

## INTERNALIZÁLÓ ÉS EXTERNALIZÁLÓ PSZICHÉS ZAVARÚ SERDÜLŐK SZORONGÁSOS ÉS DEPRESSZIÓS TÜNETTANÁNAK ÉS REZILIENCIÁJÁNAK EXPLORATÍV VIZSGÁLATA SÜRGŐSSÉGI GYERMEKPSZICHIÁTRIAI OSZTÁLYON

TÖRŐ KRISZTINA<sup>1</sup>, CSIKÓS GÁBOR<sup>2</sup>, FLIEGAUF GERGELY<sup>3</sup>, MOKOS JUDIT<sup>4</sup>, SÓFI GYULA<sup>5</sup>

### Absztrakt

**Háttér:** A serdülőkor a szorongásos és depressziós zavarok kapcsán magas kockázatúnak mondható. Kevés adat áll rendelkezésre a szorongás és depresszió kapcsán sürgősségi gyermekpszichiátriai osztályon pszichés zavar miatt kezelt serdülők körében.

**Célkitűzés:** Kutatásunk célja a szorongással és a depresszióval kapcsolatos adatok elemzése klinikai mintán. Vizsgáltuk továbbá egy másik pszichés változó, a reziliencia szerepét a szorongásos és depressziós tünetek vonatkozásában.

**Módszer:** 90 főből (50 fiú, 40 lány, átlagéletkor  $13,81 \pm 2,39$  év) álló klinikai mintát vizsgáltunk, akik a Heim Pál Gyermekkorház sürgősségi pszichiátriai osztályára vagy ambulanciájára jelentkeztek különböző internalizáló és externalizáló pszichés zavar fennállása következtében fellépő sürgősségi állapot miatt. Az internalizáló és externalizáló tünetek fennállását a magyar SDQ kérdőívvel erősítettük meg. A klinikai és demográfiai/kezelési adatokon kívül a szorongást és depressziót a DASS-21 kérdőívvel, a rezilienciát pedig a 10 itemes reziliencia skálával (CD RISK) mértük.

**Eredmények:** A szorongás és depresszió szintje kapcsán különbségek láthatóak a csoporton belül mind a nemek, mind a gyermekek diagnózistípusának (internalizáló/externalizáló) vonatkozásában. A vizsgálati adatok azt is mutatják, hogy a reziliencia átlagos szintje a normál értéket nem éri el a vizsgált betegcsoportban: a lányok esetében szignifikánsan alacsonyabb, mint fiúknál és az internalizálóknál alacsonyabb, mint az externalizálóknál. A klinikai szintű depresszió és szorongás gyakorisága a csoportban 75%, illetve 71 %. A reziliencia negatívan korrelál a depresszióval és a szorongással.

**Következtetés:** A reziliencia védőfaktorak bizonyul mind a depresszióval, mind a szorongással kapcsolatban. A szorongásos és depressziós tünetek kapcsán emiatt a nagyobb tudatosság és korai terápiás beavatkozás segíthet a tünetek mérséklésében, ezáltal javítva a klinikai serdülő populáció életminőségét.

---

<sup>1</sup> Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem Pető András Kar, Humántudományi Intézet

<sup>3</sup> Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály és Ambulancia; Nemzeti Közszerológiai Egyetem Rendészettudományi Doktori Iskola

<sup>4</sup> Egészségbiztonsági Nemzeti Laboratórium - Eötvös Loránd Tudományegyetem; Eötvös Loránd Tudományegyetem Növényrendszertani, Ökológiai és Elméleti Biológiai Tanszék

<sup>5</sup> Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály és Ambulancia; Nemzeti Közszerológiai Egyetem Rendészettudományi Doktori Iskola

**Kulcsszavak:** gyermekpszichiátria, reziliencia, szorongás, depresszió, sürgősség

## Háttér

### *Sürgősségi gyermekpszichiátriai ellátás*

A gyermek vagy a serdülő, illetve a környezet számára kontrollálhatatlan és kezelhetetlen mentális megnyilvánulásokat vagy viselkedéses eltéréseket mutató páciensek ellátása sürgősségi orvosi beavatkozást igényelhet. A hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintése alapján elmondható, hogy a mentális sürgősségi állapotok aránya az elmúlt tíz évben folyamatosan emelkedett. Pontos epidemiológiai adatok a hazai gyermek- és serdülőkorú mentális zavarok miatti sürgősségi ellátásokról nem állnak rendelkezésre. A nemzetközi adatok arra utalnak, hogy az összes sürgősségi ellátás 1,6%-ában fordul elő mentális probléma is, és ezen ellátások 71%-a serdülőket érinti (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey 2002). A hazai és nemzetközi klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a leggyakoribb sürgősséget indikáló állapotok az öngyilkosság, az agresszív viselkedéssel és szerhasználattal kapcsolatos sürgősségi állapotok, és az egyéb krízisszituációk (Gili et al 2019). Ezen pszichés állapotokkal összefüggő diagnózisok alapvetően két részre oszthatóak, internalizáló és externalizáló pszichés zavarokra.

### *Internalizáló/externalizáló zavarok*

Az internalizáló mentális zavarokban a patológia önmaga felé fordulva fejeződik ki, és ezáltal szorongásban, depresszióban és más negatív érzelmekben nyilvánulhat meg (Ruiz és Edens, 2008). Az internalizációs tünetek tehát az érzelmi életben jelentkeznek. Az ide sorolható tünetek körébe tartoznak a hangulati élet zavarai, mint amilyen például a depresszió vagy a bipoláris zavar, mely szindrómák számos tünetet foglalnak magukba. A hangulat megváltozása mellett vegetatív tünetek, szomatikus panaszok is tapasztalhatók, eltérés mutatkozik a kognitív funkciókban is (Oláh, 2008). Az externalizáló zavaroknál pont az ellenkezője történik. Kifelé nyert utat a patológia, és többek között agresszióban, droghasználatban, alkoholizmusban, stb. fejeződik ki. Továbbá olyan, elsősorban viselkedési zavarokban mutatkoznak meg, melyek a környezet számára zavaró magatartásformákban jelentkeznek (Ruiz és Edens, 2008).

