtsai 247 gyermek-szülő párt a kiddieSADS kérdőívvel meginterjúvolva 3,3–3,4%-os major depresszió és disztímia incidenciát mértek (Garrison és mtsai 1997). De az egyes betegségincidenciákat különféle szempontok miatt mégis óvatosan kell kezelnünk. Először is, az ilyen epidemiológiai felmérések leletei nem feltétlenül egyeznek azokkal a statisztikákkal, melyeket a gyermekpszichiátriai gondozók az egészségügyi hatóságnak adnak le minden év végén. Az év végi aggregált statisztikák ugyan tartalmazzák a BNO kódot a kartonban feltüntetett orvosi diagnózis alapján, de torzítási tényező, hogy a gondozók a minél jelentősebb forgalom lejelentésében érdekeltek, továbbá a finanszírozási szempontok által befolyásolt diagnózisok nem fedik mindenben a valódi diagnózisokat. Emiatt több kutatásban nem fogadják el epidemiológiai felmérésként pusztán az orvosi-klinikai diagnózisokat, hanem azok pontosságát modernabb interjú-módszerrel kell verifikálni. A hazai gyakorlatban a klinikai diagnózist a gondozókban csak igen kis mértékben erősítik meg diagnosztikai interjúk, vagy független tesztek, illetve kérdőív leletek. Az összehasonlítást szintén gátolja, ha időközben a diagnosztikai rendszer változik (pl. DSM-III-ról áttérés IV, IV-R diagnózisokra), vagy ha nem azonos tesztbattériával történik a betegségek felmérése és összevetése. A kölni gyermekpszichiátriai klinika által vezetett vizsgálat például négy régióban mérte fel az új klinikai beteganyagot, de a CBCL által adott globális diagnosztikai dimenziók (pl. internalizáló zavarok) nem vethetők össze a DSM-BNO rendszer diagnosztikai kategóriáival. Végül megemlítjük, hogy vannak gondozók, ahol az új betegeket – betegség-in-

cidencia! – nem, hanem csak az összesített periódus-prevalenciákat jelentik le, tehát azt adják meg, hogy egy naptári évben hány beteget gondolnak az adott diagnózissal, függetlenül attól, hogy a gyerek mikor került kezelésbe. A ténylegesnél alacsonyabb incidencia-adataink abból is eredhetnek, hogy (lásd lejjebb) csak a ténylegesen gondozásba vett/kezelt populációról készült tesztbattéria, az egyszer észlelt esetekről és a lemorzsolódottakról nem.

Beválasztási kritériumok

A felmérésben részt vevő dunántúli megyékben egy év alatt megjelent minden új 14–18 éves serdülő pszichiátriai beteg részt vett a vizsgálatban, akit a gondozó első alkalommal észlelt, vagy olyan serdülő, akit korábban már gondoztak, de legalább két éve egy alkalommal sem jelent meg kontrollon, illetve akik nem feleltek meg az alábbi kizárási kritériumoknak. Mindent összevetve nem töltötték ki a tesztet a következők:

1. Akik elutasították a részvételt (a szülő és/vagy a serdülő gyermek).
2. Akik pszichózisban, mentális retardációban, pervazív fejlődési zavarban, valamint egyes iskolai képességzavarokban szenvedtek (kivétel Székesfehérvár, ahol a tesztkérdéseket felolvasták pl. a dyslexiás gyerekeknek is), továbbá azok is kimaradtak, akik a vegyes ellátás jellegű gondozóban (Győr) neurológiai zavarban szenvedtek.
3. Az egy alkalommal megjelent serdülők. Azokról van szó, akiknél a probléma, illetve a betegség annyira enyhének bizonyult, hogy egy megjelenés után nem volt szükség arra, hogy kezelésre, kontrollra visszajöjjenek. Ezek a betegek tehát nem kerültek kezelésbe, terápiában nem részesültek. Ezekben az esetekben diagnózis (nemritkán sine morbo) ugyan született, de könnyen belátható, hogy itt nem volt eszünkön ahhoz, hogy a gyermeket, vagy a szülőt a teszt kitöltésére motiváljuk.
4. Az adminisztratív esetek (igazolásért vagy javaslatért jöttek), a területen kívüli betegek (a vizsgálatba nem bevont megyékből), valamint a felmérési idő alatt a más (a Pannónia vizsgálatban részt nem vevő) megyébe elköltözöttek (ez utóbbi az egész anyagban kevesebb, mint 10 fő).
5. Olyan, heveny kórképpel osztályra felvett betegek, akik nem feleltek meg az ambuláns (járó-betegellátó) kritériumnak (pszichózis, illetve drogbetegség).
6. Konzíliumi esetek, akik gyermekosztályon feküdtek (viszont bekerültek a felmérésbe, ha a gyermekpszichiátriai gondozóban a fekvő-beteg-intézeti kezelés lezárulása után jelentkeztek, és új betegként regisztrálták őket).

7. Akiknél nem teljesült „fizikális” értelemben a gondozói megjelenés, miután vannak olyan gondozók, ahol a telefonos bejelentkezést, vagy a szülő egyedüli, első látogatását már új betegként regisztrálják. (Természetesen, ha második alkalommal már jön a gyerek, akkor bekeverültek a vizsgálatba, de igen sok telefonos előjegyzés után a család mégsem jelentkezik a megadott időpontban).
8. Végül drogbetegek, ők, ha egyáltalán első észlelésre kerültek, kezelésre átkerültek az addiktológiai ambulanciákra, így beteganyagunkban drogfogyasztó fiatal csak elvétve fordult elő.

A vázolt kritériumokon kívül a tesztbattéria adminisztrálásának helyi sajátosságai is befolyásolták, esetenként megakadályozták, hogy a kritériumokat teljesített célpopuláció minden megjelent egyede részt vegyen a felmérésben. A helyi sajátosságoknak megfelelően, illetve a vezető döntése alapján igen eltérően alakult a tesztbattéria adminisztrálása az egyes gondozókban. Volt, ahol a második megjelenés szinte kötelezően a teszt kitöltéséhez kapcsolódott, a tesztkérdéseket felolvasták, vagy a gyerek azt a kontroll időpontjaiban a gondozóban kitöltötte (Fejér, Baranya megyék). Más helyen nem tudtak erre helyiséget biztosítani, vagy egyéb okból (sok vidéki beteg a gyengébb közlekedési viszonyok miatt az orvosi kontroll után nem tudott egy órát tovább maradni stb.) kézbe adták a kérdőívet, és a gyermekekre, illetve a családra bízta, hogy kitöltés után a legközelebbi kontrollra hozzák azt vissza, máskor a gondozóban kezdte el a gyerek a tesztet kitölteni, amit otthon folytatott (Somogy, Veszprém, Zala megyék). A kitöltésre minden esetben az orvos azzal buzdította a családot (gyereket), hogy a teszt adatai elősegítik, hogy jobban megismerjük a serdülő betegséget, hogy pontosabb diagnózis szülessen (indirekt motiválás).

A továbbiakban a heterogén eredmények és a széttagolt szempontok miatt az eredményekhez rögtön hozzáfűzzük szakirodalmi adatokkal alátámasztott megjegyzéseinket, majd a közlemény végén vonunk le egységes következtetéseket.

