

Szegedi Tudományegyetem  
Gyermekpszichiátriai Osztály

**A gyermek depressziós tüneteivel és szubjektív életminőségével  
kapcsolatos anya-gyermek válaszok egyezésének és befolyásoló  
tényezőinek vizsgálata depressziós és nem depressziós  
gyermekeknél**

Ph.D. értekezés tézisei

**Dr. Kiss Enikő**

**Témavezető:**

**Dr. Vetró Ágnes**

Egyetemi docens, az orvostudományok kandidátusa

**Szeged**

**2008**

Szegedi Tudományegyetem  
Gyermekpszichiátriai Osztály

**A gyermek depressziós tüneteivel és szubjektív életminőségével  
kapcsolatos anya-gyermek válaszok egyezésének és befolyásoló  
tényezőinek vizsgálata depressziós és nem depressziós  
gyermekeknél**

Ph.D. értekezés tézisei

**Dr. Kiss Enikő**

**Hivatalos bírálók:** **Dr. Pászthy Bea, Ph.D., klinikai főorvos**  
**Dr. Balázs Judit, Ph.D., főorvos**

**Szigorlati Bizottság elnöke:** **Dr. Sztriha László, tudományok doktora,**  
**egyetemi tanár**

**Szigorlati Bizottság tagjai:** **Dr. Szilárd János, az orvostudományok**  
**kandidátusa, prof. Emeritus**  
**Dr. Gádoros Júlia, az orvostudományok**  
**kandidátusa, igazgató-főorvos**

**Szeged**

**2008**

## **Bevezetés**

A gyermekpszichiátriai vizsgálat során alapvető fontosságú a valóságnak megfelelő és elegendő mennyiségű adat összegyűjtése. Az információt adó személy leggyakrabban a szülő és a gyermek maga. Az adatgyűjtés módjától függetlenül az egyezés a két vélemény között alacsony. A vizsgálatot tovább nehezíti egy olyan „gold standard” hiánya, amely a gyermek betegségének megbízható és érvényes (valid) leírását adná.

A jelen kutatás során az egyezést és befolyásoló tényezőit két területen vizsgáltam. Először a gyermek depressziós tüneteivel kapcsolatos anya-gyermek beszámolókat, majd a gyermek életminőségéről (QoL) szóló véleményeket hasonlítottam össze. A gyermekkori depresszió tüneteiről szóló beszámolók alacsony-közepes szintű egyezést mutatnak (Pearson korrelációs koefficiens 0.009 és 0.45 között). Ennek hátterében állhat a tünetek internalizáló jellege, de az is lehetséges, hogy a depressziós tünetek által okozott problémákra a szülők és a gyermekek eltérő érzékenységgel reagálnak. A súlyosabb szülői beszámolók hátterében állhat a pszichiátriai segítség utáni vágy, míg a kevesebb problémát jelző serdülő véleménye mögött meghúzódhat a pszichiátriai betegségtől, kezeléstől való félelem is.

A WHO életminőség munkacsoportja szerint „az életminőség az egyén érzékelése életben elfoglalt helyéről az adott kultúra és értékrendszer függvényében, összefüggésben céljaival, elvárásaival és problémáival”. A szubjektív életminőség az egyén szubjektív elégedettségét jelenti életével. Számos vizsgálat tanulmányozza a gyermekek életminőségét krónikus testi betegségekben, jóval kevesebb azonban a vizsgálatok száma pszichiátriai betegségekben. Magyar gyermekpopuláció életminőség vizsgálata idáig nem történt. Nem áll rendelkezésre olyan magyarnyelvű életminőség kérdőív sem, mely megbízhatóan és validan mérné a gyermekek elégedettségét életük több területén. A szomatikus beteg gyermekek szülei általában alacsonyabb életminőséget jeleznek, mint a gyermekek maguk, míg az egészséges gyermekek szülei többnyire magasabbat. A szülő-gyermek egyezést a kutatások alapján jobbnak találták a krónikus beteg gyermekek esetében, mint egészséges kortársaiknál.

Számos tényező befolyásolja a szülő-gyermek vélemények korrelációját mindkét fent említett területen. Alapvető feltétel, hogy az alkalmazott kérdőívek megbízhatóak legyenek, továbbá, hogy a szülő és a gyermek változat ugyanazt vagy nagyon hasonló megfogalmazást használjon. A jobban látható externalizáló tünetek vagy életminőség területek (pl. viselkedési problémák vagy iskolai elégedettség) jobb egyezést mutatnak, mint a kevésbé észrevehető internalizáló tünetek vagy területek (pl. depressziós tünetek vagy mentális egészség). A szülő saját problémája is befolyásolhatja gyermekéről alkotott véleményét. Depressziós anyák több depressziós és viselkedési tünetről számolnak be gyermeküknél, mint a gyermekek maguk. Az

anyai depresszió szerepe az anya-gyerek tüneti beszámolók egyezésében nem egyértelmű. Irodalmi adatok találhatóak arra, hogy a szülő depressziója rontja, javítja vagy nem befolyásolja az egyezést. További vizsgálatok szükségesek ebben a témában. A gyermek életminőségével kapcsolatos szülő-gyermek egyezés függ a gyermek egészségi állapotától és a betegség típusától. A legalacsonyabb korrelációt az érzelmi zavarokkal küzdő gyermekek és szülei beszámolóik között találták. A testi beteg gyermekek és szülei véleménye közelebb állt egymáshoz. Legmagasabb volt az egyezés az egészséges gyerekek és szülei összehasonlításánál. Az egyezés mindkét területen a gyermek életkorának növekedésével általában javulást mutat, bár vannak ellentétes eredményű tanulmányok is. A gyermek nemének hatása szintén nem egyértelmű. Vannak vizsgálatok, melyekben az anyák és lányaik tüneti beszámolóik állnak közelebb egymáshoz, más kutatások nem találtak nemi eltérést az egyezésben. Az életminőség vizsgálatokban szintén nincs egyértelmű vélemény a gyermek nemének egyezésre gyakorolt hatásáról. Fontos befolyásoló tényezők lehetnek a különböző változók közti interakciók is, bár a tanulmányok ezt ritkán vizsgálják.

