

ÖNSÉRTŐ SERDÜLŐ BETEGEK DIAGNÓZISAI, ÉS MAGATARTÁSUK RÉSZLETES JELLEMZÉSE

CSORBA JÁNOS^{1*} – SZÉLESNÉ FERENCZ EDIT² –
SOLYMOSSY MARIANNA³ – VADOS MARIANNA³ –
PÁLI ESZTER⁴ – NAGY EDIT⁴

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

² Veszprémi Egyetem, Pedagógiai-Pszichológiai Tanszék és Cholnoky Ferenc Kórház,
Gyermek- és Ifjúsági Ideggondozó Intézet, Veszprém

³ Fejér Megyei Szt. György Kórház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozó,
Székesfehérvár

⁴ Pécs MJV Egyesített Egészségügyi Intézmények, Gyermek-ideggondozó, Pécs

(Beérkezett: 2006. október 3.; elfogadva: 2007. március 19.)

A szerzők a „Pannónia” multicentrikus serdülőpszichiátriai felmérés keretében négy dunántúli gyermekpszichiátriai gondozóban egy év alatt jelentkezett összes új beteg közül az Ottawai Önsértő Kérdőív alapján önsértő magatartásúnak bizonyult 72, 14–18 éves fiatal anyagából áttekintették 48 lány (átlagéletkor 16,1 év) M.I.N.I. Plusz diagnosztikai interjúval megerősített klinikai diagnózisait. A gondozókban jelentkezőknél 10,2%-ban, a kezelésben részesülő serdülőkorú fiatalok között már több mint egynegyedüknél (25,6%) találtak önsértő magatartást, ami a vártnál gyakoribb előfordulási arány. Megállapítják, hogy a serdülők többsége major depresszióban vagy valamilyen szorongásos zavarban szenved, gyakori továbbá a szuicid magatartás is. Ezek a betegségek mind monodiagnózis, mind pedig komorbid társbetegség formájában egyaránt előfordulnak, ugyanis az állomány több mint kétharmada a többes diagnózis tüneti feltételeit is kielégítette. Az önsértő serdülők magatartástüneteit (a rizikómagatartás gyakorisága, lefolyása, okai, fajtái, a kísérő érzelmek, az akció „hozama” az önsértő serdülő számára, következmények) a tanulmány részletesen jellemzi, és sor kerül néhány epidemiológiai megállapításra is.

Kulcsszavak: 14–18 éves serdülők, gondozói és ambuláns reprezentatív minta, „Pannónia” regionális multicentrikus serdülőpszichiátriai felmérés, Ottawai Önsértő Kérdőív (OSI), M.I.N.I. Plusz diagnosztikai interjú, diagnosztikai áttekintés, a rizikómagatartás tüneteinek leíró statisztikája

* Levelező szerző: Dr. Csorba János, egyetemi docens,
ELTE BGGyFK, 1097 Budapest, Ecséri út 3.

Az önkárosító magatartás a serdülők körében lakossági, illetve középiskolai felmérések szerint, valamint gyermekpszichiátriai ambulanciákon és a sürgősségi ellátási központokban megjelenők számát tekintve egyaránt növekvő gyakoriságot mutat, és egyre jelentősebb ellátási-pszichoterápiás problémát jelent világszerte (Schmidtke és mtsai 1996; Hawton és mtsai 1997; Briere és Gil 1998). Az önsértés, szándékos önkárosítás csak a 80-as évek végén került ki a szuicidium–paraszuicidium kategóriából, mint olyan kóros önkárosító magatartás vagy akció, melynél halálvágy, konkrét szuicid intenció nincs. Hawton felmérése szerint (Hawton és mtsai 1997) serdülő lányoknál az önsértő magatartás a leggyakoribb pszichiátriai diagnózis, mellyel ambuláns vagy kórházi ellátásra kerülnek. A felnőttéknél az önsértési akciók féléves prevalenciája kb. 4%, pszichiátriai populációban ennek az ötszöröse, 21% (Briere és Gil 1998). Serdülőknél norvég és angol felmérések szerint az önsértő magatartás 12 hónapos prevalenciája 6,6–6,9%, de ezen belül csak 12%-ban kerül sor kórházi ellátásra (Hawton és mtsai 2002). Az önsértő reakciók korábban külföldön, s hazánkban mind a mai napig, a paraszuicidium illetve a szuicid magatartás aggregált statisztikáiban megbújva foglalnak helyet, melynek elsősorban az az oka, hogy a jelenlegi diagnosztikai kérdőívek nem fókuszálnak arra, hogy a meghalás konkrét szándéka fennáll-e, s emiatt sok önsértő beteg adata beleolvad az öngyilkossági kísérletek statisztikai adattárába. Az is igaz, hogy nehéz a differenciálás, pl. a gyógyszermérgezést az angol felosztás az önsértő kategóriába teszi, holott pl. Hawton saját felmérésében is az önmérgezett serdülők több mint 30%-a meg akart halni (Rodham és mtsai 2004). Már csak amiatt is nehéz pontos gyakorisági felmérést készíteni, mert csak az esetek töredéke kerül regisztrált egészségügyi ellátásra. Mindez aláhúzza az önsértő magatartás népegészségügyi jelentőségét.

