

**Az öngyilkossági viselkedés különböző formái a
gyermekkori kezdetű depresszióban: a
temperamentum és az érzelmi szabályozás
vonatkozásai és klinikai jellemzők**

Ph.D. értekezés tézisei

Dr. Tamás Zsuzsanna

Szegedi Tudományegyetem

Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ

Általános Orvostudományi Kar

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Klinikai Orvostudományi Doktori Iskola - Kísérletes és Klinikai Idegtudomány

Témavezetők:

Dr. Vetró Ágnes Ph.D

Dr. hab. Kapornai Krisztina Ph.D.

Szeged

2017

Bevezetés

A gyermekkori kezdetű major depresszióra jellemző az epizódok ismétlődése, egyéb pszichiátriai komorbiditás együttes előfordulása, valamint a jelentős pszichoszociális károsodás, de a szuicid viselkedés jelenti a leginkább kedvezőtlen és klinikailag súlyos következményekkel járó tünetet, hiszen az öngyilkossági viselkedés gyakran ismétlődő és növeli a befejezett öngyilkosság kockázatát.

A gyermekek és serdülők öngyilkossági magatartásának vizsgálata többségében a depresszió és az öngyilkossági magatartás együttes előfordulására összpontosított. Az eredmények következetesen azt mutatták, hogy a depressziós gyermekek magas arányban tanúsítanak öngyilkos magatartást, és hogy az öngyilkossági viselkedést mutató gyermekek valószínűleg depressziósak vagy egyéb hangulati rendellenességben szenvednek.

A DSM az öngyilkossági viselkedést régóta a depressziós epizód egyik tünetének tekinti. Az öngyilkossági gondolatok és a - kísérletek voltak a leggyakrabban vizsgált öngyilkossági viselkedési formák, habár az öngyilkossági magatartás megnyilvánulhat visszatérő halál gondolatként, vagy öngyilkossági terv formájában is. Meglehetősen kevés adat áll rendelkezésre a depressziós és szuicid viselkedést mutató ill. szuicid viselkedést egyáltalán nem mutató depressziós gyermekek olyan klinikai jellemzőinek különbségéről, mint például a depressziós tünetek profilja, a depressziós epizód súlyossága, időtartama vagy az egyéb társuló pszichiátria kórképek.

A klinikai jellemzők tanulmányozása mellett különös érdeklődés mutatkozik az olyan klinikailag is hasznos kockázati és sérülékenységi tényezők kutatásában is, amelyek potenciálisan hozzájárulhatnak az öngyilkos viselkedés különböző formáinak megjelenéséhez. Ezek azért is figyelemre méltóak, mert általában stabil karakterjegyek, és fejlődésük valószínűleg megelőzi az öngyilkos magatartás pszichopatológiájának kialakulását. A fiatalok öngyilkossági viselkedésének vizsgálatakor a következő trait (állapot) személyiségjegyek mutattak összefüggést a szuicid viselkedéssel: impulzivitás, impulzív agresszió, állapot szorongás és harag.

A temperamentum különbségei szintén az élet korai szakaszában jelennek meg, és meglehetősen stabilak maradnak az élet folyamán. A temperamentum többdimenziós

konstrukció, és a „Negatív érzelem” az egyik kulcsfontosságú dimenziója. Ez a dimenzió azt a tendenciát mutatja, hogy valaki milyen könnyen és milyen intenzíven válik érzelmileg negatívvá. A „Negatív érzelem” a temperamentum négy dimenziójának egyike. Általánosságban elmondható, hogy a gyermekkori kezdetű depresszióhoz trait negatív érzelmi jellemzők társulnak. Ugyanakkor a temperamentum (beleértve a negatív érzelmeket is) és az öngyilkossági viselkedés kapcsolatát tanulmányozó vizsgálatok szinte kizárólag felnőtteket és idősebb serdülőket tanulmányoztak, és csak néhány és nem minden öngyilkossági viselkedési formára korlátozódtak, valamint különböző temperamentum elméleteket és konstrukciókat használtak. Úgy tűnik, hogy azok az egyének, akik öngyilkossági viselkedést mutatnak, általában magasabb szintű trait negatív érzelmi vonással jellemezhetők, mint a szuicid viselkedést nem mutatók. Szintén keveset tudunk azonban arról, hogy a temperamentum egyéb dimenziói, amelyek potenciálisan rossz vagy gyenge adaptív tulajdonságot jelentenek, mint például a féltékenység vagy a gátolt viselkedés hozzájárulnak-e, és ha igen, hogyan befolyásolják az öngyilkosság különböző formáinak előfordulási kockázatát.

Az érzelmi szabályozás szintén egy olyan vonás, amely a tudományos érdeklődés középpontjában áll a hangulati rendellenességekben játszott szerepének tekintetében. Az érzelmi szabályozás azt a szabályozási módot írja le, ahogyan az egyén saját maga modulálja a negatív érzelmeit. Az érzelmi szabályozás az adott érzelem dinamikus és időtartambeli jellemzőinek megváltoztatásához szükséges folyamatokat jelenti, és olyan reakciókat (stratégiákat) tartalmaz, amelyek fenntartják (állandósítják) esetleg tovább rontják, vagy épp ellenkezőleg, elnyomják, esetleg gátolják az adott érzelmet. Az érzelmi szabályozó válaszok már a korai gyermekkorban kifejlődnek és meglehetősen stabilitást mutatnak egy egyénen belül, és kimutatták, hogy elengedhetetlen szerepet játszanak az alkalmazkodásban. Az érzelmi szabályozási stratégiákat adaptív vagy maladaptívként csoportosítjuk. A maladaptívak valószínűleg nem csökkentik, vagy enyhítik, hanem épp ellenkezőleg, súlyosbítják a diszfóriás hangulatot. Különböző fiataalkori minták vizsgálatában ezek a maladaptív érzelmi szabályozó stratégiák és a depressziós hangulat és - betegség összefüggést mutattak. Kevésbé ismeretes azonban az érzelmi szabályozó válaszok és az öngyilkossági magatartás kockázatának kapcsolata depressziós fiatalok körében.

Tudomásunk szerint a temperamentum és az érzelmi szabályozás jellegzetességeit soha nem vizsgálták gyermekkori kezdetű depresszióban szenvedő fiatalokon, ezért nem ismert, hogy milyen mértékben járulnak hozzá önmagukban vagy együttesen az öngyilkos viselkedéshez. Mindezek felül, egyik kutatás sem vizsgálta a temperamentum és az érzelmi szabályozás jellegzetességeit major depressziós gyermekekben a DSM-IV által meghatározott mind a 4 különböző formájú öngyilkos magatartásban.

