

*Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 6(2005)4, 317–327*

---

## SZAKMAI MŰHELY

---

Csorba János\* – Sörfőző Zsuzsa – Steiner Péter –  
Szélesné Ferencz Edit – Solymossy Marianna – Ficsor Beáta –  
Fekete Zsuzsa – Palaczky Mária – Bóna Adrienn

### „PANNÓNIA” SERDÜLŐPSZICHIÁTRIAI MULTICENTRIKUS–MULTIDIMENZIONÁLIS FELMÉRÉS

A szerzők előbb ismertetik a gyermekpszichiátriai klinikai epidemiológiai vizsgálatok mai helyzetét, majd megindokolják, miért került kidolgozásra a „Pannónia” serdülőpszichiátriai felmérés. A kutatás hat dunántúli gyermekpszichiátriai gondozó új, ambuláns, 14–18 év közötti serdülő fiatal betegeknek pszichiátriai és klinikai-pszichológiai felmérését célozza, egyéves futamidővel. A közlemény második részében ismertetik a kutatás célját, szervezését, a betegek beválasztási kritériumait, az alkotó tesztbattéria részeit és a kutatás várható tudományos hozamát.

**Kulcsszavak:** klinikai epidemiológiai vizsgálat, serdülőpszichiátria, önkitöltő tesztbattéria, megerősítő M.I.N.I. Plusz interjú, keresztmetszeti tanulmány

### BEVEZETÉS

Klinikai-epidemiológiai szinten Magyarországon eddig olyan serdülőpszichiátriai felmérésről, kutatásról nem tudunk, melynek célja a serdülő életkor pszichiátriai zavarainak felmérése, az előforduló betegségek incidenciájának, prevalenciájának, a gyakoriságok területi eltéréseinek, a releváns komorbid betegségeknek a meghatározása, valamint a betegségek specifikus pszichológiai faktorainak (stressz tényezők, személyiségpszichológiai tényezők, coping mechanizmusok, diszfunkcionális attitűdök stb.) a felmérése volt. Közismert, hogy a hivatalos, illetve a helyi összegzésű for-

---

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

galmi statisztikák a diagnózisokra és az ellátásformákra háruló ismert torzító hatások miatt epidemiológiai szempontból nem megbízhatóak, illetve csak nagyon durva információt nyújtanak. Ez a pontatlanság külföldön is ismert, a pszichiátriai eset-regiszterek az USA-ban és Angliában sem használnak standard vagy egységes becslési módszert (DSM, CBCL stb.) az orvosi diagnózis verifikálására, ezért – bár mintát szokás venni a case registerekből –, pusztán a gondozói diagnózisokra felmérést nem szoktak alapozni.

Az eddig megvalósult két országos jelentőségű és mintavételű gyermekpszichiátriai felmérés külföldi szervezésű volt: az ún. Budapest–Szeged (Fogarty) felmérés (Kovács 1996; Csorba és mtsai 1999; Csorba és mtsai 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 kisszámú, 14–17 éves betegpopuláció adatait is feldolgozták, de specifikusan a serdülő életkorúakra szeparált statisztikai feldolgozás (diagnosztikai eloszlás) nem készült, illetve nem került publikálásra. Ez a kutatás és a gyermekkori depresszió genetikájának kutatása nem a serdülőkorra, hanem a gyermekkorra összpontosított.

Az Országos Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Intézet periodikus reprezentatív felmérésébe bekapcsolódva egy időkeresztmetszetben már készült gyermekpszichiátriai betegség-, illetve problémafelmérés, de ez már nem klinikai-epidemiológiai, hanem válogatott életkori kohorszokban történő lakossági szűrés volt (Gádoros 1996).