### **Célkitűzések és hipotézisek**

1. A gyermek depressziós tüneteivel kapcsolatos anya-gyermek egyezés esetében feltételeztem, hogy
  - a gyermek életkorának növekedésével javul az egyezés
  - az anya-lány pároknál jobb lesz az egyezés, mint az anya-fiú pároknál
  - az egyezés javulni fog az anyai depresszió hatására
2. A gyermek életminőségével kapcsolatos anya-gyermek egyezés esetében feltételeztem, hogy
  - a depressziós gyermekek szülei alacsonyabb életminőséget jeleznek, mint a gyermekek maguk, míg a nem depressziós gyermekek szülei magasabb életminőséget jeleznek, mint a gyermekek maguk.
  - az anya-gyerek egyezés magasabb a nem depressziós populációban, mint a depressziós mintában.
  - a gyermek életkorának növekedésével javul az egyezés
3. Egy olyan életminőséget mérő önkitöltős teszt magyarországi adaptálása volt továbbá célom, mely megbízható és valid mind beteg, mind egészséges gyermekek és serdülők számára alkalmazható, gyermek és szülő verzióval rendelkezik.

## **Módszerek**

*Depressziós minta:* A depressziós tünetek anya-gyerek egyezésének vizsgálatánál a minta a Gyermekkori kezdetű depresszió rizikótényezői kutatás alanyai közül került ki. A kutatás során 23 magyarországi gyermek- és ifjúságpszichiátriai intézmény (gondozó, ambulancia és osztály) új betegeinek szűrése történt a depresszió szempontjából. A beválasztási kritériumok között szerepelt a vizsgálat időpontjában vagy korábban zajló depressziós epizód, a 7 és 15 év közötti életkor és a biológiai anya elérhetősége. A depressziós tüneteket mutató gyerekek két részes diagnosztikus interjún vettek részt. A major depresszió jelenlétét félig-strukturált interjúval DSM IV kritériumok alapján állítottuk fel. A tüneti egyezést vizsgáló mintában (N=354) a lányok aránya 44.6% volt, az átlag életkor 11.69 év (sd: 2.05 év) volt. Az anyák átlag életkora 36.64 év (sd: 4.97 év) volt, 11.4 évet (sd: 2.9 év) tanultak. Az anyai depresszió hatásának vizsgálatánál N=306 anya-gyermek párt hasonlítottam össze. Ebben a csoportban a lányok aránya szignifikánsan alacsonyabb volt (129 lány/177 fiú;  $\chi^2=5.98$ ,  $p<0.01$ ).

Az életminőség anya-gyerek egyezésének vizsgálatánál a depressziós minta (N=248) szintén a fent leírt kutatásból származott. A lányok aránya 47.6% volt, átlag életkor 11.45 év (sd: 2.02 év) volt. Az anyák 11.1 évet (sd: 2.7 év) tanultak átlagban. A szülők 41.1%-a vált el. A gyermekek 19.3%-a enyhe, 44%-a közepes, 36.7%-a súlyos depresszióban szenvedett, 45.3%-nak volt suicid gondolata, 11.9%-nak suicid kísérlete. 31.9%-t kórházban kezeltek depressziója miatt, 60.5% részesült gyógyszeres terápiában.

*Átlag populációs minta:* A minta Szeged, Győr és a környező kistelepülések általános iskoláiból származik. A kérdőíveket a szülők otthon, a gyermekek az iskolában töltötték ki. Az életminőség teszt validitás vizsgálatánál N=2620 gyermek adatait dolgoztuk fel. Az átlag életkor 10.45 év (sd: 2.2 év) volt, a lányok aránya 56% volt. Az anyák 42.3%-a érettségivel, 35.9%-a felsőfokú végzettséggel rendelkezett. A szülők 19.7%-a elvált.

Az életminőség anya-gyerek egyezésének vizsgálatánál a minta N=1695 gyermeket tartalmazott. A beválasztási kritériumok között szerepelt az anya elérhetőségén kívül a krónikus testi betegség valamint a depressziós tünetek hiánya is. Az átlag életkor 10.34 év (sd: 2.19 év) volt, a lányok aránya 56.1% volt. Az anyák átlagban 13.1 év (sd: 2.3 év) oktatásban részesültek. A tesztelési-újratestelési megbízhatóság vizsgálatához N=155 gyermek vizsgálatát ismételtük 3 hét múlva (átlag idő: 23 nap, sd: 3 nap). Ebben a mintában a lányok aránya 66% volt, az átlag életkor 9.88 év volt (sd: 2.3 év). A diszkriminatív validitás vizsgálatához azokat a fiatalokat választottam ki, akiknek egyáltalán nem volt depressziós tünetük (N=279, a teljes minta 10.6%-a), illetve azokat, akik a depressziós tüneteket mérő skálán (Child Depression Inventory, CDI) klinikai ponthatár feletti értéket értek el (N=388, a

minta 14.8%-a). A lányok aránya nagyobb volt a depressziós mintában (61.9% vs 50.5%). Az átlag életkor nem különbözött szignifikánsan (10.71 év, sd: 2.24 év és 10.04 év, sd: 2.24 év).