### *A serdülőkori depresszió*

A serdülőkori depresszió pont prevalenciáját a világban 34 % körülre teszik (Shorey 2022). A 12-17 évesek 12,5 százalékánál jelentkeznek a major depressziós epizód tünetei egy 12 hónapos időszak alatt (Clayborne Varin és Colman 2018). A korai kezdetű major depresszió a gyermekkori mentális zavarok egyik legelterjedtebb zavara, mely mind az egyén, mind pedig a társadalom számára súlyos megterhelést jelentő kórkép, mert jelentős mértékű funkcióromlást okoz az iskolai teljesítmény és a szociális készségek fejlődése, valamint a kortárskapcsolatok terén. Fontos rizikótényező az aktív szerhasználat, a dohányzás, szorongásos zavar és az öngyilkos magatartás kialakulásában, valamint kutatásokból az derül ki, hogy kockázati tényező lehet a korábbi depressziós kórtörténet (Lewinsohn et al 1988), diszfunkcionális családban élés, stresszes életesemények és alacsony szociális támogatás, szorongás és még sok más változó (Lewinsohn et al 1994). A rizikófaktorok között szerepel a

stressz, amely kockázati tényező a depresszió kialakulásánál. A magas észlelt stressz különösen akkor veszélyes, ha gyakoribb maladaptív megküzdési stratégiákkal társul. Ilyen esetekben nagyobb az esélye az alkalmazkodási problémák megjelenésének, akár viselkedéses, akár érzelmi-hangulati szinten (Hampel, 2007). E tekintetben a korai serdülők különösen veszélyeztetettek, így az sem véletlen, hogy a depressziós tünetek is ebben a korcsoportban kezdenek igazán emelkedni (Pikó és FitzPatrick, 2003). A major depressziós epizód a sürgősségi ellátás terén is gyakori indikáció (Kapornai és Vetro 2015).

### *Szorongás serdülőkorban*

A szorongás serdülőkorban egy igen gyakori panasz, mely a szakirodalom alapján összefüggéseket mutat a kötődési stílussal (Muris et al 2001), a krónikus stresszsel (Stauder és Konkoly Thege 2006), a rezilienciával, és a jólléttel (Mosheva et al 2020), valamint a klinikai populációban is gyakran előfordul maga a szorongásos zavar, illetve komorbid állapotként is. A szorongás egyes fajtáira jellemző a magas mértékű komorbiditás egymással, illetve általánosságban egyéb klinikai kórképekkel, ahogyan az például Kaufman és Charney (2000) metaanalízisében olvasható. A sürgősségi ellátásban is találkozhatunk olyan felfokozott szorongásos állapottal, amely kórházi felvételt igényel (Cutler et al 2019.)

### *Szorongás és depresszió kapcsolata*

A szerzők azt az eredményt kapták, hogy az általuk vizsgált több tanulmányban is 90%-nál magasabb volt azon szorongásos zavarban szenvedők aránya, akik életük során valamilyen más pszichiátriai problémával is küzdöttek, nagyjából 20-25%-uk életében fordult elő alkoholbetegség vagy szerabúzus. Mindezek mellett major depresszióval szenvedők 50-60%-ánál fordult elő életük során egy- vagy többféle szorongásos zavar, és amennyiben szimultán állt fenn a két állapot, a tünetek súlyosabbak voltak és az öngyilkossági törekvések aránya is magasabb volt. Ezen eredményeket alátámasztja Lamers et al (2011) kutatása, melyben a részt vett, depresszióban szenvedő betegek 67%-a egyidejűleg szorongásos panaszokkal is küzdött. A kórtörténetet vizsgálva, a komorbid esetek több mint felénél a szorongás alakult ki először, majd utána a depresszió. Biológiai összefüggéseket keresve a két betegség között, azt találták, hogy a generalizált szorongásnak és a major depresszióknak közös genetikai alapjai vannak, azonban általánosságokban a szorongások különböző altípusai genetikailag többféle hajlamosító tényezőtől állnak össze, illetve a depresszió és a különféle szorongások rendelkeznek mind egyedi, mind közös építőelemekkel, melyek közül az úgynevezett negatív hatás megtalálható mindkétféle kórképben, ami elsősorban az ítélelhező és értelmező kognitív folyamatokra fejt ki a hatását (Mineka et al 2008). A serdülők körében az előfordulás gyakoriságára nézve a WHO adatai alapján a 10-14 éves korosztály 3,6%-a és a 15-19 éves korosztály 4,6%-a szenved szorongásos tünetektől (WHO 2022). A serdülőkori depresszió aránya pedig 1,1%-ra becsülhető a 10-14 és 2,8%-ra a 15-19 éves korosztályban (WHO 2022). Mind a szorongás, mind a depresszió esetén megfigyelhetők nemek közti különbség. Mindkettőnél a nők esetében nagyobb a kockázat (Altemus, Sarvaiya és Neill Epperson 2014).

## *Reziliencia mint védőfaktor*

Vannak olyan személyek, akik rendelkeznek egyfajta ellenállóképességgel és hatékony megküzdéssel – ehhez köthető a reziliencia fogalma. A fogalom meghatározása itt sem egységes, azonban általánosan jellemző rá a jelentős mértékben kedvezőtlen helyzetek ellenére az egészséges működés fenntartása; a tudatos erőfeszítés arra, hogy a negatív tapasztalatból levont tanulságokat integrálja és felhasználja az egyén a pozitív kimenetel megteremtésére; képesség arra, hogy olyan helyzetekhez alkalmazkodjon a személy, ami a működését vagy fejlődését veszélyezteti; és egy folyamat, ami által az erőforrások felhasználásra kerülnek a jóllét biztosítása érdekében (Southwick et al 2014). Tehát ahhoz, hogy valakit reziliensnek lehessen nevezni, ahhoz egyrészt szükséges egy olyan helyzet, ami jelentős mértékben fenyegeti vagy fenyegette a fejlődését, és az ahhoz történő alkalmazkodása vagy a fejlődésének kimenetele jó, de legalábbis megfelelő (Masten, 2001). A reziliencia kialakulását sok faktor közrejátszása határozza meg: genetikai, epigenetikai, neurokémiai, idegrendszeri, pszichológiai és fejlődési környezeti hatások integrált hatása határozza meg az egyén rezilienciájának mértékét. Kutatásunkban a depresszió, szorongás, és reziliencia jellemzőit és összefüggéseit vizsgáltuk sürgősségi pszichiátriai klinikai mintán.

## **Módszer**

### *Vizsgálati minta*

A kutatás módszere keresztmetszeti eljárás. Az adatgyűjtés személyesen történt egyetemi hallgatók bevonásával, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben a Gyermek és Ifjúsági Pszichiátriai Osztály ambulanciáján és fekvőbeteg osztályán, kényelmi alapú mintavételi módszerrel. 2021. szeptember 15-től december 20-ig, illetve 2022. szeptember 20-tól december 5-ig két szakaszban. A vizsgálati csoportba olyan különböző pszichés zavarral diagnosztizált gyermekek kerültek, akik ambuláns pszichiátriai ellátást vagy osztályos kezelést vettek igénybe. A csoportba bekerült 104 gyermek 10-18 év közötti, fiúk és lányok vegyesen. A diagnózisra rákérdeztünk a kérdőívben, melyet a kitöltéskor minden esetben jelen lévő szakember (orvosok vagy pszichológus) segítségével írtak le a gyerekek. A kitöltők és előzetesen a szülei részére a tájékoztatás a kórházban személyesen, szóban történt meg. A kérdőívcsomag kitöltése önkéntes alapon történt a kórházban, így a kitöltés bármikor, következmény nélkül megszakítható volt. A serdülőknek lehetőségük volt segítséget kérni, ha a vizsgálat során feszültség vagy kellemetlenség lépett fel.