Elutasítás, lemorzsolódás, részvételi arányok

A kizárási kritériumokon kívüli leggyakoribb ok, hogy nem készült teljes tesztmappa; lemorzsolódás volt, de a vizsgálati design úgy volt megtervezve, hogy a hiányosan kitöltött tesztbattériát is fel tudtuk dolgozni. A lemorzsolódott létszámot, illetve a komplett tesztmappa elmaradásának okait négy részre lehet osztani.

1. A serdülők egy része javulás vagy gyógyulás után, néhány hét múlva úgy maradt el a pszichiátriai gondozásból, hogy emlékeztetés ellené-

re sem hozta vissza a tesztbattériát: ez volt a ritkább eset, gyakoribb volt, hogy hiányosan adta vissza a tesztanyagot. Ez jellegzetesen a serdülő ingatag motivációs hátterére utal. Az inkomplett anyagot a statisztikai feldolgozás számára meg tudtuk őrizni, tehát csak a valóban vissza nem hozott anyag veszett el. A serdülő terápiában maradt, illetve megmaradt a kapcsolata a gyermekpszichiáterrel, de a tesztbattériával szemben ambivalens volt, nem utasította el nyíltan, de ugyanakkor unszólásra sem töltötte ki (indirekt elutasítás), vagy több hónap után hozta vissza, ami már nem tükrözi a felvételi állapotot. Természetesen, a kezelésnek nem volt feltétele a maximális együttműködés a tesztkitöltés vonatkozásában, senki nem került kizárásra a számára szükséges kezelésből csak azért, mert non-compliance magatartást mutatott a tesztlapok kitöltésében.

2. A hiányos anyag második csoportjában nem készült MINI konfirmáció, mert a gyermek az előtt maradt el a kezelésből, hogy az orvos fel tudta volna vele venni a diagnosztikai interjút. Ennek a csoportnak az anyagát is fel tudtuk használni.
3. A harmadik csoport jelent lényegében valódi lemorzsolódást (egyszer megjelent betegek), ebben van szerepe az orvosnak, mert az esetek súlyossági megítélése az orvoson múlik. Abban az esetben, ha a gondozó kapacitása bármely okból beszűkül (az orvos betegsége, kevés pszichiáter, kevert neurológiai-pszichiátriai ellátás), ott az orvos kevéssé érdekelt abban, hogy minden jelentkező, rászoruló, új beteget terápiába vegyen. Ezekben az esetekben gyakrabban kapja a beteg azt a tanácsot, hogy „nagyobb probléma vagy szükség esetén jelentkezzen”, vagy jellegzetesen egyre későbbi kontroll időpontot kap (4–5 hét vagy még később), ahol a lemorzsolódás veszélye – tehát hogy a beteg nem jön másodszor, vagy közben a család más orvos után néz – meghatványozódik. Itt tehát ténylegesen beteg eseteknél fordul elő, hogy nem részesülnek megfelelő kezelésben. Ez a szempont inkább a gondozó kapacitására jellemző, és nem a gyermek motivációjának hiányára utal. Ide kapcsolódik az a néhány gondozóban előforduló gyakorlat is, amikor az első megjelenés során még nincs találkozás a pszichiáterrel, hanem középkáder, szociális munkás, szociálpedagógus stb. méri fel a probléma súlyosságát (pl. Zala megye), és csak a referáló ülés után kerül az eset a gyermekpszichiáterhez.
4. Nem dolgoztuk fel azokat a tesztek, ahol a serdülő beteg – igen sokszor disszociális magatartás diagnózisával – szándékosan rosszul, félreérthetően vagy összevissza, komolytalanul jelölte be a válaszokat, ami így tehát nem tükrözött valósághű állapotot az adolescensről, továbbá a sine morbo esetek sem kerültek be a feldolgozásba.

Az elutasítás mértékét feltételezésünk szerint több tényező befolyásolhatja (forgalom nagysága, a személyzet meggyőző képessége stb.). A teszt kitöltésének megtagadását nem az összforgalom arányában, hanem a kritériumbetegek arányában adtuk meg (1. táblázat). Látható az adatokból, hogy az elutasítás 8–24% között ingadozik. Felmérésünk alapján nem mondható, hogy az elutasítás arányát a gondozó forgalma befolyásolná (nagy és kisebb forgalmú gondozókban vegyesen van nagyobb és kisebb elutasítási ráta), vagy ahol a gondozó nagyobb hangsúlyt helyezett a beteg meggyőzésére és kontrolljára (Fejér, Baranya m.), ott az elutasítás lényegesen alacsonyabb lenne, mint azokban az esetekben, ahol a teszt kitöltésének megtagadását a személyzet indoklás nélkül vette tudomásul. Az elutasítás mögött ezért valószínűleg a gyermek karakterében rejlő okok a fő motívumok.

Az elutasítási arányt felmérésünkben nem ítéltük magasnak. Az elutasítás mértékét több tényező befolyásolja, a szakirodalom felveti a vizsgálatokban az önkéntesség kérdését. Non-gratis, non-incentive volunteernek, álnkéntesnek nevezik azokat a válaszadókat, ahol a felmérés valamilyen felhívó karaktere miatt a vizsgálati személyt érdekeltté teszik a részvételben. A motivált kliensekkel dolgozó felméréseknél is 5–42% között ingadozik az elutasítási arány, igaz, hogy ebben benne vannak a kísérletes pszichológiai vizsgálatok (Bungard 1984), továbbá a kérdezett túlterhelése (túl sok kérdés, nem jól érthető kérdések) miatti részleges elutasítás adatai is. Ott, ahol gratifikációt, bármilyen előnyt kilátásba helyeznek a kitöltő személynek, ott a várható elutasítás alacsonyabb mértékű (esetünkben a gyermeket és a szülőt az motiválhatta, hogy a beteg pontosabb diagnózist kap, a terápia sikeresebb lehet, továbbá nem hanyagolható el az orvos/beteg relációban a beteg kiszolgáltatott helyzete, tehát a szülő, észlelve az orvos elvárásait, esetleg nem merte elutasítani a teszt kitöltését). Lakossági szűréseknél, ahol, dacára a kérdezőbiztosok ügyességének, a kérdezett-

1. táblázat. Elutasítási arány megyénként és összesen

Megyék	Elutasító betegek száma / kritériumbetegek száma	Elutasító betegek aránya (%)
Baranya	21/226	9,2
Veszprém	20/83	24,0
Fejér	8/96	8,3
Somogy	9/89	10,1
Zala	10/69	14,5
Tolna	nincs adat (az elmaradt teszteken belül nem differenciálták)	
Győr-Moson	nincs adat (az elmaradt teszteken belül nem differenciálták)	
Összesen	68 / 563	12%

tek kevésbé érdekeltek a szociológiai kérdések ügyében, nagyobb az elutasítási arány. Kivételt jelent ebből a szempontból a legjobb vizsgálat a NIMH Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) felmérése (Lahey és mtsai 1996), ahol a 7500 háztartást felkereső kérdezőbiztosok mindössze egyszázalékos (!) elutasítást találtak. Kopp például az országos magatartás-epidemiológiai felmérésben 19%-os visszautasítási arányt dokumentált (Kopp és Pikó 2001). Az is ronthatja a részvételi kedvet és együttműködést, ha túlzottan énközel információkra kíváncsi a kísérletvezető, vagy a nevezettre nézve hátrányos lehet, ha valós információt ad. Az előbbire jó példa, hogy a drogfogyasztásra vonatkozó felmérésekben magas az elutasítási arány, az Ifjúság 2004-es felmérése szerint pl. 8–20% (Bauer és Szabó 2005). Utóbbira jó példa, hogy a család, illetve a szülők jövedelmére vonatkozó kérdésekre a Magyarországon elterjedt „szürke” jövedelmi források miatt a kapható információk csak korlátozott megbízhatóságúak.