Magyarországi felmérésekben az öngyilkos viselkedés spektrumán belül még a legutóbbi, nemzetközi összehasonlításban is jelentős projektek, így a Gerevich és Bácskai vezette EUROADAD serdülő-interjú, továbbá a „Child and Adolescent Self Harm in Europe (CASE)” projekt pécsi centruma által végzett, több mint négyezer serdülő öngyilkos magatartását és rizikófaktorait felmérő nagy tanulmány (Fekete és mtsai 2004) sem különítik el a szuicid magatartás kategóriáján belül az öngyilkosságot az önsértéstől. Mindazonáltal a rendelkezésre álló statisztikák alapján is nyilvánvaló, hogy az önsértő magatartás rizikófaktorai nagymértékben fedik a szuicid magatartás háttértényezőit (depresszió, drog- és alkoholfogyasztás, dohányzás, kábítószerhasználat). A Fekete és munkatársai által közölt öngyilkos kísérletek anamnesztikus gyakorisága (7,8%) is egyezik az önsértésre vonatkozó adatokkal.

A serdülők önkárosító magatartásával kapcsolatos szakirodalom áttekintését, az önkárosítás definícióit, a fő tüneteket és egy középiskolás normatív minta részletes adatait a rizikómagatartás tüneteiről korábban közöltük (Csorba és mtsai 2005b), ezért az alapismereteket a rizikómagatartásról itt nem ismételjük.

CÉLKITŰZÉSEK

A reprezentatív felméréssel a következő kérdésekre kerestünk választ:

1. A gyermek-serdülőpszichiátriai gondozókban kezelt önsértő magatartású serdülők milyen klinikai diagnózisokat kapnak? Tekintve a populáció „zűrös” életformáját és egyéb magatartási tüneteit, inkább viselkedési, externalizációs tünetek és alkalmazkodási zavar jelei dominálnak, vagy elsősorban affektív betegségben szenvednek?
2. Melyek a rizikómagatartás részletes jellegzetességei?
3. Mekkora az önsértő magatartás incidenciája, milyen gyakoriságú az önsértő magatartás előfordulása a gondozói beteganyagban?

Míg az önsértő magatartás tüneteit számos közlemény részletezi, nem találtunk eddig olyan közleményt, mely ennek a populációnak a klinikai diagnózisait vizsgálta volna, a feltett kérdést is a mindennapok pszichiátriai-pszichoterápiás tapasztalata ihlette. Hasonlóképpen nem vizsgálta hazánkban még senki az önsértő magatartás gondozói előfordulásának gyakoriságát, sem pszichiátriai, sem gyermekpszichiátriai szempontból (az egészségügyi főhatóságnak évente leadott gondozói statisztikákban a betegségkategóriák között csak „szuicid kísérlet” szerepel, összprevalencia formájában, az új esetek feltüntetése nélkül). Ugyanakkor úgy gondoljuk, hogy a téma fontos, a probléma növekvő gyakoriságú, annak pedig, hogy milyen diagnosztikai környezetben bontakozik ki az önsértő reakció, közvetlen farmakoterápiás és pszichoterápiás következményei vannak.

MÓDSZER

A vizsgált populáció. A jelen vizsgálathoz az önsértő betegeket a „Pannónia” multicentrikus-multidimenzionális, regionális serdülőpszichiátriai felmérés keretében az egy év alatt jelentkezett összes beteg köréből válogattuk ki.

„Pannónia” felmérés. 2005 folyamán az ETT és a regionális kórházak engedélyével hat dunántúli gyermekpszichiátriai gondozóban végeztünk minden új, 14–18 éves serdülő betegre vonatkozó multidimenzionális, keresztmetszeti vizsgálatot, melynek célja hat megye egy év alatt jelentkezett ambuláns serdülőpszichiátriai betegeinek diagnosztikai osztályozása és pszichológiai felmérése volt a következő területeken: depresszivitás, szuicid magatartás, drog- és alkoholfogyasztás, továbbá mindezek következményei a társas és iskolai magatartásban, a rizikómagatartásban, a segítségkérő magatartásban (Columbia Depresszió Kérdőív, CDS felhasználásával). A vizsgálat további céljai a temperamentum- és karaktersajátosságok (Cloninger-féle Serdülő Temperamentum-kérdőív), az életstresszek (Középiskolás Életesemény kérdőív), a diszfunkcionális attitűdök (Diszfunkcionális Attitűd Skála), a megbirkózási mechanizmusok (Problémamegoldó Kérdőív) és az önsértő viselkedés feltérképezése voltak (részletesebben lásd Csorba és mtsai 2005a). A távolabbi cél specifikus betegségek pszichológiai háttértényezőinek tisztázása volt. Ebből az anyagból a jelen feldolgozásban az önsértő magatartású serdülőket mutatjuk be.

