

# Hiányosságok a gyermekkori depresszió felismerésében és gyógyításában

KALMÁR SÁNDOR

Magánrendelő, Kecskemét

A jó mentális egészség elengedhetetlen feltétel a gyermek ép személyiségfejlődése szempontjából, ennek ellenére az elmúlt évek alatt nem javult a gyermekek szomatikus és mentális egészsége. A szerző megállapítja, hogy számos akadálya van a népegészségügyi problémát okozó gyermekkori depressziók felismerésében, kezelésében és megelőzésében, amelyek közül kiemeli az idegrendszeri, neuropszichiátriai, pszichopatológiai, nozológiai hiányosságokat, és a kevés gyermekpszichiátriai gondozók számát. Ismerteti a hazai gyermekpszichiátriai ellátás helyzetét, és határozottan állítja, hogy a gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók nem tudják biztosítani az optimális ellátást valamennyi depressziós gyermek részére. Rövid történeti bevezetésében utal a korábbi, kitűnő gyermekpszichiátriai kezdeményezésekre. Hangsúlyozza a gyermekek és serdülők közt megtalálható nagyszámú szomatikus és pszichiátriai tünetek előfordulását. Külön fejezetet szentel a gyermekkori depressziók okainak, megelőzésének, felismerésének, a diagnózis alkotás nehézségeinek és gyógyításának, hangsúlyozva a gyógyszeres terápia jelentőségét. Irodalmi adatokkal és saját vizsgálataival igazolja, hogy az egészséges középiskolások körében nagyszámú depressziós és egyéb pszichopatológiai tünet található, amelyek megelőzésével, felismerésével és kezelésével nem foglalkoznak sem a szülők, sem az egészségügyi ellátás dolgozói, sem a pedagógusok. Megállapítja, hogy számos depressziós tünet található a gyermekeknél mentális zavar nélkül. A BNO és DSM rendszerek újabb és újabb átdolgozásai nem segítenek a gyermekkori depresszió diagnosztikájában. Az önpusztító magatartás bonyolult, szerteágazó, mély gyökerei a kora gyermekkori mentális rendellenességekből, elsősorban a magatartás, a depressziós és szorongásos zavarokból erednek. A depressziós gyermekek betegségének a megelőzése és gyógyítása elképzelhetetlen (1) az idegrendszer működésének jobb megértése, (2) a megfelelő pontos tünettan, (3) új diagnosztikai rendszer kidolgozása, (4) pontos és jól szabályozott gyógyszeres kezelés, (5) hatékony egészségpolitika, (6) a jól képzett alapellátás és (7) az egész ország gyermeknépességét ellátó, bizonyítékokon alapuló gyógyítást biztosító gyermek és ifjúságpszichiátriai hálózat nélkül.

(*Neuropsychopharmacol Hung 2016; 18(3): 147–161*)

**Kulcsszavak:** gyermekkori depresszió, gyermek pszichofarmakológia, pszichopatológiai tünetek és jelek, nozológia, mentális prevenció, gyermekpszichiátriai ellátás

Köz hely, hogy a jó mentális egészség fontos a gyermek egészséges személyiségfejlődése és biztonságos jövője szempontjából, ennek ellenére az elmúlt évek alatt nem javult a gyermekek mentális egészsége. Azt is tudjuk, hogy a mentális zavarok felelősek a globális betegségteher nagy hányadáért, és hogy ezen mentális zavarok jelentős része a kora gyermekkori lelki sérülések következményei. Magyarzatokat bőven találunk a környezeti és társadalmi változásokban, de mintha nem vennénk tudomást arról, hogy ezt a problémát valahol mégis az alapellátásnak kell

megoldani mind az egészségügyben, mind az oktatásban. A hiányosságok legfontosabb oka a tudatlanság és a szervezetlenség. Az ENSZ gyermekek jogairól szóló egyezményének a ratifikálása még nem elegendő a gyermekeink egészséges fejlődésének a biztosításához. Irreális azt képzelni, hogy ezt a feladatot a jelenlegi gyermekpszichiáterek képesek megoldani, mert a gyermekkori depresszió megelőzése, gyógyítása nemcsak a gyermekpszichiáterek, gyermekpszichológusok, hanem a döntéshozók, háziorvosok és gyermekorvosok, pedagógusok feladata is (Belfer, 2015).

A gyermekkori depresszióval kapcsolatos kutatásokban, a kérdések megválaszolásában a hazai gyermekpszichiáterek évtizedek óta nemzetközi együttműködéssel közös és eredményes programokat folytattak és folytatnak ma is. Vetró Ágnes és munkatársai a kilencvenes évek végén készített kutatásairól több tucat közleményben számoltak be (Vetró et al., 2009). Balázs Judit tevékenysége hasonló. Számos kutató nevét lehetne még felsorolni.

Messzire nyúlik vissza az időben a gyermekpszichiátria története, amelynek részletezése meghaladja e közlemény kereteit. Több mint egy évszázada felismerték, hogy a gyermekek is szenvednek valamilyen pszichés eredetű rendellenességben vagy betegségben. Griesinger (1817-1868) 1867-ben írta le, hogy a melankólia és a mánia előfordul gyermekeknél is. Henry Maudsley (1835-1918) 1895-ben leírta, hogy gyermekeknél is előfordul elmebetegség, amelynek hét formáját különböztette meg, kiemelve a melankóliát, amely öngyilkossághoz vezet. 1937-ben alakult meg a The International Committee for Child Psychiatry, amelyet ma International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions névvel jelölünk (IACAPAP). Az első gyermekpszichiátri konferencia Párizsban volt 1937-ben, ahol 26 ország képviselői vettek részt. Az IACAPAP kézikönyvei 1970 óta jelentek meg, 2012 óta e-könyv formában is (Rey et al., 2015). Az IACAPAP Kongresszusának a munkájában számos magyar kutató is részt vett az utóbbi években (2012-ben, a 20 Kongresszuson Párizsban Vetró Ágnes és négy munkatársa).

Nálunk régebben a gyermekpszichiátri ellátásra szoruló gyermekeket elsősorban a gyermekgyógyászok látták el. Az 1930-as években Gegesi Kiss Pál kezdett el foglalkozni az akkor hisztériának vagy neuropátiának nevezett gyermekekkel, megállapítva hogy „az ilyen betegségeknek a közvetlen oka a környezet elsődleges pszichés jellegű ártó hatására vezethető vissza” (Gegesi Kiss és P. Liebermann, 1965).

A gyermekpszichiátri ellátás alapjainak a lerakása, 1980 után kezdődött el, azonban az egész országra terjedő gyermekpszichiátri ellátó szolgálat kiépítése azóta sem fejeződött be. Számos kutató foglalkozott és foglalkozik ma a gyermekek és a gyermekpszichiátria helyzetével, sok program zajlik, vagy zajlott, de sem nemzeti egészségstratégia, sem mentális prevenció, de még egészségtan tanítás, mentális egészségnevelés sincs ma az országban. A gyermekpszichiátria a számos próbálkozás és erőfeszítés ellenére krízisben van, amit a gyermek- és ifjúságpszichiátri gondozók statisztikai adatai bizonyítanak (Kalmár, 2010b, 2013b, 2015a, 2016b).

Az országban találunk néhány gyermek és ifjúságpszichiátri osztályt vagy részleget. A KSH adatai szerint 2014. évben 22 gyermek- és ifjúságpszichiátri gondozó működött, ez a 2000. évhez viszonyítva 44%-kal kevesebb, és csökkenő tendenciát mutat. Három megyében egyáltalán nincs gyermek- és ifjúságpszichiátri gondozó. A betegforgalom 85 677 volt, ez a 2000. évhez viszonyítva 39,4%-kal kevesebb (141 282). Az otthoni orvosi látogatások száma az évi 700-ról 289-re csökkent (59%), a védőnői, asszisztensi látogatások száma 75%-kal, 4 505-ről 1 139-re. A 22 gondozó közül csupán négy gondozóban volt orvosi látogatás (Budapest: 4; Pest megye: 17; Baranya: 267; Tolna: 1 eset) és öt gondozóban volt védőnői, asszisztensi látogatás (Baranya: 1; Somogy: 1; Hajdú-Bihar: 1013; Jász-Nagykun-Szolnok: 93; Csongrád: 31 eset). A gondozottak száma 2014-ben: 6 724 fiú és 3 943 lány volt. A 18 év alatti 1 970 531 fiatalnak, ha van valamilyen lelki problémája, a 22 gondozó munkatársaihoz fordulhat. Egy gondozóra jutó gyermekek száma mintegy kilencvenezzer. A gyermek- és ifjúságpszichiátria szakvizsgát szerzett orvosok száma 2010-2014 között 29 volt. A KSH adatai szerint 2010. évben 47 gyermek és ifjúságpszichiáter szakorvos dolgozott Magyarországon (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2010. 85. o.).