Bűnöző fiatalokra vonatkozó amerikai felmérésre a szülők feltűnően magas elutasítási aránnyal reagáltak (6–42%) (Behring 2002). Drog- és alkoholfogyasztók felmérésénél megfigyelték, hogy a felnőtt páciensekhez képest a serdülők több mint 10%-kal rosszabb válaszadási arányt mutatnak (91,6% és 79,8%) (Elekes és Paksi 2003).

A 2. táblázatban látható megyénként a kritériumoknak megfelelt serdülőpszichiátriai betegek éves forgalma és a teszttel felmért betegek száma, valamint a kettő százalékos aránya (a sine morbo diagnózisú mappákat nem dolgoztuk fel). Látható, hogy 60–80% között mozog az „eligibilitás” az öt megyében. Szekszárdon a kezdetben deklarált együttműködés után menet közben derült ki a kollaboráció- és motivációhiány, így itt minimális esetszámot kaptunk (15 eset), emiatt fél év után lezártuk az ottani felmérést. Eltérő okból Győrben szintén kis esetszámot kaptunk (35 beteg). Itt ugyanis a közös neurológiai-pszichiátriai ellátás, az (egy) ellátó szak-

2. táblázat. Az egy év alatt a gondozóban megfordult összes serdülő, továbbá a felmért és a kritériumoknak megfelelt serdülő betegek, valamint egymáshoz viszonyított arányuk megyénként

Megyék	Összes serdülő	Kritériumbeteg	Felmérés	N (%)
Baranya	341	226	168	74,3
Veszprém	126	83	66	79,5
Fejér	114	96	60	62,5
Somogy	120	89	54	60,6
Zala	128	69	44	63,7
Összesen	829	563	392	68,1

ember túlterheltsége miatt a gondozó pszichiátriai kapacitása limitált volt, a MINI diagnosztikai becslést nem a kezelőorvos, hanem jelen tanulmány első szerzője végezte. Ezek alapján a „Pannónia” adatok elsősorban közép- és dél-dunántúli forgalmára referálnak és csak öt megyére (Veszprém, Fejér, Somogy, Baranya, Zala) tekinthetők – a gondozói betegek szempontjából – reprezentatívnak. A kritériumoknak megfelelt serdülők átlag 70%-a töltötte ki a kérdőívet, a fennmaradó kb. 30% nagy része megoszlik az „egy megjelenés” kategória és a lemorzsolódás (elkezdte, de nem adta le a kérdőívet) között.

Nehéz következtetést levonni azzal kapcsolatban, hogy milyen tényezők befolyásolják azt, hogy a kritériumot teljesítő betegekről végül is készül-e tesztbattéria vagy sem. Valószínűsíthető, hogy ezen a téren elsősorban a személyzet állhatatosságának van szerepe (a legtöbb gyermek több részletben készítette el a gondozói vizitek során a mappát, és számon kellett tartani, hogy ki hol tart), de ez a mappa-arányokban táblázatunkban nem tükröződik. Nem igazolódik az a feltevés sem, hogy a nagyobb pszichiáter-létszámot felmutató gondozókban nagyobb hatékonyságot kapunk, vagy hogy a kis ellátó kapacitású gondozóknál az elnyújtottabb kontroll-időszak miatt kevesebb komplett felmérést tudunk csak végezni. Kétségtelen, hogy a legalacsonyabb eligibilitást az egy pszichiáter által ellátott Somogy megyében kaptunk, de a Dunántúlon a második legnagyobb orvos létszámú székesfehérvári gondozónak csak 2%-kal több beteget sikerült elérnie. Valószínű, hogy itt a válaszadókban rejlő okoknak nagyobb szerepe van.

Életkori, nemi megoszlás

Az egyéves vizsgálatban az öt megyében összesen 392 tesztmappa készült. Ebből 309 főnek volt MINI Plusz diagnózisa is – csak az ő adataikat dolgoztuk fel. 98 fiú és 211 lány töltötte ki a kérdőíveket. Látható, hogy a fiú-lány arány szinte pontosan 1:2. (2,1). Az életkori megoszlást és a nemi bontást a 3. táblázat mutatja be. Az öt megyében egyébként a serdülő lányok és fiúk lakossági aránya nagyjából egyenlő (2–300 fő különbséggel), tehát nem a lakossági számarány eltérése okozza a lányok kétszeres számbeli fölényét. Közismert tapasztalat egyébként, hogy a serdülőpszichiátriai betegek között több a lány. A lányok és a fiúk belső életkori arányai ugyanakkor kiegyensúlyozottak, 10% a „szélső” életkorok aránya (14 és 18 évesek), a 15–16–17 évesek a két nemben nagyjából ugyanazon százalékos előfordulással szerepelnek.

Az életkori átlag 16,1 év volt (fiúk 16,0; lányok 16,2 év). Külföldi gyermekpszichiátriai kimutatások szerint nagyobb a fiúk aránya a kezelésre

3. táblázat. Életkori és nemi bontás az öt megye gondozói anyagában (%)

	Fiú	Lány	Összesen	%
14 éves	10	13	23	7,4
15 éves	26	53	79	25,6
16 éves	26	69	95	30,7
17 éves	20	47	67	21,7
18 éves	16	29	45	14,6
Összesen	98	211	309	100,0

jelentkezetteknél (Achenbach és Edelbrock 1981), továbbá patológiájuk feltűnőbb, és jobban zavarja a környezetet, mint a lányok inkább internalizáló tünetei (érzelmi és hangulati tünetek). Itt azonban nem szabad elfelejteni, hogy a gyermekpszichiátriai statisztikákat a fiúk számbeli túlsúlya a 8–12 életév sávjában a fiúk arányának növekedése irányába tolja el; a mi serdülő anyagunkhoz (14–18 évesek) mérhető analóg nemzetközi epidemiológiai vizsgálatot nem találtunk. Tapasztalati és globális betegforgalmi jelentések alapján a serdülőkori pszichiátriai megjelenéseknél sokkal nagyobb a lányok aránya, mint a fiúké, s ez fokozottan érvényes a kezelést kapott populációra. Angold kutatásai alapján (Angold és Worthman 1993; Angold és mtsai 1998) a pubertás után a lányoknál a depressziós megbetegedések aránya a fiúk számarányát elhagyva erősen emelkedik, amit a legtöbb kutató a depresszióval oki összefüggésbe hozható neurohormonális változásoknak tulajdonít.

EREDMÉNYEK

A serdülők diagnosztikai megoszlása a közép- és dél-dunántúli gondozókban

A 4. táblázat az egyéves, új betegforgalom kumulatív incidenciáit mutatja ezer serdülőre, megyénként, valamint összesítve, Verhulst módszerével (Verhulst és Althaus 1988; Verhulst és Koot 1992); a nevezőben az adott megye 14–18 éves lakosságának száma szerepel. Prevalenciát nem számolhattunk, mert nincs adatunk a korábbirol továbbvitt-gondozott populáció nagyságáról. Viszont mind a hét megyére tudtunk incidenciát számolni, mert ehhez elegendő ismerni a jelentkezett betegek számát és az adott megyében élő serdülők létszámát.