A hat dunántúli gyermekpszichiátriai gondozóból négy teljesített reprezentatív beteggyűjtést, az egy éven belüli új, 14–18 éves serdülő betegek közül összesen 72 fiatal mutatott önsértő magatartást (13 fiú, 59 lány). A fiúk alacsony reprezentációja miatt csak a lányminta adatait dolgoztuk fel, ebből is 11 főt kizártunk, mivel diagnózisukat az orvos a M.I.N.I. interjúval nem erősítette meg. Így a minta végleges nagysága 48 fő volt (átlagéletkor 16,1).

Az önsértő magatartás becslése. Az önsértő magatartás hazai felmérésének nincsenek hagyományai, Magyarországon sincsenek bevált vagy általánosan használt skálák. Vizsgálatunkban a korábban már bemutatott (Csorba és mtsai 2005b) Ottawai Önsértő Kérdőív lefordított változatát használtuk (Ottawa Self-Injury Inventory – Nixon és mtsai 2002). Az eredetileg kanadai serdülő populáció szűrésére használt kérdőív 37 kérdésben nagyon részletesen átfogja az önsértő magatartás teljes spektrumát a gondolatoktól, az ötletgazda személyétől, a tervezéstől, a cselekvésig eltelt időtől kezdve az önkárosító magatartás korrelátumain, az érintett testrészek megnevezésén, a sértés fajtáin (vágás, karcolás, égetés, harapás stb.) keresztül az elérendő érzelmi nyereség formáig és a következményekig.

Klinikai becslés, diagnózisok. A felmérésben nem elégedtünk meg pusztán az orvos véleményével, a klinikai diagnózist a kezelőorvosnak a M.I.N.I. Plusz diagnosztikai kérdőív (Balázs és Bitter 1998) kitöltésével kellett

megerősítenie. Azt a beteget, akinél a diagnosztikai interjú nem verifikálta a kórismét, kizártuk a vizsgálatból. A M.I.N.I. és M.I.N.I. Plusz (M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview) interjúkat Balázs és Bitter (1998, 2000) adaptálták Magyarországon, Sheehan és Lecrubier (1997) eredeti rövid diagnosztikai kérdőívét ültetve át magyar nyelvre. Igyekeztek eleget tenni annak a széles körű igénynek, hogy a szokásos és használatos hosszú diagnosztikai interjúkat egy rövidebb ideig tartó, de ugyanúgy megbízható diagnosztikai eszközzel cseréljék fel. A M.I.N.I. Plusz beváltotta a hozzá fűzött reményeket, megbízható paraméterekkel rendelkezik (interrater-reliability, kritérium validitás, specificitás, érzékenység stb.), felvétele kb. 30 percig tart, nem meríti ki a beteget. Az interjút számtalan nyelvre lefordították, az érvényességi vizsgálatokat európai és amerikai populáción is vizsgálták.

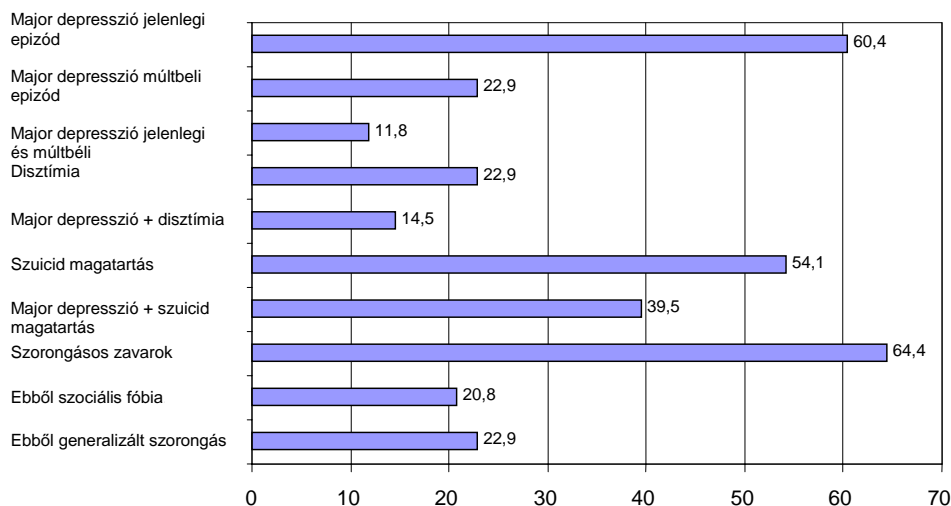
A kérdőív önálló betegség-kategóriaként, hat kérdéssel járja körül a feldolgozásunk szempontjából fontos szuicid magatartás összetevőit. Vizsgálatunkban a kérdőív felnőtt változatát használtuk, mert a kisgyermekkorban induló betegségek arányát nem vártuk jelentősnek, továbbá a M.I.N.I. gyermekváltozata az anyateszthez képest (Balázs és Bitter 2000) nem rendelkezik olyan jó pszichometriai tulajdonságokkal (Balázs és mtsai 2004). A M.I.N.I. felnőtt változata egyébként tartalmaz néhány fontos, a kisgyermekkorra jellemző kórképet is (figyelemzavar szindróma, viselkedészavar). A betegek a serdülőknél már használható standard magyar Beck Depresszió kérdőívet is kitöltötték.