Az is gond, hogy ha valamelyik orvos/gyermekorvos szeretné a gyermekpszichiátri ismereteit gyarapítani, megfelelő magyar nyelvű kézikönyv nem áll a rendelkezésére. A felnőtt pszichiátri könyvek csak érintőlegesen foglalkoznak a gyermek depresszióval. Az idegrendszeri elváltozásoknak és a gyógyszeres kezeléseknek a részletezésével számos könyv foglalkozik, amely ismeretek a gyermekpszichiátriában is használhatóak (Lipcsey et al., 1986; Gaszner, 1989; Füredi és Németh, 2015; Vitiello, 2015). Magyar nyelvű gyermek- és ifjúságpszichiátri kézikönyv legutóbb 1996-ban jelent meg, ma is kitűnően használható, de még antikváriumban is nehezen beszerezhető (Vetró és Parry-Jones, 1996). A 2015-ben megjelent, 236 oldalas A gyermek és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve vázlatos és rövid (Balázs és Miklósi, 2015). Valószínűleg ennek a könyvnek a megtanulása nem elegendő sem a segítségre szoruló gyermekek ellátásához, sem a gyermek és ifjúságpszichiátri szakvizsga megszerzéséhez, viszont alapja lehet egy újabb gyermek- és ifjúságpszichiátri kézikönyv megírásának.

Ha ma minden gyermekházi orvos ismerné Gegesi Kiss Pál és P. Liebermann Lucy könyvét, a Vetró Ágnes és William LI. Parry-Jones által szerkesztett kézikönyvben foglaltakat, Katona Ferenc *Az öntudat újraébredése* című könyvét, valamint Balázs Judit

**1. táblázat** A gyermekpszichiátriai gondozók száma, a forgalom, a dolgozó gyermekpszichiáterek száma, az új szakképesítést szerzett gyermekpszichiáterek száma és a gondozottak száma nemenként a gyermekpszichiátriai gondozókban, 2010–2014

	2010		2011		2012		2013		2014	
<b>gondozók</b>	26		26		26		24		22	
<b>forgalom</b>	100 047		96 523		98 547		100 541		85 667	
<b>orvos</b>	47		148		156		135		158	
<b>új szakorvos</b>	6		2		8		4		9	
<b>gondozott</b>	fiú	lány	fiú	lány	fiú	lány	fiú	lány	fiú	lány
<b>szám</b>	9212	4748	6305	3825	7515	4949	7543	4482	6724	3943
<b>napi átlag</b>	0,78	0,4	0,17	0,1	0,19	0,13	0,22	0,13	0,17	0,1

**2. táblázat** 10 000 megfelelő korú tanulóra jutó néhány testi betegség számának növekedése 5–14 és 15–18 éves korban, 2001–2013

	5–14 éves kor		15–18 éves kor	
	2001–2013	növekedés	2001–2013	növekedés
<b>rosszindulatú daganat</b>	7,1-10,7	40,9%	7,9-13,2	67,1%
<b>vér-immunrendszer</b>	205,6-497,4	141,9%	264,4-599,2	126,6%
<b>vashiányos anaemia</b>	171,0-346,6	102,7%	226,8-432,1	90,5%
<b>diabetes mellitus</b>	10,9-23,1	112,0%	21,7-42,7	96,8%
<b>magas vérnyomás</b>	18,9-35,6	88,4%	102,4-187,2	82,8%
<b>asthma bronchiale</b>	256,2-693,1	170,5%	209,2-568,8	171,9%

és Miklósi Mónika tankönyvét, és visszaemlékezne a neurológia órákon tanultakra, sokkal jobb lenne a magyarországi depressziós gyermekek és fiatalok ellátása.

A háziorvoshoz bejelentett 18 év alatti népesség néhány testi betegségéről a statisztikai évkönyvek rendszeresen tájékoztatnak, igazolva azt a szomorú ténytet, hogy ezeknek a betegségeknek a száma évről-évre növekszik. Vajon ezekkel párhuzamosan nem növekszik a mentális zavarok előfordulása? A 2. táblázat bemutatja, hogy néhány testi betegség előfordulása hány százalékkal növekedett 2001 és 2013 között. Szinte mindegyik vizsgált betegség több mint a kétszeresére növekedett. Az egyes oszlopokban található százalékkérték azt mutatja, hogy milyen arányban növekedett a betegség 2001 és 2013 között.

A gyermekpszichiátriai betegségekről nincsenek pontos adataink, de az biztos, hogy a pszichiátriai zavarok első manifesztációjának 75%-a a serdülőkorban

és a fiatal felnőttkorban történik. Éppen ezért mind a prevenciónak, mind a megjelenő zavarok hatékony gyógyításának óriási jelentősége van az egészséges felnőtté válás során.

## DEPRESSZIÓ A GYERMEKKORBAN

A depresszió, mint melankólia, a civilizáció kezdete óta ismert betegség. Hippokratész szerint a melankólia a test betegsége, amikor a fekete epe sűrű folyadék a többi nedv rovására túlsúlyba kerül, megmérgezi a vért, amely az értelem és a szellem fészke, és különféle betegségeket okozhat. Nem önmagában a fekete epe a betegség, hanem a rossz keveredés következtében válik azzá. A melankólia valójában a kedély és az alkat, a szellem és a test betegsége, amely félelemmel és levertséggel párosul (Földényi, 1992).

Az önpusztító magatartás bonyolult, szerteágazó, mély gyökerei a kora gyermekkori mentális rendel-

lenességekből, elsősorban a magatartás, a depressziós és szorongásos zavarokból erednek (Kalmár, 2016a). Gyermeknél és fiataloknál a depressziós tünetek, a depressziós zavarok megjelenése a biológiai, idegrendszeri vulnerabilitás, a szerteágazó környezeti hatások, halmozódó kockázati tényezők, hiányzó védőtényezők, súlyos negatív családi és iskolai hatások, nevelési hiányosságok, stresszel teli életesmények, veszteségek, negatív spirituális hatások, etc. bonyolult, komplex interakciójának a következménye. A Brüsszeli Paktum Európában az első két prioritásként jelölte 1. A depresszió és öngyilkosság megelőzése, és 2. A fiatalok lelki egészsége és a lelki egészség az oktatásban témaköröket, figyelembe véve a depresszió súlyosságára. Irodalmi adatok szerint a major depressziós zavar (MDD) serdülőkor előtti előfordulása 1-2%, serdülők esetében 3-8%. Az esetek nagyobb részében több társuló betegség is megállapítható. Az *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* elnevezésű nemzetközi vizsgálat keretén belül a magyar 7., 9., 11. osztályos fiúk közel 30%-a, a lányok 17%-a számolt be jelentősebb hangulati problémákról (Örkényi et al., 2005). Sajnálatos módon Szádóczky Erika hazai, kedélybetegségekkel kapcsolatos epidemiológiai vizsgálatból a gyermekek és az idősek kimaradtak.

Ma is találhatóak olyan felnőttek, akik szerint depressziós gyermek nincs, csak szorongó, szomorú, megalázott, csalódott, kishitű, önbizalom hiányos, lehangolt, elkeseredett, lusta, síró, gondolkodásban, beszédben és cselekvésben gátolt, reménytelen, nyűgös, agresszív, rossz gyermek van. Valójában ezek a tünetek a depressziós gyermek tünetei (Karczag, 2005). A depressziós gyermekek kezelését nehezíti a pszichiátria, ezen belül a gyermek és ifjúságpszichiátria válsága, amellyel kapcsolatban, az utóbbi időben számtalan közlemény és előadás született, azonban az ezekben leírt és elhangzott javaslatok megvalósítása még várat magára (Kalmár, 2010b, 2011, 2013b, 2014, 2015a,b, 2016a,b).

Európai felmérés szerint a 16 éves lányok 5%-a kimeríti a súlyos depresszió kritériumait, fiúknál 1,3% a súlyos és 5% a közepesen súlyos depresszió előfordulása. Más nemzetközi adatok szerint az 5-8 éves gyermekek 2-6%-a szenved enyhe lefolyású depressziós tünetektől. A 9. évtől ez az arány 8-10%-ra emelkedik. Nemzetközi viszonylatban a gyermek és fiatalkorúak 30%-a számít veszélyeztetettnek (Schmied-Schwaiger, 2007). A depresszió egyik legsúlyosabb szövődménye az öngyilkosság. Magyarországon a 7-14 éves depressziós gyermekek vizsgálata során a lányok 43,7%-ának, a fiúk 36,5%-ának voltak öngyilkossági gondolatai. Az összes öngyilkosságok száma 2013-2014 között

7,9%-kal csökkent, viszont a 7-19 éves korcsoportban 8%-kal növekedett. Saját vizsgálatainkban azt találtuk, hogy a 932 egészséges középiskolás tanuló közül a fiúk 25,8%-ának, a lányok 34,25%-ának voltak öngyilkossági gondolatai, a fiúk 4,75%-ának, a lányok 4,5%-ának volt öngyilkossági szándéka. Az egyes iskolák között jelentős különbségeket találtunk (Kalmár, 2013a).

Vetró Ágnes több mint ezer gyermek vizsgálatával azt találta, hogy a kezelésre szoruló gyermekkorai pszichiátriai és problémás viselkedés gyakorisága 24,8% (Vetró 1997). Makara 2007-ben készült *Mentális Egészségfejlesztési Stratégia* című anyagában magasabb értékeket találunk. Különösen súlyos és változatos a serdülők depressziója. Náluk a negatív tünetek felerősödnek, állandósulnak és megjelennek a pszichoszomatikus tünetek. Nissen már a hetvenes években a depressziós gyermekeknél 23%-ban talált alvászavart, 14%-ban fejfájást, 40%-ban emésztőrendszeri tüneteket és 2%-ban szívpanaszokat. Saját vizsgálatainkban, nyolc középiskolában 932 tanulóval, a fiúknál 31,4%-ban, a lányoknál 30,7%-ban találtunk alvászavart (Kalmár, 2013a). Ezek a gyermekek zárkóztak lesznek, izolálódnak, visszahúzódnak a társaiktól, és mivel nem tudnak megfelelni a környezetük elvárásainak, félénkek, hipochondriások, szorongóak, ingerlékenyek, motiválatlanok, indítékszegények, reménytelenek lesznek, gyakran az osztály bohócává vagy bűnbakká válnak. Gyakori lesz náluk a halállal való foglalkozás és az öngyilkossági gondolatok, szándék és kísérlet előfordulása is (Nissen, 1973; Karczag, 2005).