A kutatás az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásaitikai Bizottság (ETT.TUKEB) engedélyével történt<sup>6</sup>.

### *Mérőeszközök*

Kutatásunkban a demográfiai adatok közül a következőket használtuk: gyermek neme, életkora, kezelés időtartama, diagnózis, kezelés módja.

Kérdőívek:

Reziliencia Kérdőív-10 magyar változata (Járai et al 2015): 10 itemes, a lelki ellenálló képesség mérésére kidolgozott eszköz. A kitöltőknek egy 5 fokú Likert-

---

<sup>6</sup> ETT- TUKEB engedély száma: IV/7091-3/2021/EKU

skálán kellett megjelölni, hogy mennyire igazak az állítások: 0 – egyáltalán nem igaz, 4 – szinte mindig igaz. A kérdőív nem tartalmaz fordított tételeket.

Depresszió, Szorongás és Stressz Skála (DASS): (Lovibond és Lovibond 1995). A teszt skálarendszerét nem csupán a hagyományosan meghatározott érzelmi állapotok feltárására dolgozták ki, hanem hogy elősegítse a gyakorta megjelenő, klinikailag fontos érzelmi állapotok meghatározását. Annak érdekében, hogy a kérdőív a lehetőségekhez mérten rövid és tömör legyen, létrehozták a skálák feleakkora hosszúságú változatát, mely a DASS-21 nevet kapta. Kutatásunkban ezt a változatot használtuk. A kitöltőknek egy 4 fokú Likert-skálán kellett megjelölni, hogy az elmúlt hétre vonatkozóan mennyire jellemzőek rájuk a kijelentések: 0 – egyáltalán nem jellemző, 3 – igen tekintélyes mértékben, nagyon gyakran jellemző.

SDQ-Magy. kérdőív (Túri et al 2013): Az SDQ kérdőív alkalmas a 11-18 éves gyermekek gyermekkori mentális egészségének feltérképezésére, valamint a problematikus esetek kiszűrésére is. 25 kérdést tartalmaz, felvétele gyors és praktikus. Normál és klinikai populációt vizsgálva az SDQ alkalmas a magatartási problémák és a lehetséges pszichés érintettség jelzésére. Eredetileg a kérdőív négy skálát tartalmazott, amelyek az úgynevezett probléma skálák, majd ezt kiegészítették később a proszociális viselkedés mérésével is. A gyermek 3 fokú Likert-skálán értékeli, hogy az adott kérdés rá nem igaz (0), valamennyire igaz (1), vagy határozottan igaz (2). A skálák a következők: Érzelmi tünetek, Viselkedési problémák, Hiperaktivitás, Kortárskapcsolati problémák és Proszociális viselkedés skála. A felsorolásból látható, hogy valóban az eredeti vagy probléma skálától elkülönül a proszociális viselkedés mint képesség skála. A négy probléma skála képezi az összesített probléma pontszámot 0-40 között, az egyes skálákra adott 10 maximális pontszám mellett. Az internalizáló és externalizáló tünetek azonosításához Goodman tanulmányán (Goodman et al 2010) alapuló 3 faktoros besorolást alkalmaztunk, mely alapján az internalizáló tünetek  $\geq 9$ , az externalizáló tünetek pedig  $\geq 10$ , a proszociális skála változatlan. Az internalizáló és externalizáló tünetek elkülönítése magyar mintán is hatékonyan bizonyult (Túri et al 2013).

## **Célkitűzés és hipotézisek**

A kutatás célja a serdülőkori szorongás, depresszió és reziliencia szintjének meghatározása klinikai mintán, és ezen belül az internalizáló és externalizáló alcsoportokban. Célunk volt továbbá a vizsgált különböző pszichés tényezők, a reziliencia, a depresszió és a szorongás összefüggéseinek vizsgálata a klinikai minta vonatkozásában.

## **Statisztika**

A statisztikai elemzések R programnyelvben készültek (R Core Team 2022). A kérdőívek reliabilitását Cronbach-alfa mutatóval adtuk meg. A reziliencia, depresszió és szorongás normalitását Shapiro-Wilk teszttel ellenőriztük. Mivel a normalitás többnyire nem teljesül, valamint alacsony a mintaelemszám, a három változó közötti összefüggések vizsgálatához a nem paraméteres Spearman-korrelációt használtuk. A fiúk és lányok stressz, szorongás és reziliencia szintje közötti különbséget Mann-Whitney teszttel vizsgáltuk.

## Eredmények

### I. Leíró statisztika

#### A minta demográfiai és klinikai jellemzői

A 104 fős klinikai mintából 90 gyermeknek volt meg minden adata a pszichológiai kérdőívekből. A serdülők életkorának átlaga 13,81 év, szórása 2,39 év. A minimum életkor 10,2 év, a maximum 17,3. A kezelés időtartama a páciensek többségénél (49 fő, 83%) nem tartott egy évig, tehát néhány hónap vagy hét volt. A kezelés jellege a legtöbb esetben pszichoterápia volt (20 fő), vagy gyógyszer és pszichoterápia (20 fő). A többi esetben tanácsadás, vagy csak diagnosztika, vagy egyéb beavatkozás történt. A bekerülési fő diagnózisok alapján kisebb csoportokat képeztünk a leggyakoribb pszichés zavarok szerint, a komorbiditások jelölésétől eltekintve: figyelemzavaros/hiperaktív (ADHD) 28%, szorongás 23%, depresszió 20%, érzelmi zavar 14%, viselkedészavarok 6 %. Egy-egy gyermeknél egyetlen pszichés zavar került megállapításra diagnózisként (Asperger, anorexia, önsértés, pszichotikus zavar, szuicid gondolatok, hajtépés), ebből képeztük az "egyéb" csoportot (6%). A gyerekek 3 %-a nem válaszolt erre a kérdésre. A vizsgált személyek demográfiai és klinikai minta jellemzőit részletesen az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat: A vizsgálati személyek demográfiai és teljes klinikai minta jellemzői

változó	N	%
<b>minta elemszám</b>	90	100
<b>nem</b>		
fiú	50	55
lány	40	45
<b>kezelés időtartama</b>		
1 évnél kevesebb	49	54
1-1,5 év	12	13
1,5-2 év	4	5
2-3 év	7	8
3 évnél hosszabb	9	10
nincs válasz	9	10
<b>kezelés formája</b>		
csak diagnosztika	8	9
egyéb	8	9
gyógyszer	13	16
gyógyszer+pszichoterápia	20	22
pszichoterápia	20	22
tanácsadás	19	21

nem válaszolt	2	1
<b>bekerülési diagnózis</b>		
ADHD	28	31
szorongás	18	20
depresszió	15	17
érzelmi zavar	14	17
viselkedés zavar	6	7
egyéb	6	7
nem válaszol	3	1