Statisztikai feldolgozás. A leíró statisztikát és a depressziós, valamint szuicid és önsértő tételek közötti Pearson korrelációt Excel programcsomag segítségével dolgoztuk fel.

EREDMÉNYEK

Az 1. ábra azt mutatja, hogy a legtöbb páciens betegsége jelen vagy múlt major depressziós epizód (60,5% és 22,9%, összesen több mint 83%, a 48 esetből 40!) és a szorongásos zavarok valamilyen formája (64,4%) volt, továbbá majdnem 23%-ban fordult elő disztímia. Egészében a major depresszió vezet a diagnózisok között. Igen nagy arányban, az állomány felénél találtunk öngyilkos magatartást.

A teljes önkárosító populáció Beck Depresszió kérdőívvel mért összpontszám átlaga 22,8 volt (szórás: 10,2), ami bőven megfelel a klinikai depressziós szintnek (Kopp és Pikó 2001). Az Önsértő kérdőív tételeinek és a Beck-kérdőív összpontszámának korrelációi alapján azonban a



1. ábra. Önsértő serdülők klinikai diagnózisai

A százalékos arányok, illetve a minta elemszáma összesítve meghaladja a 100%-ot, illetve a 48 főt, mert a feldolgozás az összes diagnosztikai találatot mutatja (többdiagnózisú betegek)

depresszivitás érdekes módon csak az önkárosítóknál szintén gyakori szucid gondolatokkal van szignifikáns kapcsolatban ($r: 0,42$; $t: 3,2$; $p < 0,01$), de sem az önsértő gondolatok, sem a halálvágy nélküli tényleges önsértő kísérlet nem mutatott szignifikáns korrelációt a depresszióval, illetve a BDI összpontszámmal.

Az önsértő serdülők 18,7%-a egy, 35,3%-a két, míg több mint húsz százaléka három diagnózist kapott, 13-13 százalékban szerepeltek továbbá azok, akiknél négy vagy több diagnózis volt a M.I.N.I. Plusz kérdőívvel megállapítható. Egy beteg átlagosan 2-3 (2,6) diagnózist kapott. Tipikusan a kétdiagnózisú beteg konstellációja major depresszióval társult szucid magatartás volt, az egész mintában majdnem 40%-nál társult major depresszió a szucid magatartáshoz, míg a disztímiával komorbid öngyilkos magatartás csak 12%-ban fordult elő. A három diagnózist is kapott betegeknél a komorbiditás a páciensek több mint 60%-ánál úgy alakult, hogy jelen major depresszióhoz társult szucid magatartás, a harmadik komorbid betegség pedig vagy major depresszió múlt epizód, vagy valamilyen szorongásos betegség volt. Megfigyelhető volt, hogy minél több a diagnózis, annál biztosabb, hogy a major depresszió az egyik (a két-, három-, illetve négydiagnózisú betegeknél 59%, 70% és 83%). Érdekes a szorongásos zavarok, ezen belül a szociális fóbia és a generalizált szorongásos zavar jelentős képviselése az önkárosító adollescenseknél.

Bizonyos betegségek az önsértő serdülőknél csak elvétve (1–3 eset) fordultak elő, ilyenek a mánia, a poszttraumás stressz zavar, bulímia, az alkohol- és drogprobléma, továbbá a figyelemzavar szindróma. Nem fordult elő kényszerbetegség, és anorexiás eset sem volt. A várakozásainkkal ellentétben a viselkedés- és alkalmazkodási zavar alulreprezentált volt a mintában 4, illetve 6 esettel.

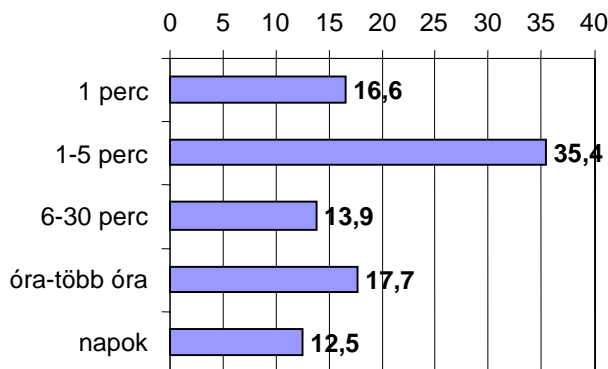
Az Ottawai Önsértő Kérdőív (OSI) kitöltése alapján megállapítható, hogy az ambulánsan kezelt serdülők majdnem 30%-ánál heti, napi gyakorisággal jelentkezik önsértő impulzus és gondolat, az öngyilkossági gondolat havi-heti (52,5%), sőt heti-napi (30%) gyakoriságú. Szuicid kísérlet 64,6%-ban fordult elő, a minta fele többször is követett el már életében öngyilkossági kísérletet.

A fiatalok 80%-a azt jelölte meg, hogy az önsértés saját „találmánya” volt, tíz-tíz százalék tanúja volt önsértésnek, vagy mozifilmből vette az ötletet. Az esetek majdnem 40%-ában a serdülő senkinek sem szól az önsértő aktus előtt, fele részük barátot avat be.