Amennyiben csak a depressziós tüneteket vizsgáljuk, serdülőknél az enyhe vagy közepsúlyos tünetek előfordulása gyakori (Kalmár és Fischer, 1999; Kalmár P., 2012).

### **A gyermekkori depresszió okai**

A depressziós (1) tünetek, (2) tünetcsoportok, (3) epizódok, (4) zavarok, (5) betegségek vizsgálatánál mindig figyelembe kell venni az elváltozások ket-tősségét. A jelek objektívek, biológiai, biokémiai alapokon nyugszanak, magyarázatuk az idegrendszer elváltozásaiban keresendő, és tudományos módszerekkel vizsgálhatóak. A „tünetek”, amelyek szintén az idegrendszer változásain alapulnak, szubjektívek, kulturális alapokon nyugszanak, társadalmi, szociológiai, lélektani, mitológiai, spirituális változások következményei, amelyek csak indirekt módon, hermeneutikai módszerekkel vizsgálhatóak (Kalmár, 2013b). A kiváltó okok szétválasztása csak didaktikai

céllal lehetséges, ugyanis számos ok részben objektív, részben szubjektív. Például az anyai depresszió kóroki hatása részben genetikai, részben környezeti, kulturális eredetű.

### **Diagnózisalkotás a gyermekpszichiátriában**

Ma a gyermekpszichiátriában a diagnózis-alkotás alapja a depresszió esetében szubjektív, annak ellenére, hogy számos organikus eredetű depresszió előfordul gyermekkorban is:

1. a beteg gyermek szülei, hozzátartozói, a különböző kulcsszemélyek által nyújtott, hosszabb-rövidebb, általában nem rendszerezett heteroanamnézis;
2. a gyermek megfigyelése nyugalomban és játék közben egyaránt;
3. a beteg gyermek panaszai, explorációja, viselkedése, reakcióinak, rajzainak és tevékenységének értelmezése a gyermekpszichiáter tudása, tapasztalata, gyakorlata, az általa alkalmazott értékelő skálák, pszichológiai tesztek eredményeiből levont következtetésekre épülő pszichopatológiai tünetlista;
4. a gyermekpszichiáter által alkalmazott diagnosztikai rendszerből kiválasztott diagnózis;
5. dokumentáció, amely ma még önkényes és hiányos.

Irodalmi adatok szerint különösen magas az érzelmi zavarok és a magatartás-tünetek előfordulása. Kelleher és mtsai 1112 tanuló vizsgálata alapján 193 tanulóval (17,4%-nál) találtak pszichopatológiai és 77 tanulóval (7,5%-nál) pszichotikus tüneteket anélkül, hogy a fiatalok pszichiátriai betegségben szenvedtek volna. Azt is megállapították, hogy a pszichotikus tüneteket mutató tanulók között a vizsgálat egy éve alatt szignifikánsan magasabb volt az öngyilkossági kísérletet elkövetők aránya. A pszichotikus tüneteket mutató tanulók közül 3 hónap utáni vizsgálatnál megállapítható volt, hogy öngyilkossági kísérletet követett el 7%, míg a pszichotikus tüneteket nem mutató tanulók közül 1%. A 12 hónap utáni vizsgálatnál megállapítható volt, hogy öngyilkossági kísérletet követett el 20%, a pszichotikus tüneteket nem mutató tanulók közül 2,5%. Azon pszichopatológiai tüneteket mutató tanulók között, akiknél pszichotikus tüneteket is találtak az első vizsgálatnál, három hónap múlva 14%-nál, 12 hónap múlva 34%-nál fordult elő öngyilkossági kísérlet (Kelleher et al., 2013).

Mindez azt is igazolja, hogy az iskolának és a pedagógusoknak kitüntetett szerepük van a depresszió

tünetei kialakulásának a megakadályozásában (primordiális megelőzés), és a korai felismerésében (elsődleges megelőzés).

### **Nozológiai problémák**

A gyermekpszichiátriai nozológia meglehetősen mostoha körülmények között fejlődött, és ma sem teljes (Balázs és Miklósi, 2015).

Gegesi Kiss Pál és P. Liebermann Lucy *Személyiségzavarok gyermekkorban* című könyvükben, több évtizedes tapasztalataik alapján, törekedtek a „teljes diagnózis” megfogalmazására, amely magában foglalja a részletes „tüneti diagnózison” túli, mélyebb összefüggéseket. Az általuk észlelt és kezelt zavarokat nem elmezavarként, hanem a gyermek személyiségfejlődése zavaraként értékelték. Könyvük mintegy ötvenezer gyermekkel való foglalkozás tapasztalatait tartalmazza. Az általuk alkalmazott holisztikus megközelítést többszölamú megközelítésnek nevezik. Gegesi Kiss Pál professzor már 1938-ban létrehozott a Gyermekklinika szervezetén belül egy olyan járóbeteg rendelő részleget, ahol pedagógiai képzettségű pszichológussal és szociális gondozónővel együtt dolgozva foglalkoztak a gyermekpszichiátriai ellátásra (is) szoruló gyermekekkel. Rendelőjüket Nevelési Tanácsadónak nevezték. Már akkor felismerték a nevelés szerepét a gyermekpszichiátriai problémák megelőzésében (Gegesi Kiss és P. Liebermann, 1965).

Az 1975-ben létrehozott BNO-9 a felnőtt zavarok közt egy-egy fejezetben foglalkozik a gyermekpszichiátriai zavarokkal, de ez nem teljes (299. Sajátosan a gyermekkorból származó pszichózisok; 313. A gyermek és serdülőkor sajátos érzelmi zavarai, de nem foglalkozik a gyermek depresszióval; 314. Gyermekkori hiperkinetikus szindróma; 315. Sajátos fejlődési elmaradottság). Az 1987-ben elfogadott DSM-III-R az I. fejezetben tárgyalja a gyermek- vagy serdülőkorban megjelenő zavarokat tíz csoportban, de ezek között nem szerepelnek a hangulatzavarok, így a gyermek-depresszió sem. Sajnos Kielholz kitűnő munkája a depressziók diagnózisa és terápiája témakörben nem foglalkozik a gyermekkori depresszióval. A Tankönyvkiadó *A csecsemő-, gyermek- és serdülőkorai pszichikus zavarok diagnosztikája* című kiadványában a hangulati zavarok címszó nem szerepel (Karczag, 2005).

Tekintettel arra, hogy a mai diagnózis-alkotás szubjektív, jelentősen függ számos tényezőtől, ezért ugyanazon depressziós gyermek a különböző gyermekpszichiáterektől különböző diagnózist kap, és ennek megfelelően különböző terápiában is részesül.

A jó diagnosztikai rendszer a beteg gyermek objektív teljesítményének és a szubjektív tüneteinek integrációján alapuló szintézis, amely alapja a megfelelő terápiának. A tünetek és a különböző tünetcsoportok fogalmi tisztázatlansága következtében számtalan küszöb alatti és komorbid diagnózis található a gyermekpszichiátriában is, amelyek nincsenek mindig szinkronban a BNO-10 és a DSM-5 rendszerekkel, és még inkább megnehezítik a gyermekpszichiáterek feladatát. Ideje volna legalább ezt a két nagy rendszert közös nevezőre hozni, amelyre évek óta vannak próbálkozások, egyelőre nem túl sok sikerrel (Balázs és Miklósi, 2015).