### **Mérőeszközök**

*Interview Schedule for Children and Adolescents – Diagnostic Version (ISCA-D)*: A pszichiátriai diagnózis felállítása félig-strukturált, tünet-orientált diagnosztikus interjúval történt DSM IV kritériumok szerint. Az interjú mind a „jelen”, mind a múltbeli diagnózisokat feltárja, tünetenként kikérdezi, végül az idő- és tüneti kritériumokat figyelembe véve állítja fel a diagnózist. Az interjút először az anyával, azután a gyermekkel külön vették fel. A végső diagnózist a két vélemény alapján az interjúkészítő állítja fel, de lehetőség van a két válaszadó véleményének külön vizsgálatára is. A teljes depressziós súlyosság mérésére a 15 depressziós tünetre adott pontszámok összege szolgált (min. 0, max. 30 pont). Az anya-gyerek egyezés kiszámolásánál az informátorok közti összhangot tünetenként értékeltük és a pontszámokat összeadtuk (0 pont = anya és gyermek véleménye eltér a tünet jelenlétéről, 1 pont = a tünet jelenlétében egyetértettek, de súlyosságában nem, 2 pont = teljes egyetértés).

*Beck Depression Inventory (BDI)*: A 21 itemből álló kérdőívvel az anyák depressziós tüneteit mértem fel. Minden kérdésre 4 eltérő súlyosságú válasz lehetséges. A végső pontszám 0 és 63 között van. A teszt kiváló megbízhatósági és validitási mutatókkal rendelkezik, használata széles körben elterjedt.

*General Information Sheet (GIS)*: A GIS egy olyan strukturált kérdőív, mely a demográfiai adatok, fejlődéstörténet, fizikai és pszichoszociális anamnézis, valamint a családi anamnézis megismerését szolgálja. A válaszadó a szülő volt. Az átlag populációs mintában a kérdőív önkitöltős változatát alkalmaztam.

*Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)*: A szubjektív életminőség mérésére az ILK kérdőívet alkalmaztam. Az ILK 7 itemet tartalmaz, az értékelés 5 pontos Likert skálán történik. Alacsonyabb pontszám jobb QoL-t jelöl. Az itemek egy-egy életterület életminőségére kérdeznék rá, így az iskola, család, kortárskapcsolat, önálló aktivitás, fizikai egészség, mentális egészség és általános (globális) elégedettség domainekeket vizsgálják. A tesztnek gyermek, serdülő és szülő verziója van. Nem betegség-specifikus, így mind beteg, mind egészséges populációkban használható. Az összpontszám 0 és 28 között van, a magasabb pontszám jobb életminőséget jelöl. A kérdőív fordítása és magyar gyermek/serdülő mintára való adaptálása a jelen kutatás eredménye.

*Child Depression Inventory (CDI):* Az átlag populációs mintában a gyermekek depressziós tüneteit a CDI kérdőív rövid változatával mértem fel. A teszt 10 itemből áll, a válaszok 0-2 pontos skálán értékelhetőek. A teljes pontszám 0 és 20 között lehet.

#### *Statisztikai vizsgálat*

Az adatok értékelése SPSS(13.0) és SAS statisztikai programokkal történt. Minden adat normális eloszlást mutatott. Valamennyi statisztikai próba eredményét  $p < 0.05$  esetén tekintettem szignifikánsnak.

### **Eredmények**

#### *Anya-gyermek egyezés a gyermek depressziós tüneteiről*

Az anyák súlyosabb depressziós tüneteket ítélték gyermekeiknek, mint a gyermekek maguk az összesített pontszámokban, a hangulati és a vegetatív tünetcsoportokban. A nemeket külön vizsgálva ez a tendencia csak a fiúk és szüleik esetében volt megtalálható. Az anyák és lányaik véleménye a depresszió súlyosságáról nem különbözött szignifikánsan, s bár az anyák többnyire súlyosabb hangulati tüneteket ítélték meg, mint a lányok maguk, a kognitív tünetek jelenlétét alábecsülték gyermekeikhez képest. A fiúk és lányok véleményét összehasonlítva a lányok minden tünetcsoportban és összességében is súlyosabb tüneteket mutattak (1. táblázat).

A többváltozós modellben az anya depressziós tüneteinek (BDI), iskolázottságának, a gyermek életkorának és nemének hatását vizsgáltam először külön az anya és a gyermek véleményére, majd az anya-gyermek egyezésre. A gyermek beszámolót szignifikánsan befolyásolta a gyermek neme, életkora, az anya BDI pontszáma, valamint az életkor és a nem interakciója. Az idősebb lányok depressziójukat súlyosabbnak ítélték. Az anyai beszámolókat vizsgálva főleg az anyai változók hatását találtam. Magasabb BDI pontszám mellett az anyák gyermekeiknek is több depressziós tünetet jeleztek. Magasabb iskolázottságú anyák több kognitív tünetről számoltak be gyermekeiknél. Az anya-gyermek egyezésre egyedül a gyermek életkora hatott szignifikánsan. A gyermek életkorának 1 évvel való növekedése az egyezésben átlagosan 0.46 pontos javulást jelentett.

#### *ILK kérdőív megbízhatósága és validitása*

A teszt mindhárom változata megfelelő belső megbízhatóságot mutatott (Cronbach alpha: gyermek: 0.66, serdülő: 0.73, szülő: 0.78). Az inter-rater megbízhatóság az egyes itemek

1. táblázat: A gyermek depressziójának súlyossága az összes tünet illetve tünetcsoport szerint. Összehasonlítás az informátor személye és a gyermek neme alapján.