A legérintettebb testrészek: alkar, kéz, felkar, tartósabb lefolyásnál a lábszár is sokszor érintett. A sérülés leggyakoribb típusai a vágás, karcolás, sebokozás, égetés voltak. Az önsértés leggyakoribb motivációi: kapcsolati krízis (54%), kudarc (20%), elutasítás (12%). A serdülők célja az önsértő akcióval, hogy enyhítsen dühén (67%), depresszióján (32%), feszültségén (27%), továbbá sértettségén (23%). Tényleges megkönnyebbülést a fiataloknak csak a fele ér el, az aktus tartósabban csak a feszültséget és az idegesség érzését képes enyhíteni, a düh és a depresszió oldásában az önsértés hosszabb távon nem sikeres. Az önkárosító magatartás érzelmi hozadéka gyakran negatív, önsértés után sokan szégyent (25%), csalódást (23%), kisebb mértékben büntudatot (19%) éreznek. 11 önsértő fiatal részesült korábban sürgősségi orvosi és/vagy pszichiátriai hospitalizációban.

Az önsértő magatartás elkezdésének életkora 14–15 év között mutat maximumot. Az önsértési impulzust, gondolatot a populáció felénél 5 percen belül követi az aktus, egyhatodik kb. fél órát hezitál, míg elköveti az önkárosítást, további egyharmaduknál pedig az inkubációs idő órákra- napokra húzódik (2. ábra).

A 3. ábra alapján az önsértés helyettesíthető bizonyos tevékenységekkel. Így a fiatalok hatvan százalék körül jelölték meg, hogy a beszélgetés valakivel, vagy olvasás (64%), televízió nézés (37%), „bármilyen más csinálások” (35%) stb. védő hatásúak (csak a leggyakrabban elfoglaltságokat soroltuk fel). Ugyanakkor azonban tudjuk, hogy a betegek több mint egyharmadánál az impulzus tovakodó (35%), izgalmat okoz (56%), sőt kellemes (30%), 31% számolt be arról, hogy nem képes abbahagyni, sőt 39%



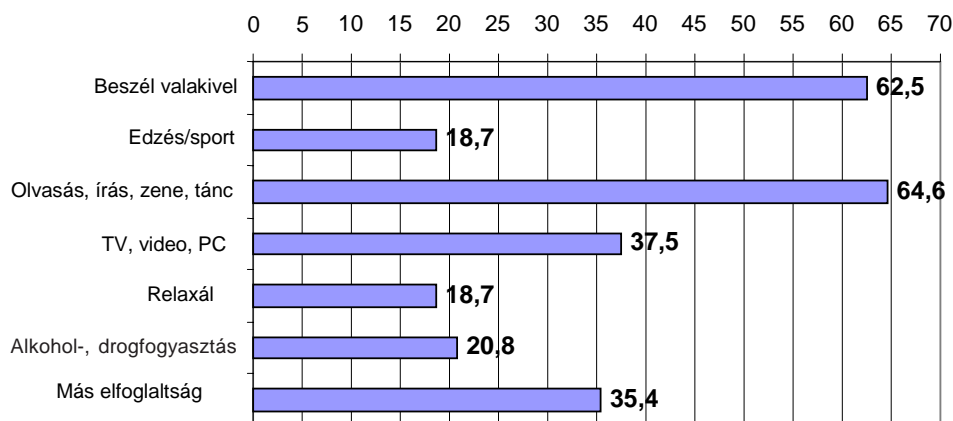
2. ábra. Az önsértő gondolat és a kísérlet között eltelt idő

folytatja a rizikómagatartást, valamint az önkárosítóknak majdnem 60%-a nem, vagy csak nagyon kevésbé motivált a változásra (20% nem, 40% „kissé” motivált). Mindezek olyan tényezők, melyek ellentmondanak annak, hogy helyettesítő tevékenységek komolyan szerephez jussanak, mint hatékony védő- és pótló aktivitások az önsértő folytatás elkerülésére.

Néhány klinikai-epidemiológiai eredmény

Miután az önsértő magatartású serdülőket a „Pannónia” multicentrikus serdülőpszichiátriai felmérés alapján a dunántúli gyermekpszichiátriai gondozók teljes egyéves új beteganyagából emeltük ki, ezért a mintavétel reprezentatívnak tekinthető (a hat megyéből csak a közép-dunántúli régió három megyéje – Veszprém, Fejér, Somogy – és a dél-dunántúli Baranya szolgáltatott teljes egyéves beteganyagot, Győr és Szekszárd nem tudott – itt nem részletezendő okokból – komplett tesztanyagot szolgáltatni). A közép-dunántúli, illetve négy megyés reprezentativitás bizonyos epidemiológiai következtetéseket is lehetővé tesz. A gondozói észlelés már jelent egy súlyossági fokozatot, tehát vélhetően a középiskolás szűrésekből kiemelt önkárosító fiataloknál komolyabb esetekről van szó.