Látható, hogy összesítésben 1000 serdülőre átlag 7 új serdülőpszichiátriai beteg jut megyénként. A betegek – bár erről nem készítettünk külön statisztikát – a tapasztalatok szerint általában beutalóval érkező, kevésbé

belső meggyőződésből jelentkező serdülők. Egyéb, irodalmi szempontokat is figyelembe véve a „betegként jelentkezés” témaköréhez: a felmérések szerint a gyermekpszichiátriai beutalásokat a gyermek pszichopatológiáján kívül, sőt, annál jobban befolyásolja a szülők toleranciája, reakciói, betegségminősítése. Ezenkívül, Shepherd kimutatása szerint, ha a szülőnek saját, esetleg homológ tüneteket mutató betegsége van (pl. a gyermekén észleli saját jelen vagy volt depressziós tüneteit), akkor fokozottan érzékeny a problémára (Shepherd és mtsai 1965). A családban előforduló pszichiátriai betegség esetén a családnak már van információja az ellátórendszeréről, ez is befolyásoló tényező lehet. A szolgáltatás igénybevételét (service use) csökkentő tényező, hogy igen sok pszichiátriai beteg nem a szakellátásban keres segítséget, hanem valószínűleg a „labeling” beskatulyázó hatásától és a gyógyszerektől félve, inkább (vagy előbb) alternatív, nem-pszichiátriai segítségforrás után néz (ifjúsági tanácsadók, életmódtanácsadás, természetgyógyászati módszerek, önszolgáltató egyesületek stb.), ezért pl. Leaf és munkatársai kimutatása (1996) szerint a definitív pszichiátriai betegséggel küszködőknek csak kevesebb, mint 25%-a jelenik meg a szakellátásban.

A megjelenések gyakoriságát módosító tényező továbbá, hogy egy-két megyében a megyeszékhelyen kívül működik egy-egy kisforgalmú városi gyermekpszichiátriai gondozó (pl. Bicske, Marcali), továbbá kis számban a megyei nevelési tanácsadók is kezelnek serdülő betegeket enyhébb pszichológiai-pszichiátriai problémákkal (ezek viszont nem egészségügyi intézmények). A megyeszékhelyek gyermekpszichiátriai gondozói így nem mindenhol fedik le a régió gyermekpszichiátriai új betegeinek teljes spektrumát.

4. táblázat. Kumulatív egyéves incidencia megyénként és az ezer serdülőre számított kumulatív incidenciát (összes pszichiátriai betegség, összes serdülő)

Megyék	CI*	CI / 1000 fő
Baranya	341 / 25 024	13,6
Veszprém	126 / 23 238	5,4
Fejér	114 / 27 813	4,1
Somogy	120 / 21 115	5,6
Győr-Moson	257 / 27 924**	9,2
Tolna	77 / 15 920**	4,8
Zala	128 / 17 788	7,2
Átlag	1163 / 158 822	7,3

* összes új beteg / az életkori csoport megyei létszáma (KSH adatok a hét megye 14–18 éves korcsoportjairól / Pachmann 2005/)

** az adatok kiszámításához nem kellett a Pannónia felmérésben részt venni

Az adatok elemzésénél figyelembe kell venni továbbá a gondozói terápiás létszám jelentős módosító hatását. Például a kiugróan magas baranyai incidenciát elsősorban az okozza, hogy 4-5 pszichiáter szakorvossal sokkal több beteget lehet felvenni és pszichoterápiásan is ellátni, mint azon a helyen, ahol egy szakorvos végzi a betegellátást. A többiekénél szintén kétszer magasabb győri arányt az okozza, hogy itt a kevert gyermekneurológiai-gyermekpszichiátriai rendelés miatt a két szakorvos egy nagyobb beteglétszám gyorsabb, rövidebb idejű átfuttatását végzi.

Magyarországon – ellentétben Nyugat-Európával – a megyei szinten nyújtott ellátás az ismert ellátási gondok miatt nem azonos színvonalú a szakemberekkel jóval jobban ellátott fővárosi intézetekben, vagy a vidéki egyetemi centrumokban kapható szolgáltatásokhoz képest. (Ez a „geográfiai diszparitás” nem ismeretlen a nagy területű országokban pl. az Egyesült Államokban sem. Sturm és mtsai (2003) pl. rámutatnak a pszichiátriai ellátócentrumok elérhetőségének jelentős régiónkénti különbségeire.) Ezért megfontolásra érdemes, hogy a jobb ellátást nyújtó helyek elszívó hatását figyelembe vettük-e, valamint gondoltunk-e arra, hogy pl. az országos vonzáskörű intézetek kutatási profilja (pl. Vadaskert: evészavarok, kényszerbetegség, OPNI gyermekosztály: szkizofrénia stb.) előidézheti-e, hogy a betegek egy része inkább a fővárosban keres kezelő intézményt, s emiatt a regionális incidenciadatok a valóságosnál kisebbek?

Nem végeztünk felmérést, hogy a regisztrált esetek megfordultak-e más helyeken, illetve csak néhány esetről tudunk, ugyanakkor a tapasztalatok szerint a szülők inkább csak akkor próbálkoznak (kis számban) azzal, hogy fővárosi intézményhez keressenek kapcsolatot, ha helyben nem kapják meg az elvárásaiknak megfelelő szintű kezelést. Sok helyen a megyei gondozó a súlyosabb, vagy kivizsgálandó eseteket az OPNI-ba vagy a Vadaskert kórházba küldte tovább. Az új esetek ilyenkor helyben is regisztrálásra kerülnek. A „klinikai” epidemiológiai felméréseknél arra is gondolni kell, hogy az egyes betegségek enyhébb vagy tünetszegény formáival (küszöb alatti, „subthreshold” kórképek) a közösségi alapú tanulmányok szerint a lakosság együtt él és (legalábbis: még) nem jelentkezik orvosnál vagy a gondozóban, ezért az egészségügyi regisztrálás tehát egy bizonyos súlyossági szintet is jelent. Így a betegségtünetekre vonatkozó incidenciarányok (Kopp és Pikó 2001) lakossági szűréseknél nagyobbak, mint a manifeszt kórképre vonatkozó klinikai-epidemiológiai felméréseknél.

A begyűjtött tesztanyagunk nem az öt megye teljes egyéves, új, serdülő betegeket, hanem az egy év alatt ténylegesen kezelésbe/gondozásba vett új, és verifikált diagnózissal rendelkező 14–18 éves betegeket ölelte fel. Átlagosan így ezer serdülőre 7 serdülőpszichiátriai kezelt eset jut egy évben az öt dunántúli megyében. Figyelembe véve a lokális ellátóhelyek ismert

túlterheltségét (nincsenek helyi tartalék terápiás kapacitások), ez a kezelési ráta igen kicsi, ha arra gondolunk, hogy a kezelésre szorulóknak száma világszerte kb. két-ötszöröse a terápiában részesülők számának, tehát a „service use” igénybevétele alacsonyabb a kívánatosnál.