A budapesti és a szegedi orvosi egyetemek Magatartástudományi Intézetei által szervezett, a serdülők egészségmagatartását tágabb értelemben felmérő lakossági szűrések és iskolabázisú kutatások, országos reprezentatív mentálhigiénés felmérések (Kopp és Skrabski 1990; Pikó 2003; Gyarmathy 2003), valamint az elsősorban az ifjúsági drogfogyasztás epidemiológiáját feltáró vizsgálatok (Gerevich 1998; Rácz 1989) ugyanakkor számtalan hasznos, releváns információt tártak fel serdülőpszichiátriai szempontból (pl. neurotikus és szorongásos panaszok gyakorisága, a depresszivitás kapcsolata a drogfogyasztással, egészségkárosító magatartással stb.). Az utóbbi években – elsősorban a Cloninger-féle személyiség-kérdőív elterjedt használata folytán – egyre több érintkezési pont alakult ki a pszichiátriai és a klinikai-pszichológiai kutatások között, illetve felértékelődtek azok a pszichiátriai kutatások, melyek specifikus pszichológiai (háttér-) funkciókat is vizsgálnak (Rózsa és mtsai 2002; Gerevich és mtsai 2002; Unoka és mtsai 2004).

Mindezek miatt időszerűvé és szükségszerűvé vált olyan adoleszcens klinikai-epidemiológiai felmérés, mely lehetőleg reprezentatív vagy országos relevanciájú információkat ad, esetleg egy lényeges tájrégió adatai alapján generalizálva a serdülőpszichiátriai betegségekről úgy számol be, hogy nem csak diagnosztikai taxonómiát nyújt, hanem komplex serdülőpszichológiai vagy szociálpszichológiai aspektusban is (életstresszek, megküzdési mechanizmusok, személyiségi és karaktertulajdonságok, specifikus diszfunkcionális attitűdök, agresszióprofil stb.) lényeges háttérismeretekkel szolgál.

Külföldi kutatásokból ismertek olyan klasszikus regionális felmérések, ahol a serdülőkorúak adatait is külön feldolgozták: Leslie és munkatársai 1974-es, Blackburn iparváros serdülőinek adatait feldolgozó felmérése, Rutter és mtsai (1976) híres Wight-szigeti epidemiológiai vizsgálata, valamint Achenbach és Edelbrock (1981) az USA keleti államaira kiterjedt felmérése a Gyermekegészségügyi kérdőívvel. Ugyanide tartozik Verhulst és mtsai (1990) a Zuid Holland megyére kiterjedő hosszmetzeti vizsgálata, melynek során az eredeti életkori kohorsz elérte a serdülő életkort, így a rotterdami munkacsoport a 12–16 éveseket a CBCL Youth Report Form önkitöltő kérdőívvel is fel tudta mérni.

Többen is érveltek (pl. Wing 1986) a gondozói mintavétel és a diagnosztikus megbízhatósága mellett, valójában azonban itt különböző torzító hatások érvényesülnek, egyebek mellett pl. a területre vonatkozó migráció következményei, továbbá az a tény, hogy a fiúkat az externalizáló problémák erősebb zavaró hatása miatt gyakrabban utalják gyermekpszichiátriai ellátásra, mint a lányokat. Az ellátásra szorulóknak csak egy része – igaz, hogy nagyobb része (Offord 1987) – kerül csupán a gondozóba. Az iskolabázisú kutatások is csak akkor reprezentatívak, ha a terület tipikus iskolatípusait vonják be a vizsgálatba (ritkán az összes iskolát). Az iskolai mintaválasztás torzító hatását Whitaker és mtsai (1990) úgy próbálták mérsékelni, hogy New Jersey régióban mindegyik iskola 8. osztályát bevonták az adott életkori sáv vizsgálatába. A legrangosabb gyermek/serdülőpszichiátriai klinikai kutatások ma legtöbbször klinikai hosszmetzeti vizsgálatok egy ellátott terület reprezentációjában, melyek lehetővé teszik, hogy a betegségek lefolyásáról, prognózisáról is megbízható képet kapjunk (Verhulst és mtsai 1985: Rotterdam terület; Döpfner és mtsai 1994: Köln; Meyer-Probst és Teichmann 1994: Rostock; Steinhäuser és Göbel 1981a,b: Berlin és Zürich kanton; Offord és mtsai 1989: Ontario megye).

## „PANNÓNIA” MULTICENTRIKUS SERDÜLŐPSZICHIÁTRIAI FELMÉRÉS

### A kutatás szerkezete

Hat dunántúli Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozó részvételével (Győr, Veszprém, Székesfehérvár, Kaposvár, Pécs, Szekszárd) tervezünk egy egyéves, keresztmetszeti, szociálpszichiátriai és pszichológiai felmérést a gondozók új, serdülő (14-18 év közötti) életkorú betegeiről. A kutatás az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Tudományos Tanácsa (ETT) és a helyi kórházigazgatók által engedélyezett felmérés.