Célkitűzések és hipotézisek

Kutatásunkban a DSM-IV által meghatározott mind a 4 öngyilkossági viselkedésformának (azaz a visszatérő halállal kapcsolatos gondolatoknak, ismétlődő öngyilkossági gondolatoknak, öngyilkossági tervnek és öngyilkossági kísérletnek) a klinikai jellemzőit, valamint a temperamentummal és érzelmi szabályozással való kapcsolatát vizsgáltuk egy nagy, gyermekkori kezdetű depresszióban szenvedő gyermekmintán. A trait személyiségjegyeket a különböző típusú öngyilkossági viselkedési formák korrelációjaként vizsgáltuk, vagyis hogy a negatív érzelmek (mint a temperamentum egyik dimenziója) és az érzelmi szabályozás egyes elemei hozzájárulnak-e a depressziós fiatalok öngyilkossági viselkedésének különböző formáihoz.

A klinikai jellemzők tanulmányozásában az volt a célunk, hogy megvizsgáljuk az életkor és a nem hatását az öngyilkos viselkedés különböző formáiban, hogy feltárjuk a hasonlóságokat és különbözőségeket a különböző szuicid viselkedést mutató vagy azt egyáltalán nem mutató depressziós gyermekek betegségétörténetében, a depressziós tünetek profiljában, a depresszió súlyosságában és a komorbid pszichiátriai betegségekben. Vizsgáltuk emellett azt is, hogy az öngyilkosság különböző formáiban szenvedő gyermekek és serdülők között ezek a klinikai paraméterek különböznek-e egymástól, és ha igen, miben.

A temperamentum és az érzelmi szabályozás összefüggése a különböző típusú öngyilkossági viselkedéssel

Hipotézis 1.: Az öngyilkossági viselkedés bármely formájának jelenléte (a hiányához képest) az alábbiakkal mutat összefüggést:

- (a) magasabb szintű trait negatív érzelmek,
- (b) maladaptív érzelmi szabályozó stratégiák kiterjedtebb alkalmazása diszfóriás hangulatban,
- (c) adaptív érzelmi szabályozó válaszok kevésbé kiterjedt alkalmazása diszfóriás hangulatban.

Hipotézis 2.:

- (a) A trait negatív érzelem erőssége és
- (b) a maladaptív érzelmi szabályozó stratégiák használatának valószínűsége úgy növekszik, ahogy a szuicid viselkedés egyre súlyosabbá válik.

Hipotézis 3.: A diszfóriára adott adaptív érzelmi szabályozó válaszok enyhítik a trait negatív érzelem hatását az öngyilkossági viselkedés súlyosbodásában.

Továbbá, bár a temperamentumra vonatkozó célkitűzéseink (Hipotézis 1 (a), 2 (a), 3) a trait negatív érzelmekre összpontosítottak, vizsgáltuk a temperamentum más dimenzióit is (aktivitás, féltékenység és szociabilitás; mind fő hatásuk, mind az érzelmi szabályozó stratégiákkal lehetséges interakciójuk tekintetében). Azaz elemeztük, hogy ezek a temperamentum dimenziók hogyan függhetnek össze az érzelmi szabályozással és a szuicid viselkedéssel.

Különböző öngyilkossági viselkedést mutató depressziós fiatalok klinikai jellemzői

Hipotézis 4.:

- (a) az öngyilkossági magatartás minden formája növekszik az életkorral,
 - (b) a serdülőkorú lányoknál nagyobb az öngyilkossági gondolatok és kísérletek valószínűsége, mint a serdülőkorú fiúknál.
- Összehasonlítva az öngyilkossági viselkedést nem mutató depressziós kortársakkal, az öngyilkossági viselkedést mutatók:
- (c) súlyosabb depresszióban szenvednek,
 - (d) eltérő depressziós tünetprofiljuk van,
 - (e) nagyobb valószínűséggel van komorbid pszichiátriai betegségük.

Módszerek

Beteganyag

Az általunk vizsgált beteganyag a Gyermekkori Depresszió Rizikótényezői Kutatás (NIMH pályázat #MH056193) beteganyagából származik. A kutatás során 23 magyarországi gyermek- és ifjúságpszichiátriai intézmény (gondozó, ambulancia és osztály) új betegeinek szűrése történt a depresszió szempontjából. A depressziós tüneteket mutató gyermekek két részes diagnosztikus interjún vettek részt. A major depresszió jelenlétét félig-strukturált interjúval DSM IV kritériumok alapján állítottuk fel. A beválasztási kritériumok között szerepelt a vizsgálat időpontjában vagy korábban zajló depressziós epizód, a 7 és 15 év közötti életkor és a biológiai anya elérhetősége.

A Hipotézisek 1., 2. és 3. elemzésére a kutatásba 2000 áprilisától 2003 decemberéig (N = 407) bevont betegmintát használtuk, míg a Hipotézis 4. teszteléséhez a 2000 áprilisától 2004 decemberéig bevont beteganyagot, amely 146 beteggel nagyobb mintát (N = 553) jelentett.

Minta kiválasztása a különböző formájú öngyilkos viselkedés és a temperamentum valamint az érzelmi szabályozás összefüggésének vizsgálatára

2000 áprilisa és 2003 decembere között 407 gyermeknél igazoltunk "jelenlegi" és / vagy "múltbeli" major depressziós epizódot: a fiúk aránya 53,6% volt, átlag életkoruk 11,7 év (SD = 2,0 év) volt.

Minta kiválasztása a különböző típusú öngyilkossági viselkedést mutató depressziós fiatalok klinikai jellemzőinek vizsgálatára

2000 áprilisa és 2004 decembere között 635 gyermeknél igazoltunk "jelenlegi" és / vagy "múltbeli" major depressziós epizódot. Annak érdekében, hogy vizsgálatunk jobban összehasonlítható legyen a korábbi, irodalomban közölt vizsgálatokkal, a 635 beteget tartalmazó mintát azokra a betegekre korlátoztuk, akik "jelenlegi" (azaz a vizsgálatba bevonáskor fennálló) major depressziós epizódban szenvedtek. Ez a minta ezért 553 („jelenleg” depressziós) gyermeket tartalmazott. A minta 55,2% volt fiú, átlagéletkoruk 11,7 (SD = 2,0) év volt.

Mérőeszközök

Interview Schedule for Children and Adolescents - Diagnostic Version (ISCA-D)

A pszichiátriai diagnózis felállítása félig-strukturált diagnosztikus interjúval történt, DSM-IV kritériumok szerint. Az interjú mind a „jelen”, mind a „múltbeli” diagnózisokat feltárta, tünetenként kikérdezte, végül az idő- és tüneti kritériumokat figyelembe véve állította fel a diagnózist. Az interjú az anyával, majd azután a gyermekkel is felvétellel került. A végső diagnózist és a kórképek megjelenési időpontjait két független szakorvos állapította meg az interjúkészítő véleménye és a rendelkezésre álló összes dokumentáció (orvosi jelentések, narratív) alapján.