### ***A gyermekkori depresszió felismerését és gyógyítását gátló tényezők***

1. Nincs megfelelő hatékony, az egész országot lefedő gyermek és ifjúságpszichiátriai, fekvő és járó-beteg ellátó szolgálat, megfelelő szakemberekkel. Három megyében egyáltalán nincs Gyermekpszichiátriai Gondozó, és Budapesten is csak egy működik. (A KSH szerint 2014-ben a budapesti gondozó forgalma 1916 gyermek volt.)
2. A jelenlegi házi gyermekorvosi hálózat nincs felkészítve a gyermekpszichiátriai problémák alapszintű ellátására, így a gyermekkori depresszió felismerésére és kezelésére sem, bár néhány házi gyermekorvos kitűnő munkát végez.
3. Nem ismerjük részleteiben a gyermekkori depressziók okait. A depresszió pszichopatológiai tüneteinek és depresszív zavarok kialakulásának alapja már gyermekkorban sokrétű. A szerteágazó pszichológiai, pszichoanalitikus, kognitív, morális, kulturális, szociális és spirituális teóriák mögött mindig megtalálhatóak az elváltozások az idegrendszerben. A részletek, mind a hangulatzavarokat, mind az öngyilkosságot illetően megtalálhatóak a különböző pszichiátria kézikönyvekben és szakfolyóiratokban (Faludi et al., 2010; Gonda et al., 2010; Füredi és Németh, 2015).
4. Hiányosak a gyermekekkel foglalkozó szakemberek és gyermekorvosok neurológiai és gyermekpszichiátriai alapismeretei.
5. Nem ismert, hogy az egyes fejlődési szakaszokban kialakult pszichiátriai zavarokat és betegségeket okozó organikus idegrendszeri elváltozások hogyan reagálnak a különböző neuropszichofarmakonokra.
6. Nincsenek az egyes depressziós zavarokra vonatkoztatott részletesen kidolgozott terápiás protokollok, amelyekben holisztikus szemlélettel, egyforma hangsúllyal szerepel a szomatikus-gyógyszeres, mentális, kulturális-szociális és spirituális rész. A gyógyszeres kezelés bagatellizálása tudománytalan és veszélyes.
7. A jelenlegi diagnózis-alkotás során a gyermekpszichiáter bizonytalan, elsősorban a felnőtt pszichiátriai fogalmak alapján létrehozott, rendszertelen és zavaros diagnosztikai rendszerekbe próbálja beleszorítani a gyermekek depressziós zavarait, rendszerint kevés sikerrel.
8. Nincs kidolgozott, bizonyítékokon alapuló etiológia, a diagnózisalkotás szubjektív, pontatlan és bizonytalan tünetekre épülő, amelyre valós, holisztikus szemléletű, komplex terápia sem épülhet. Az azonos kóreredetre, azonos tüneti és körlefolási állapotra, azonos végállapotra, azonos patológiai elváltozásokra épülő diagnosztika ma a gyermekpszichiátria területén még lehetetlen. Az egyes részek kiemelése és túlhangsúlyozása, az organikus idegrendszeri elváltozások ismeretének hiánya megakadályozza a bizonyítékokon alapuló orvoslás kidolgozását.
9. Kisgyermekkorban az egyértelmű, világos kritériumok hiányában a depressziós tünetek, zavarok, betegségek nem kerülnek felismerésre, ezért pontos, megbízható epidemiológiai adatok sincsenek.
10. A gyermekeknél található „depressziós” tünetek mögötti idegrendszeri elváltozások ma még nem határozhatóak meg pontosan az orvostudományon belül alkalmazott laboratóriumi és képalkotó, eszközös eljárások segítségével. Ma még nincsenek könnyen használható, egyszerű, megbízható biológia és egyéb markerek, amelyek kidolgozása a modern gyermekpszichiátria szent grálja lehetne (Pajer et al., 2012).
11. Nincsen olyan gyermek és ifjúságpszichiátriai kézikönyv, amelyik a fent felsorolt valamennyi kérdésre választ adhatna.
12. Nem minden esetben történik meg a beteg (és szükség esetén a hozzátartozója) tájékoztatása a szakma szabályai és a törvényi előírásoknak megfelelően, pedig minden beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra (Csorba, 1996). A 2015-ben megjelent tankönyv nem foglalkozik a dokumentációval.

Különböző időkben, különböző iskolákban végzett vizsgálatok, és az egészségügyi statisztikai mutatók azt bizonyítják, hogy a gyermekeink jelentős része segítségre szorul, de ezt a segítséget nem mindenki kapja meg (Kalmár P, 2012; Kalmár és Fischer, 1999; Kalmár, 2016a,b).

## SAJÁT VIZSGÁLATAINK

### *Spiritualitás, depressziós tünetek és tünetcsoportok, reménytelenség, dohányzási szokások vizsgálata középiskolás tanulóknál*

Ez a vizsgálat egy nagyobb, három országra, nyolc középiskolára, hét egyetemre kiterjedő vizsgálat része, amelyben Aurel Nirestean, Lukács Emese (Marosvásárhely) és számos munkatársam segítségével más tüneteket is vizsgáltunk.

A vizsgálataink során, a fenti nehézségek ismeretében nem betegségeket, csupán tüneteket, tünetcsoportokat vizsgáltunk egészséges középiskolás tanulóknál, de pszichotikus tüneteket nem vizsgáltunk.

### *A vizsgálat indokoltsága*

Az utóbbi években egyre kevesebb időt fordítanak a tanulók lelki-mentális, szellemi/spirituális egészségének a fejlesztésére és megóvására. Az iskolákban nincsen órarendszerűen tanított egészségtan, nem fordítanak kellő figyelmet a mentális egészségfejlesztésre és nevelésre, és így a fiatalok az iskolából kikerülve nemcsak szomatikus, de mentális nézőpontból is szellemileg/spirituálisan tudatlanok és analfabéták maradnak. Sajnálatos módon a pedagógusok jelentős része elméleti tudással sem rendelkezik a mentális, spirituális témakörökben. A pedagógusok jelentős része nem tartja értéknek a vallásosságot és a spiritualitást, és ennek megfelelően végzi a munkáját (Paksi és Schmidt, 2006). Nem veszik tudomásul, hogy a gyermek nem csupán miniatűr felnőtt test, hanem bonyolult, szofisztikált, állandóan fejlődő fizikai, biológiai, szomatikus, pszichés, kulturális, szociális és spirituális lény.

Jelen közleményben a különböző gimnáziumok, szakközépiskolák, szakiskolák, tanulóinál talált eredményeket ismertetjük a 1.) spiritualitás, 2.) depressziós tünetek és tünetcsoportok, 3.) reménytelenség és 4.) dohányzási, szokások előfordulási gyakoriságát illetően. A vizsgálatokat önkitöltő kérdőívek segítségével végeztük.

### *Módszertan*

#### *A vizsgálatban használt kérdőívek*

1. A spiritualitást a Mindennapi Szellemi/Spirituális Tapasztalatok Skála (Daily Spiritual Experiences Scale, DSES, Underwood L.G.) segítségével mértük, amely skálával tíz dimenziót vizsgáltunk (Underwood, 2011, 2012; Pawlik, 2008).
2. A depressziós tüneteket és tünetcsoportokat a Kovács Mária által kidolgozott Gyermek Depresszió Kérdőív (Children Depression Inventory, CDI, magyar változat: Vetró Ágnes) és a rövidített Beck Depresszió Skála segítségével mértük (Perczel Forintos et al., 2007). A Gyermek Depresszió Kérdőív 27 depresszióra jellemző tünetet vizsgál. A 9. tétel az öngyilkos magatartásra kérdez rá. Magyarországon a 15-24 korcsoporton belül a vezető halálok az öngyilkosság, a korcsoporton belüli halálozás 23,7%-a öngyilkosság a fiúknál, 9,0%-a a lányoknál, összesen 20,4%. 2007-ben ezek az értékek alacsonyabbak voltak, fiúk: 18,0; lányok: 7,5; összesen: 15,2 (Kalmár, 2013a). A 15-24 éves korcsoportban vezető halálok az öngyilkosság. Ez az arány 2001-től kezdve hol csökken, hol emelkedik. A legalacsonyabb 2007-ben volt, ehhez viszonyítva 2014-ben 34,2%-kal emelkedett. Fiúknál a legalacsonyabb 2005-ben volt, ehhez viszonyítva 2014-ben 33,2%-kal emelkedett. Lányoknál a legalacsonyabb 2007-ben volt, ehhez viszonyítva 2014-ben 20,0%-kal emelkedett. Ezek az adatok mutatják, hogy volna mit tenni a csökkentés érdekében (3. táblázat).
3. Rövidített Beck Depresszió Skála (Beck Depression Inventory shortened version, Aron Beck. 1972, magyar változat: Kopp Mária).
4. A reménytelenséget a Reménytelenség Skála segítségével mértük (Hopelessness Scale, HS. Aron Beck et al. 1974. magyar változat: Perczel Forintos Dóra) A remény spirituális fogalom. Számos tanulmány igazolja, hogy a vallás a magabiztoság és a remény forrása lehet. A vallásosság és a spiritualitás jótékony hatásait figyelembe véve a depresszió kialakulásában, jól látható, hogy csökkenti a depresszió kockázatát, valamint hozzájárul az érzelmi stabilitáshoz, a lelki egyensúlyhoz, az egészséges élethez. Segít a mentális betegségek destigmatizációjában, megváltoztatja az egyén percepcióját, és megelőzhető, kivédhető problémává változtatja az öngyilkosságot. A negatív kapcsolat a remény és az öngyilkosság között jól megfigyelhető az embereknél. Bizonyított, hogy a reménytelenség és az öngyilkos magatartás között sokkal erősebb az összefüggés, mint a depresszió és az öngyilkos magatartás között.
5. Dohányzási szokások. A dohányzás okozta halálozás Magyarországon rendkívül magas, az EU-15 tagállamokhoz viszonyítva 2,6x magasabb. Nőknél még magasabb. Svájjal összehasonlítva ez az arány 3,3-szoros.

Ismeretes, hogy a dohányzók között szignifikánsan magasabb mind a depresszió mind az öngyilkosság előfordulása. Egy szegedi vizsgálatban serdülők között a depresszióval diagnosztizáltak 20%-nál, a nem depressziósok 5,1%-nál találtak nikotin-dependenciát (Kiss, Pikó, Vetró 2006). Az a jó tanár, aki képes felismerni a különböző jeleket és tüneteket, jelentős szerepet játszhatna a depresszió és az öngyilkosság felismerésében (Pászthy, 2005). A támogató iskolai környezet, beleértve az optimális egészségügyi és mentális ellátást, fontos védőfaktorot jelent a depresszió ellen adolezcens korú fiataloknál, de Magyarországon a pedagógusok jelentős részének nincs megfelelő ismerete a fiataloknál meglévő öngyilkossági fantáziákról, a témát tabunak tartja. A pedagógusoknak csupán töredéke tudja ezeket a problémákat kezelni (Volentics, 2005).