A kutatásvezető lehetőségei és a forráshiány nem engedte, hogy országos szervezésű felmérést szervezzünk, ezért döntöttünk egy fontos szubrégió mellett, melynek eredményei ugyanakkor transzferálhatóak országos szintre. Tisztában vagyunk ugyanakkor azzal, hogy beteganyag és ellátottság szempontjából az alföldi régió, azon belül is a Duna-Tisza közti terület az országos átlaghoz képest pl. sokkal elmaradottabb helyzetben van a gyermekpszichiátriai ellátást illetően.

### A kutatóhelyek kiválasztása

Eredetileg mindegyik dunántúli gyermekpszichiátriai gondozót be akartuk vonni a vizsgálatba, de végül is három ellátóhely eltérő okokból (perszonális okok, vegyes neurológiai-pszichiátriai, nehezen demarkálható ellátás, nehéz megközelíthetőség stb.) kimaradt: Vas, Zala és Komárom megyék. Szekszárdon két pszichológust nem tudtunk a vizsgálat céljairól meggyőzni, ami annyit jelent, hogy az ő beteganyaguk a kutatásunk számára elveszett.

A kutatásban előnyt jelentett, hogy a választott ellátóhelyek korábbi gyermekpszichiátriai felmérésekben már részt vettek, tehát a személyzet számára nem jelentett elvi újdonságot a felméréssel kapcsolatos dokumentáció vezetése.

### A kutatás futamideje

A kutatás egyéves futamidejű, keresztmetszeti felmérés. Az ellátóhelyek lépcsőzetes belépése miatt (Kaposvár, Székesfehérvár, Veszprém: 2004. szeptember; Szekszárd, Győr: 2004. október; Pécs: 2005. február) az adatok feldolgozása csak 2006. február után kezdődhet.

## A kutatás céljai

1. Megbízható, reprezentatív képet nyújtani a serdülőkorban előforduló pszichiátriai zavarokról, a betegségek gyakoriságairól, komorbiditásokról.

2. Kétoldali és multilaterális összevetésben egyes fontos pszichológiai faktorok (agresszivitás, életstresszek, személyiségprofil), továbbá egyes káros egészségmagatartási tényezők (diszfunkcionális attitűdök, drog- és alkoholfogyasztás, nikotinabúzus stb.), és az önsértő magatartás egyes betegségekkel való kapcsolatának vizsgálata.

3. Egyes új, ígéretes kérdőívek és tesztek adaptálása reprezentatív, regionális mintán.

## A betegek kiválasztása, kizárási kritériumok

A vizsgálatba azokat a 14. évüket betöltött, de 18. életévüket nem túllépett serdülő, új, ambuláns betegeket vettük be, akik a vizsgálatba beleegyeztek. Csak az a beteg töltötte ki a kérdőívet, aki elolvasta és aláírta a tesztbattériát bevezető „Információ” és „Bejegyzés” oldalakat.

A felmérés szempontjából szinte minden pszichiátriai és pszichológiai zavar, illetve betegség releváns, kizárási kritériumok csak a következők voltak:

- pszichózisok,
- mentális retardáció,
- egyes iskolai képességzavarok (nem minden gondozóban tudtuk biztosítani pl. a tesztkérdések felolvasását, illetve nem minden esetben tudta azt a szülő felolvasni, továbbá a serdülő betegek közismerten nagyon elfáradnak a hosszabb kérdőívek kitöltése alatt. Ott viszont, ahol a gondozó ezt a szolgáltatást biztosította, pl. Székesfehérváron, a részteljesítmény-zavarban szenvedő betegeket is bevettük a vizsgálatba),
- nem-terápiás, illetve csak adminisztratív esetek, területen kívüli betegek,
- olyan, heveny kórképpel osztályra felvett betegek, akik nem felelnek meg az ambuláns (járóbeteg-ellátó) kritériumnak.