A vizsgált régiókban a klinikai súlyosságú önsértő magatartásra vonatkozó egyéves incidencia a gondozóban jelentkezett új adolészens betegek számátva (összes esetszám: fiúk és lányok/14–18 éves serdülők száma a négy megyében) 7,4 tízezrekre (0,74/1000 fő) számolható (KSH 2005, Verhulst és Koot 1992), azaz ezeröttszáz adolészensre jut kb. egy kezelt önsértő beteg. A legnagyobb arányban (a minta 58%-a) a legnagyobb kapacitású pécsi gondozóban részesültek a betegek kezelésben. A gondozók új beteganyagában 10,2%-ot tesz ki az önkárosító lányok ará-



3. ábra. Az önkárosítást helyettesítő preferált tevékenységek

nya az összes jelentkezőkön belül, a kezelésbe vetteknel viszont már 25,6% az arány, ami igen magas – úgy tűnik, a serdülőpszichiátriai új betegek-nél jelentős az önsértő magatartás terápiás-pszichoterápiás igénye. Ez a gyakoriság ismét aláhúzza a kórkép serdülőpszichiátriai és népegészség-ügyi jelentőségét.

Ez az incidencia ugyanakkor csak a gyermekpszichiátriai centrumokban észlelt esetekre vonatkozik, az új önsértő betegek száma ennél vélhetően sokkal magasabb, mivel pl. a nevelőintézetekben megnyilvánuló sok új eset általában nem kerül az egészségügy, illetve a pszichiátria észlelési körébe. A betegek észlelésének másik területét a sebészeti ambulanciák jelentik, ahol igen sok sérülést látnak el, de pszichiátriai regiszterbe a beteg általában nem kerül (bár újabban a sebészek is dokumentálják a „pontszerző” „öngyilkossági kísérlet” diagnózist). Még súlyosabb probléma, hogy a megbélyegzés – „labelling” – jelensége miatt sokszor még akkor sem jut el a pszichiátriai ambulanciára a serdülő beteg, ha beutalóval ellátja a traumatológus vagy a házi orvos. Így tehát igen sok önsértő beteg elkerüli a pszichiátriai/gyermekpszichiátriai gondozásba vételt.

MEGBESZÉLÉS

A felmérés alapján az önsértő magatartású serdülők túlnyomórészt a depresszió valamelyik formájában szenvednek, leggyakrabban major depressziósak, jóval kisebb mértékben disztímiás zavar áll fenn náluk, és gyakran mutatnak emellett öngyilkossági magatartást (ideák, kísérlet) is.

Tudjuk a klinikai tapasztalatból és az ide vonatkozó kutatások által feltárt rizikótényezőkből (Rodham és mtsai 2004), hogy az önkárosító fiatal gyakran mutat egyéb deviáns jellegzetességeket (dohányzás, drog, alkohol, szuicid magatartás, egyéb externalizációs tünetek stb.), ezért plauzibilis volt feltételezni, hogy affektív betegség mellett a viselkedészavar és az alkalmazkodási zavar tünetei is reprezentálódni fognak, ez azonban nem igazolódott. A várakozással ellentétben *az önsértési tendencia nem magatartászavar vagy alkalmazkodási zavar, hanem elsősorban affektív betegség kísérője.*

Öngyilkossági magatartás és önsértés gyakran jár együtt, de major depresszió és jóval kevésbé a disztímia környezetében. Megerősítést nyer serdülőknél is a korábban a szuicidológiában ismert tény, hogy az öngyilkossági kísérlet és veszély major depresszióban sokkal jelentősebb, mint a tartósan fennálló disztímiában. Ugyanakkor érdekes az a melléklet, hogy dacára a klinikai, megerősített diagnózisoknak, a Beck-skála nem igazolta szignifikáns szinten az önsértő tünetek és a depressziós panaszok kapcsolatát. Korábbi, normatív felmérésünkben a skála kiemelt kulcs-tünetei (lehangoltság, ingerlékenység) csak az önsértő gondolatokkal (nem a kísérlettel) mutattak kapcsolatot. Ez talán egy adalék ahhoz, hogy a major depresszió klinikai tünetei és a „teszt-depressziót” mutató BDI tünetlistája talán nem teljesen azonos tüneti és magatartási kört fed le.

A szorongásos zavarokban korábban nem vették komolyan sem az öngyilkossági veszélyt, sem az önsértési hajlamot, *mintánkban a major depresszió mellett a szorongásos zavar diagnózisa volt a leggyakoribb* – ezen belül a szociális fóbia és a generalizált szorongásos zavar (GAD) –, ami arra utal, hogy valószínűleg komolyabban kell venni a szorongásos tünetek öngyilkosságot facilitáló hatását. Az mindenesetre a pszichiátriában már korábban ismert volt, hogy a depresszióban jelentkező súlyosabb szorongás feltétlenül emeli az öngyilkossági kockázatot.

Addiktív jellegű zavar és impulzuszavar a Pannónia felmérés szerint (evészavar, drog, alkohol), legalábbis a 14–18 éves életkorban, kimutatható mértékben még nem társul az önkárosító magatartáshoz (ebben annak is van szerepe, hogy az addiktológiai ellátás más centrumokban történik).