Változók	Teljes n = 354 Átlag(SD)	Fiúk n = 196 Átlag(SD)	Lányok n = 158 Átlag(SD)	t-érték nemek
<u>Teljes Depressziós Súlyosság:</u>				
Gyerek beszámoló	13.24 (7.19)	11.92 (7.06)	14.87 (7.03)	3.91***
Anyai beszámoló	14.74 (6.54)	14.34 (6.42)	15.23 (6.67)	1.29
Páros t (informátor)	-4.37***	-5.56***	-.60	
<u>Hangulati tünetcsoport:</u>				
Gyerek beszámoló	3.27 (1.90)	3.03 (1.89)	3.70 (1.86)	3.31**
Anyai beszámoló	4.07 (1.83)	3.95 (1.79)	4.20 (1.89)	1.27
Páros t (informátor)	-7.28***	-7.21***	-3.10**	
<u>Kognitív tünetcsoport</u>				
Gyerek beszámoló	4.44 (3.24)	3.81 (3.10)	5.24 (3.25)	4.21***
Anyai beszámoló	4.62 (3.10)	4.52 (3.15)	4.75 (3.06)	0.69
Páros t (informátor)	-1.41	-3.71***	2.06*	
<u>Vegetatív tünetcsoport</u>				
Gyerek beszámoló	5.49 (3.08)	5.11 (3.00)	5.97 (3.12)	2.60**
Anyai beszámoló	5.97 (3.09)	5.79 (2.93)	6.21 (3.27)	1.27
Páros t (informátor)	-2.79**	-3.34**	-.54	

SD: standard deviáció

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001.

esetében az alacsony-közepes sávban volt (Pearson r: gyermek-szülő: 0.037-0.414, serdülő-szülő: 0.154-0.624). A legmagasabb korrelációt az iskolai életminőség területén találtam mindkét korcsoportban. A tesztelési-újrateesztelési megbízhatóság értéke mindhárom verzióban megfelelő volt (ICC: szülő:0.77, serdülő:0.75, gyerek:0.67).

Az egyes területek életminőségét vizsgálva megállapítható, hogy a gyermek életkorának emelkedésével nő az elégedetlenség az iskola és a mentális egészség területén mind a szülő, mind a gyermek szerint. A családi nehézségek leginkább a 13-15 éves korosztályban, a kortárskapcsolatok a 6-9 éves korosztályban okoznak problémát. 10-15 év között a legmagasabb elégedetlenség az iskolával kapcsolatos. Az önálló aktivitás a 6-9 éves csoportban a gyermekek 41.2%-nak nehézséget jelent, ugyanakkor a szülők 6.4%-a észleli csak ezt a problémát. A legnagyobb eltérést a szülők és a serdülők véleménye között a mentális egészség és a globális életminőség területén találtam. A nemek között egyedül az iskolával kapcsolatos elégedetlenségben mutatkozott különbség (29.9% fiú elégedetlen és 22.9% lány, p=0.000).



A diszkriminatív validitás vizsgálatánál a depressziós tünetek nélküli csoportot a jelentős depressziós tüneteket mutató csoporttal hasonlítottam össze kor szerinti szétbontás nélkül. A QoL összpontszámok mind a szülők, mind a fiatalok véleménye alapján szignifikáns különbséget mutattak (tünetmentes vs depressziós szülők: 25 pont, sd:2.57 vs 23 pont, sd: 2.81; tünetmentes vs depressziós fiatalok: 25 pont, sd: 2.17 vs 20 pont, sd: 3.79). Az egyes területeket külön vizsgálva a depressziós fiatalok minden területen szignifikánsan elégedetlenebbek voltak, míg a depressziós gyerekek szülei a 7-ből 5 területen jeleztek több problémát (2. táblázat).

2. táblázat. Elégedetlen fiatalok aránya a depressziós és tünetmentes csoportokban a fiatalok és a szülők véleménye alapján

	Elégedetlen fiatalok (%)			Elégedetlen szülők (%)		
	depressziós	tünetmentes	p	depressziós	tünetmentes	p
Iskola	45.9	8.6	0.000	30.9	10.8	0.000
Család	21.7	0	0.000	4.1	0.4	0.002
kortárs kapcsolat	26.3	3.6	0.000	9.8	3.2	0.001
önálló aktivitás	33.1	18.6	0.000	7.5	6.8	0.736
fizikai egészség	22.3	3.2	0.000	4.9	2.5	0.117
mentális egészség	55.3	5	0.000	17.6	5.4	0.000
globális QoL	32.9	0.7	0.000	6.5	1.8	0.002

Faktor analízissel a fiatalok ILK tesztje 2 faktoros megoldást mutatott (eigen érték: 2.54 és 1.00). A 2 faktor együtt a variancia 50.6%-át magyarázta. Az első faktorra került a család, fizikai egészség, mentális egészség és a globális QoL, s az iskolai QoL lazán kapcsolódott. A másik faktor a kortárskapcsolatokat és az önálló aktivitást tartalmazta. A szülői kérdőív összes iteme egy faktoron jelentkezett (eigen érték: 3.11), mely a variancia 44.5%-t magyarázta.

Vizsgáltam továbbá az életminőség változását kognitív-behavior terápia (CBT) hatására. A minta 7 DSM IV szerint diagnosztizált Major Depresszív Zavarban szenvedő, 12 és 15 év közötti gyermeket tartalmazott (4 lány, 3 fiú, átlag életkor: 13.14 év, sd:1.57 év). A terápia 11-14 protokoll szerinti ülésből állt, átlagban 4.5 hónapig tartott. A terápia előtti és utáni életminőség-pontszámokat összehasonlítva a serdülők marginális (QoL terápia előtt 9.71 pont, sd: 1.98, terápia után: 12.14 pont, sd: 2.12,  $p < 0.054$ ), a szülők szignifikáns különbséget mutattak (QoL terápia előtt 9 pont, sd: 1.83; terápia után: 13.9 pont, sd: 3.39,  $p < 0.005$ ).