Vizsgálatunkban új betegnek számít az olyan ismételt jelentkező serdülő is, aki nincs folyamatos gondozás alatt, de legalább egy év kimaRADÁS után a korábbi diagnózissal vagy új betegséggel veszik gondozásba. Miután a mappa kitöltéséhez minimális compliance volt szükséges, azoknak a betegeknek az adatai, akik csak egy alkalommal fordultak meg a gondozóban, a kutatás számára elvesztek. Ha a betegről időközben

derült ki kizárási kritérium (pl. a pszichózis diagnózisa), akkor anyagát kivettük a feldolgozásból. A győri gondozónál, ahol vegyes neurológiai és pszichiátriai ellátás folyik, egyes betegek a neurológiai kivizsgálás lezárulása után – amennyiben indokolt volt – új betegként pszichiátriai ellátásra és felmérésre kerültek. (Pl. olyan, fejfájásban szenvedő beteg, akinél negatív eredménnyel zárult a neurológiai kivizsgálás, de elég indok volt arra, hogy szomatiform vagy szorongásos betegség diagnózissal a kutatásba bekerüljön.) Nevelőintézetből „magatartászavar” diagnózissal konzultációra került betegek a vizsgálatban szintén részt vettek, de a várakozásoknak megfelelően náluk volt a legnagyobb az elutasítási arány, az együttműködés hiánya, a félig kitöltött kérdőívek száma.

### **Esetszám, szervezés**

A várható esetszám gondozónként 100–150 közötti, így a betegpopuláció összlétszáma várhatóan az egyéves felmérés végén kb. 8–900 fő. A közel félidős áttekintés tapasztalatával gazdagabban viszont elmondható, hogy gondozónként egyharmad, vagy kevesebb mint egyharmad a 14 év feletti serdülő új betegek száma, tehát a vártnál nagyobb arányú a kisgyermekkorú populáció. A kutatásvezető már az 1996/97-es Budapest-Szeged gyermekpszichiátriai felmérés során tapasztalatot szerzett a multicentrikus kutatások szervezési problémáiról. A vezető 4–8 hetente látogatta az ellátóhelyeket, megbeszéltük a felmerült problémákat, a baktéria esetleges hibáit, a forgalmi naplók alapján szisztematikusan áttekintettük a helyi felelőssel a témabetegeket, esetleges elmaradásokat, elutasításokat, a felmérésből való kimaradások okait. Ez utóbbiak nem voltak számosak, beteget inkább akkor veszítettünk el, ha az orvos betegállománya miatt a betegek általános elmaradási aránya egy gondozónál hirtelen megugrott.

### **Tesztbaktéria**

Vizsgálatunkban többségében önkitöltő, többrészes tesztbaktériát használunk, melyhez a diagnózis validálása céljából az orvos által felvett M.I.N.I. Plusz kérdőív csatlakozik (összesen 52 oldal). Szándékosan választottuk a serdülők körében az új kórképek validálására a M.I.N.I. felnőtt változatát (Balázs és Bitter 1998), mert a kisgyermekkorban induló betegségek arányát nem vártuk jelentősnek, továbbá a M.I.N.I. gyermekváltozata az anyateszthez képest nem rendelkezik olyan jó pszichometriai tulajdonságokkal (Balázs és mtsai 2004). Az orvos beírja a saját diagnó-



zisát, illetve diagnózisait, de a M.I.N.I. Plusz kérdőív lapjain követhető, hogy ebből mennyit konfirmált a diagnosztikai teszt. Az első kérdőív nem önkitöltő jellegű, hanem a szülő által a gyermek agresszív tüneteiről nyújtott összesítés. A tesztbattéria kiadását, begyűjtését, a kérdésekre adott válaszokat a felelős nővér és az illetékes orvos ellenőrzi, illetve elvégzi a szükséges kiegészítéseket.

A tesztbattéria részei:

- Gyermek Agresszió Skála (Halperin és mtsai 2002): a gyermeki agresszivitás felmérése 5 kategórián belül. Standardizálás/adaptáció a „Pannónia” felmérésünk alapján. A szerző a kérdőív használatára az engedélyt megadta.
- DUSI Kérdőív (Gould és mtsai 1998): kevert kérdőív a depresszivitás – beépítve a Beck Depression Inventory kérdőív (Beck és mtsai 1961) kérdéseit –, a szuicidalitás, a szuicid attitűdök, a drogfogyasztás, valamint a drog- és alkoholfogyasztás következményeinek felmérésére. Nemzetközi kérdőív, melyben magyar kontingens is szerepelt, így nem kell adaptálni. A szerzők a teszt használatát engedélyezték.
- Középiskolás életesemény-kérdőív (Swearingen és Cohen 1986; magyar változat: Csorba és mtsai 1994): 43 kérdés, 3 faktor. Egyéni és a családdal megosztott veszteségek, én-részes és éntől független veszteségek. Magunk által korábban adaptált kérdőív.
- Rövid problémamegoldó (coping) kérdőív: 22 konstruktív és diszfunkcionális problémamegoldó attitűd. A mentálhigiénés felmérésekhez e folyóirat jogelődjében ajánlott tesztbattéria (Kopp és mtsai 1990) része, régóta használatos Magyarországon.
- Diszfunkcionális attitűdök (Burns-féle rövid változat 1980; magyar adaptáció: Rózsa és mtsai 1999): 35 diszfunkcionális attitűd, 5 faktor, szintén a mentálhigiénés felmérésekhez ajánlott módszertan része.
- Cloninger Junior Temperamentum és Karakter Kérdőívek (JTCI) (Rózsa és mtsai 2002; Gerevich és mtsai 2002): 105 temperamentum- és karakterkérdés, 3 temperamentum- és 5 karakterfaktor (pl. Újdonságkeresés, Fájdalomkerülés, Kitartás, Önirányítottság, Transzcendencia, Jutalomfüggőség). A magyar változatot Rózsa és mtsai készítik, Cloninger a magyarországi használatot engedélyezte.
- Ottawai Önsértő Kérdőív (OSI) (Nixon és mtsai 2002; Csorba és mtsai 2005): 37 kérdés az önsértő magatartásról. Magyar verzió: a „Pannónia” felmérés alapján. Cloutier a magyarországi adaptáció tervéhez hozzájárult.

- M.I.N.I. Plusz Pszichiátriai kérdőív (Balázs és Bitter 1998): magyar standardizált változat, Bitter professzor a kérdőív használatához hozzájárult.

### **A reprezentatív felmérés várható tudományos hozama**

A felmérés alapján egy fél Magyarországot átfogó tájrégió adatai reprezentatív és regionális információt fognak nyújtani

- a 14–18 éves korban előforduló pszichiátriai zavarokról és komorbiditásokról,
- az agresszivitás kapcsolatáról az életeseményekkel és a személyiségfaktorokkal,
- a serdülőkori agresszivitás gyakoriságáról és kórképenkénti profiljáról,
- a depresszió tüneteinek előfordulásáról a magyar serdülőkorú gondozói (klinikai) beteganyagban,
- a szuicid- és önsértő magatartás gyakoriságáról és kórképenkénti megoszlásáról,
- az önsértő magatartás kapcsolatáról a diszfunkcionális attitűdökkel, életstresszekkel és különféle megküzdési módokkal,
- a serdülőkori drogfogyasztás kapcsolatáról a specifikus életstresszekkel és definitív gyermekpszichiátriai kórképekkel,
- a személyiségtípusok és gyermekpszichiátriai megbetegedések kapcsolatáról,
- egyes specifikus, a M.I.N.I. Plusz által konfirmált kórképek kapcsolatáról diszfunkcionális attitűdökkel, negatív életstresszekkel, típusos coping mechanizmusokkal.

A vizsgálat további eredménye, hogy lehetővé teszi a Halperin agresszió kérdőív magyar standardizálását, az OSI (Önsértő) kérdőív magyar adaptációját és a Cloninger Junior Személyiség Kérdőív magyar változatának elkészítését.

Lényegesen újat nyújt a felmérés a gyermekkori agresszivitást felmérő kérdőív bevezetésével. A gyermekkori agresszivitás feltárására eddig Magyarországon, specifikusan a serdülő korosztály vonzatában nem volt példa. A kutatás továbbá a szuicid magatartástól elkülönítendő ún. „önsértő magatartás” jobb és részletesebb felmérését ígéri. Végül az adolescens kori pszichiátriai betegség személyiségi hátterének tisztázásával kapcsolatot igyekszünk teremteni a serdülőpszichológiában egyre nagyobb jelentőségű ifjúsági személyiségkutatás és a pszichiátriai/klinikai betegségek, szempontok között.