A tipikusan több diagnózissal rendelkező betegnél a leggyakoribb társulás *a major depresszió jelen és múlt epizód, továbbá szorongásos zavar és szuicid magatartás komorbiditása* voltak. Felvethető és az utóbbi évek szakmai vitáiban is felmerült, hogy a modern diagnosztikai rendszereknél és az erre épülő ismert gyermekpszichiátriai interjú módszereknél (Diagnostic Evaluation Schedule for Children and Adolescents, magyar változat: DESCA-H, Interview Schedule for Children and Adolescents,

magyar változat: ISCA, a Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia gyermek-változata: Kiddie-SADS stb.) a több diagnózis kritériumait teljesítő betegnél valóban több betegségben szenved-e a gyermek, vagy a multi-diagnózisú páciens vizsgálati műtermék-e (Caron és Rutter 1991; Balázs és Gáboros 2005)?

A kérdést már Balázs és Bitter is felvetették, amikor a M.I.N.I. interjú adaptálásánál a betegek átlag kétszer annyi diagnózist kaptak, mint ami a kórlapban szerepelt. Felmerült, hogy a diagnosztikai rendszer hibájáról van-e szó (pl. hogy egy tünetet több betegségnél értékesít a rendszer), vitathatatlan viszont az, hogy az interjú szisztematikus használata a pszichiáter által nem reflektált betegségekre hívja fel a figyelmet. Kessler (id. Balázs és Bitter 1998) nagy amerikai anyagon bizonyította a többes pszichiátriai diagnózisok gyakoriságát felnőtt betegeken.

A többes diagnózisok egyébként nem csökkenthetők lényegesen az egyes betegségekben azonos tünetek beszámításának eltéréseivel, az alkalmazkodási zavar limitált használatával, vagy azzal a gyakorlattal, amit az ISCA kérdőív használatánál is követtünk, hogy az interjúvolók nem számolták második betegségnek, ha szorongásos betegség tüneteinek időkerete egybeesett egy már verifikált major depresszió lefolyási keretével. Ebben a felmérésünkben, illetve a M.I.N.I. használata mellett a többes diagnózis, akár négy is, nem raritás, a M.I.N.I. Plusz összesen $18+3 = 21$ betegséget diagnosztizál, három zavarnál két időkeretet jelöl meg (major depresszió, mánia, pánikbetegség). Gondoljuk el egyébként, hogy egy 17 év körüli serdülőnél a jelen major depresszív epizód mellett pontozásra kerülhet múlt epizód is, emellett kiderülhet disztímia, és a depressziós tünetegyüttesnél gyakori öngyilkos magatartás is, ami más kérdőívvel, valamint a BNO-DSM rendszerrel ellentétben – ahol csak a depresszió tünetei között jelölik – itt önálló diagnosztikai kategória.

Az önsértő magatartás egyes jellegzetességei a klinikai mintában feltűnő hasonlóságokat mutatnak a normatív mintán korábban nyert adatainkkal (Csorba és mtsai 2005b), pl. az önsértő gondolatok gyakorisága, testrégiók, módszer és a motiváció tekintetében. Egy lényeges különbség van: a normatív mintában csak 31%, a klinikai csoportban viszont kétszer annyi volt az öngyilkossági kísérlet. Érdekes melléklet, és az ottawai kérdőív részletességét mutatja, hogy míg az önsértő akciók kezdetén a preferált régiók a felkar, alkar, kéz, a későbbiekben a testen „expanziót” mutat az önkárosítás, amennyiben a lábszár is „bekapcsolódik” az érintett területekbe – ezt a fejleményt inkább a kórkép súlyosbodásának, mint enyhülésének tulajdoníthatjuk.

Az akció lefutásában aggasztó, hogy a fiatalok felénél 5 perc sem szükséges, hogy az impulzus a cselekvésig fusson. A kétfázisú lefolyásban (egy

részüknél 5 percen belül, a másik csoport napokig, hetekig érleli az akciót) felmerül, hogy nemcsak a szuicid populációnál, hanem önkárosítóknál is létezik egy kevésbé impulzív, tervező típus, amelynél az önsértő akció hosszabbban inkubálódik.

A gondozókban kezelés alá vont önsértő fiatalok nagy száma (az összes gondozottak egynegyedénél fő vagy mellékdiagnózis) és terápiás igénye rámutat az önkárosító magatartás fokozott gyermekpszichiátriai jelentőségére (s egyben a terápiás-pszichoterápiás kapacitások sok helyen észlelhető szűköségére is).