A kezelt pszichiátriai betegségek gyakorisága

Az 5. táblázatban mutatjuk be a betegségek gyakorisági megoszlását az öt megyében, továbbá az ezer serdülő lakosra jutó betegek számát. A 392 esetben 79%-ban szerepel MINI interjúval konfirmált klinikai diagnózis,

5. táblázat. A betegségek (új, kezelésbe vett betegek) százalékos gyakorisága és kumulatív incidenciáráta a dunántúli megyékben (CI/1000 fő),
kiemelve a 10% feletti gyakoriságokat
(A többes diagnózisok miatt az összesített %-os arány meghaladja a 100-at)

Diagnózis	%-os gyakoriság	CI/1000 fő
<i>Major depresszió jelen + múlt epizód</i>	40,4	1,38
<i>Disztímia</i>	14,8	0,49
<i>Szuicid magatartás</i>	21,4	0,70
<i>Önsértő magatartás (OSI*)</i>	19,6	0,74
Mánia	1,2	0,05
<i>Pánikzavar</i>	10,2	0,32
Agorafóbia	3,3	0,13
<i>Szociális fóbia</i>	13,6	0,44
Specifikus fóbia	1,7	0,07
Kényszerbetegség	1,3	0,05
Post-traumás stressz-zavar	2,3	0,09
Alkohol dependencia	3,0	0,13
Pszichoaktiv szer dependencia	3,3	0,13
Anorexia nervosa	1,2	0,05
Bulimia	0,7	0,03
Generalizált szorongásos zavar	15,5	0,55
Szomatizációs zavar	7,0	0,28
Magatartászavar	7,4	0,30
Hyperaktivitás-figyelemzavar	3,2	0,13
<i>Alkalmazkodási zavar</i>	25,9	1,07

* Ottawa Self-Injury Inventory (OSI) az önsértő magatartás felmérésére

21%-ban csak a kartonban feltüntetett BNO diagnózisra támaszkodhattunk. Látható, hogy a leggyakoribb diagnózis a gondozókban a serdülőknél az affektív kört érinti, ezen belül is major depresszió diagnózist kapott a betegek egyharmada. A második leggyakoribb kezelésben részesített pszichiátriai anomália az alkalmazkodási zavar volt, ehhez tudnunk kell, hogy igen sokszor első vagy „kímélő” diagnózis, hiszen mindannyian tudjuk, hogy sok, a gondozóban felbukkanó probléma átmeneti jellegű, halmozódó stressz, aktuális kiváltó tényező, megterhelés szinte minden esetben előfordul, és ismert az a tény is, hogy sokan vonakodunk „nagy”, vagy „endogén” diagnózist adni, amíg nem látjuk a kórkép lefolyását vagy ismétlődését. A szuicid magatartás (önálló diagnózis-entitás a MINI Plusz interjúban) és az önsértés 20% körüli előfordulása nem meglepő, mint ahogy a magatartászavar 10%-os előfordulása sem. Érdekes, hogy a szorongásos zavarok közül a szociális fóbia és a GAD a legjellemzőbb a serdülőpszichiátriai betegekre.

Tudjuk a felnőtt-pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatokból (pl. Epidemiologic Catchment Area, ECA: Norquist és Regier 1994), hogy felnőttkorban a major depresszió, a szorongásos zavarok és az addiktív zavarok a leggyakoribb pszichiátriai problémák. Mint ismeretes, az addiktív zavarok már a serdülőkorban elkezdődnek, de előfordulási csúcspontjukat csak a felnőttkorban érik el, viszont a másik két betegség egyaránt „első-második helyezett” felnőtteknél és adollescens korban is.

Néhány betegség feltűnően ritka. Az evészavaros és a szomatoform betegek alacsony számának legfőbb oka az lehet, hogy ezeken a területeken a nagy ágylétszámmal rendelkező gyermekosztályok erős elszívó hatása érvényesül (kevésbé stigmatizáló ott kezelni a betegséget, mint gyermekpszichiátriai ellátóhelyen), de felmerülhet, hogy a vidéki lakosság táplálkozással kapcsolatos attitűdje más lehet, mint a városiaké, s ezek a különbségek regionálisan is fennállhatnak – ilyen vizsgálatokról csak utalásokból tudunk (Resch 1992).

Egyes betegségeket nem elsősorban a gyermekpszichiátriai gondozóban észlelnek, így pl. az alkohol- és drogbetegek túlnyomó többsége már serdülőkorban is az addiktológiai ambulanciákon fordul meg, ezért az alkohol/drogfogyasztás frekvenciája anyagunkban elhanyagolható. Igen alacsony a figyelemzavar és a magatartászavar aránya. A figyelemzavaros és magatartászavarban szenvedő gyermekek egy része nevelési tanácsadókban áll kezelés alatt, esetleg a súlyosabb eseteket a gyermekpszichiátriai ambulanciára irányítják. Ezen a téren azt is figyelembe kell venni, hogy serdülőkorban közismerten jóval alacsonyabb a figyelemzavar és az újonnan észlelt viselkedészavar gyakorisága, mint kisgyermekkorban. Az új önsértő betegek reális száma viszont a feltüntetetténel valószínűleg nagyobb,

mert sok új eset a nevelőintézetekben, illetve az egészségügyön belül a sürgősségi-sebészeti ambulanciákon bukkan fel, tehát ők nem jelennek meg a gyermekpszichiátriai statisztikákban.

A dunántúli régió gondozóiban kezelt betegekre vonatkozóan tehát 3000 egészséges serdülőre egy évben 4 új major depressziós beteg jut, 1000 serdülőre egy alkalmazkodási zavar, 1500-ra egy szuicid magatartású és egy önsértő adolezcens beteg, 2000 serdülő lakosra jut 1-1 szorongásos zavar, disztímia, szociális fóbiában vagy magatartásban szenvedő adolezcens fiatal.

Látható, hogy *serdülőkorban is a legnagyobb morbiditású pszichiátriai betegség a major depresszió*. A felmérésben a második legnagyobb morbiditású betegség – ez szintén nem váratlan – az alkalmazkodási zavar volt. A gyakori „alkalmazkodási zavar” diagnózis okainál felmerül, hogy ha súlyosabb betegség, pl. major depresszió „küszöb alatti” formáiról volt szó, s az orvos nem adott MINI interjúval megerősített diagnózist, akkor (elegendő külső stresszor esetén) megelégedett ezzel a diagnózissal. Szóba jön azonban kímélő diagnózisként is (lásd korábban), továbbá vegyük figyelembe, hogy az alkalmazkodási zavar elég tág kategória, nem csak viselkedészavart, hanem kevert érzelmi- és viselkedészavart is tartalmaz, ezért mindazon esetekben, amikor az orvos nem látott típusos tüneteket a többi betegség-kategóriáknál, szívesen maradt meg ennél a diagnózissal. (Limitáció, hogy a MINI kérdőív használata az orvos eszköze volt, hogy klinikai diagnózist megerősítse, nem pedig független becslő független diagnózisa (kivéve Győr megye), tehát a diagnózis felállításában bizonyos elfogultság (bias) érvényesült, azaz az orvos abban volt érdekelt, hogy a meglévő klinikai diagnózist konfirmálja az interjúval.)

A betegek 51,2%-ának egy, 33,3%-nak két, 10,2%-nak három diagnózisa volt, 5,5% négy betegségben szenvedett, néhány gyermek még több diagnózist kapott. Az állomány majdnem felét érintő többes diagnózissal, illetve a komorbiditás problémáival másutt már foglalkoztunk (Csorba és mtsai 2007), mindenesetre a MINI használata mellett az adaptálók (Balázs és Bitter 1998) szerint is gyakori a komorbiditás, és ebben nehéz elkerülni ugyanazon tünet, pl. az „irritabilitás” több oldalra történő elszámolását.

A leggyakrabban előforduló betegség-komorbiditások szignifikáns korrelációit a 6. táblázat tartalmazza. Igen kevés komorbiditási gyakoriságot találtunk, amely a szignifikáns mértéket megütötte volna. Látható, hogy *a leggyakoribb együtt járás, klinikailag is ismert módon, a major depresszió és a szuicid magatartás, a pánikbetegség és az agorafóbia között, valamint a mánia és az alkoholfogyasztás között áll fenn*.