## Irodalom

- Achenbach, T. M., Edelbrock, C. S. (1981): Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monogr. Soc. Res. Child Devl.*, 46 (1): 1–82.
- Balázs J., Bitter I. (1998): A M.I.N.I. és M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatria Hungarica*, 13 (2): 160–168.
- Balázs J., Bitter I. (2000): A M.I.N.I. Plusz kérdőív kritérium-validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 15 (2): 134–144.
- Balázs J., Bíró A., Dálnoki D., Lefkovich E., Tamás Zs., Nagy P., Gádoros J. (2004): A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése. *Psychiatria Hungarica*, 19 (4): 358–364.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mosk, J., Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psych.*, 4: 561–571.
- Burns, D. D. (1980): Feeling Good. The Mood Therapy. Signet and Mentor, New York.
- Csorba J., Dinya E., Párt S., Solymos J. (1994): Életesemény-kutatás és serdülőkor. A középiskolás életesemény-kérdőív bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 34 (1–2): 66–83.
- Csorba J., Rózsa S., Sarungi E., Makra J., Széll K. (1999): Öngyilkossági kísérletet elkövetett, szuicidumról fantáziáló és nem-szuicid depressziós serdülők összehasonlító vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 14 (1): 32–38.
- Csorba J., Rózsa S., Vetró, Á., Gádoros, J., Kaczvinszky, E., Kapornay, K. (2001): Family and school-related stresses in depressed Hungarian children. *European Psychiatry*, 16 (1): 8–26.
- Csorba J., Szélesné Ferencz E., Steiner P., Farkas L., Németh Á. (2005): Önsértő magatartású serdülők tüneti jellegzetességei. Előadás az MPT XIII. Vándorgyűlésén.
- Döpfner, M., Berner, W., Schmeck, K., Lehmkuhl, G., Poustka, F. (1994): Internal consistency and validity of the Child Behaviour Checklist (CBCL) and the Teacher's Report form in a German sample – a cross-cultural comparison. *Z. Kinder u. Jugendpsychiatrie*, 22 (3): 189–205.
- Gádoros J. (1996): Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata Gyermek Viselkedési Kérdőív alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica*, 11 (2): 147–166.
- Gerevich J. (1998): A drogfogyasztással összefüggő pszichiátriai problémák és betegségek. In Füredi J. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest, 238–253.
- Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2002): A Temperamentum és Karakter kérdőív alkalmazhatósága alkohol- és drogfogyasztók körében. *Psychiatria Hungarica*, 17 (2): 182–192.
- Gould, M., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., Goodman, S., Canino, G., Shaffer, D. (1998): Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37: 915–923.
- Gyarmathy A. (2003): *Egészségi rizikó és egészségnevelés magyar középiskolás tanulóknál*. PhD disszertáció. Semmelweis Egyetem, Budapest.
- Halperin, J. M., McKay, K. E., Newcorn, J. H. (2002): Development, reliability, and validity of the children's aggression scale – parent version. *J. Am. Ac. Child. Adol. Psychiat.* 41 (3): 245–252.
- Kiss E., Pikó B., Vetró Á. (2005): Kockázati magatartás depressziós gyermekeknél. Elő-