Irodalom

- 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., Gádoros J. (2005): Komorbiditás a gyermekpszichiátrian. Valóban olyan gyakori a mániás epizód - ADHD együttes jelentkezése? *Psych. Hung.*, 20 (4): 293–298.
- Balázs J., Bíró A., Dálnoki D., Lefkovic E., Tamás Zs., Nagy P., Gádoros J. (2004): A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése. *Psych. Hung.*, 19 (4): 358–364.
- Balázs J., Bitter I. (2000): A M.I.N.I. Plusz kérdőív kritérium-validitás vizsgálata. *Psych. Hung.*, 15 (2): 134–144.
- Briere, J., Gil, E. (1998): Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am. J. Orthopsychiatry*, 68: 609–620.
- Caron, C., Rutter, M. (1991): Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J. Child Psych. Psychiat.*, 32: 1063–1080.
- Csorba J., Sörfőző Zs., Steiner P., Szélesné Ferencz E., Solymossy M., Ficsor B., Fekete Zs., Palaczky M., Bóna A. (2005a): „Pannónia” serdülőpszichiátriai multicentrikus-multidimenzionális felmérés. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6 (4): 317–327.
- Csorba J., Szélesné Ferencz E., Steiner P., Németh Á. (2005b): Önsértő magatartású középiskolás serdülők tüneti jellegzetességei. *Psych. Hung.*, 6: 456–462.
- Fekete S., Hewitt A., Vörös V., Osváth P. (2004): A serdülőkorú öngyilkos viselkedés jellemzői egy európai multi-centrikus kutatás (case study) pécsi centrumának eredményei alapján. *Psych. Hung.*, 19 (4): 337–345.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., Bond, A (1997): Trends in deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985–1995. *J Adolesc.*, 23: 47–55.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., Weatherall, R. (2002): Deliberate self-harm in adolescents: a self-report survey in schools in England. *Br. Med. J.*, 325: 1207–1211.
- Kopp M., Pikó B. (2001): Magatartás-epidemiológiai vizsgálat: A depressziós tünet együttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. In Buda B., Kopp M. (szerk.): *Magatartástudomány*. Medicina, Budapest, 732–736.
- KSH (2005): Mikrocenzus 2005. http://www.mikrocenzus.hu/mc2005_hun/index.html
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., Aggrawal, S. (2002): Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J. Am. Ac. Child Adol. Psych.*, 41 (11): 1333–1341.

- Rodham, K., Hawton, K., Evans, E. B. (2004): Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J. Am. Ac. Child. Adol. Psych.*, 43 (1): 80-87.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lonqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B., Sampaio-Faria, J. G. (1996): Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand.*, 93: 327-338
- Sheehan, D., Lecrubier, Y. (1997): The M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview: a short diagnostic interview: reliability and validity according to the CIDI. *European J. Psychiatry*, 12: 224-231.
- Verhulst, F. C., Koot, H. M. (1992): *Child Psychiatric Epidemiology. Concepts, Methods and Findings*. Sage Publ., Newbury, London, New Delhi.

Köszönetnyilvánítás. Köszönetet mondunk M. K. Nixonnak és P. Cloutiernek az OSI használatának, és prof. dr. Bitter Istvánnak a M.I.N.I. Plusz diagnosztikai interjú használatának engedélyezéséért. Köszönjük Pachmann Zsuzsának a vonatkozó KSH-adatokban nyújtott segítségét. Köszönet illeti továbbá azokat a „Pannónia” felmérésben részt vett további munkatársainkat a dunántúli gyermekpszichiátriai gondozó intézetekből, akik nélkül a jelen munka nem születhetett volna meg: dr. Steiner Péter és dr. Mógor Ilona (Veszprém), dr. Fekete Zsuzsa és dr. Ficsor Beáta (Székesfehérvár), dr. Palaczky Mária, dr. Horváth Ágnes és Bóna Adrienn (Pécs) és dr. Sörfőző Zsuzsa (Kaposvár).

CSORBA, JÁNOS – SZÉLESNÉ FERENCZ, EDIT –
SOLYMOSSY, MARIANNA – VADOS, MARIANNA –
PÁLI, ESZTER – NAGY, EDIT

DIAGNOSES AND DETAILED BEHAVIOURAL CHARACTERISTICS OF SELF-INJURIOUS ADOLESCENT OUTPATIENTS

Authors present a descriptive statistics on data of 48 female outpatients from the total pool of 72 adolescents aged 14 through to 18 years (Mean age 16.1 years) showing symptoms of self-injurious behaviour according to Ottawa Self Injury Inventory (OSI). All patients were recruited from the one-year clinical, representative sample of “Pannonia” multicentre adolescent psychiatry survey. 10.2% of consecutively referred and 25.6% of treated adolescent patients had symptoms of self-injurious behaviour in one-year pool of Transdanubian Child Psychiatric Centres, which is more frequent than expected rate. Referring the clinical diagnoses of adolescents confirmed by M.I.N.I. Plus Diagnostic Interview authors estimate that the majority of youth suffered from episode(s) of present or past major depression, from at least one form of anxiety disorder and/or from suicidal behaviour. These illnesses occur either in monodiagnoses or in comorbid variations, as more than two thirds of the patient population fulfilled criteria of two or three diagnoses. The study presents risk behaviour including

motivations, frequency of acts, ideas, afflicted body regions, emotional correlates, benefits to obtain, escalation of problem behaviour and consequences in detail. Some epidemiological results are also discussed.

Keywords: 14–18-year-old female adolescents, recruited from four Transdanubian Child Psychiatry Outpatient Centres, “Pannonia” multicentric regional and representative adolescent psychiatry survey, Ottawa Self Injury Inventory (OSI), M.I.N.I. Plus Diagnostic Interview, overview of clinical diagnoses, descriptive statistics of symptoms of risk behaviour