*Forrás: saját szerkesztés*

## *II. Internalizáló és externalizáló tünetek előfordulási gyakorisága az SDQ alapján*

Megvizsgáltuk azt, hogy a vizsgálati mintába bekerült klinikai esetek hány százaléka mutat internalizáló, illetve externalizáló tüneteket az SDQ öt alskálájából képzett internalizáló (érzelmi zavar+kortárs kapcsolatok) és externalizáló (hiperaktivitás, viselkedés problémák) skálái alapján. Goodman (Goodman 2010) javasolja a skálák kategorizálását, amelynek folyamán a 2-2 alskála összeadódik. Internalizáló tüneteket mutatónak jelöltük a két internalizáló skálán elért 9-20 pont közötti, externalizáló tüneteket mutatónak pedig a 2 externalizáló skálán elért 10-20 pont közötti eredményeket. A csoportosítás célja az volt, hogy a vizsgált pszichés változók (szorongás, depresszió) szintjét e kétfajta tünetcsoport megjelenése mentén is vizsgálni tudjuk a következőkben a klinikai csoporton belül. A teljes mintára vonatkozó Cronbach-alfa mutatók az SDQ teszt alskáláinak vonatkozásában 0,71-től 0,791-ig terjednek. A 2. táblázatban foglaltuk össze az SDQ teszt alskáláinak és összesített probléma skálájának pontszámát, és egy korábbi magyar normál populáción végzett vizsgálati minta (Túri et al 2011) ugyanezen skáláinak pontszámát. Minden alskála értéke a klinikai mintában meghaladja a normál szintet. Az összesített probléma skálán a klinikai tartomány 18-40, az érzelmi tünetek alskálán 6-10, a viselkedési problémák alskálán 4-10, a hiperaktivitás skálán 7-10, a kortárs kapcsolati problémák skálán 4-10, a proszociális skálán 0-4. Az internalizáló és externalizáló skálán 10-20 pont. A klinikai tartományba tartozó esetek számát és arányát a 3. táblázatban mutatjuk be.

*2. táblázat: A klinikai minta és egy korábbi magyar kontroll minta (Túri et al 2011.) SDQ skáláinak pontszámai*

<b>változók</b>	<b>átlagos pontszám és szórás</b>	
magyar SDQ alskálák	kontroll (Túri et al 2011) (N=286)	klinikai (N=90)
összesített probléma	10,3 (5,2)	16,1 (5,7)
érzelmi tünetek	2,8 (2,3)	5,3 (2,1)

viselkedései problémák	2,2 (1,4)	7,6 (2,0)
hiperaktivitás	3,6 (2,3)	6,8 (2,4)
kortárs kapcsolati problémák	1,7 (1,7)	6,3 (2,2)
proszociális skála	7,2 (2,1)	3,9 (2,0)
internalizáló skála (érzelmi tünetek+kortárs kapcsolati problémák)		14,2 (3,2)
externalizáló skála (viselkedései problémák+hiperaktivitás)		16,1 (3,7)

*Forrás: saját szerkesztés*

*3. táblázat: A Magyar SDQ klinikai tartományába eső esetek száma és aránya a jelen klinikai minta egészében*

<b>változó</b>	<b>klinikai tartomány</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
összes probléma	10-40	34	38
érzelmi tünetek	5-10	30	33
viselkedési problémák	3-10	40	45
hiperaktivitás	6-10	21	23
kortárs kapcsolati problémák	4-10	20	45
proszociális skála	0-4	16	18
<b>internalizáló skála</b>	<b>9-20</b>	<b>64</b>	<b>72</b>
<b>externalizáló skála</b>	<b>10-20</b>	<b>71</b>	<b>79</b>

*Forrás: saját szerkesztés*

*Jegyzet: Az internalizáló és externalizáló skálákat az SDQ 2-2 alszájainak összegzése nyomán használtuk (Goodman et al 2010).*

### *III. A klinikai minta szorongás, depresszió, reziliencia és kötődés mérésének eredményei a teljes vizsgálati csoportban és nemek, tünetcsoportok szerint*

A kérdőívek (DASS-21 és reziliencia), és alszájaik Cronbach-alfa értéke megfelelő: 0,81-0,85-ig terjed. A teljes klinikai minta depresszió átlagos pontszáma mérsékeltnek, a szorongás átlaga súlyosnak írható le (4. táblázat). A reziliencia szintje az átlag 25 pont alatti, tehát alacsony. A lányok jobban szoronganak, mint a fiúk ( $p < 0.01$ ). A fiúk rezilienciaszintje szignifikánsan magasabb, mint a lányoké ( $p < 0.01$ ). A depresszió szintjében nincsen nemi különbség ( $p = 0.354$ ). A szorongás és depresszió alszájaik tünetcsoportonkénti átlagairól elmondhatjuk, hogy a klinikai



externalizálók átlagos szorongásszintje 7,065, ami a mérsékelt szorongás felső határértéke körüli, majdnem súlyos mértékűnek mondható; átlagos depressziószintje pedig 7,25, ami mérsékeltként jellemezhető. A klinikai internalizálók átlagos szorongásszintje 9,694, ami a súlyos, illetve nagyon súlyos szorongás értékei közt mozog, míg az átlagos depressziószintjük 8,83, ami súlyosnak tekinthető. Az internalizálók szorongás- és depressziószintje is szignifikánsan magasabb, mint az externalizálóké ( $p \leq 0,01$ ). A reziliencia szintje az internalizáló csoportnak magasabb, mint az externalizálóké.

4. táblázat: A klinikai minta szorongás, depresszió, reziliencia és kötődés kérdőívek pontszámának átlagértékei a teljes vizsgálati csoportban és nemek, tünetcsoportok szerint

változó	tartomány	teljes minta átlag	teljes minta szórás	fiúk átlag	fiúk szórás	lányok átlag	lányok szórás	internalizáló zavarú átlag	internalizáló zavarú szórás	externalizáló átlag	externalizáló szórás
DASS depresszió	≥5 klinikai tartomány, ≥5 enyhe, 7≥ mérsékelt ≥11 súlyos	8.40	5.32	7.68	4.64	8.98	5.79	8,83	4,42	7,25	4,32
DASS szorongás	≥4 klinikai tartomány, ≥4 enyhe ≥6 mérsékelt, ≥8 súlyos ≥10 nagyon súlyos	8.59	5.40	6.85	5.16	9.98	5.23	9,69	5,12	7,07	4,12
Reziliencia	0-25 alacsony 25-35 normál 35 felett magas	21.12	7.56	24.00	7.55	18.82	6.81	22,13	6,64	20,19	6,22

Forrás: saját szerkesztés

#### IV. A klinikai minta csoportokba sorolása a DASS-21 depresszió alskála, szorongás alskála és a reziliencia skála értékelése alapján

A kitöltők közül 68 fő (75%) esetén mutat a DASS-21 alskála különböző súlyosságú hangulati problémát, klinikai szintű depressziót. Több lány esetén jelez a teszt hangulati zavart, mint fiú esetében. Nagyon súlyos depresszió kétszer annyi lánynál fordul elő, mint fiúnál. Az enyhe depressziósok közt több fiút találunk. Szorongás

(enyhe-mérsékelt vagy súlyos) a klinikai minta egy részénél fennáll (78%), több lányt érintve, mint fiút. Ahol a szorongás klinikai szintű, ott 43%-ban nagyon súlyos szintet ér el. A reziliencia a csoport nagy részénél az átlagosnál alacsonyabb szinten van, több az alacsony rezilienciájú lány, mint fiú. A lányok eredménye mind a depresszió, mind a szorongás, mind pedig a reziliencia kapcsán rosszabbnak mondható a fiúkénál (ld. 5. táblázat).