A major depresszió és a szorongásos (túlszorongásos zavar, GAD), valamint a „félelemmel járó” kórképek (szeparációs szorongás, fóbia, PTSD)

6. táblázat. A leggyakoribb együttes betegség-előfordulások
(Pearson korrelációs koefficiensek; $p < .05$; ** $.02$; *** $.01$; **** $.001$; ***** $.0001$)

	Major depresszió	Disztímia	Mánia	Pánik zavar
Major depresszió				
Disztímia				
Szuicid magatartás	.498*****			
Agorafóbia				.342*****
Szociális fóbia				
Specifikus fóbia	.211*			
Stressz-zavar	.246**			
Generalizált szorongás zavar	.256***			
Hyperaktivitás zavar			.213*	
Alkohol abúzus	.202*			
Alkalmazkodási zavar	-.211*			

közötti kapcsolatot, illetve komorbiditást már Lewinson és Costello is igazolták serdülő klinikai anyagon (Lewinsohn és mtsai 1997; Costello és mtsai 2004) és ez a klinikai tapasztalatoknak is megfelel. Ezt igazolja a táblázat első oszlopának alsó részén látható leletünk is, hogy a *major depresszió szignifikáns korrelációt mutat három szorongásos kórképpel* (specifikus fóbia, stressz-zavar, generalizált szorongás). *A figyelemzavar-szindróma és a mánia nehéz eldifferenciálhatóságát*, amit korábban már tárgyalt a szakma (Balázs és Gádoros 2005), *tükrözi a közöttük talált szintén szignifikáns kapcsolatot*. A disztímia és a szuicid magatartás együtt járása viszont nem igazolódik, és nehéz magyarázatot adni az alkalmazkodási zavar negatív korrelációjára is a disztímiával.

Speciális szempontok

Egy szülőnél nevelkedő gyermekek

A beteganyagunkban az egy szülőnél (válás vagy élettársi kapcsolat megszakadása miatt) nevelkedett serdülők aránya 43,1%, ebből 27,5% áll egyedülálló édesanyja nevelése alatt. Ezt vetettük össze az egyedüli szülőnél nevelkedett adollescensek megyei összesített adataival, ami 48% (46,649 / 97,190) (Pachmann 2005), gyakorlatilag azonos arány. A várakozással ellentétben tehát úgy tűnik, a gondozókban újonnan diagnosztizált pszichiátriai beteg serdülők esetén a csonka családban nevelkedettek aránya nem nagyobb, mint az átlagnépességben.

Kisebbségek

A felmérésben számottevő, feldolgozható arányban kisebbségekhez tartozó serdülő nem vett részt, 44-en jeleztek eltérő nemzetiségi hovatartozást, ebből 28 roma fiatal volt. A 16 nem roma, de nemzetiségét vállaló adolescens beteg diagnózisairól interpretálható összkép nem alakult ki.

A 7. táblázatban foglaltuk össze a roma kisebbségre vonatkozó hozzáférhető és becsült adatokat, továbbá a saját leleteinket. A többi kisebbség nem reprezentálódott a serdülő beteganyagban olyan számban, hogy lehetséges volna statisztikai értékelést végezni. A depressziós zavarban, szuicid magatartásban és szorongásos zavarban szenvedő roma adolescensek aránya megfelel a többségi csoportba tartozó serdülők adatainak, de magasabb az alkohol/szerabúzussal, viselkedészavarral és figyelemzavarral jelentkezők aránya a roma serdülőknél. A romák között 6 magatartászavarban szenvedő fiatal volt, ami 22%, több mint a megyék átlaga (12%). Szám szerint a legtöbben (heten) major depresszió, jelenlegi epizód diagnózist kaptak (26%, az egész anyagban 29%), egyebekben igen sok diagnózist kaptak a fiatalok ($49/28 = 1,7$ átlagos betegségszám).

A kezelésben részesült serdülők 7,1%-a volt roma származású. Amint azt a 7. táblázat mutatja, a kb. 1,9%-os pszichiátriai összbetegség-incidenciajuk majdnem háromszorosa a magyar serdülő lakosság 0,7%-os értékének, ami valószínűsíti azt a tényt, hogy a roma lakosságon belül az adolescensek körében a megyei átlagnál is gyakoribb a pszichiátriai betegségek fellépése.

Ezt az adatot azonban kritikával kell illetnünk, mert a roma népességben belül nagyobb a gyermekek és a serdülők felnőttekhez viszonyított aránya, mint az átlagnépességben, ezért lehet, hogy a tényleges betegség-incidenciajuk nem haladja meg a magyar serdülők átlagát.

7. táblázat. A roma kisebbségre vonatkozó adatok

A roma lakosság száma az öt megyében*	A roma serdülők becsült száma**	A roma lakosság aránya az öt megye össz-lakosságához viszonyítva	Az öt megye serdülőinek aránya a felnőttek arányában	A roma serdülő lakosokra eső pszichiátriai betegek aránya
23 801	1428	1,5%	6%	$28/1428 = 1,9\%$

* 2001 népszámlálás, nemzetiség hovatartozás önbevallás alapján

** A roma lakosságon belül KSH korosztályi bontást nem találtunk, a megyék összlakosságán belül a serdülők aránya 6%, ezt vetítettük a roma lakosságra, a roma kisebbségnél átlagosan magasabb gyermekszám miatt azonban ez az arány valószínűleg magasabb a lakossági átlagnál

Az itt közölt adatokat azonban több torzító tényező befolyásolhatja. A vizsgált roma csoport alacsony létszáma miatt az adatok csak tájékoztató jellegűnek tekinthetők. Az önbevalláson alapuló módszerek (a szociológusok általában így mérik fel a kisebbségeket) csak azokat az egyéneket tüntetik fel az adott kisebbséghez tartozónak, akik vállalják a kisebbségi identitást. Havas Gábor ismert romakutató szerint legalább háromszorosa a romák tényleges száma a bevallott, önmaga által vállalt identitás arányához képest (Havas 2006). Ha így háromszorosa roma felnőtt és adollescens lakossággal számolunk, akkor viszont a roma serdülők pszichiátriai betegség-incidenciája nagyjából megfelel az átlagos megyei aránynak (6,3 ‰ és 7 ‰). A másik, incidenciát torzító tényező, hogy a nagyobb gyermekszaporulat miatt a roma kisebbségen belül a serdülők aránya vélhetőleg nagyobb, mint a magyar lakosságban fellelhető 6%-os arány, de erről bontást a nem találtunk KSH felmérésben.