Öngyilkos viselkedés különböző formái

Az ISCA-D depresszív rendellenességek modulja négy tünetet tartalmaz az öngyilkossági magatartás különböző formáinak meghatározására. Ezek a DSM-IV szerinti tünetek, a következő sorrendben: (a) visszatérő halálgondolatok, (b) ismétlődő öngyilkossági gondolatok, (c) öngyilkossági terv, (d) öngyilkossági kísérlet. Mindegyik tünet értékelésre került, hogy jelen van-e vagy nincs. A tünetek jelenlétét vagy hiányát a következő időpontokra rögzítettük: (a) „jelenlegi” vagy „legutóbbi” depressziós epizód és (b) az első depressziós epizód (ha az aktuális epizód nem az első epizód volt). Mind a „jelenlegi” mind a „múltbeli” major depressziós epizód esetében ezeknek a tünetek a jelenlétét vagy hiányát az epizód legsúlyosabb periódusára kérdeztük.

A Hipotézis 1., 2. és 3. elemzése során a 407 beteget egyetlen, „átfogó öngyilkossági magatartás” kategóriába soroltuk, a "jelenlegi" és / vagy "múltbeli" depressziós epizód öngyilkossági viselkedés formáit összegezve, és egy súlyossági hierarchiát feltételezve. A halállal kapcsolatos gondolatok például enyhébbnek minősültek, mint az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok).

Módszertani megfontolások miatt (ahogy előbb már említettük) a Hipotézis 4. vizsgálata során a „jelenleg” major depressziós epizódban szenvedő fiatalok (553 beteg) mintáját elemeztük. Ez egy más megközelítés, mint a Hipotézis 1., 2. és 3. tesztelése esetén, ahol egy "általános", vagyis "élettartam öngyilkos magatartás" besorolást használtunk a "jelenlegi" és "múltbeli" epizódok szuicid viselkedésének összesítése alapján, feltételezve a különböző formájú öngyilkossági viselkedés súlyossági hierarchiáját.

Mindkét mintában mindegyik beteget csak egy kategóriába soroltuk az öngyilkossági viselkedés szerint: nevezetesen vagy öngyilkossági kísérlet, vagy öngyilkossági terv, vagy öngyilkossági gondolatok, vagy visszatérő halálgondolatok kategóriába. A különböző formájú öngyilkossági viselkedés súlyossági hierarchiája szerinti besorolás azt jelentette, hogy ha egynél többfajta öngyilkossági viselkedést mutatott a beteg (vagyis például mind öngyilkossági gondolatokat, mind öngyilkossági kísérletet), a "súlyosabb" viselkedés határozta meg a beteg öngyilkossági viselkedés szerinti besorolását.

„Jelenlegi” major depressziós tünetek súlyossága

Az ISCA-D tizenhét, a DSM-IV által meghatározott depressziós tünetre kérdez rá (depressziós hangulat, ingerlékenység, anhedonia, súlycsökkenés, súlygyarapodás, álmatlanság, hiperszomnia, pszichomotoros izgatottság, pszichomotoros gátoltság, fáradtság, értéktelenség érzése, büntudat, koncentrációs nehézség és a 4 különböző öngyilkossági viselkedésforma) Emellett további 3 DSM-III tünetet (a hangulat napi változása, reaktivitás hiánya és különös szomorúság érzése) vettünk fel elemzésünkbe. Minden egyes tünet egy súlyossági skálán kerül értékelésre: a tünet hiánya (0), küszöb-alatti súlyosságú tünet (1) vagy a tünet jelenléte küszöb feletti (2). A „jelenlegi” major depressziós epizód súlyosságát úgy számoltuk ki, hogy összeadtuk a „jelenlegi” epizód 16 ISCA-D által értékelt depressziós tünet pontszámát (DSM-IV és DSM-III szerint), kihagyva a 4 öngyilkossági tünet pontszámát (ezáltal a súlyosságot kifejező pontszám egy 0-tól 32-ig terjedő érték). Ezek alapján tehát a Hipotézis 4. (c) tesztelésében a magasabb súlyossági pontszám súlyosabb jelenlegi major depressziót jelent. Megemlítendő azonban, hogy a Hipotézis 4. (d) tesztelésekor az egyes depressziós tünetek előfordulási gyakoriságának és az öngyilkossági viselkedés vagy annak hiányának elemzésekor minden egyes depressziós tünetet dichotomizáltunk: klinikailag szignifikáns (küszöbérték feletti tünet, tünet pontszáma: 2) vagy sem (küszöbérték alatti tünet vagy a tünet hiánya, tünet pontszáma: 1 vagy 0).

„Jelenlegi” major depressziós epizód súlyossága

A Hipotézis 1. tesztelésekor használt, a „jelenlegi” vagy a legutóbbi major depresszív epizód súlyosságát kifejező általános súlyossági indexet a klinikus határozta meg, egy 5 pontos skála szerint: 1 = enyhe súlyosságú epizód, 2 = mérsékelt, 3 = súlyos epizód

pszichotikus jellemzők nélkül, 4 = súlyos epizód hangulat-kongruens pszichotikus tünetekkel és 5 = súlyos epizód hangulattal inkongruens tünetekkel. Ennek az indexnek az értékei 1 és 4 között voltak ($M = 2,28$, $SD = 0,71$).

Major depresszív epizód története

Az ISCA-D a betegségtörténetre vonatkozó információkat is szolgáltatott: a betegség időtartama (az epizód kezdetének és végének időpontja), valamint a depressziós epizódok száma.

Pszichiátriai komorbid betegségek

A statisztikai elemzéshez a következő pszichiátriai komorbid betegségeket vettük figyelembe (kovariánsként, függetlenül a betegség típusától és előfordulásának időpontjától): különböző szorongásos betegségek, disztímia, figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD), oppozíciós zavar, magatartászavar és pszichoaktív szerabúzusa. Intake General Information Sheet (IGIS).

A GIS egy olyan strukturált kérdőív, amely a demográfiai adatok, a perinatális anamnézis, a korai fejlődéstörténet, a motoromentális fejlődés, valamint a családi anamnézis és egyéb életesemények megismerését szolgálja. A válaszadó a legtöbb esetben az anya volt.

Temperamentum

A gyermekek temperamentumának vizsgálata a szülő által értékelt „Emotionality, Activity, Shyness (EAS) Temperamentum Kérdőív” segítségével történt, és az 1. interjú alkalmával került kitöltésre. A kérdőív négy különböző temperamentum dimenziót vizsgál: „(Negatív) érzelem”, „Aktivitás”, „Szociabilitás” és „Félénkség”. A kérdőív 20 elemet tartalmaz, amelyből 5-5 tartozik az egyes temperamentum dimenziókhoz. Minden tétel egy 5 pontos skálán kerül értékelésre: az "1: nem jellemző a gyermekemre" pontszámtól az „5: nagyon jellemző a gyermekemre” pontszámig, majd az egyes dimenziókhoz tartozó tételek kerülnek összegzésre (ezáltal a pontszám egy 5-től 25-ig terjedő érték az egyes temperamentum alskálákon), megadva az egyes temperamentum dimenziók jellemzőit.