A 4. táblázatból jól látható, hogy mind az öngyilkosság okozta halálozás, mind az alkoholos és dohányzás eredetű halálozás lényegesen magasabb az EU-15 tagállamával, Ausztriával vagy Svájjal összehasonlítva. Az öngyilkosság okozta halálozás az EU-15 tagállamokkal összehasonlítva 90%-kal magasabb, ez férfiaknál 102,4%-kal magasabb. 65 év felett 111%-kal magasabb. Az alkoholos eredetű halálozás 79%-kal magasabb, a dohányzás eredetű halálozás 159%-kal magasabb. Svájjal összehasonlítva ez 225%.

### Eredmények

Valamennyi iskola értékelésénél készítettünk 27 táblázatot. A részletes adatokat 96 táblázatban foglaltuk össze. A jeligét adó tanulók részére készítettünk egy részletes, személyre szóló értékelést, amelyeket eljuttattunk az iskolaorvosokhoz.

1. *Nemek szerinti részvételi arány.* A tanulók száma: 932 (421 fiú: 45,2% + 511 lány: 54,8%).
2. *Tanulmányi eredmény.* Fiúk: 22,1%-a kitűnő vagy jeles, 36,8%-a jó, 10,2%-a elégséges, 1,4%-a elégtelen. Lányok: 37,4%-a kitűnő vagy jeles, 36,2%-a jó, 3,1%-a elégséges, 1,96%-a elégtelen.
3. *Egészségi állapot megítélése.* Fiúk: 38,9%-a kitűnő, 43,0%-a jó, 16,4%-a elfogadható, 1,7%-a rossz. Lányok: 29,5%-a kitűnő, 51,3%-a jó, 17,2%-a elfogadható, 1,96%-a rossz. A tanulók jelentős hányada elégedett volt az egészségi állapotával, 2%-nál kevesebb volt azok aránya, akik rossznak tartották az egészségi állapotukat.
4. *Spiritualitás.* A spiritualitás jelenléte (6-5-4 pontot adók) fiúknál 12,96-52,0 között, lányoknál 18,04-61,9 között változott. A spiritualitás hiánya (1 pontot adók) fiúknál 10,13-52,88 között,

lányoknál 5,59-44,13 között változott. Néhány spirituális dimenzió: (a.) *Hit, erő, vigasz.* A jelenlét értékei fiúknál 8,99%-51,0% között, lányoknál 2,94%-60,0% között változtak. A hiány értékei fiúknál 8,82%-63,48% között, lányoknál 4,28%-60,29% között változtak. (b.) *Leleki béke, harmónia.* A jelenlét értékei fiúknál 12,36%-56,0% között, lányoknál 9,52%-54,28% között változtak. A hiány értékei fiúknál 9,8%-49,44% között, lányoknál 1,8%-40,48% között változtak. (c.) *Remény.* A jelenlét értékei fiúknál 8,98%-53,1% között, lányoknál 13,81%-66,43% között változtak. A reménytelenség értékei fiúknál 14,0%-56,74% között, lányoknál 5,71%-54,49% között változtak (Kalmár, 2015c). A fenti dimenziók hiánya szintén szerepet játszik a depresszió kialakulásában.

5. *Depresszió CDI.* A depressziós tüneteket a Gyermekek Depresszió Kérdőív és a Beck Depresszió Skála rövidített változatával vizsgáltuk (5. táblázat). A kérdőívvel a depressziós tüneteket és a tünetek összevonásából eredő depressziós szindrómákat vizsgáltuk. Az (1) pont választ adó tüneteket enyhének vagy közepesnek, a (2) pont választ adó tüneteket súlyosnak ítéltük meg. Enyhe vagy közepes mértékben előforduló tüneteket találtunk fiúknál 32,09%-ban, súlyos tüneteket 7,28%-ban. Az enyhe-közepes tünetek előfordulása a különböző iskolákban fiúk között 25,2% és 38,2% között, a súlyos tünetek előfordulása 4,5% és 11,8% között változott. Enyhe vagy közepes mértékben előforduló tüneteket találtunk lányoknál 35,93%-ban, súlyos tüneteket 6,18%-ban. Az enyhe-közepes tünetek előfordulása a különböző iskolákban lányok között 30,1% és 44,05% között, a súlyos tünetek előfordulása 3,32% és 11,2% között változott.
6. *Beck Depresszió Skála.* Normális értéket fiúknál 16,0%-35,7%-ban, lányoknál 14,1%-31,58%-ban találtunk. Enyhe depressziós tüneteket fiúknál 40,45%-68,0%-ban, lányoknál 52,9%-74,2%-ban találtunk. Közepes depressziós tüneteket fiúknál 3,92%-16,0%-ban, lányoknál 3,95%-20,6%-ban találtunk. Súlyos depressziós tüneteket fiúknál 1,4%-13,48%-ban, lányoknál 1,3%-2,63%-ban találtunk. A fiúknál három iskolában, a lányoknál öt iskolában nem volt súlyos depressziós tünet. A CDI és a Beck skála eredményei között jelentős különbség van, ami azt jelenti a számomra, hogy a Beck skála gyermekeknél túlértékeli az enyhe-közepes tüneteket és alul értékeli a súlyos tüneteket.



**3. táblázat** A 15-24 éves öngyilkosságok %-os aránya a korcsoport halálához viszonyítva. Magyarország, 2001–2014

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>ffi</b>	24,2	22,4	21,2	22,9	17,8	19,0	18,0	18,1	27,7	23,6	24,9	24,7	21,4	23,7
<b>nő</b>	16,5	13,2	12,8	12,9	9,7	9,9	7,5	12,0	12,8	15,6	11,6	13,2	9,7	9,0
<b>össz</b>	22,2	20,1	18,9	20,4	15,5	16,7	15,2	16,5	23,7	21,4	21,1	21,7	17,8	20,4

**4. táblázat** Standard mortalitás, öngyilkosság, alkoholos és dohányzás eredetű halálozás, nemenként Magyarország, EU-15 tagállamok, Ausztria, Svájc (<http://data.euro.who.int/hfadb>)

Suicid ráta	H-2013	EU-15-2013	A-2014	CH-2013
öngyilkosság	17.92	9.44	12.55	11.25
férfi	30.0	14.82	20.08	16.94
nő	7.69	4.47	5.77	5.98
öngyilkosság 65+	33.82	16.05	28.17	20.04
férfi 65+	65.22	27.56	49.49	35.53
nő 65+	15.64	7.76	13.84	10.94
alkoholos eredetű	85.81	47.97	55.56	44.94
férfi	140.61	71.75	85.16	64.1
nő	41.01	26.36	29.05	27.49
dohányzás eredetű	395.22	150.88	168.51	121.8
férfi	545.33	209.8	226.72	164.51
nő	289.99	104.21	123.03	88.81

**5. táblázat** A Gyermekek Depresszió Kérdőív (CDI) által talált enyhe-közepes és súlyos tünetek előfordulása 421 középiskolás fiú és 511 lány vizsgálatkor nyolc középiskolában

	fiú		lány		fiú-maximum		lány-maximum	
	enyhe-közepes	súlyos	enyhe-közepes	súlyos	enyhe-közepes	súlyos	enyhe-közepes	súlyos
<b>CDI</b>	32,09	7,28	35,93	6,18	38,8	11,8	44,05	11,2
<b>A</b>	30,04	6,37	43,05	4,18	36,9	12,2	57,1	12,3
<b>B</b>	26,96	4,1	23,92	2,25	38,5	10,7	32,7	6,6
<b>C</b>	46,67	14,55	45,55	13,3	56,5	21,3	50,2	19,1
<b>D</b>	29,76	6,6	29,28	5,51	36,8	11,2	44,5	6,08
<b>E</b>	28,6	4,51	37,65	5,67	34,6	7,4	42,9	10,0
<b>9.</b>	25,89	4,75	34,25	4,5	33,71	7,86	52,38	14,29

A: Rossz hangulat, B: Társas kapcsolati zavarok, C: Hatékonyság hiánya, D: Anhedónia, E: Negatív önértékelés, 9. tétel: Öngyilkossági gondolat, szándék.

7. *Reménytelenség.* A remény valójában spirituális tényező, a reménytelenség percepciózavar. A Reménytelenségi skála 1, 5, 6, 13, 15, 19 tétele affektív faktor, a jövővel kapcsolatos érzéseket jelzi, a 4, 7, 8, 10, 14, 18 tétele kognitív faktor, a jövővel kapcsolatos elvárásokat jelzi, a 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, 20 tétele motivációs faktor, a motiváció hiányát jelzi. A reménytelenség szoros kapcsolatban áll a motiváció hiányával. Érdeemes elgondolkozni azon a tényen, hogy a 9 feletti pontszámok, a magas és a súlyos reménytelenség, hajlamosító tényező az öngyilkos magatartás kialakulásában. Enyhe reménytelenséget fiúknál 24,3%-44,4%-ban, lányoknál 14,7%-38,2%-ban találtunk. Magas reménytelenséget fiúknál 6,8%-49,4%-ban, lányoknál 1,5%-41,2%-ban találtunk. Súlyos reménytelenséget fiúknál 1,4%-3,7%-ban, lányoknál 1,4%-8,8%-ban találtunk. A fiúknál két iskolában, a lányoknál két iskolában nem volt súlyos reménytelenség.
8. *Dohányzási szokások.* Az egyes középiskolákban a fiúk 57,3%-92,9%-a, a lányok 7,1%-95,5%-a nem dohányzik. A fiúk 3,6%-9,8%-a a lányok 2,6-14,3%-a ritkán, a fiúk 2,0%-8,8%-a a lányok 1,5-61,9%-a rendszeresen dohányzik. A fiúk 5,9%-29,2%-a, a lányok 2,6%-52,9%-a rendszeresen és sokat dohányzik. Egy iskolában a fiúk, három iskolában a lányok jelezték, hogy nem dohányoznak rendszeresen.