5. táblázat: A vizsgált kórházi minta normál és klinikai tartományba eső eseteinek száma és aránya a DASS depresszió skála, a DASS szorongás skála, és a reziliencia skála értékelése alapján

DASS-21 DEPRESSZIÓ	Teljes minta N (%)	Fiú N (%)	Lány N (%)
enyhe $\geq 5$	14 (15)	9	5
mérsékelt $\geq 7$	23 (25)	11	12
súlyos	13 (14)	2	11
nagyon súlyos	18 (20)	6	12
<b>összes klinikai</b>	<b>68 (75)</b>	<b>30</b>	<b>38</b>
<b>normál övezetben</b>	22 (24)	12	10
<b>DASS-21 SZORONGÁS</b>			
enyhe $\geq 4$	10 (11)	5	5
mérsékelt $\geq 6$	8 (8)	2	2
súlyos $\geq 8$	14 (15)	9	5
nagyon súlyos $\geq 10$	39 (43)	20	19
<b>összes klinikai</b>	<b>71 (78)</b>	<b>34</b>	<b>37</b>
<b>normál övezetben</b>	19 (21)	6	13
<b>REZILIENCIA</b>			
<b>alacsony</b>	<b>61</b>	<b>21</b>	<b>40</b>
normál	27	17	10
magas	2	2	0

*Forrás: saját szerkesztés*

#### V. A depresszió, szorongás és reziliencia közötti összefüggések

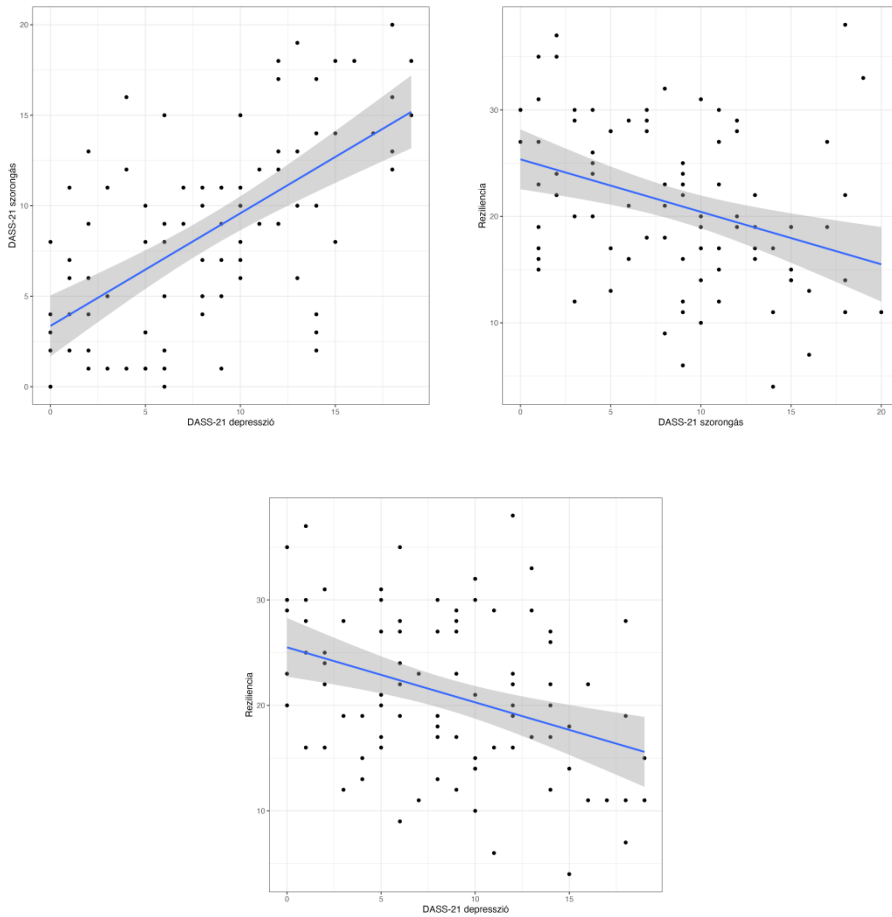
A depresszió és a szorongás pozitív összefüggést mutat egymással, a reziliencia pedig mind a kettővel negatívan korrelál (lásd 6. táblázat, 1.a,b,c ábrák).

6. táblázat: A depresszió, szorongás és reziliencia összefüggései

	1	2	3
1. DASS Depresszió	-		
2. DASS Szorongás	0.6***	-	
3. Reziliencia	-0.36***	-0.37***	-