Érzelmi szabályozás

Az önértékeléses "Érzések és én" Gyermekek változat kérdőív szolgált a gyermekek diszfóriás érzésre adott érzelmi szabályozó válaszainak értékelésére. Ez egy a 7-17 éves

korosztály számára alkalmas önértékelő teszt, amely számos adaptív és maladaptív érzelmi szabályozó stratégiát, ill. reakciót sorol fel (viselkedésbeli, társas-interperszonális, kognitív és fizikai / szomatikus szabályozási területeket reprezentálva), amelyek szomorúság érzésekor használhatóak. A vizsgálatunkban a két legfontosabb alskála összpontszámát használtuk: az adaptív válaszok összpontszámát (32 elem) és a maladaptív válaszok (22 elem) összpontszámát.

Statisztikai vizsgálat

A temperamentum és az érzelmi szabályozás összefüggése a különböző formájú öngyilkossági viselkedéssel

A temperamentum és az érzelmi szabályozás különböző típusú öngyilkossági magatartással történő társulását Kruskal-Wallis próbával teszteltük a folyamatos változókra, és chi-négyzet próbát alkalmaztunk a kategorikus változók tesztelésére. A Kruskal-Wallis-tesztet azért használtuk, mert több, öngyilkossági viselkedést mutató csoport esetében a folyamatos változók nem mutattak egyenletes eloszlást.

A Hipotézis 1., 2. és 3. tesztelése során több kovariáns hatását is vizsgáltuk, beleértve a nemet, életkort, társadalmi-gazdasági státuszt, szorongásos rendellenességet és posthoc elemzésként a „jelenlegi” depressziós epizód súlyosságát is. Az adatok statisztikai analízisére az SAS statisztikai szoftver 8.2-es verzióját használtuk.

Különböző öngyilkossági viselkedést mutató depressziós fiatalok klinikai jellemzői

Általános pontprevalenciát számoltunk a „jelenlegi” öngyilkossági viselkedés minden formájára, kor- és nem szerinti specifikus prevalenciával együtt.

A különböző formájú öngyilkossági viselkedés klinikai jellemzőinek összehasonlítására a „jelenlegi” öngyilkossági viselkedés alapján 5 csoportba soroltuk a betegeket: szuicid viselkedést jelenleg nem mutató betegek vagy a 4 különböző formájú szuicid viselkedés egyikét mutató betegek csoportjába (vagyis: vagy visszatérő halálgondolatok, vagy öngyilkossági gondolatok, vagy öngyilkossági terv kísérlet nélkül, vagy öngyilkosság kísérlet csoportja). Chi-négyzet próbával teszteltük a depressziós tünetek és komorbid pszichiátriai rendellenességek hasonlóságait és különbségeit a különböző formájú öngyilkos viselkedést mutató vagy azt egyáltalán nem mutató betegek között. Varianciaanalízist végeztünk a depresszió súlyossága és a major depresszív betegség időtartam különbségeinek vizsgálatára.

Számos multinomiális logisztikus regresszióanalízissel teszteltük a különböző öngyilkossági viselkedési formák és az egyes depressziós tünetek, valamint a komorbid pszichiátriai rendellenességek összefüggését. Esélyhányadosokat és 95%-os konfidencia intervallumokat számoltunk a depressziós tünetek és komorbid betegségek, valamint a különböző öngyilkossági viselkedésformák összefüggéseinek bemutatására. Minden statisztikai vizsgálat 2-oldali volt. A statisztikai elemzéshez az SPSS 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill.) programot használtuk.

Eredmények

A különböző formájú öngyilkos viselkedés és a temperamentum, valamint az érzelmi szabályozás összefüggései

A 407 beteget tartalmazó minta 67%-ában találtunk öngyilkos viselkedést. A visszatérő halál- és öngyilkossági gondolatok, valamint az öngyilkossági terv aránya hasonló volt (körülbelül 18-20%), a legkevésbé gyakori (12%) öngyilkossági kísérlet volt.

A Hipotézis 1. tesztelésekor nem találtunk statisztikailag szignifikáns különbségeket a „Negatív érzelem”, „Szociabilitás” és „Félénkség” temperamentum dimenziókon a különböző formájú szuicid viselkedést mutató csoportok között. Azonban az öngyilkossági kísérletet elkövető betegeket az anyák szignifikánsan alacsonyabb „Aktivitás” temperamentum jellemzővel írták le ($df = 4$, Kruskal-Wallis = 10,24, $p < 0,05$).

Igazoltuk azt a hipotézisünket, hogy maladaptív érzelmi szabályozó stratégiák használatának gyakorisága úgy növekszik, ahogy a szuicid viselkedés egyre súlyosabbá válik (átlag = 12.5, SD = 7.55; átlag = 13.34, SD = 8.02; átlag = 17.21, SD = 7.71, átlag = 16.82, SD = 8.64; átlag = 22, SD = 8.09; $df = 4$, Kruskal-Wallis = 50.76, $p < 0.001$). Ezzel párhuzamosan, az adaptív válaszok használatának gyakorisága csökken (átlag = 28.23, SD = 10.29; átlag = 27.15, SD = 12.02, átlag = 24.20, SD = 11.54, átlag = 23.73, SD = 10.85, átlag = 22.73, SD = 11.46; $df = 4$, Kruskal-Wallis = 16.33, $p < 0.01$). Azt találtuk továbbá, hogy a szuicid viselkedést egyáltalán nem mutató betegek fiatalabbak a szuicid viselkedést mutatóknál, és azok, akik a legidősebbek, azok követnek el a legnagyobb eséllyel szuicid kísérletet ($df = 4$, Kruskal-Wallis = 26.85, $p < 0.001$). A nemek megoszlására vonatkozóan azt állapítottuk meg, hogy több lánynak, mint fiúnak

voltak öngyilkossági gondolatai, és több lány, mint fiú követett el szuicid kísérletet ($df = 4, X^2 = 21.47, p < 0.001$).

Összesen 143 gyermeknek (35,1%) volt valamilyen szorongásos komorbiditása (típustól és időponttól függetlenül vettük figyelembe), és ennek aránya a szuicidalitás különböző csoportjaiban 13-22% volt, anélkül, hogy jelentősen befolyásolták volna az öngyilkossági viselkedés súlyosságát.