A MINI-vel nem diagnosztizált mintán belül nagyobb a roma adollescens aránya, ami azt jelzi, hogy körükben nagyobb a lemorzsolódás, illetve a kezelés korai abbahagyása. Elsősorban ugyanis azoknál nem volt interjúval konfirmált diagnózis, akik a kezelést félbehagyták, illetve elmaradtak, mivel a diagnosztikai interjút általában csak a harmadik-negyedik találkozásnál vették fel, amikor a kezelőorvosnak már megfelelő rálátása volt a betegre. A 28 roma serdülőből 12 esett ki a diagnosztikai interjú előtt (43%), ami több mint kétszer nagyobb a teljes minta hasonló értékéhez képest. Lehet, hogy itt az alacsonyabb szocio-ökonómiai státusnak is van szerepe, hiszen a szegényebb rétegek gyermekei-serdülői, mint Pelkonen és mtsai (2000) rámutatnak, fokozott mértékben esnek ki az ellátórendszerből. *Ennek alapján elmondhatjuk, hogy a roma serdülők a többségi adollescenssekhez képest fokozott mértékben morzsolódnak le, maradnak el a gyermekpszichiátriai kezelés folyamatából.*

Párhuzamos, ide vonatkozó irodalmi adatok hasonló tendenciákat jeleznek. Így például kilenc közleményből hat kimutatta, hogy az Egyesült Államokban az afroamerikai adollescenssek kevesebb pszichiátriai, elsősorban specifikus terápiás szolgáltatást kapnak, mint a fehérek (Elster és mtsai 2003). A jelzett probléma tehát nem csupán a cigány kisebbségre vonatkoztatható, úgy tűnik, hogy a kisebbségek részére – több más szolgáltatás mellett – az egészségügyi, illetve pszichiátriai ellátás is nehezebben elérhető.

KÖVETKEZTETÉSEK

A „Pannónia” felmérés egyedülálló abban a tekintetben, hogy eddig regionális, multicentrikus, klinikai jellegű, de nemcsak pszichiátriai betegségeket, hanem pszichológiai háttérfaktorokat is vizsgáló felmérés Magyarországon a gyermekpszichiátria területén még nem készült. A felmérés a gyermekpszichiátriai betegeken belül is a szűkebben vett serdülő életkorra (14–18 év) centrált. Mivel a tényleges terápiás igényű, kezelésbe vett esetek kerültek dokumentálásra, a felmérés elsősorban a dunántúli serdülőpszichiátriai ellátásról ad információkat. E specifikus célkitűzések miatt igen nehéz párhuzamos, vagy olyan kortárs, vagy korábbi külföldi vizsgálatot találni, mellyel eredményeinket összevethetnénk. Hasonló felmérést, több gyermekpszichiátriai centrum eredményeit interpretálva Döpfner és mtsai (1997) végeztek, akik négy gyermekpszichiátriai klinika (Köln, Berlin, Zürich, Frankfurt) diagnosztikai megoszlását vizsgálták új beteganyagokon (ambuláns és bentfekvő állományon) az achenbach-i Gyermek-magatartás Kérdőív német adaptálásával összekapcsolva. Ebben a vizsgálatban azonban nem a DSM-BNO rendszert használták, így csak globális összevetésekre volt lehetőség az internalizáló- és externalizáló betegségek előfordulására és arányára vonatkozóan. Bár a major depresszió incidenciáit érdekes lenne összevetni a PI-SZE kutatásban öt év alatt az ISCA-D kérdőívvel felmért 704 gyermek-depressziós esettel, de az országos mintavétel ellenére több kritérium miatt az adatok itt sem összevethetőek: ott a bevételi feltételek között szerepelt, hogy testvére legyen a gyerekeknek, tehát az egyik kimaradtak, az életkori sáv a gyermekkorra is felölelte (7–14 év), továbbá már gondozott, biztosan major depressziós és mániás betegeket is beválogattak a genetikai vizsgálatba stb. A klinikai-epidemiológiai adatok másfelől a lakossági felmérésekkel (pl. OCSGYI kutatás) szintén nem összevethetőek. Külföldi regionális statisztikák (pl. gyermekpszichiátriai klinikai statisztikák szövetségi államon belül Németországban) általában az egész gyermekkor spektrumát felölelik, és nem közölnek a szűkebb adolescens életkori sávra vonatkozó adatokat. A már idézett Costello-féle célkitűzésekből úgy tűnik, hogy sikerült a regionális és reprezentatív felmérés igényének, a terápiát igénylő serdülő lakosság feltérképezésének és egy megbízható, rövid időtartam alatt felvehető diagnosztikai interjú használatának megfelelnünk, viszont vizsgálatunk keresztmetszeti, nem longitudinális jellegű és prevalencia helyett csak incidencia-adatokkal szolgálhattunk.

Célunk az volt, hogy megbízható tesztanyaggal felmérjük a dunántúli megyék egy éves, új, kezelésben részesülő serdülőpszichiátriai betegeit, és hogy áttekintést adjunk az előforduló (új) betegségek gyakoriságáról. Ser-

dülőkori kétszer annyi leánybeteg jelentkezik kezelésre pszichiátriai betegséggel, mint fiú. Igazolódott, hogy az adolescens kornak is leggyakoribb betegsége a major depresszió. A felnőttekhez hasonlóan már serdülőkori is gyakori a major depresszió komorbiditása szuicid magatartással, és a pánikbetegség szövődése agorafóbiával. Gyakori továbbá a major depresszió és valamely szorongásos zavar társulása. A roma származású serdülő betegeknek is a major depresszió és az alkalmazkodási zavar a leggyakoribb diagnózis, és hamarabb esnek ki a kezelésből, mint a többségi serdülő betegek.

Köszönetnyilvánítás. Köszönettel tartozunk Pachmann Zsuzsának (KSH) a 2005 évi mikrocensus felmérés alapján szolgáltatott népességi adatokért, továbbá a „Pannónia” felmérésben részt vett további munkatársainknak: dr. Fekete Zsuzsa, dr. Vados Marianna, Soly-mossy Marianna (Fejér megyei Szt. György kórház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozó, Székesfehérvár), Szélesné dr. Ferencz Edit (Veszprémi Egyetem, Pedagógiai-Pszichológiai tanszék), továbbá dr. Palaczky Mária és dr. Páli Eszter (Pécs MJV. Egyesített Egészségügyi Intézmények, Gyermek-ideggondozó, Pécs).

Irodalom

- Achenbach, T. M., Edelbrock, C. S. (1981): Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4–16. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46 (1): 1–82.
- Angold, A., Worthman, C. W. (1993): Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *J. Affect. Disord.*, 29: 145–158.
- Angold, A., Costello, E. J. (2000): The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39: 39–48.
- Angold, A., Costello, E. J., Worthman, C. M. (1998): Puberty and depression: the roles of age, pubertal status, and pubertal timing. *Psychol. Med.*, 28: 51–61.
- Balázs J., Bitter I. (1998): A M.I.N.I. és M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psych. Hung.*, 13 (2): 160–168.
- Balázs J., Gádos J. (2005): Komorbiditás a gyermekpszichiátriában. Valóban olyan gyakori a mániás epizód-ADHD együttes jelentkezése? *Psych. Hung.*, 20 (4): 293–298.
- Bauer B., Szabó A. (szerk.) (2005): *Ifjúság 2004 – Gyorsjelentés*. Mobilitás, Budapest.
- Behring, T. (2002): The risk factor profile instrument: identifying children risk for serious and violent delinquency. In Corrado, R. R. (ed.): *Multiproblem violent youth*. IOS Press Amsterdam, Berlin, Washington, 191–206.
- Bungard, W. (1984): *Sozialpsychologische Forschung im Labor*. Högrefe Psychologie. Göttingen, Toronto, Zürich.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Angold, A. (2004): The developmental epidemiology of anxiety disorders. In Ollendick, T., March, J. (eds.): *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. New York: Oxford University Press, 61–91.