#### *Anyag-gyermek egyezés a fiatalok életminőségéről*

A depressziós csoportban válaszadótól függetlenül alacsonyabb életminőség értékeket találtam, mint a nem depressziós csoportban. A depressziós fiatalok szülei szignifikánsan alacsonyabbnak ítélték gyermekeik életminőségét, mint a gyerekek maguk, míg a nem

depressziós fiatalok szülei magasabb értékeket adtak, mint gyermekeik. Az egyes életterületeken ugyanez az eltérés volt megfigyelhető. (3. táblázat)

3. táblázat Az anyák és a fiatalok által jelzett életminőség a depressziós és a nem depressziós csoportokban

	Depressziós minta (N=248)			Nem-depressziós minta (N=1695)		
	anya	gyermek	páros t	Anya	gyermek	páros t
'Totál	16.50	17.85	-4.29***	24.04	23.44	7.30***
''Életminőség területek						
Iskola	3.07	2.86	2.99**	1.89	1.95	-3.63***
Család	2.34	2.12	3.27***	1.34	1.28	3.67***
Kortárs kapcsolat	2.50	2.14	4.7***	1.54	1.52	0.94
Önálló aktivitás	2.13	2.25	-1.47	1.56	2.06	-16.81***
Fizikai egészség	2.05	2.23	-2.63**	1.39	1.47	-3.92***
Mentális egészség	3.39	3.00	4.93***	1.69	1.76	-2.89**
Globális QoL	3.02	2.54	6.8***	1.54	1.52	1.3

'total pontszám 0-tól 28-ig, magasabb érték jobb életminőségre utal; ''terület pontszám 1-től 5-ig, alacsonyabb érték jobb életminőségre utal; \*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

A többváltozós regressziós modell alapján a gyermek depressziója volt az egyetlen, mely az anya-gyermek egyezést befolyásolta a gyermek életminőségéről (df=1814, F=25.988, p=0.000, R<sup>2</sup>=0.04). A gyermek életkora marginális hatást mutatott, a gyermek neme és az anya iskolázottsága nem gyakorolt hatást.

A nem depressziós csoportban minden módszerrel nagyobb volt az egyetértés a két informátor között. A legmagasabb egyezés az iskolával volt kapcsolatos, a többi érték közepes, illetve alacsony egyezést mutatott (4. táblázat).

4. táblázat. A depressziós és a nem depressziós csoportok anya-gyerek egyezés értékei

	Depressziós minta (N=248)				Nem-depressziós minta (N=1695)			
	Pearson r	ICC	AbsDif	%*	Pearson r	ICC	AbsDif	%*
Totál	.208	.206	3.98	14	.314	.314	2.6	9
Iskola	.461	.459	0.73	18	.533	.533	0.45	11
Család	.280	.279	0.77	19	.212	.211	0.38	10
Kortárskapcsolat	.222	.221	0.85	21	.187	.184	0.54	14
Önálló aktivitás	.099	.095	0.92	23	.080	.071	0.93	23
Fizikai egészség	.184	.182	0.75	19	.190	.186	0.47	12
Mentális egészség	.127	.120	0.99	25	.202	.201	0.64	16
Globális QoL	.151	.144	0.89	22	.159	.159	0.51	13

ICC: Intraclass korreláció, AbsDif: Abszolút különbség (anya-gyerek pontszám), QoL: életminőség, \*maximális különbség százaléka

## **Megbeszélés**

### *Anya-gyermek egyezés a gyermek depressziós tüneteiről valamint az egyezést befolyásoló tényezők*

A *gyermek neme* különbözőképpen befolyásolta az anyák beszámolóit. A fiúk esetében az anyák szignifikánsan súlyosabb tüneteket jeleztek, mint a gyermekek, míg lányoknál ez csak a hangulati tünetcsoportnál volt így. Ez igazolja azt a hipotézist, mely szerint az anya-lány pároknál jobb az egyezés, mint az anya-fiú pároknál. Ezt az eredményt más kutatások is alátámasztják. Feltehetően a lányok magasabb önreflexiója, valamint az azonos nemű párok nagyobb empátiája állhat a háttérben. A több *depressziós* tünetet mutató *anyák* súlyosabb depressziós szimptomákról számoltak be gyermekükénél is. Ezek a gyermekek maguk is több depressziós tünetet jeleztek, ugyanakkor a gyermeki beszámolók és az anyai depressziós tünetek között laza volt az összefüggés. Mindezek alátámasztják, hogy a depressziós szülők gyermekei valóban fokozott mértékben veszélyeztetettek a depressziós tünetekre, s nem csupán az anyák értékelik túl gyermekeik problémáit tüneti beszámolóikban.

A *gyermek életkorának* növekedésével javult az anya-gyermek egyezés. Ebben feltehetőleg szerepet játszik a növekvő önismeret, a javuló kommunikációs készség és az önreflexió fokozódása az életkorral. Az eredeti hipotézissel ellentétben azonban sem a gyermek neme, sem az anya depressziós tüneti súlyossága nem volt hatással az egyezésre. Megállapítható, hogy míg az egyéni beszámolókat inkább az egyéni változók befolyásolják, addig az egyezésre csak a gyermek életkora van hatással.