A különböző formájú öngyilkossági viselkedés statisztikai modellje

A modell az összes EAS és „Érzelmek és én” alskála pontszámát, valamint a nemet, az életkort, a komorbid szorongás előfordulását és a depresszió súlyosságát tartalmazta. Az öngyilkossági magatartás egyes formáinak csoportjait egyenként hasonlítottuk össze az öngyilkossági viselkedést nem mutató csoporttal, ugyanabban a modellben. Egy adott esélyhányados tehát azt a kockázatot jelzi, hogy egy beteg egy bizonyos formájú szuicid magatartást mutat az adott független változón a szuicid magatartást nem mutató csoporthoz képest.

Nem találtunk különbséget egyetlen független változóban sem a szuicid viselkedést nem mutató betegek és azok között, akiknek visszatérő halálgondolata volt. Továbbá, a szuicid viselkedést nem mutató betegek és azok, akiknek öngyilkossági gondolataik voltak, mind a négy temperamentum dimenzióan hasonlóak voltak. Magasabb „Negatív érzelmek” ($OR = 1,53, 95\% CI = 1,04, 2,26, p < 0,05$) és „Aktivitás” ($OR = 1,89, 95\% CI = 1,22, 2,92, p < 0,01$) különböztette meg a szuicid tervet készítőket a szuicid viselkedést nem mutató betegektől, míg szignifikánsan magasabb pontszám a „Félénkség” temperamentum dimenzióan jellemezte a kísérletet elkövetőket az öngyilkossági viselkedést egyetlen formáját sem mutató betegekhez hasonlítva ($OR = 2,06, 95\% CI = 1,18, 3,61, p < 0,05$).

Ezekkel ellentétben, az összefüggés az érzelmi szabályozó stratégiák használata és a különböző öngyilkos viselkedés formák között sokkal egyértelműbb volt. A maladaptív érzelmi szabályozó stratégiák gyakoribb használata szignifikáns összefüggést mutatott a szuicid viselkedés különböző formáival (egyetlen kivétel a visszatérő halálgondolatok kategória volt; $OR = 1.08, 95\% CI = 1.03, 1.13, p < 0.001$; $OR = 1.08, 95\% CI = 1.03, 1.13, p < 0.01$; $OR = 1.16, 95\% CI = 1.09, 1.23, p < 0.001$). Ehhez hasonlóan, az adaptív alskála pontszámát a szuicid viselkedést nem mutató betegekhez

hasonlítva, alacsonyabbnak találtuk azon betegek esetében, akiknek szuicid gondolatai (OR = 0.96, 95% CI = 0.93, 0.99, $p < 0.01$), terve (OR = 0.94, 95% CI = 0.91, 0.98, $p < 0.001$), vagy kísérlete (OR = 0.93, 95% CI = 0.89, 0.97, $p < 0.01$) volt.

A szuicid kísérletet elkövető és a szuicid viselkedést nem mutató csoportot összehasonlító modellben statisztikailag szignifikáns interakciót találtunk az adaptív érzelmi szabályozó stratégiák használata és a „Félénkség” temperamentum dimenzió között (OR = 1.08, 95% CI = 1.03, 1.14, $p < 0.01$), valamint az adaptív érzelmi szabályozó stratégiák használata és a „Szociabilitás” temperamentum dimenzió között (OR = 1.08, 95% CI=1.02, 1.15, $p < 0.01$). Azon betegek esetében, akik magas (magas és alacsony kategóriát használva) trait „Félénkséget” mutatnak, az adaptív érzelmi szabályozó stratégiák használata nem változtatja meg lényegesen a szuicid kísérlet elkövetésének valószínűségét. Ezzel ellentétben, azon betegek esetében, akik alacsony trait „Félénkséget” mutatnak, az adaptív érzelmi szabályozó stratégiák használata csökkenti a szuicid kísérlet elkövetésének valószínűségét.

A másik interakció azt jelzi, hogy az adaptív érzelmi szabályozó stratégiák használatának kiterjedtsége nem befolyásolja a magasabb szintű szociabilitást mutató betegeknél a kísérlet elkövetésének az esélyét. Azonban az alacsonyabb szociabilitást mutató gyermekek körében azok, akik az adaptív érzelmi szabályozó készségek széles körű repertoárjával rendelkeznek, csökken az öngyilkossági kísérlet elkövetésének az esélye.

Az eredményeink azt is kimutatták, hogy a depressziós epizód súlyossága nagyon jelentős mértékben kapcsolódik az öngyilkossági magatartás kockázatához: ez az öngyilkossági terv és az öngyilkossági kísérlet esetében a legdrámaibb: a depresszió súlyosságának egy egységnyivel való növekedése majd hétszeresével növeli meg az öngyilkossági kísérlet elkövetésének a valószínűségét. Fontos azonban, hogy mivel a modellünk a depresszió súlyosságának hatását tükrözte, az eredmények azt mutatják, hogy az érzelmi szabályozó stratégiák öngyilkossági magatartáshoz való hozzájárulása független az major depresszív epizód súlyosságától.

Különböző öngyilkossági viselkedést mutató depressziós fiatalok klinikai jellemzői

Öngyilkos viselkedés

Az 553, „jelenleg” major depressziós epizódban szenvedő fiatal 67,5%-a számolt be ismétlődő halálgondolatáról, 47,6%-uknak volt öngyilkossági gondolata, 29,8%-uk készített öngyilkossági tervet, és 11,6%-uk követett el öngyilkossági kísérletet bármikor az élete során. Az elmúlt hónapban (aktuálisan) 62,2%-uknak volt ismétlődő halálgondolata, 43,9%-uknak ismétlődő öngyilkossági gondolata, 26,9%-uknak öngyilkossági terve, és 9,9%-uk öngyilkossági kísérletet hajtott végre. Azoknál, akiknek visszatérő halálgondolataik voltak, 68,9%-uknak öngyilkossági gondolataik is voltak, 41,6%-uk öngyilkossági tervet is készített, és 15,4%-uk öngyilkosságot is megkísérelt. Az öngyilkossági gondolatot mutatók közül 60,5%uk készített öngyilkossági tervet, 22,6% pedig öngyilkosságot is megkísérelt. Az öngyilkossági tervet készítők 34,2%-a öngyilkossági kísérletet is elkövetett.

A lányok esetében az öngyilkos magatartás mind a négy formája a kor emelkedésével párhuzamosan egyre gyakoribbá vált. Az öngyilkossági gondolatok, tervek és kísérletek mértéke 13 és 14 évesen emelkedett jelentősen. Fiúk esetében nem volt szignifikáns különbség a korcsoportok között a négy különböző öngyilkossági magatartás vonatkozásában (összes $p > 0,05$). Szignifikáns nemek közötti különbségeket csak 13 és 14 év közötti depressziós serdülőknél figyeltünk meg: a lányoknak szignifikánsan nagyobb eséllyel voltak öngyilkossági gondolatai vagy követtek el öngyilkossági kísérletet, mint a fiúk. A visszatérő halálgondolatok nem mutattak nemi különbséget egyik korosztály esetében sem.