Forrás: saját szerkesztés

1. a,b,c, ábrák: a depresszió, a szorongás és a reziliencia összefüggései



Forrás: saját szerkesztés

## Diszkusszió

### *Depresszió, szorongás és reziliencia szintje és gyakorisága a klinikai mintánkban*

Kutatásunk első részében a klinikai minta internalizáló és externalizáló tüneteit az SDQ skálával erősítettük meg. Az egyes alskálákon kapott eredményeink hasonlóak, mint egy korábbi klinikai mintán végzett kutatás eredményei (Túri et al 2013). A normál populáció szintjét egyik alskála átlaga sem éri el. Ezt követően megnéztük a depresszió, szorongás és reziliencia szintjeit az egész mintát tekintve, illetve külön nemenként és külön az internalizáló és externalizáló csoportokban. Eredményeink a szakirodalommal egyezően azt mutatják, hogy a lányok szorongásszintje szignifikánsan magasabb, mint a fiúké. Viszont a depresszió vonatkozásában nincs nemi különbség. A mi mintánkban jóval korábban megjelennek a nemi különbségek, mint azt a szakirodalomban láthatjuk: Calvete és Cardeoso (2005) 568, 14-17 év körüli serdülőn végzett vizsgálatában azt találta, hogy a nemek közti különbségek 14 éves korban kezdenek megjelenni. Az internalizáló csoportban elvárásunknak megfelelően magasabb volt a depresszió szintje, de magas volt a depresszió és szorongás szintje az externalizáló csoportban is (klinikai szintű mérsékelt szorongás). Továbbá azt találtuk, hogy a lányok kevésbé reziliensek, mint a fiúk, és az externalizáló serdülők rezilienciája alacsonyabb, mint az internalizálóké. Ez az eredmény más, korábbi kutatásokban szintén megjelent. A reziliencia számos faktorának alacsony szintjével kerültek azonosításra az internalizáló és externalizáló magatartások (Cabaj et al 2014), továbbá a szakirodalomban megállapításra került az is, hogy a serdülők belső pszichológiai erőforrások hiányában családodottságukat jelenítik meg, amely főként agresszió, magatartászavar vagy hiperaktív viselkedés formájában mutatkozik meg a külvilágban. Regalla és munkatársai (2015) ADHD-val diagnosztizált gyermekek rezilienciaszintjét vizsgálták egy kontrollcsoporttal összehasonlításban és úgy találták, hogy az ADHD-val diagnosztizáltak kevésbé ellenállóak a kontrollcsoportban lévő társaikhoz képest. Ezt követően megvizsgáltuk, hogy a betegmintában a serdülők hány százaléka éri el a klinikai szintű depressziót és szorongást, és ezen belül milyen súlyossági övezetbe tartoznak. Valamint megnéztük azt is, hogy a csoportból hány főnek alacsony, normál illetve magas a rezilienciaszintje. A mi klinikai mintánkban a depresszió a serdülők 75%-ánál eléri a klinikai szintet. A szorongás pedig mintánk 71 százalékánál éri el a pszichés zavar határértékét. A serdülőkori hangulati zavarok, depresszió előfordulásának arányát normál populációban, Európában 17-22% körülre teszik (Susánszky 2008). A 12-17 évesek 12,5 százalékánál jelentkeznek a major depressziós epizód tünetei egy 12 hónapos időszak alatt (Clayborne, Varin és Colman 2019). Lényeges kiemelni, hogy a vizsgálati csoportba nem csupán depresszió és szorongás diagnózisú serdülők kerültek, csak a bekerült serdülők 57%-a kapott ilyen diagnózist. A komorbid diagnózisokat jelen mintában nem vizsgáltuk, sem azt, hogy a szorongás és depresszió hány serdülőnél fordul elő együttesen. Ezt követően a vizsgált változók összefüggéseit is áttekintettük.

### *Depresszió és szorongás összefüggései*

Kutatásunkban összefüggést találtunk a szorongás és depresszió szintje között: minél magasabb volt a depresszió szintje, annál magasabb szintű volt a szorongás is. A fiatalkori depresszió és a fiatalkori szorongás kapcsolatát vizsgálva a szakirodalomban több diagnosztikai kritérium között átfedést találhatunk. Az

általános szorongási zavarnak, a súlyos depressziós zavarnak és a dysthymiának közös tünetei a fáradtság, a koncentrációs nehézségek és az alvási rendellenességek, az ingerlékenység pedig egy olyan közös tünet, amely kifejezetten jellemző a fiatalok depressziósaira és szorongókra (Axelson és Birmaher 2001). Más kutatások is magas korrelációt találtak a depresszió és a szorongás előfordulása között, mind általános, mind klinikai, mind iskolai mintákon (Achenbach et al 1989; Muris et al 1998). Watson és Clark (1984) szerint a depresszió és a szorongás nem is két külön konstruktum, hanem valójában egy konstruktumról van szó, amit negatív affektivitásnak neveztek, és aminek az a lényege, hogy általános érzelmi szorongás jellemzi, és olyan hangulatok társulnak hozzá, mint a félelem, a szomorúság, a düh vagy a bűntudat. Több kutatás alapján mondhatjuk tehát, hogy a depresszió megléte és a szorongás megléte között erős összefüggés van.

### *Sürgősségi pszichodiagnosztika jelentősége*

Sok esetben a sürgősségi pszichiátriai ellátás során korlátozottak a lehetőségek a pontos pszichés állapot, például a szorongás és depresszió szintjének pontos felmérésére (Sófi és Törő 2023). Holott az adatokból azt látjuk, hogy az externalizáló jellegű bekerülési diagnózis mellett is jelen van a klinikai szintű depresszió és szorongás. A viselkedéses eltérések kapcsán a sürgősségi diagnosztika legfontosabb és legelső feladata a háttérben lévő esetleges organikus okok kizárása és/vagy felismerése. Az esetleges organikus eltérés rendezését követően történhet a mentális státusz kivizsgálása. A sürgősségi ellátás során nincs lehetőség részletes pszichiátriai vizsgálatra, azonban kívánatos lenne a magas kockázatú populáció szűrése, például szűrő kérdőívvel. Ilyen jellegű validált kérdőív magyar nyelven sajnos egyelőre nem elérhető. A mentális státusz kivizsgálásával párhuzamosan fontos a beteg, a család és a személyzet biztonságáról való gondoskodás is. A pszichés állapot sürgősségi kivizsgálásának első lépése annak eldöntése, hogy a gyermek/serdülő viselkedése kontrollálható-e, veszélyt jelent-e önmagára vagy másokra. Ezek a vészhelyzetek gyakran a belátás korlátozottságán, vagy akár a fizikai nyugtalanságon alapulnak (Sófi és Törő 2023). Különösen a kifejezett krízisállapotok vezethetnek külső személlyel szembeni fizikális megnyilvánulásokhoz vagy önagresszív viselkedéshez (önsértés vagy öngyilkosság formájában). Gyermekeknél és serdülőknél ezeket az állapotokat közvetlenül veszélyeztető tünetnek minősítjük (Kapornai és Vetro 2015).

### *A reziliencia mint védőfaktor*

Vizsgálatunk során továbbá feltételeztük, hogy a reziliencia mértéke alapján előre lehet jelezni a depresszió és a szorongás mértékét. Eredményeink alátámasztották ezt a hipotézisünket, egybevégyva a szakirodalmi adatokkal is: A rezilienciára jellemző a belső kontroll, az empátia, az optimizmus, a pozitív énkép, a változások pozitív kezelése és az énhatékony viselkedés (Masten 2001), így egy protektív faktornak számít a depresszióval szemben. Minél reziliensebb egy személy, tehát minél nagyobb a lelki rugalmassága, annál nagyobb eséllyel küzd meg adaptívan a pszichoszociális stresszorokkal, ezzel csökkentve az esélyét a depresszív hangulat és a szorongás kialakulásának. A statisztikai elemzések alapján eredményünk hasonló a szakirodalomban olvasottakkal. Negatív együttjárás van a reziliencia és depresszió között: minél magasabb volt valakinél a reziliencia mértéke, annál kisebb értéket ért el a depresszió skálán. Ez a jelenség kapcsolatban áll a szorongásos és depresszív