- Costello, E., Egger, H., Angold, A. (2005): 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatry*, 44 (10): 972–986.
- Csorba J., Rózsa S., Sarungi E., Makra J., Széll K. (1999): Öngyilkossági kísérletet elkövetett, szuicidiumról fantáziáló és nem szuicid depressziós serdülők összehasonlító vizsgálata. *Psychiatria Hung.*, 14 (1): 32–38.
- Csorba J., Rózsa S., Vetro, A., Gadoros, J., Makra J., Somogyi, E., Kaczvinszky, E., Kapor-nay, K. (2001): Family and school-related stresses in depressed Hungarian Children. *European Psychiatry*, (16): 18–26.
- Csorba J., Sörfőző Zs., Steiner P., Szélesné Ferencz E., Solymossy M., Ficsor B., Fekete Zs., Palaczky M., Bóna A. (2005): „Pannónia” serdülõpszichiátriai multicentrikus-multidimenzionális felmérés. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6 (4): 317–327.
- Csorba J., Szélesné Ferencz E., Solymossy M., Vados M., Páli E., Nagy E. (2007): Önsértõ serdülõ betegek pszichiátriai diagnózisai és részletes magatartási jellemzése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (2): 97–110.
- Döpfner, M., Pluck, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F., Lehmkuhl, G. (1997): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25 (4): 218–33.
- Elekes Zs., Paksi B. (2003): Középiskolai drogfogyasztás 2003-ban Budapesten: helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia*, 3–4: 275–304.
- Elster, A., Jarosik, J., VanGeest, J., Fleming, M. (2003): Racial and ethnic disparities in health care for adolescents: a systematic review of the literature. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 157: 867–874.
- Garrison, C. Z., Waller, J. L., Cuffe, S. P., McKeown, R. E., Addy, Ch. L., Jackson, K. L. (1997): Incidence of major depression and dysthymia in young adolescents. *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiatry*, 36 (4): 458–465.
- Gáboros J. (1996): Szociodemográfiai rizikótényezõk vizsgálata Gyermek Viselkedési kérdõív alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica*, 11 (2): 147–166.
- Havas G. (2006): Többségi akarat, kisebbségi voks. *HVG*, jún.16.
- Hinterhuber, H. (1982): Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen. In Enke, F.: *Forum der Psychiatrie*. Stuttgart.
- Juhász P., Zsadányi O., Török P., Rusz S., Pertorini R. (1964): Egy falu 1961. évi morbiditása. *Orvosi Hetilap*, 37: 742–746.
- Kessler, R. C. (1994): The National Comorbidity Survey of the United States. *Int. Rev. Psychiatry*, 6: 365–376.
- Kessler, R. C., Walters, E. E. (1998): Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress. Anxiety*, 7: 3–14.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E., Jin, R., Pen-nel., Walters, E. E., Zaslavsky, A., Zheng, H. (2004): The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13 (2): 69–92.
- Kiss E., Pikó B., Vetró Á. (2005): Kockázati magatartás depressziós gyermekeknél. Előadás a Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság kongresszusán, Debrecen, 2005. V. 4–6.

- Kopp M., Pikó B. (2001): Magatartás-epidemiológiai vizsgálat: a depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. In: Buda B., Kopp M. (szerk.): *Magatartástudomány*. Medicina, Budapest, 732–736.
- Kovacs, M.: *Depression and Suicidal Behavior in Hungarian Children*. NIMH Grant Application, Pittsburgh 1996.
- Lahey L. B., Flagg, E. W., Bird, H. R., Schwab-Stone, M. E. (1996): The NIMH Methodology for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) study: Background and Methodology. *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiatry*, 35 (7): 855–864.
- Leaf, P. J., Alegria, M., Cohen, P., Goldman, S. H., Horwitz, S., Hoven C. W., Narrow, W. E., Waden-Kiemann, K., Regier, D. (1996): Mental health service use in the community and school results for the four-community MECA study. *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiatry*, 35 (7): 889–897.
- Lewinsohn, P., Zinbarg, J., Lewinsohn, M., Sack, W. (1997): Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *J. Anxiety Disord.*, 11:377–394.
- Lilienfeld, M., Lilienfeld, D. E. (1980): *Foundations of epidemiology*. Oxford Univ. Press, New York.
- Norquist, G. S., Regier, D. A. (1994): The epidemiology of psychiatric disorders and the de facto mental health system. *Ann. Rev. Med.*, 47: 473–479.
- Pachmann, Zs. (2005): Mikrocensus 2005, www.ksh.hu.
- Pelkonen, M., Martunen, M., Laippala, P., Lonnquist, J. (2000): Factors associated with early dropouts from adolescent psychiatric outpatient treatment. *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiatry*, 39 (3): 329–336.
- Resch, F. (1992): *Kinderpsychiatrische Vorlesungen*. Wintersemester 1991/1992 Wiener Univ.
- Shaffer, D., Fisher P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., Schwab-Stone, M. E. (2000): NIMH diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39: 28–38
- Shepherd, M., Oppenheim, A. N., Mitchell, S. (1965): Childhood behavior disorders and the child-guidance clinic: an epidemiological study. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 7: 39–52.
- Spaner, D., Bland, R. C., Newman, S. C. (1994): Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Major depressive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum, 376: 7–15.
- Steinhausen, H. C., Göbel, D. (1981a, b): Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten. II. Zusammenhang und Bedingungsanalysen. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 30 (7): 231–236, és 30 (8): 3–9.
- Sturm, R., Ringel, J. S., Andreyeva, T. (2003): Geographic disparities in children's mental health care. *Pediatrics*, 112: 308–315.
- Szádóczky E., Fazekas I., Füredi J., Papp Zs. (1996): Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban, a Diagnostic Interview Schedule (DIS) magyar változatának alkalmazásával. *Psych. Hung.*, 11 (5): 495–503.
- Tamás Zs., Gádoros J., Kiss E. (2005): Az érzelmi reguláció szerepe depressziós fiatalok szuicid viselkedésében. Előadás a Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság kongresszusán, Debrecen, 2005. V. 4–6.
- Verhulst, F. C., Althaus, M. (1988): Persistence and change in behavioral/emotional problems reported by parents in children aged 4–14: an epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77. Suppl. 339.

Verhulst, F. C., Koot, H. M. (1992): *Child psychiatric epidemiology. Concepts, methods and findings*. Sage Publ. Newbury, London, New Delhi.

Unoka Zs.(2000): *A mentális zavarok epidemiológiai vizsgálatában használt főbb kérdőívek értékelése*. MedInfo, Budapest.

CSORBA, JÁNOS – FICSOR, BEÁTA – HORVÁTH, ÁGNES – NAGY,
EDIT – BÓNA, ADRIENN – SÖRFŐZŐ, ZSUZSA – STEINER, PÉTER –
HARKÁNY, ÉVA – BABRIK, ZSUZSA

EPIDEMIOLOGICAL INVESTIGATION OF PSYCHIATRIC DISEASES OF TRANSDANUBIAN ADOLESCENT OUTPATIENTS

After a brief overview over psychiatric epidemiology and some Hungarian predecessors of the present epidemiological study, authors report aims and results of „Pannonia” multicenter-multidimensional, cross-sectional adolescent psychiatric survey. Of the planned 7, five counties accomplished a clinical one-year screen of every consecutive, new referred adolescent psychiatric cases. Diagnostic distribution of total patient pool, refusal and drop-out rates, cumulative and individual incidences of disorders, further, some demographical data and results related to ethnic minorities are presented.

Key words: psychiatric clinical epidemiology, cross-sectional, clinical, multicenter, regional study, cumulative and individual incidence ratios of diseases, data of ethnical minorities