Betegségtörténet, a depresszió súlyossága

Az öngyilkossági viselkedést egyáltalán nem mutató, ill. azt mutató betegek között nem igazoltunk szignifikáns különbséget sem az átlagos betegség időtartamban, sem a pszichiátriai kórházi felvétel, sem a depressziós epizód visszatérésének tekintetében, sem az SSRI vagy a TCA használatának történetében.

Depressziós tünetek profilja és pszichiátriai komorbiditás

A különböző formájú öngyilkos viselkedést mutató gyermekeket összehasonlítva csak a depressziós hangulat mutatott szignifikáns különbséget, a legmagasabb előfordulási aránnyal a kísérletet elkövető betegeknél. Nem igazoltunk szignifikáns különbséget a különböző öngyilkossági viselkedést mutató csoportok között a komorbid pszichiátriai betegségek tekintetében sem

Többváltozós elemzés

Az öngyilkos viselkedést egyáltalán nem mutató csoportot egyenként hasonlítva a négy, különböző öngyilkos magatartást mutató csoporthoz, 6 depressziós tünet (depressziós hangulat, ingerlékenység, pszichomotoros izgatottság, különös szomorúság, értéktelenség érzése, bűntudat), a komorbid szeparációs szorongás és magatartászavar jelentettek emelkedett kockázatot az öngyilkosság egy vagy több formájára. A fáradtság és a depresszív hangulat napi ingadozása negatív összefüggést (alacsonyabb kockázatot) mutatott az öngyilkossági gondolattal és az öngyilkossági tervvel.

Lépésenkénti multinomiális logisztikus regressziós analízist végeztük annak megvizsgálására, hogy az 1. modellben szignifikánsnak talált depressziós tünetek és komorbid betegségek egymástól függetlenül melyik szuicid viselkedési formához járulnak hozzá, miközben a modellben az életkor és a nem hatását kontrolláltuk. A depressziós hangulat, a pszichomotoros izgatottság, az értéktelenség érzése, a komorbid szeparációs szorongás és a magatartászavar szignifikánsan és önállóan társult legalább egy öngyilkossági viselkedésforma megnövekedett kockázatával. Pontosabban: a visszatérő halállal kapcsolatos gondolatokat jelentősen megjósolta az értéktelenség érzése (OR = 2.23). Az öngyilkossági gondolatok depressziós hangulattal (OR = 2,18), értéktelenség érzésével (OR = 2,06) és komorbid magatartászavarral (OR = 5,42) társultak. Az öngyilkossági terv értéktelenség érzésével (OR = 2.90), pszichomotoros agitációval (OR = 1.70) és komorbid szeparációs szorongással (OR = 3.50) járt együtt. Az öngyilkossági kísérletek szignifikáns összefüggésben voltak a magatartászavarral (OR = 9.27), a szeparációs szorongással (OR = 4.01), a depressziós hangulattal (OR = 3.66), a pszichomotoros agitációval (OR = 2.18) és az értéktelenség érzéseivel (OR = 2.11).

Megbeszélés

A különböző formájú öngyilkos viselkedés és a temperamentum, valamint az érzelmi szabályozás összefüggései

Vizsgálatunkban nem sikerült megerősítenünk azt a hipotézist, miszerint a magas szintű „Negatív érzelem”, mint temperamentum jellemző összefügg a depressziós fiatalok szuicid viselkedésével. Kimutattuk, hogy a depressziós, de öngyilkossági viselkedést nem mutató, ill. annak bármely formáját mutató gyermekek hasonló negatív érzelmi temperamentum szinttel rendelkeztek.

Ugyanakkor megerősítettük az érzelmi szabályozás és a különböző formájú szuicidalitás kapcsolatának hipotézisét, néhány érdekes kivétellel. Először is, azok a depressziós gyerekek, akik szuicid viselkedést nem mutatnak, ill. azok, akiknek visszatérő halálgondolataik vannak, nem különböztethetők meg egymástól annak tekintetében, hogy hogyan reagálnak és szabályozzák a diszfóriás hangulatukat. Mivel a depressziós gyermekek ezen két csoportja nagyban hasonlít a temperamentum négy dimenzióján is, lehetséges, hogy a halál visszatérő gondolata kevésbé szorosan kapcsolódik az öngyilkossági viselkedéshez, mint azt eddig gondoltuk, és esetlegesen a lelki fejlődés velejárója is lehet. Ennek a lehetőségnek a vizsgálata jövőbeli kutatások célja lehet, egészséges kontrollcsoport bevonásával.

Másodszor, azt találtuk, hogy a fennmaradó három különböző féle öngyilkossági viselkedési forma egyikét mutatók egyértelműen különböznek az öngyilkossági viselkedés egyik formáját sem mutató kortársaiktól abban, hogy következetesen magasabb pontszámokat mutattak a maladaptív érzelmi szabályozást meghatározó alskálán, ugyanakkor az adaptív stratégiákat összegző alskálán az alacsonyabb pontszám jellemezte őket. Más szavakkal, egy depressziós gyermek, aki sok maladaptív érzelmi szabályozó stratégiával reagál a diszfóriás hangulatra, nagyobb valószínűséggel olyan gyermek, aki egy meghatározott öngyilkossági magatartásformát mutat (ideációt, tervet vagy kísérletet). Ezzel szemben a diszfóriás hangulatra széles körű adaptív érzelmi szabályozó stratégiák repertoárjával válaszoló depressziós fiatalok csökkent valószínűséggel mutatnak egy specifikus öngyilkossági viselkedést. Az érzelmi szabályozásának ezen két aspektusa (adaptív és maladaptív) viszonylag független dimenzió. Így klinikai szempontból a fenti megállapítások arra engednek következtetni, hogy a depressziós gyermekekben egy specifikus öngyilkossági magatartás kockázata

kétféleképpen csökkenthető: egyrészt az adaptív érzelmi válaszreakciók repertoárjának növelésével, vagy a maladaptív válaszreakciók repertoárjának csökkentésével.

Eredményeink azt is kimutatták, hogy a depressziós epizód súlyossága szignifikáns összefüggésben volt az öngyilkossági magatartás kockázatával, és legdrámaibb módon az öngyilkossági terv és az öngyilkossági kísérlet elkövetői érintettek. A vizsgálat második részében, a nagyobb mintán (N = 553), amikor is a depresszió súlyosságát a depressziós tünetek súlyosságának összegzésével értékeltük, hasonló összefüggést igazoltunk.