tünetképződéssel, egészséges állapotban és pszichiátriai diagnózis esetében is (Connor és Davidson 2003); minél nagyobb a reziliencia mértéke, annál kevesebb tünet figyelhető meg, illetve a pszichiátriai diagnózissal rendelkezők esetén általában alacsonyabb a reziliencia mértéke, mint a diagnózissal nem rendelkezők esetében. A reziliencia azonban nem csak a negatív hatások kivédésében segíti az egyént, hanem más, protektív faktorokkal is kapcsolatban áll, mint például az étellel való elégedettség és az általános jóllét (Gao et al 2017). Szokolszky és Komlói elemzésükben (2015) a különböző tapasztalati vizsgálatok tanulságait összegzik, miszerint a reziliens egyéneket jellemzi többek között az aktív megküzdés (coping), az énhatékonyság, a negatív események átkeretezési képessége, a szociális kompetencia, valamint a társas támogatás keresése, azaz lelki rugalmasság, melyre úgy is tekinthetünk, mint egyfajta lelki edzettségre vagy adaptációra a stresszel és az élet nehézségeivel szemben, továbbá megállapítást nyert azt is, hogy a „pszichológiai immunrendszerünk” (Oláh 2004) részét képezi.

### *Reziliencia fejlesztési lehetőségei*

Korábbi kutatások azt mutatják, hogy a gyermekek reziliensebbek, ha legalább egy gondoskodó szülő vagy más támogató felnőtt mellettük van, aki stabil gondoskodást és megfelelő figyelmet nyújtott számukra, elfogadta őket, akihez fordulhattak, akár a tágabb családjukból vagy környezetükből. A lelki rugalmasság fejlődésének szempontjából nem a problémamentesség, hanem a családi kohézió, a rugalmasság, a nyílt kommunikáció, a problémamegoldás és megerősítő hitrendszer az, ami a családon belüli egyéni rezilienciára ható tényezők közül jelentős. A rugalmasság fejlődése a családi folyamatok és a kapcsolatok minőségének függvénye. A családon belüli faktorok közül a szülők, a nevelési stílus több úton is kifejtheti hatását a gyermek rezilienciájára (Jámbori és Bálint 2021).

Az egyéni rezilienciára ható külső faktorok másik csoportja a családon kívüli társas környezeti tényezők. Ide tartoznak a családon kívüli meghatározó személyek, például barátok, tanárok, mentorok, illetve a közösségek, mint például az iskola, a templom vagy a sportegyesületek. Serdülőkorban megnő a kortárs csoportok szerepe, miközben megkezdődik az érzelmi leválás a szülőkről, vagyis a családon kívüli faktorok hatása megnövekedhet, miközben a családon belüli faktorok hatása csökkenhet (Mandleco 2000).

A reziliencia fejleszthetőnek bizonyul olyan viselkedésterápiával, mely fejleszti az érzelmi szabályzást, figyelmet, a félelemreakció minőségét, kognitív átértékelést és elősegíti az adaptív szociális viselkedést. Ezen képességek fejlesztésével a stresszhelyzetekhez való alkalmazkodás és a nehéz helyzetekből történő felépülés gyorsabban és jobb minőségben fog megtörténni. A reziliencia fejleszthető viselkedésterápia mellett sématerápiával is (Pourpashang és Mousavi 2021). A reziliencia tehát nem állandó az élet folyamán, mint például egy jellemvonás (Masten 2004). Ezért is érdemes a fejlesztésével foglalkozni pedagógiai és pszichológiai szempontból egyaránt.

Bár még számos, a jelen kutatás által nem vizsgált rizikó- és protektív faktor befolyással lehet a serdülőkori depresszió kialakulására, fontos tény, hogy a genetikai hajlam is szerepet játszik (Zemplényi et al 2021). Összességében úgy tűnik, hogy a serdülők rezilienciájának növelésére kell hangsúlyt fektetni. Ezzel csökkenthető lehet a depresszió és szorongás kialakulásának kockázata. Azonban további vizsgálatok szükségesek e folyamat mélyebb megértéséhez. Bár kutatásunknak számos limitációja van – például, hogy a kutatás keresztmetszeti, illetve a serdülők

hajlamosak társadalmilag elfogadható válaszokat adni, ami torzítást eredményez – elsőként vizsgáltuk Magyarországon sürgősségi gyermekpszichiátriai mintán a szorongás és depresszió szintjét összefüggésben a rezilienciával. Jelen kutatási adatok megerősítik azt a célunkat, hogy a sürgősségi osztály rehabilitációs részén olyan kognitív terápiás kiscsoportokat indítsunk, amelyek célja a reziliencia növelése, ezáltal javítva az ellátott gyermekek pszichés állapotát és életminőségét.

## Irodalomjegyzék

Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647–656. o. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>

Altemus, M., Sarvaiya, N., & Neill Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 320–330. o. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and anxiety*, 14(2), 67–78. o. <https://doi.org/10.1002/da.1048>

Cabaj, J. L., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2014). Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood. *BMC pediatrics*, 14, 166. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-166>

Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79. o. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76–82. o. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Cutler, G. J., Rodean, J., Zima, B. T., Douppnik, S. K., Zagel, A. L., Bergmann, K. R., Hoffmann, J. A., & Neuman, M. I. (2019). Trends in Pediatric Emergency Department Visits for Mental Health Conditions and Disposition by Presence of a Psychiatric Unit. *Academic pediatrics*, 19(8), 948–955. o. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.05.132>

Gao, T., Ding, X., Chai, J., Zhang, Z., Zhang, H., Kong, Y., & Mei, S. (2017). The influence of resilience on mental health: The role of general well-being. *International journal of nursing practice*, 23(3), 10.1111/ijn.12535. <https://doi.org/10.1111/ijn.12535>

Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A. I., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M. A., A, M. M., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M.

(2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of affective disorders*, 245, 152–162. o. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>

Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of abnormal child psychology*, 38(8), 1179–1191. o. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x>

Hampel, P. (2007). Brief report: Coping among Austrian children and adolescents. *Journal of adolescence*, 30(5), 885–890. o. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.04.005>

Jámbori S., & Bálint Á. (2021). A szociálisprobléma-megoldás, nevelési stílus és reziliencia vizsgálata magyar és japán szülők körében. *Magyar Pedagógia*, 121(3), 259–280. o. <https://doi.org/10.17670/MPed.2021.3.259>

Járai R., Vajda D., Hargitai R., Nagy L., Csókási K., & Kiss E. Cs. (2015). A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1), 129–136. o. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.129>

Kapornai K., Vetró Á. (2015): Pszichiátriai sürgősség a gyermekgyógyászatban. *Gyermekgyógyászat*, 66(3), 185-192. o.