A vizsgálat során 212 fiú és 264 lány adott jeligét, ők az iskolaorvostól részletes egyéni értékelést kaptak.

## JAVASLATOK

### A tünetek pontosítása

A depresszió pszichiátriai tünetei minden életkorban az idegrendszeri elváltozásokra épülő percepciózavarokra vezethető vissza (Kalmár, 2010a). A jelenlegi diagnosztikai rendszerek útvesztőiből kiutat kell keresni. Általánosan elfogadott, hogy a hatékony pszichiátriai és gyermekpszichiátriai kutatások elengedhetetlen előfeltétele és alapja a pontosan meghatározott objektív pszichopatológiai jelek és szubjektív tünetek használata, valamint a valid nozológia, még akkor is, ha ma erre kevés figyelmet fordítunk. A tünetek és jelek csoportosításánál figyelembe kell venni, hogy azok a depresszió esetén legalább négy csoportba oszthatóak:

1. Szomatikus jelek és tünetek (vegetatív tünetek, testi tünetek, étvágyzavar, fáradékonyság, gyengeség, erőtlenség, testsúly-változás, vérszegénység,

vashiány, alvászavar, izomfájdalmak, diszkrét neurológiai tünetek, fejfájás, mellkasi, légzési, gyomortájéki, emésztési panaszok, enurézis etc.). A szomatikus tüneteknek minden korszakban nagy jelentőséget tulajdonítottak. Robert Burton híres könyvében közel ötven oldalt szentel a melankólia testi tüneteinek és jeleinek (Burton, 1621/1935). A szomatikus tünetek előtérbe kerülése és a pszichés tünetek háttérbe szorulása eredményezheti a larvált vagy maszkírozott depresszió megjelenését, ahol sem a beteg, sem az orvos nem ismeri fel a depresszió jelenlétét, ha nem gondolnak rá.

2. Pszichés, pszichopatológiai tünetek. A gyermekkori depresszió pszichopatológiai tünetei mögött nem nehéz felfedezni a percepciózavarokat (lehangoltság, disztímia, depressziós hangulat, féltékenység, önbizalomhiány, kisebbségi érzés, önértékelési zavarok, értéktelenség érzés, bűntudat, örömezésre való képtelenség, anhedónia, szorongás, rossz előérzet, álmatlanság, alvászavarok, öngyűlölet, önvád, szenzitivitás, csökkent gondolkodási, emlékezési, döntési képesség, koncentrációgyengeség, kényszeres tünetek, motoros retardáció, agitáció, nyugtalanság, halálvágy, öngyilkossági gondolat, önsértés, öngyilkossági szándék etc.).
3. Kulturális, szociális tünetek, (viselkedési zavarok, gátlásos viselkedés, sírás, ingerlékenység, frusztrációs tolerancia csökkenése, zárkózottság, társaságkerülés, aszociális viselkedés, agresszív viselkedés, fej falba verése, depressziós hangulat az iskolában, sírás, izoláció, kapcsolatteremtési képtelenség, tanulási zavar, teljesítmény romlása, lustaság, nem hatékony viselkedés, engedetlenség, alkalmazkodási problémák, összeférhetlenség, etc.). A lustaság, vagy acedia (érdektelenség) már az ókorban összekapcsolódott a melankóliával, úgy tudták, hogy ez valójában a melankolikus betegek gondolkodás-, beszéd- és cselekvésgátoltsága. Egyesek szerint az acedia a szomorúság vagy tristitia szülőanyja. Itt már a melankólia okaként is szerepel.
4. Spirituális tünetek (reménytelenség, szeretethiány, hit elvesztése, lelki béke elvesztése, hálátlanság, lustaság). Dante a lustaságot az ötödik főbűnnek tartotta (Földényi, 1992).

Az egyes depressziós-szindrómák különböznek az egyes pszichiáterek és gyermekpszichiáterek között. Kovács Mária öt tünetcsoportot, Faludi és munkatársai kilenc tünetcsoportot (Faludi et al., 2010), Bán Tamás 198 zavart különböztet meg (Ban, 1989).

Jelenleg a gyermekek depressziójának szűrésére egyik legalkalmasabb eszköz a Kovács Mária által készített Gyermek Depresszió Kérdőív.

### **A depressziós gyermekek gyógyítása**

„Enyhe depressziós eseteknél elég lehetne a gyermekgyógyász beavatkozása. Sajnálatos módon azonban hazánkban a gyermekgyógyász szakorvosképzésben nincs mindenhol gyermekpszichiátriai gyakorlat, így előfordulhat, hogy a területen dolgozó szakorvosok alapszintű kiképzésben sem részesültek a gyermekpszichiátriai kórképek felismeréséről vagy kezeléséről. Így nehéz elvárni tőlük, hogy a depressziós gyermek családjá számára pszicho-educációt, a gyermeknek pedig támogató pszichoterápiát nyújtsanak. Maradna tehát a gyógyszer felírása.” Amihez nincsen jogosultságuk (Vetró Ágnes).

### **A gyermekpszichiátriai gyógyszeres kezelés alapelveiről**

Gyermekkori depresszió esetében még nem ismertek teljes mértékben az organikus idegrendszeri elváltozások, ezért számos gyermekorvos és gyermekpszichiáter idegenkedik a gyógyszerek alkalmazásától, amit az is erősít, hogy nincs megfelelő ismeretük sem a depresszió esetén található genetikai, idegrendszeri és endokrin rendszeri elváltozásokról, sem a gyermekorvos farmakológiájáról, az antidepresszáns gyógyszerekről és hatásmechanizmusokról, de nincs korrekt hivatalos állásfoglalás gyermekkori depresszió esetében a forgalomban lévő gyógyszerekkel kapcsolatban sem. Számos testi zavar is létezik, amelyik nem igényel gyógyszeres terápiát, mint ahogy számos pszichopatológiai tünet előfordulhat gyermekeknél olyankor, amikor nem igényel gyógyszeres terápiát. Az is fontos ok a gyógyszer-ellenességnél, hogy a gyermekek gyógyításával foglalkozó gyermekpszichológusoknak, kulcsszemélyeknek nincsen jogosultságuk gyógyszerek alkalmazására. Az antidepresszívumellenes egyének nem tiltakoznak az egyéb a központi idegrendszer gyógyításában használatos szerek ellen, és feltételezhetően ezeket szükség esetén ők is elfogadják saját maguknál és a gyermekeiknél is (érzéstelenítők, analgetikumok, lázcsillapítók, antiepileptikumok, altatók, nyugtatók, pszichostimulánsok etc.).

A pszichotrop gyógyszerek használatának a jelentősége a gyermekpszichiátrián belül egyre nagyobb. 1937 óta, amikor Bradley felfedezte az amfetamin hatását a hiperaktivitás kezelésében, hatalmas fejlődésen ment keresztül a gyermek neuropszichofarmakológia,

annak ellenére, hogy napjainkban számtalan ellentmondás és vita van laikusok és szakemberek között, különösen a hangulatzavarok és magatartás problémák megfelelő és biztonságos gyógyszeres kezelését illetően. Az antidepresszívumok és antipszichotikumok használata sokkal gyakoribb az Egyesült Államokban, mint más országokban (Fegert et al., 2006).

Az FDA az Egyesült Államokban nagy általánosságban meghatározza, hogy milyen feltételek mellett, milyen kórisme esetében, milyen gyógyszert, hány éves kortól lehet alkalmazni gyermekeknél. A korábbi kiadványokban szereplő, a gyermekpszichiátriában használatos gyógyszerek közül ma már számos gyógyszer elavult (1996-ban a gyermekpszichiátriában gyakrabban alkalmazott 44 gyógyszerből ma már 15 nincsen forgalomban (34%) Vajon a ma használatos gyógyszerekből húsz év múlva hányat fogunk használni, és hány új gyógyszer áll majd a rendelkezésünkre, és milyen indikációval (Kálmán, 1996; Vitiello, 2015; Rey et al., 2015)?

Az Európai Unió 2007. január 26. óta alaposan átgondolt rendelkezésekkel szabályozza a gyermekgyógyászati gyógyszeres terápia hatékonyabbá és biztonságosabbá tételét. Ennek ellenére ma nagyon nehéz – de nem lehetetlen – mind szakmai, mind etikai okokból gyógyszerklinikai vizsgálatokat végezni gyermekeken. Ez a magyarázata, hogy számos gyógyszer esetén nincsen elegendő tapasztalat a gyermekgyógyászatban történő használatra. Ez különösen igaz a depresszió gyógyításában használatos gyógyszerek esetében (Borvendég, 2007).

Veszélyes az a gondolat, hogy ha nem segít a pszichoterápia, próbálkozzunk gyógyszerekkel. Vagy van betegség, és akkor kell a gyógyszer, vagy nincs betegség, és akkor nem kell gyógyszer.