Interakciót találtunk az érzelmi szabályozó stratégiák és a trait „Félénkség” és trait „Szociabilitás” között az öngyilkossági kísérletet elkövető csoport statisztikai modelljében. Ezek az eredmények egyértelműen azt sugallhatják, hogy amikor egyes temperamentum jellegzetességek szélsőségesekké válnak, az érzelmi szabályozó kompetencia (vagy annak hiánya) kevés hatással van az öngyilkossági kísérlet elkövetésének rizikójára, de a szélsőséges tulajdonságok hiányában az adaptív szabályozó készségek védő tényezőként hathatnak, és így csökkenthetik az öngyilkossági kísérlet elkövetésének kockázatát.

Mintánkban egy bizonyos típusú öngyilkossági magatartást mutatók aránya hasonló az egyéb depressziós fiatalok mintáiban talált arányhoz, és ahogy más vizsgálatokból is kiderül, az öngyilkossági kísérlet a legkevésbé gyakori öngyilkossági magatartásforma ebben a korcsoportban. Ezen mintánkban a nemnek az öngyilkossági magatartásra gyakorolt hatását hasonlóan találtuk a tanulmányunk második, nagyobb mintán talált, valamint az irodalomban is leírt eredményekhez, miszerint is a lányok aránya nagyobb a fiúkhoz képest az öngyilkossági gondolatokat és a kísérletet elkövetők körében.

Különböző formájú öngyilkossági viselkedést mutató depressziós fiatalok klinikai jellemzői

Vizsgálatunk második részében megállapítottuk, hogy életük során a depressziós gyermekek és serdülők körülbelül 68%-a ismétlődő halállal kapcsolatos gondolatokról, 48%-uk öngyilkossági gondolatokról, 30%-uk öngyilkossági tervről számolt be, és 12%-uk öngyilkosságot kísérelt meg. Ezen eredményeink bemutatása az első olyan közlemény, amelyet a depressziós fiatalok visszatérő halálgondolatainak és

öngyilkossági terv készítésének gyakoriságáról közöltek. Azt is megállapítottuk, hogy a depressziós gyermekek és serdülők közül - akiknek ismétlődő halálgondolataik voltak - közel 15%-uk, akiknek öngyilkossági gondolataik voltak, azoknak 23%-a és az öngyilkossági tervet készítőik 34%-a öngyilkosságot is megkísérelt. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a depressziós fiatalok nagy kockázattal bírnak az öngyilkos magatartás különböző formáinak elkövetésére, és hogy az öngyilkossági gondolatok és az öngyilkossági terv szoros összefüggésben áll az öngyilkossági kísérletek kockázatával.

Az életkor és a nem jelentős hatást gyakorol mind a négy öngyilkossági magatartásra: a depresszióban szenvedő gyermekek és serdülők öngyilkos magatartásának valószínűsége az életkorral növekszik, és a nemi különbségek serdülőkor kezdetén (kb. 13-14 éves korban) szignifikánsan jelentőssé válnak, miszerint is a lány serdülők nagyobb eséllyel mutatnak öngyilkos ideációt és tervet, mint a fiú serdülők.

Megerősítettük azon hipotézisünket, mely szerint az öngyilkossági viselkedést mutató fiatalok a szuicid viselkedést nem mutató fiatalokhoz hasonlítva súlyosabb depresszióban szenvedtek, nagyobb valószínűséggel mutattak egyes depressziós tüneteket (depressziós hangulat, ingerlékenység, pszichomotoros izgatottság, különös szomorúság érzése, értéktelenség érzése és bűntudat), és nagyobb valószínűséggel volt komorbid szorongásuk és magatartászavaruk. A depresszió súlyossága és a szuicid viselkedés közötti összefüggés jól ismert egyéb, major depresszióban szenvedő betegek körében végzett kutatásokból, azonban a számos kutatás eredménye különféle megállapításokra és következtetésekre jutott a különböző depressziós tünetek jelenléte, valamint a pszichiátriai komorbiditás és a szuicid magatartás összefüggésére vonatkozóan. Összefoglalva ezen eredményeket arra következtethetünk, hogy a depresszió egyes tüneteinek jelenléte és a pszichiátriai komorbiditás jellege különbözik az öngyilkossági magatartást mutató és azt nem mutató depressziós gyermekek és serdülők között. Az öngyilkossági magatartást mutató depressziós fiatalok súlyosabb depresszióban szenvednek, több depressziós tünetet és komorbid betegséget mutatva.

Eredményeink azt is mutatják, hogy a klinikai jellemzők nagyon hasonlóak azon depressziós gyermekek és serdülők körében, akik különböző formájú öngyilkossági magatartást mutatnak. A depressziós tünetek jelenléte tekintetében azt találtuk, hogy a 16 depresszív tünet közül csak a depressziós hangulat jelenléte mutatott szignifikáns

különbséget a szuicid gyermekek és serdülők négy csoportjában: az öngyilkossági kísérletet elkövetőknél szignifikánsan nagyobb arányban volt jelen depressziós hangulat. Nem volt azonban szignifikáns különbség igazolható a különböző öngyilkossági formát mutatók között a betegség időtartamának, a depresszió súlyosságának és a pszichiátriai komorbiditás jelenlétének tekintetében. Mindezen eredmények azt sugallják, hogy az öngyilkossági magatartás különböző formái inkább tekinthetők a depresszió jellegzetességének, nem pedig a depressziós gyermekek és serdülők veszélyeztetett alcsoportjainak, és így ugyanazok a depressziós diagnosztikai kritériumok vonatkoznak rájuk is.

Megállapítottuk, hogy 3 depressziós tünet (azaz a depressziós hangulat, pszichomotoros agitáció és értéktelenség érzése), valamint a komorbid szorongás és magatartászavar önállóan is szignifikáns összefüggésben volt a szuicid magatartás legalább egy formájával. Az eredmények részletesebb vizsgálata feltárta, hogy a halál visszatérő gondolata függetlenül összefüggésben áll az értéktelenség érzésével. Az öngyilkossági gondolatok és terv két tünehez és egy komorbid zavarhoz kapcsolódott, és az öngyilkossági kísérlet mindhárom depressziós tünehez és mindkét komorbid pszichiátriai betegséghez kapcsolódott. Az értéktelenség érzése volt az egyetlen tünet, amely önállóan kapcsolódott az öngyilkossági magatartás minden a 4 formájához, miután az egyéb depressziós tüneteket, a komorbid rendellenességeket és a demográfiai változókat kontrolláltuk. Ezek az eredmények arra engednek következtetni, hogy az értéktelenség érzése központi szerepet játszhat az öngyilkos viselkedés súlyosbodásában, vagyis a szuicid magatartás hiányától kezdve a visszatérő halál és öngyilkossági gondolatok és terveken át az öngyilkossági kísérletig való eljutásban. Az értéktelenség érzésének jelenlétében az öngyilkossági gondolatok öngyilkossági kísérletig való súlyosbodása az olyan egyéb precipitáló faktorok jelenlététől függ, mint például a depressziós hangulat, a pszichomotoros agitáció vagy a komorbid szorongás és magatartászavar. Prospektív tanulmányok szükségesek annak igazolására, hogy az értéktelenség érzésnek központi szerepe, valamint az egyéb különböző pszichoszociális és klinikai súlyosbító tényezők hogyan járulnak hozzá a depressziós gyermekek és serdülők öngyilkossági magatartásának kockázatához.