### *Az ILK kérdőív megbízhatósága és validitása*

Adataim alátámasztják, hogy az ILK kérdőív megfelelő reliabilitással és validitással rendelkezik a 7-15 éves magyar gyermekpopulációban és alkalmas ebben a korosztályban az életminőség mérésére. A gyermek verzió alacsonyabb megbízhatóságát az alacsonyabb szintű önreflexió, a rosszabb verbalizáció és érzelmi kifejezőkészség magyarázhatja. A 3 hetes újratestelési megbízhatóság a gyermek életkorának növekedésével javult. Más kutatások eredményeivel összhangban megállapítható, hogy a pszichiátriai beteg gyermekek életminősége alacsonyabb egészséges társaikénál. A depresszióban alkalmazott terápiák, például a CBT a tünetek csökkenésével az életminőségben is javulást okoznak, bár egyes tanulmányok szerint az életminőség változása hosszabb időt vesz igénybe, mint a tünetek javulása. További vizsgálatok szükségesek a pszichiátriai betegségek életminőségre gyakorolt rövid és hosszú távú hatásairól gyermekeknél.

*Anya-gyermek egyezés a gyermek életminőségéről valamint az egyezést befolyásoló tényezők*

A depressziós gyermekek szülei alacsonyabb életminőséget jelöltek gyermekeiknek, mint a gyermekek maguk. A betegség negatív hatásainak relatív szülői túlértékelését más kutatók adatai is alátámasztják különböző szomatikus betegségekben, hiperaktivitás és figyelemzavarban illetve pszichiátriai ambuláns betegcsoportban. Egyik lehetséges magyarázat, hogy míg a szülők egyformán aggódnak a jelen panaszok és a jövő miatt, a gyermekek számára a jelen eseményei jóval fontosabbak. A szülő a beteg gyermek gondozása miatt eltúlozhatja a gyermek problémáit, vagy a gyermek nem fogja fel teljes egészében betegsége következményeit. Ugyanakkor a nem-depressziós gyermekek szülei jobb életminőséget jelöltek gyermekeiknek, mint a gyermekek, mely utalhat arra, hogy egy problémamentes gyerek szülője kevesebb figyelmet szentel gyermekének. Ezek az eredmények alátámasztják a szülői edukáció és támogatás jelentőségét krónikus beteg gyermek esetén, illetve a gyermekek szűrésének fontosságát önkitöltős kérdőívek segítségével.

Magasabb anya-gyermek egyezést találtam a nem depressziós csoportban, mint a depressziósban minden módszerrel. Korábbi vizsgálatok szomatikus betegekben ellentétes eredményeket mutattak. A nagyobb szülő-gyermek egyezést magyarázhatják a szomatikus betegségek tüneteinek könnyebb megfigyelhetősége, jobban értelmezhető negatív következményei. A legnagyobb egyetértés mindkét csoportban az iskolai életminőség területén volt. Ez az egyik legjobban megfigyelhető domain, melyről egy független személy, a tanár véleménye is rendelkezésre áll. Fontos kiemelni, hogy a mentális egészség életminősége mutatta a legalacsonyabb anya-gyermek egyezést a depressziós csoportban. Egy korábbi tanulmány szerint ez a domain korrelál legjobban a globális életminőség megítélésével. Mindez megmagyarázhatja, hogy miért nagyobb az eltérés a depressziós gyerekek és szüleik között az életminőség megítélésében.

Annak ellenére, hogy az életminőség vizsgálatánál szignifikáns kapcsolatot nem találtam a gyermek életkora és a szülő-gyermek egyezés között, a kor növekedésével az egyetértés javuló tendenciát mutatott. A gyermek depressziója volt azonban a legerősebb tényező, mely az életminőséggel kapcsolatos egyezést befolyásolta.

## ÉRTEKEZÉS ALAPJÁT KÉPEZŐ KÖZLEMÉNYEK ÉS ELŐADÁSKIVONATOK

1. **E Kiss, K Kapornai, I Baji, L Mayer, Á Vetró:** Assessing quality of life: mother-child agreement in depressed and non-depressed Hungarian samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. In press.  
IF:1.992
2. **E Kiss, A Gentzler, C George, K Kapornai, Zs Tamás, M Kovacs, Á Vetró and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** Factors influencing mother-child reports of depressive symptoms and agreement among clinically referred depressed youngsters in Hungary, *J Aff Disord*, 2007, 100(1-3):143-151  
IF:3.114
3. **Kiss E, Baji I, Mayer L, Skultéti D, Benák I, Vetró Á:** Életminőség kérdőív validitása és pszichometriai jellemzői magyar gyermekpopuláción. *Psych Hung*, 2007, 22(1):33-42
4. **Vetró Á, Kiss E, Kátay L, Dombóvári E:** Az életminőség vizsgálata gyermek- és serdülőkorban. *Psych Hung*, 2003, 18(6):408-417
5. **Kiss E:** Fáradékony, lusta vagy depressziós a gyermek? *Gyermekgyógyászat*, 2007, 58(3):26-32
6. **Kiss E, Baji I, Mayer L, Vetró Á:** Quality of life study in children and adolescents – a comparison by reporter, subject age and sex. *Eur Psychiatry* 2006, 21(s1)
7. **E Kiss, I Baji, L Mayer, D Skultéti, Á Vetró:** Agreement between self and proxy measures of quality of life of depressed and healthy children. 13<sup>th</sup> International Congress of ESCAP, 2007, Firenze, Italy
8. **Kiss E, A Gentzler, C Georges, Kapornai K, Tamás Zs, M Kovacs, Vetró Á:** A gyermek depressziós tüneteiről szóló anya-gyerek beszámolókat és az egyetértést befolyásoló tényezők magyar klinikai depressziós mintában. *Gyermekgyógyászat*, 2007 április, supplementum
9. **Kiss E, Nagy P:** Gyermekkori depresszió kognitív és viselkedésterápiája – PASCET program. Congress of the Hungarian Behavior and Cognitive Therapy Association, 2005, Balatonfüred, Hungary
10. **Kiss E, Baji I, Mayer L, Vetró Á:** Életminőség vizsgálata általános iskolás gyermekpopulációban, *Psych Hung*, 2004 Supplementum 72