- adás a Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság kongresszusán. Debrecen, 2005. V. 4–6.
- Kopp M., Skrabski Á. (1990): A 20 évesnél fiatalabb magyar lakosság lelki, magatartási zavarai és azok szociális és pszichológiai háttere. *Végeken*, 2 (4): 10–18.
- Kopp M., Skrabski Á., Czakó L. (1990): Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 2 (2): 4–24.
- Kovács M. (1996): Depression and Suicidal Behaviors in Hungarian Children. NIMH Grant. Pittsburgh, WPIC, USA.
- Leslie, S. A. (1974): Psychiatric disorder in the young adolescents in an industrial town. *Br. J. Psychiat.*, 125: 113–124.
- Meyer-Probst, B., Teichmann, H. (1994): The Rostock Longitudinal Study. Előadás: FEFA nemzetközi gyermekpszichiátriai előadássorozat, Budapest.
- 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.
- Offord, D. R. (1987): cit. in Verhulst, F. C., Koot, H. M. (1992): *Child Psychiatric Epidemiology*. Sage Publ., London.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Racine, Y. (1989): Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. *J. Am. Ac. Child. Adol. Psychiat.*, 28: 856–860.
- Pikó B. (2003): Fiatalkori problémaviselkedés-szindróma magatartásepideológiai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica*, 18 (4): 208–216.
- Rácz J. (1989): *Ifjúsági szubkultúrák és fiatalkori devianciák*. Animula, Budapest.
- Rózsa S., Komlósi A., Kő N., Vetrő Á., Gádoros J., Csorba J. (1999): A gyermek- és serdülőkorú depresszió kérdőív mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, 19 (4): 459–482.
- Rózsa S., Kő N., Somogyi E., Faludi G., Dezső L., Degrell I., Kállai J., Osváth A., Trixler M., Bánki M. Cs. (2002): A személyiségzavarok dimenziális modellje. A Temperamentum és Karakter kérdőív klinikai alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 17 (2): 168–181.
- Rutter, M., Tizard, J. R., Yule, W., Graham, P., Whitmore, K. (1976): Research report: Isle of Wight studies 1964–1974. *Psychological Medicine*, 6: 313–332.
- Steinhausen, H. C., Göbel, D. (1981a,b): Die Symptomatik in einer kinder- u. jugendpsychiatrischen population: I. Erhebungsmethode und Praevalenzraten. II. Zusammenhang u. Bedingungsanalysen. *Pr. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 30 (7): 231–236, 30 (8): 3–9.
- Swearingen, E., M., Cohen, L., H. (1985): Life events and psychological distress: a prospective study of young adolescents. *Devel. Psych.*, 21 (6): 1045–1054.
- 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.
- Unoka Zs., Rózsa S., Fábíán Á., Mervó B., Simon L. (2004): A Young-féle Séma kérdőív: a korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 19 (3): 244–256.
- Verhulst, F., C., Akkerhuis, G. W., Althaus, M. (1985): Mental health in Dutch children I. A cross-cultural comparison. *Acta Psychiat. Scand.*, 72. Suppl. 323.
- Verhulst, F. C., Koot, H. M., Berden, G. F. (1990): Four-year follow-up of an epidemiological sample. *J. Am. Ac. Child. Adol. Psychiat.*, 29: 440–448.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies,

- M., Braiman, S., Dolinsky, A. (1990): Uncommon troubles in young children? Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch. Gen. Psychiat.*, 47: 487-496.
- Wing, J. K. (1986): Epidemiological research using psychiatric case registers. In Horn, G. H., Giel, R., Gulbinat, W. H., Henderson, J. H. (eds): *Psychiatric Case Registers in Public Health*. Elsevier, Amsterdam, 14-25.

*Köszönetnyilvánítás.* Köszönetet mondunk azoknak a kollégáknak, akik a kutatásban szintén részt vállalva segítettek munkánkat, és ennek a tanulmánynak a megszületését: dr. Gyurcsó Mária (Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Gyermek- és Ifjúsági Mentálhigiénés Gondozó és Neurológiai Szakrendelő, Győr), dr. Takács Zsuzsa és dr. Szekeres István (Tolna Megyei Önkormányzat Kórháza, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozó, Szekszárd), valamint Németh Ágnes (Fodor József Közegészségügyi Intézet, Sugárbiológiai Intézet, Budapest).

CSORBA, JÁNOS - SÖRFŐZŐ, ZSUZSA - STEINER, PÉTER -  
SZÉLESNÉ FERENCZ, EDIT - SOLYMOSSY, MARIANNA -  
FICSOR, BEÁTA - FEKETE, ZSUZSA - PALACZKY, MÁRIA -  
BÓNA, ADRIENN

### “PANNONIA” ADOLESCENT PSYCHIATRIC MULTICENTER STUDY

In the first part of the paper, authors give a short overview on the clinical epidemiological child psychiatric studies and argue why the “Pannonia” adolescent psychiatric survey has been developed. The research aims at the psychiatric and clinical psychological investigation of each new 14-18-year-old, adolescent outpatients’ psychiatric cases entering one of the six local Psychiatric Centers in the Trans-danubian region (Pannonia) of Hungary. In the second part authors present the tasks, the organisation of the survey, the inclusion criteria, the branches of the test battery developed for the aims of the research as well as the expected benefits of the scientific research.

**Keywords:** clinical epidemiology, self report test battery, confirmatory M.I.N.I. Plus interview, cross sectional study