ÉRTEKEZÉS ALAPJÁT KÉPEZŐ KÖZLEMÉNYEK

I. Tamás, Z., Kovacs, M., Gentzler, A., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., Kapornai, K., Vetró, Á. (2007). The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 640-652. (IF:2,619)

II. Liu, X. C., Gentzler, A. L., Tepper, P., Kiss, E., Kothenczné, O. V., Tamás, Z., Vetró, Á., Kovacs, M. (2006). Clinical features of depressed children with various forms of suicidality. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(9), 1442-1450. (IF:5,533)

III. Vetró, Á., Tamás, Zs. (2015) : Depresszió, öngyilkosság, mentális betegségek serdülőkorban In : Kovács Á. (szerk.): Kamaszkor-kamaszkór Szemelvények az adolescens medicina területéről (Válogatás a Házi Gyermekorvosok Egyesülete « Kávészünet -17 » című tudományos konferenciáján 2015. május 14-17. Hotel Azúr konferenciaközpont Siófok elhangzott előadásokból) 33-39.

ÉRTEKEZÉS ALAPJÁT KÉPEZŐ ELŐADÁSKIVONATOK

IV. Tamás Zs., Gádoros, J. The Features of Emotion Regulation in a Clinical Sample of Youth in Hungary. Pilot Study of „Feelings and me” Questionnaire. 15th Association of European Psychiatrist Congress, 2007, Madrid, Spain. Madrid: S260, (poszter)

V. Tamás Zs., Gádoros, J. The features of emotion regulation in an inpatient sample of youth in Hungary. Pilot study of „Feelings and Me” Questionnaire. 13th International Congress of European Society for Child- and Adolescent Psychiatry, 2007, Florence, Italy. Florence (poszter)

VI. Tamás, Zs., Kovács, M., Gentzler, A., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., Kapornai, K., Vetró, Á. A temperamentum és az érzelmi reguláció vonatkozásai depressziós fiatalok szuicid viselkedésében hazai klinikai mintán. Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti, Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai Társaság XXXII. Kongresszusa, 2007, Eger, Magyarország. Budapest: p. 27. (előadás)

VII. Tamás, Zs., Gádoros J. Az érzelmi szabályozás jellegzetességei gyermekpszichiátriai populációban: Az „Érzések és Én” kérdőív pilot vizsgálata. Magyar Pszichiátriai Társaság XIII. Vándorgyűlése, 2007. Miskolc. Budapest, 47-2007. (CD formatum) (előadás)

VIII. Tamás, Zs., Kovács, M., Gentzler, A., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., Kapornai, K., Vetró, Á. The association of temperament and emotion regulation of dysphoria with suicidal behavior in a clinical sample of depressed children in Hungary. 17th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and allied Professions, 2006. Melbourne, Ausztrália. Melbourne: p. 139. (poszter)

IX. Tamás, Zs., Kovacs, M., Gentzler, A., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., Kapornai, K., Vetró, Á.: The association of temperament and emotion regulation of dysphoria with suicidal behavior in a clinical sample of depressed children in Hungary. Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság XXXI. Kongresszusa, 2006, Balatonfüred, Magyarország. Budapest: p. 146. (előadás)

X. Tamás, Zs., Gádoros J., Kiss E., Charles G.: Az érzelmi reguláció szerepe depressziós fiatalok szuicid viselkedésében. Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság XXX. Kongresszusa, 2005, Debrecen, Magyarország. Budapest: p. 42. (előadás)

XI. Tamás, Zs., Gádoros, J., Kiss, E., Georges, C.: Temperamentum és emocionális reguláció depressziós fiatalok szuicid viselkedésében. Magyar Pszichiátriai Társaság XII. Jubileumi Vándorgyűlése, 2005, Budapest, Magyarország. Budapest, P. 134, es 248-2005 (CD formátum) (előadás)

TÁRSSZERZŐI HOZZÁJÁRULÁS

Dr. Vetró Ágnes, és Dr. Kovács Mária az alábbi közlemények felelős/első szerzői,
hozzájárulunk, hogy

Dr. Tamás Zsuzsanna „Various Forms of Suicidality and Aspects of Temperament and Emotion Self-regulation as Risk Factors for Suicidal Behavior in Clinically Referred Depressed Children” című doktori értekezéséhez az alábbi közleményeket felhasználja.

A közlemények eddig más kandidátusi disszertációk téziseiben nem szerepeltek

1. Tamás, Z., Kovacs, M., Gentzler, A., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., Kapornai, K., Vetró, Á. (2007). The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 640-652. **(IF:2,619)**
2. Liu, X. C., Gentzler, A. L., Tepper, P., Kiss, E., Kothenczné, O. V., Tamás, Z., Vetró, Á., Kovacs, M. (2006). Clinical features of depressed children with various forms of suicidality. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(9), 1442-1450. **(IF:5,533)**
3. Vetró, Á., Baji, I., Benák, I., Besnyı, M., Csorba, J., Daróczy, G., Dombovári, E., Kiss, E., Gádoros, J., Kaczvinszky, E., Kapornai, K., Mayer, L., Rimay, T., Skultéty, D., Szabó, K., Tamás, Zs., Székely, J., Kovács, M.. (2009): „Risk factors in childhood onset depression” research design, implementation, proceeding: history of 13 years:experience in grant preparation, writing organization in relation to an American NIMH Grant. *Psychiatria Hungarica*, 24(1), 6-14.

Szeged, 2015. augusztus 6.



Dr Vetró Ágnes PhD
felelős szerző SZTE



Dr. Kovács Mária PhD
felelős szerző Pittsburgh University

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnék köszönetet mondani dr. Vetró Ágnes és dr. Kapornai Krisztina témavezetőimnek folyamatos támogatásukért és tanácsaikért, valamint az irányításuk mellett szerzett tudásért és tapasztalatokért.

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

További köszönettel tartozom dr. Gádoros Júliának, dr. Kiss Enikőnek, dr. Baji Ildikónak a tudományos munkában nyújtott javaslataikért és támogatásukért, valamint Benák Istvánnak az adatkezelésben és felhasználásban nyújtott segítségért.

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

Köszönetemet szeretném kifejezni Charles George-nak és Tepper Pingnek, a statisztikai analízisben nyújtott segítségért és ötleteikért.

Köszönet illeti a kutatásban résztvevő gyermekeket és családokat a lelkes és segítőkész részvételért.

Végül hálás köszönetem fejezem ki Családomnak a tudományos munkám során tanúsított odaadó segítségért, türelméért és megértésért.