## EGYÉB KÖZLEMÉNYEK

1. **I Baji, NL Lopez-Duran, M Kovacs, CJ George, L Mayer, K Kapornai, E Kiss, M Vuga, J Gadoros, Á Vetró:** Age, sex, somatic complaints, and the symptom presentation of childhood depression in a Hungarian clinical sample. *J Child Psychiat*, under review
2. **L Mayer, NL Lopez-Duran, M Kovacs, C George, I Baji, K Kapornai, E Kiss, Á Vetró:** Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary. *J Aff Disord*, under review
3. **Mill J, Wigg K, Burcescu I, Vetró Á, Kiss E, Kapornai K, Tamás Z, Baji I, Gádoros J, Kennedy JL, Kovacs M, Barr CL and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** Mutation screen and association analysis of the glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in childhood-onset mood disorders (COMD). *Am J Med Genet B (Neuropsychiatr Genet)*. In press
4. **Gomez, Wigg K, Feng Y, Kiss E, Kapornai K, Tamás Z, Mayer L, Baji I, Daróczi G, Benák I, Osváth Kothencné V, Dombovári E, Kaczvinszky E, Besnyó M, Gádoros J, King N, Székely J, Kovacs M, Vetró Á, Kennedy JL, Barr CL:** 72/G30 (DAOA) and Juvenile-onset mood disorders. *Am J Med Genet B (Neuropsychiatr Genet)*, In press
5. **VL Misener, L Gomez, KG Wigg, N King, E Kiss, G Daróczi, K Kapornai, Z Tamás, L Mayer, J Gádoros, I Baji, LJ Kennedy, M Kovacs, Á Vetró, CL Barr and The International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** Tagging SNP association study of the IL-1(\*beta\*)gene (ILB1) and childhood-onset mood disorders. *Am J Med Genet B (Neuropsychiatr Genet)*, in press
6. **KG Wigg, Y Feng, L Gomez, E Kiss, K Kapornai, Z Tamás, L Mayer, I Baji, G Daróczi, Benák I, Osváth Kothencné V, Dombovári E, Kaczvinszky E, Besnyó M, Gádoros J, King N, Székely J, Kovacs M, Vetró Á, Kennedy JL, Barr CL:** Genome scan in sibling pairs with juvenile-onset mood disorders: evidence for linkage to 13q and Xq. *Am J Med Genet B (Neuropsychiatr Genet)*, in press
7. **VL Misener, L Gomez, KG Wigg, P Luca, N King, E Kiss, G Daróczi, K Kapornai, Z Tamás, L Mayer, J Gádoros, I Baji, LJ Kennedy, M Kovacs, Á Vetró, CL Barr and The International Consortium for Childhood-Onset Mood**

**Disorders:** Cytokine genes TNF, IL1A, IL1B, IL6, IL1RN and IL10, and childhood-onset mood disorders. *Neuropsychobiology* 2008; 58:71-80. IF:1.992

8. **Mill J, Kiss E, Baji I, Kapornai K, Daróczy G, Vetró Á, Kennedy J, Kovacs M, Barr C; The International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorder:** Association study of the estrogen receptor alpha gene (ESR1) and childhood-onset mood disorders. *Am J Med Genet B (Neuropsychiatr Genet)*, 2008 Oct 5; 147B(7):1323-1326. IF:4.463
9. **Shaikh SA, Strauss J, King N, Bulgin NL, Vetró A, Kiss E, George CJ, Kovacs M, Barr CL, Kennedy JL; International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders.** Association study of serotonin system genes in childhood-onset mood disorder. *Psychiatr Genet*, 2008, 18:47-52. IF:2.14
10. **Y Feng, Á Vetró, E Kiss, K Kapornai, G Daróczy, L Mayer, Zs Tamás, I Baji, J Gádoros, N King, JL Kennedy, K Wigg, M Kovacs, C Barr, and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** Association of the neurotrophic tyrosine kinase receptor (NTRK3) gene and childhood-onset mood disorders. *The Am J Psychiatry*, 2008; 165:610-616. IF:8.25
11. **Y Feng, K Wigg, N King, Á Vetró, E Kiss, K Kapornai, L Mayer, J Gádoros, JL Kennedy, M Kovacs, C Barr, and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** GPR50 is not associated with childhood-onset mood disorders in a large sample of Hungarian families. *Psychiatr Genet* 2007; 17:347-350. IF:2.141
12. **E Dempster, I. Burcescou, K Wigg, E Kiss, I Baji, J Gádoros, Zs Tamás, JL Kennedy, Á Vetró, M Kovacs, CL Barr, and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** Evidence of an association between the vasopressin V1b receptor gene (AVPR1B) and childhood-onset mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(10):1189-1195. IF:13.936
13. **EL Dempster, E Kiss, K Kapornai, G Daróczy, L Mayer, I Baji, Zs Tamás, J Gádoros, JL Kennedy, Á Vetró, M Kovacs, C Barr, and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** No evidence of association between a functional polymorphism in the MTHFR gene and childhood-onset mood disorders. *Mol Psychiatry* 2007; 12:1063-1064. IF:11.804