### **A gyermekpszichiátriai gyógyszeres kezelés feltételei**

1. Az orvosnak ismernie kell a gyermekpszichiátriai zavarok és betegségek esetén az idegrendszeri elváltozásokat is.
2. Ismernie kell a gyógyszereket, az indikációkat, a kontra-indikációkat, a hatékony dózisokat, öszszeférhetetlenségeket és a mellékhatásokat.
3. A gyógyszeres terápia megkezdése előtt részletesen dokumentálni szükséges a gyermek szomatikus és pszichiátriai állapotát.
4. Pontosán meg kell határozni a diagnózist, amely indikálja az adott gyógyszeres kezelés elkezdését.
5. A terápiát megfelelő klinikai, laboratóriumi és egyéb paraméterek alapján kell megtervezni.

6. Írásban meg kell határozni, hogy az adott gyógyszeres terápiától mely tünetek csökkenését és mely funkciók javulását várjuk.
  7. A terápia elkezdése előtt részletesen tájékoztatni szükséges a gyermeket és a szülőket a gyógyszeres kezelésről, annak hatásairól, mellékhatásairól, a kockázati tényezőkről, a szükséges laboratóriumi és egyéb ellenőrzésekről, a lehetséges egyéb, alternatív terápiákról – ezt egyébként egészségügyi törvényi szabályozás is előírja.
  8. A kezelést a legalacsonyabb, hatékony dózissal kell elkezdeni.
  9. A kezelés során folyamatosan ellenőrizni és dokumentálni szükséges a kezelés hatékonyságát, az esetleges mellékhatásokat, elvégezni a szükséges laboratóriumi vizsgálatokat, eltérések esetén megtenni a szükséges intézkedéseket.
  10. A kezelés során meg kell határozni a fenntartó dózis mennyiségét és a kezelés időtartamát.
  11. Pontosán meg kell határozni a gyógyszer elhagyásának a módját. A hirtelen megvonás súlyos megszakítási szindrómát vagy megvonási tüneteket okozhat.
  12. A lehetőségek szerint pontosan meg kell határozni a teljes kezelés várható időtartamát.
- Jelenleg Magyarországon az OGYÉI, az Egyesült Államokban az FDA határozza meg azokat a gyógyszereket, amelyek 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12 és 13 éves kor után adhatóak bizonyos, a DSM-5-ben meghatározott gyermekpszichiátriai diagnózisok esetében. Major depresszió esetében leghamarabb 6. életév betöltése után lehetséges sertralin, 8. életév betöltése után fluoxetin, 12. év betöltése után citalopram adása (Vitiello, 2015).

### *Új diagnosztikai rendszer szükségessége*

A gyermekpszichiátrián belül új diagnosztikai rendszer kidolgozására van szükség, amelynek alapja

1. az egyre nagyobb mértékben növekvő organikus idegrendszeri, genetikai kutatások eredményei;
2. pontos tünettani meghatározások korcsoportonként;
3. a depressziós gyermek szülei, hozzátartozói, a különböző kulcsszemélyek által nyújtott részletes, strukturált heteroanamnézis;
4. a gyermek klasszikus gyermekgyógyászati vizsgálata a szükséges laboratóriumi és egyéb vizsgálatokkal;
5. a gyermek panaszainak meghallgatása, explorációja, a viselkedésének, magatartásának gondos megfigyelése nyugalomban és játék közben;
6. a gyermek rajzai, alkotásai és a gyermekpszichi-

áter/gyermekpszichológus által készített értékelő skálák, félig strukturált interjúk és, pszichológiai tesztek eredményei. A diagnózist mindenkor a gyermekpszichiáter alkotja holisztikus szemlélettel, a gyermekeknél tapasztalt objektív pszichopatológiai jelek és szubjektív tünetek alapján;

7. pontos dokumentációs rendszer a szakma szabályai és a hatályos jogi szabályozás alapján.

### *Egészségpolitikai intézkedések*

A gyermekkori depresszió felszámolásához számtalan politikai, oktatási-nevelési, strukturális, alapellátási, gyermekpszichiátriai és egyéb intézkedésekre van szükség. Az egészség- és oktatáspolitikának tisztában kell lenni azzal, hogy ha a gyermekek részére nem biztosítható a jogaik megvalósítása alapján az egészséges személyiségfejlődéshez szükséges feltétel rendszer, akkor egyre több, szomatikusan és mentálisan károsodott, a társadalmat súlyosan károsító következményeket okozó felnőtt betegről kell gondoskodni.

### *Megfelelő színvonalú gyermek és ifjúságpszichiátriai ellátó rendszer kialakítása*

Minden gyermek számára elérhetővé tenni a gyermekpszichiátriai ellátást, részben az alapellátás kialakításával, részben a szakellátás kiépítésével. A jelenlegi házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás nem azonos az alapellátással, és nem sok köze van a „családorvosi” ellátáshoz sem.

### *Egészségtan tanítás az iskolákban*

Ismét be kell vezetni az iskolákban a tanrendszerűen oktatott egészségtan-tanítást, ezen belül a mentális nevelést. Kitűnő ötlet, hogy az iskolában a lelki egészségvédelem minden pedagógus feladata legyen, de ehhez a pedagógusok többsége ma nem felkészült.

### *Az internet használata*

A fenti javaslatok megvalósításában ki kell használni az Internet adta lehetőségeket (Kalmár, 2010c, 2011, 2013b, 2015a, 2016a,b).

### *Bizonyítékokon alapuló orvoslás megteremtése a gyermekdepresszió kezelésében is*

Elengedhetetlen a holisztikus szemlélet. A depresszió kezelésében használatos gyógyszerek körüli zavaros nyilatkozatok megnehezítik ezek terápiás fel-

használat. A beteg gyermek gyógyítása mindenkor orvosi feladat, amiben nagyon sokat segíthet neki a gyermekpszichológus, de nem veheti át az orvosi hatáskört. Nem várható el egyetlen kitűnően képzett gyermekpszichológustól sem, hogy egy vashiányos, depressziós gyermeknél felismerje és kezelje a gyermek vashiányát, még akkor sem, ha felismeri, hogy a gyermek sápadt, és tudja, hogy a vashiány összefügghet a gyermek depressziójával. Ugyanakkor egy gyermekpszichiátriai teamben kitűnő munkát végezhet, mint gyermekpszichológus, és a pszichológiai, pszichoterápiás tevékenysége elengedhetetlen.

### Pontos dokumentáció

Az egyes gyermekpszichiáterek a saját területükön többé-kevésbé eredményesen működnek, de nem mindig dokumentálják a tevékenységüket sem a szakma szabályai szerint, sem a törvényi szabályozásoknak megfelelően, így a módszereik, eredményeik sem nem átadhatóak, sem nem ellenőrizhetőek, és így össze sem hasonlíthatóak.

### Új diagnosztikai rendszer kidolgozása

A depressziós gyermekek gyógyítása, a betegség kialakulásának a megelőzése és a megfelelő kezelése elképzelhetetlen az idegrendszer működésének a jobb megértése, a megfelelő pontos tünettan és új diagnosztikai rendszer kidolgozása nélkül. Ez a fenti javaslatok megvalósításával lehetséges. A depressziós gyermekben összetört az egészséges kedélyállapot ragyogó kristálypalotája, ahol a szilánkok a depresszió tünete. Pontosan meg kell határoznunk, mi okozta a katasztrófát, hogyan lehet a későbbiekben megelőzni, majd az összetört szilánkokat összeszedve, és óvatosan a helyükre téve, ismét megalkotni ezt a kristálypalotát. Csak ezt követően tudja a gyermek ismét folytatni az útját az egészséges fejlődés, a felnőtté válás útján.