Kaufman, J., & Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 12 Suppl. 1, 69–76. o. [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:1+<69::AID-DA9>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:1+<69::AID-DA9>3.0.CO;2-K)

Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of clinical psychiatry*, 72(3), 341–348. o. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>

Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., & Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 97(3), 251–264. o. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.97.3.251>

Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of abnormal psychology*, 103(2), 302–315. o. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.2.302>

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335–343. o. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

Mandleco, B. L., & Peery, J. C. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official*



publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc., 13(3), 99–111. o. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2000.tb00086.x>

Masten A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American psychologist*, 56(3), 227–238. o. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227>

Mineka, S., & Oehlberg, K. (2008). The relevance of recent developments in classical conditioning to understanding the etiology and maintenance of anxiety disorders. *Acta psychologica*, 127(3), 567–580. o. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2007.11.007>

Monroe, S. M., Bromet, E. J., Connell, M. M., & Steiner, S. C. (1986). Social support, life events, and depressive symptoms: a 1-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(4), 424–431. o. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.54.4.424>

Mosheva, M., Hertz-Palmor, N., Dorman Ilan, S., Matalon, N., Pessach, I. M., Afek, A., Ziv, A., Kreiss, Y., Gross, R., & Gothelf, D. (2020). Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. *Depression and anxiety*, 37(10), 965–971. o. <https://doi.org/10.1002/da.23085>

Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I., & Meesters, C. (1998). Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders. *Journal of anxiety disorders*, 12(4), 387–393. o. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(98\)00022-x](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00022-x)

Muuss, R. & Porton, H. (1998). *Theories of adolescence*. (7th ed.) New York: McGraw-Hill.

Newcomb, A. F., & Bagwell, C. L. (1996). The developmental significance of children's friendship relations. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*, 289–321. o. Cambridge: Cambridge University Press.

Piko, B. F., & Fitzpatrick, K. M. (2003). Depressive symptomatology among Hungarian youth: a risk and protective factors approach. *The American journal of orthopsychiatry*, 73(1), 44–54. o. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.1.44>

Pourpashang, M., & Mousavi, S. (2021). The Effects of Group Schema Therapy on Psychological Wellbeing and Resilience in the Clients under Substance Dependence Treatment. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(2), 159-166. o. <http://dx.doi.org/10.32598/JCCNC.7.2.366.1>

Regalla, M. A., Guilherme, P., Aguilera, P., Serra-Pinheiro, M. A., & Mattos, P. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 37(3), 157–160. o. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0010>

Reinherz, H. Z., Stewart-Berghauer, G., Pakiz, B., Frost, A. K., Moeykens, B. A., & Holmes, W. M. (1989). The relationship of early risk and current mediators to depressive

symptomatology in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(6), 942–947. o. <https://doi.org/10.1097/00004583-198911000-00021>

Ruiz, M. A., & Edens, J. F. (2008). Recovery and replication of internalizing and externalizing dimensions within the personality assessment inventory. *Journal of personality assessment*, 90(6), 585–592. o. <https://doi.org/10.1080/00223890802388574>

Scheck Zs., & Földes A. (2015). A depresszió gyakorisága a serdülőkori diákok körében. *Orvostudományi értesítő*, 88(1), 43 – 47. o.

Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, 61(2), 287–305. o. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5, 10.3402/ejpt.v5.25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

Stauder A., & Konkoly Thege B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203 – 216. o. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.4>

Susánszky É., & Szántó Z. (2008). Ifjúság és egészség. *Új Ifjúsági Szemle: Ifjúságelméleti Folyóirat*, 4(nyár/ősz), 87–96. o.

Turi E., Gervai J., Áspán N., Halász J., Nagy P., & Gádoros J. (2013). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban [Validation of the Hungarian version of the Strengths and Difficulties Questionnaire in an adolescent clinical population]. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 28(2), 165–179. o.

Zemplényi A., Józwiak-Hagymásy J., Kovács S., Erdősi D., & Vörös V. (2021). Major depresszív zavarban szenvedő betegek rTMS kezelésének egészség-gazdaságtani elemzése. Letöltve: 29. 13. 2023. 03. Forrás: [https://hta.pte.hu/sites/hta.pte.hu/files/inline-files/rTMS%20CEA\\_PTE\\_20211025\\_new%20version\\_0.pdf](https://hta.pte.hu/sites/hta.pte.hu/files/inline-files/rTMS%20CEA_PTE_20211025_new%20version_0.pdf)

Tringer L. (2003) *Sürgősségi ellátás a pszichiátriában*, Budapest: Medicina.

R Core Team. (2022). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>

Sófi Gy., & Törő K. (in press). Viselkedéses eltérések [Behavioral abnormalities]. In Nagy A., & Bognár Zs. (szerk.), *Sürgősségi gyermekgyógyászat [Emergency Pediatric Medicine]*. Budapest, Hungary: Medicina.

Szokolszky Á., & V Komlósi A. (2015). A „reziliencia-gondolkodás” felemelkedése-ökológiai és pszichológiai megközelítések. *Alkalmazott pszichológia*, 15(1), 11-26. o.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063–1070. o. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>

World Health Organization. (2022). Infant and young child feeding.

## **EXPLORATORY STUDY OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS AND RESILIENCE OF ADOLESCENTS WITH INTERNALIZING AND EXTERNALIZING DISORDERS IN A PEDIATRIC PSYCHIATRY EMERGENCY DEPARTMENT**

KRISZTINA TÖRŐ, GÁBOR CSIKÓS, GERGELY FLIEGAUF, JUDIT MOKOS, GYULA SÓFI

**Background:** Adolescence carries a high risk for anxiety and depressive disorders. However, data on anxiety and depression among adolescents treated for mental disorders in pediatric psychiatric emergency wards are still very limited.

**Aim:** Our objective is to analyze data regarding anxiety and depression within a clinical sample. Additionally, we investigated the influence of resilience on anxiety and depressive symptoms.

**Methods:** Our clinical sample consisted of 90 adolescents (50 boys, 40 girls, mean age: 13,81±2,39 years) who were admitted to the emergency psychiatric department or outpatient clinic of Heim Pál Children’s Hospital (Heim Pál National Pediatric Institute) with various internalizing and externalizing psychiatric disorders. The presence of internalizing and externalizing disorders was confirmed by the Hungarian SDQ questionnaire. In addition to clinical and demographic/treatment data, DASS-21 was used to measure anxiety and depression, and 10-item Resilience Scale (CD RISK) for measuring resilience.

**Results:** Levels of anxiety and depression differed in terms of gender and the type of diagnosis (internalizing/externalizing). Resilience is below the normal level in our sample, and girls and internalizers showed even lower resilience. The prevalence of clinical depression and anxiety in the group is 71% and 75% respectively. Resilience correlates negatively with depression and anxiety.

**Conclusion:** Resilience proves to be a protective factor for both depression and anxiety. Therefore, greater awareness and early therapeutic intervention for anxiety and depressive symptoms may help to reduce symptoms, thereby improving the quality of life of the clinical population of adolescents.

**Keywords:** child and adolescent psychiatry, emergency psychiatric care, resilience, emergency admission, clinical sample