14. **Zs. Tamas, M. Kovacs, A. Gentzler, P. Tepper, J. Gádoros, E. Kiss, K. Kapornai, Á. Vetró and The International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorder:** The Relations of Temperament and Emotion Self-Regulation with Suicidal Behaviors in a Clinical Sample of Depressed Children in Hungary. *J Abnorm Child Psychology*, 2007, 35(4):640-652. IF:2.4
15. **K. Kapornai, A. Gentzler, P. Tepper, E. Kiss, L. Mayer. Zs. Tamás, M. Kovacs. Á. Vetró:** Early development and features of Major Depressive Disorder in a child clinical sample in Hungary. *J Aff Disorders*, 2007, 100(1-3):91-101. IF:3.138
16. **X. Liu., D.J. Buysse, A. Gentzler, E. Kiss, L. Mayer, K. Kapornai, Á. Vetró, M. Kovacs:** Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression. *Sleep*, 2007, 30(1):83-90. IF:5.126
17. **Kiss E., Pikó B., Vetró Á.:** Dohányzás és szerhasználat előfordulása és kapcsolata a pszichiátriai komorbiditással depressziós gyermek- és serdülőpopulációban. *Psych Hung*, 2006, 21(3):219-226
18. **Mayer L., Kiss, E., Baji I., Skultéti D., Vetró Á.:** Depressziós tünetek és az életeseemények összefüggésének vizsgálata általános iskolás populációban. *Psych Hung*, 2006, 21(3):210-218
19. **X. Liu, M. Kovacs, A. Gentzler, P. Tepper, E. Kiss, V. Osvath Kothenczné, Zs. Tamás, Á. Vetró:** Clinical features of depressed children with various forms of suicidality. *J Clin Psychiatry*, 2006, 67:1442-1450. IF:5.53
20. **Burcescu, K. Wigg, L. Gomez, N. King, Á. Vetró, E. Kiss, K. Kapornai, J. Gádoros, J. Kennedy, M. Kovacs, C. Barr, and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** Association study of the adrenergic receptors and Childhood-Onset Mood Disorders in Hungarian families. *Am J Med Genet B (Neuropsychiatr Genet)*, 2006, 141B:227-233. IF:4.463
21. **J. Adams, K. Wigg, N. King, I. Burcescu, Á. Vetró, E. Kiss, I. Baji, C. George, J. Kennedy, M. Kovacs, C. Barr, and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** Association study of Neurotrophic Tyrosine Kinase Receptor Type 2 (NRTK2) and Childhood-Onset Mood Disorders. *Am J Med Genet B (Neuropsychiatr Genet)*, 2005, 132B:90-95. IF:3.521
22. **V Misener, L Gomez, K Wigg, P Luca, N King, Á Vetró, E Kiss, Z Tamás, J Kennedy, M Kovacs, C Barr:** Association of the IL-10 receptor 1 gene with



- childhood onset mood disorders. *Am J Med Genet B (Neuropsychiatr Genet)*, 2006, 141B(7):724. IF:4.463
23. **Burcescu, K. Wigg, N. King, Á. Vetró, E. Kiss, L. Kátay, J. Kennedy, M. Kovacs, C. Barr, and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** Association study of CREB1 and Childhood-Onset Mood Disorders. *Am J Med Genet B (Neuropsychiatr Genet)*, 2005, 137B:45-50. IF:3.521
24. **J. Strauss, C. Barr, C. George, B Devlin, Á. Vetró, E. Kiss, I. Baji, N. King, S. Shaikh, M. Lanktree, M. Kovacs, J. Kennedy, and the International Consortium for Childhood-Onset Mood Disorders:** Brain-derived neurotrophic factor variants are associated with childhood-onset mood disorder: confirmation in a Hungarian sample. *Mol Psychiatry*, 2005, 10:861-867. IF:9.335
25. **Mayer L., Kiss E., Baji I., Skultéti D., Vetró Á.:** Demográfiai jellemzők és pszichopatológiai rizikótényezők összefüggésének vizsgálata általános iskolás populációban. *Fejlesztő pedagógia*, 2005, 16(5-6):49-54
26. **J. Kálmán, D. McGuinness, E. Kiss, Á. Vetró, W. Ll. Parry-Jones:** Survey on undergraduate teaching of child and adolescent psychiatry in European medical schools. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 9:139-143
27. **Kiss E., Kálmán J.:** A gyermekpszichiátria oktatása Európában és Magyarországon. *M. Pediatr*, 1998 VII/2, 140-144
28. **Dombovári E., Kiss E.:** A gyermekbántalmazás jelentősége klinikai gyakorlatunkban. *M. Pediatr*, 1998 VII/2, 147-151

## KÖNYVFEJEZET

1. **Vetró Ágnes, Kiss Enikő:** Viselkedés- és kognitív terápia a gyermek- és serdülőkorban. In: Vetró Ágnes (szerk.) *Gyermek- és ifjúságpszichiátria*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2008

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnék köszönetet mondani Dr. Vetró Ágnes témavezetőmnek és osztályvezetőmnek támogatásáért és tanácsaiért, valamint az irányítása mellett szerzett tudásért és tapasztalatért.

Köszönöm Kovács Mária professzor asszonynak a tudományos kutatás és a publikálás területén nyújtott útmutatását, tanácsait és ösztönzését.

További köszönettel tartozom Dr. Gádoros Júliának, Dr. Baji Ildikónak, Dr. Kapornai Krisztinának, Dr. Tamás Zsuzsának és Dr. Mayer Lászlónak a tudományos munkában nyújtott javaslataikért és támogatásukért, valamint Benák Istvánnak az adatkezelésben és felhasználásban nyújtott segítségért.

Köszönetemet szeretném kifejezni Charles George-nak, Skultéti Dórának és Kovács Eszternek a statisztikai analízisben nyújtott segítségért és ötleteikért.

Köszönet illeti a Gyermekkor kezdetű depresszió munkacsoport tagjait az interjúk lebonyolításáért, a tesztek felvételéért, a precíz és pontos adatbevitelért, adatellenőrzésért.

Végül, de nem utolsósorban szeretném megköszönni a kutatásban résztvevő gyermekeknek és családoknak a lelkes és segítőkész részvételt.