LEVELEZÉSI CÍM: Kalmár Sándor, kalm-r@t-online.hu

## IRODALOM

- Balázs J. Miklósi M. A gyermek és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Semmelweis Kiadó. 2015.
- Ban TA. Composite Diagnostic Evaluation of Depressive Disorders (CODE-DD) IUNCP Company, Nashville, USA. 1989.
- Belfer M.L (2015) A gyermekek mentális egészségének globális állapota. Psychiatric Times. 1. szám. 34-36.o.
- Borvendég J (2007) Gyermekek gyógyszeres kezelésének hiányosságai, ezek okai, Az Európai Tanács és Parlament intézkedései a problémák orvoslására. Gyógyszereink. 57. évfolyam, 2. szám. 64-67.
- Burton R. The Anatomy of Melancholy in three volumes. I-III (1621) Revised edition. Everyman's Library, New York. 1932.
- Csorba J. Dokumentációs rendszer, kérdőívek, klinikai tesztek. In Gyermek és Ifjúság-pszichiátria (szerk. Vetrő Á. William LI. Parry-Jones) Szeged, 1996. 123-125.
- Faludi G. Gonda X. Kliment E. Bekes V. Meszaros V. Olah A (2010) Development of Depression Profile: a new psychometric instrument to selectively evaluate depressive symptoms based on the neurocircuitry theory. Neuropsychopharmacol Hung; 12(2): 337-345.
- Fegert JM, Kolch M, Zito JM et al (2006) Antidepressant use in children and adolescents in Germany. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16:197-206.
- Földényi L. Melankólia. Akadémia Kiadó, Budapest. 1992.
- Füredi J. Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó ZRT. Budapest, 2015.
- Gonda X. Fountoulakis KN. Harro J. Pompili M. Akiskal HS. Bagdy Gy. Rihmer Z (2010) The possible contributory role of the S allele of 5-HTTLPR in the emergence of suicidality. J Psychopharmacol published online 13 September 2010.
- Gaszner P. A lelki betegségek gyógyszeres kezelése. OPNI. 1989.
- Gegei Kiss P. P. Liebermann L. Személyiségzavarok gyermekkorban. Akadémia Kiadó, Budapest, 1965.
- Kalmár Patrícia (2012) Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál Budapesten a XIV. kerületben. Egészségfejlesztés, 2012.
- Kalmár S, Fischer L. Depressive Symptoms of Adolescents in Bács Kiskun County – Hungary (poster) XIth World Congress of Psychiatry, Hamburg, Germany. 6-11 August, 1999.
- Kalmár S (2010a) The role of the different disturbances of perception in the development of the psychiatric signs and symptoms. www.internetandpsychiatry.com.
- Kalmár S (2010b) A magyarországi pszichiátriai ellátás helyzete és jövője népegészségügyi szempontból. Psychiat Hungarica 25 (2): 164-175.
- Kalmár S. The advantages and the disadvantages of the Internet in preventing suicide In: L. Sher, A. Vilens: Internet and Suicide. Nova Science Publishers 2010c. Chapter 3.
- Kalmár S (2011) The relation between education and mental health in adolescents in Hungary. Psihiatru ro. Anul VI. Nr. 27. 4/2011. pp. 6-16.
- Kalmár S (2013a) A hit hiánya, a nem kellő hatékonyság, a motiváció hiánya, a negatív önértékelés, alkalmazkodási zavarok és fáradékonyság vizsgálata magyarországi középiskolásoknál. In: Czékus Géza: Motiváció – Figyelem – Fegyelem. Motivation – Attention – Discipline (ISBN 978 86 87095-38-0), Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka. 666-682. o.
- Kalmár S (2013b) The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. Neuropsychopharmacologia Hungarica. XV. évf. 1. szám.
- Kalmár S (2014) The Importance of Neuropsychopharmacology in the Development of Psychiatry. Neuropsychopharmacol Hung 2014; 16(3): 149-156.
- Kalmár S (2015a) A magyar pszichiátria fejlődésének legfontosabb akadályai. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2015; 17(2).
- Kalmár S (2015b) A neurológiai és neuropszichopharmacológiai kutatások jelentősége a személyiségfejlődés során tapasztalt elváltozások megértése és kezelése szempontjából. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2015; 17(2).
- Kalmár S (2015c) Examinations of spirituality and the

- dimensions of spirituality among 932 students in eight different secondary schools in Hungary. [www.internetandpsychiatry.com](http://www.internetandpsychiatry.com).
26. Kalmár S. A nevelés szerepe az egészséges magatartás kialakításában és az önpusztító magatartás megelőzésében (In Press, Medicina, 2016a).
  27. Kalmár S (2016b) A magyar gyermek és ifjúságpszichiátria fejlődésének legfontosabb akadályai. *Neuropsychopharmacologia Hung* 2016; 18(2).
  28. Karczag J (2005) Depresszió a gyermekkorban. *Fejlesztő pedagógia* 16 (5-6): 5-8.
  29. Katona F. Az öntudat újraébredése. A humán idegrendszer ontogeneze. Medicina Könyvkiadó Rt. 2001.
  30. Kálmán J. Szomatoterápiák a gyermek- és serdülőpszichiátriában. In Gyermek- és Ifjúságpszichiátria (szerk. Vetró Á., William LI. Parry-Jones), Szeged, 1996. 387-407.
  31. Kelleher Ian, Corcoran Paul, Keeley Helen, Wigman Johanna T.W, Devlin Nina, Ramsay Hugh, Wasserman Camilla, Carli Vladimir, Sarchiapone Marco, Hoven Christina, Wasserman Danuta, Cannon Mary (2013) Psychotic Symptoms and Population Risk for Suicide Attempt. A Prospective Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2013;():-. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.140. Published online July 17, 2013.
  32. Kiss E, Pikó B, Vetró A (2006): Dohányzás szerhasználat előfordulása és kapcsolata a pszichiátriái komorbiditással depressziós gyermek- és serdülőpopulációban. *Psychiatr Hung*, 21(3):219-226.
  33. Lipcsey A. Szentistványi I. Janka Z. A pszichiátria biológiai alapjai. Akadémia Kiadó Budapest, 1986.
  34. Nissen G. Masked depression in children and adolescents. In *Masked depression* by Kielholz. Hans Huber Publishers, Bern, Stuttgart, Vienna, 1973.
  35. Örkényi Á, Kőkőnyei Gy, Balogh Á (2005) Serdülőkori hangulati problémák pszichoszociális háttér tényezői. *Fejlesztő Pedagógia*, 16. évfolyam, 5-6. szám, 21-27.
  36. Pajer, K., Andrus, B.M., Gardner, W., Lourie, A., Strange, B., Campo, J., Bridge, J., Blizinsky, K., Dennis K., Vedell, P., Churchill, G.A., Redei E.E (2012) Discovery of blood 'transcriptomic' markers for depression in animal models and pilot validation in subjects with early-onset major depression. *Transl Psychiatry* (2012) 2, e101, doi:10.1038/tp.2012.26 & 2012 Macmillan Publishers Limited.
  37. Paksi B, Schmidt A (2006) Pedagógusok mentálhigiénés állapota. *Új Pedagógiai Szemle*. 6.
  38. Pászthy B (2005) Depresszió gyermek- és serdülőkorban. *Fejlesztő Pedagógia*, 16. évfolyam 5-6. szám, 12-15.
  39. Pauwlik Zs. O. Szubjektív értékkategóriák és vallásosság/spiritualitás mint a mentális egészség meghatározó faktorai főiskolai hallgatóknál. *Doktori Értekezés*. Debrecen. 2008.
  40. Perczel Forintos D, Kiss Zs, Ajtay Gy. *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriái és Neurológiai Intézet. Budapest. 2007.
  41. Rey JM. Bella-Awusah TT. Liu J. Depression in children and adolescents. In Rey JM (editor). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.
  42. Schmied-Schwaiger Zs (2007) Az iskolai depresszió- és szuicid prevenció lehetőségei és korlátai. In Csépe Andrea: *Összefogás a depresszió ellen*. Budapest. Semmelweis Kiadó. 2007.
  43. Underwood L.G (2011) The Daily Spiritual Experience Scale: Overview and Results. *Religions*, 2, 29-50; doi: 10.3390/rel2010029.
  44. Underwood L. G. 2012. Using the Daily Spiritual Experience Scale to Improve Patient Care. "Personality and Spirituality". Normal and pathological personality between biological and spiritual dimension. Marosvásárhely. 30 May-2 June, 2012.
  45. Vetró Á (1997) Iskoláskorú gyermekek viselkedési problémáinak epidemiológiai vizsgálata Szegeden. *Psychiatria Hungarica* 12 (2): 193-200.
  46. Vetró Á. Baji I. Benák I. Besnyő M. Csorba J. Daróczy G. Dombóvári E. Kiss E. Gádoros J. Kaczvinszky E. Kapornai K. Mayer L. Rimay T. Skultéty D. Szabó K. Tamás Zs. Székely J. Kovács M (2009) „A gyermekkorai depresszió rizikótényezői”- kutatás megtervezése, megvalósítása. Lefolyása. *Psychiat Hung* 24 (1): 6-17.
  47. Vetró Á. Parry-Jones W.L.I. *Gyermek- és Ifjúságpszichiátria. Kézikönyv egyetemi hallgatóknak és szakorvos jelölteknek*. Gyermekünk Lelki Egészségéért Dél-Magyarországi Alapítvány és Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem. Szeged. 1996.
  48. Vitiello B. Principles in using psychotropic medication in children and adolescents (In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.
  49. Volentics A (2005) A depresszió előtűnetei gyermek- és serdülőkorban. *Fejlesztő Pedagógia*, 16. évfolyam 5-6. szám, 9-11.

## Unmet needs in the recognition and treatment of childhood depression

In spite of the fact that the good mental health is indispensable condition of the development of sound personality, in the past years the somatic and mental state of our children did not improve. The author ascertains that there are several obstacles in the recognition, treatment and prevention of child-depression that causes a serious public health problem. He stresses the neurologic, neuropsychiatric, psychopathological and diagnostic deficiencies, and the low number of Child and Youth Dispensaries. He describes the situation of Hungarian Child and Youth Dispensaries network, and states positively that today the child-psychiatric services are not able to provide optimal provision for every depressive child. In the brief historical introduction he refers the earlier excellent child-psychiatric initiative. He emphasises the huge number of somatic and psychiatric signs and symptoms among the children. He devotes a separate chapter to the causes of child-depression, the prevention, recognition, creation of diagnosis and treatment. According to the literature data and own examination he demonstrates that the depressive and other psychopathological symptoms among children are not really interested the parents, health-workers and teachers. There are several depressive symptoms among the children without mental disorders. The new revisions of BNO and DSM are unable to help the diagnostic of child-depression. He summarizes the most important tasks for the prevention and treatment of child-depression. In the near future a great deal more should be done for prevention and treatment of child-depression than what we have accomplished so far in order to ensure every child the development of sound personality and becoming healthy adult. The deep, ramified, complicated roots of self-destructive behaviour are originated from the early mental abnormalities, primarily from the Conduct, Depressive and Anxiety Disorders. The prevention and treatment of child-depression are unimaginable without (1) the better understand of central nervous system, (2) adequate, exact symptom list (3) a new diagnostic system, (4) exact neuro-psychopharmacology, (5) powerful health-policy, (6) well-trained primary care health system and (7) paramount Child and Youth Dispensaries-network which based on the Evidence Based Medicine.

**Keywords:** child-depression, child psychopharmacology, psychopathologic signs and symptoms, nosology, mental prevention, child-psychiatric care system