

# Ifjúság és egészség

## I. Félmúlt és jelen

Áttekintve az ezredforduló óta eltelt időszak adatait, amelyek a magyar ifjúsági generációk egészségi állapotát tükrözik, elmondhatjuk, hogy az életkilátások javulása mellett, amely leírható például a születéskor várható élettartam növekedésével vagy a csecsemőhalálozás nagyarányú csökkenésével, számos területen jelentős egészséggel kapcsolatos életminőség romlásnak vagyunk tanúi. A környezetszennyezéssel, az életmóddal és a már gyermekkorban megjelenő krónikus stressz-terheléssel összefüggésben rohamos emelkedést mutat az allergiás megbetegedések aránya, a fizikai állóképesség csökkenése, a különböző típusú táplálkozási és alvási zavarok gyors terjedése, valamint a közérzeti és mentális problémák korai kialakulása.

A serdülők és a fiatal felnőtt korosztályok körében a halálozás fő okai nem a betegségek, hanem az ún. külső okok. Ugyanakkor ebben az életkorban kezdődnek azok a betegségek, amelyek, amennyiben nem ismerik fel, és nem kezelik őket, a későbbi életszakaszokban krónikus, aktivitást korlátozó, sőt akár az életet veszélyeztető állapotokká alakulhatnak.

A serdülő- és fiatal felnőtt korban a megfelelő táplálkozás megelőzheti a későbbi elhízást, magas vérnyomást és diabéteszt; fiatal nők esetében hatással lehet a terhességre, a magzati fejlődésre és az új generációk egészségére is. A biztonságos szexuális élet szabályainak betartása megelőzheti a szexuális úton terjedő betegségek, köztük a HIV/AIDS kialakulását. A dohányzás és az alkoholfogyasztás serdülőkorban kialakult szokásai befolyásolják a későbbi keringési, légzőszervi és májbetegségek kialakulásának esélyét.

A 2005-ös civilifjúsági jelentésben (Susánszky, 2006) elsősorban a gyerekek, fiatalok szomatikus egészségi állapot jellemzőire, valamint egészség- és rizikómagatartására koncentráltunk. Áttekintettük és nemzetközi összehasonlításban is vizsgáltuk a mortalitási és morbiditási adatokat, ugyanakkor alig fordítottunk figyelmet az érintettek közérzeti jellemzőire, pszichés állapotára, viselkedés- és magatartászavaraira. Kétségtelen, hogy ezekről a jelenségekről kevésbé készültek nagy, átfogó vizsgálatok, bizonyos területeken még hiányoznak a számszerűsíthető adatok. Mégis úgy gondoljuk, hogy a fenti jelenségekre is figyelmet kell fordítani, mivel ebben a gyermekkor és felnőttkor közötti átmeneti időszakban, a biológiai és pszichés érés folyamatában a serdülők, fiatalok egészséggel kapcsolatos életminőségét alapvetően ezek a hangulati-pszichés ingadozások, és a következtükben kialakuló szomatikus tünetek és panaszok határozzák meg.

## II. 2006–2007

### ***Pszichoszomatikus tünetek***

A pszichoszomatikus tünetek előfordulása és az egészségi állapot közt szoros összefüggés mutatkozik. Az ifjúsági generációk körében végzett egészségi állapot felmérések szerint a pszichés és pszichoszomatikus megbetegedések gyakorisága emelkedő tendenciát mutat (Pikó, 1995, 1999). Hazai pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatok szerint a gyermekek és serdülőkorúak mintegy 20 százalékának van valamilyen érzelmi és viselkedési problémája, vagy gyakori pszichoszomatikus panaszja (leggyakrabban fejfájás, has- és gyomorfájás,

alvászavar), közel 20 százalékuk gyakran fáradt és szorong, és 18–28 százalék jellemezhető agresszív magatartással (Egészségkalauz). A pszichoszomatikus tüneteknek kiemelkedő szerepük van az ifjúsági generációk közérzetének alakulásában.

### **Alvászavarok**

Az alvászavarok jelentősen befolyásolják az életminőség alakulását, hatással vannak az általános közérzetre és a teljesítőképességre, a krónikus alvászavarok szomatikus és pszichés problémák kialakulásához vezethetnek. A magyar lakosságra, de különösen az ifjúsági generációkra vonatkozóan igen kevés adattal rendelkezünk az alvászavarok prevalenciáját illetően. A vizsgálatok főként célzott betegpopulációkra vonatkoznak, valamint klinikai szempontból tárgyalják a problémát.

2002-ben, egy a 18 éven felüli, felnőtt lakosság körében végzett országos reprezentatív egészségfelmérés (Rózsa, 2003) során a válaszadók 47 százaléka számolt be legalább egy alvásproblémáról; az alváselégtelenség (inszomnia) az Athéni Inszomnia Skálával mért előfordulási gyakorisága 9 százalék volt (Novák, 2006).

A fiatalkori alvászavarokkal a szülők gyermekeiket a panaszok típusától függően (elalvási nehézség, gyakori ébredés, légzészavar, horkolás, alvás alatti mozgásjelenségek, iskolai teljesítmény romlása) viszik el gyermekgyógyászhoz, neurológushoz, fül-orr-gégészhez vagy pszichológushoz. A 18 éven aluli korosztályok mintegy 20–30 százalékánál fordul elő valamilyen alvással kapcsolatos probléma (Gál, 2000). Az alváselégtelenség egyik változata az alváshiány (inszomnia), amelyet „civilizációs ártalomként” is említenek. A felgyorsult életritmus, amit a fiatalok pörgésnek neveznek, gyakran vezet az alvási idő lerövidüléséhez, vagy okoz elalvási nehézségeket.

A kamaszok fokozott alvásigénnyel rendelkeznek; laboratóriumi vizsgálatok kimutatták, hogy számukra átlagosan 9 óra 15 percnyi alvásidő lenne az optimális, de minimum nyolc és fél óra alvásra lenne szükségük (Carskadon,

2006a, 2006b). Ebben az életkorban, más korosztályokhoz viszonyítva, az alvás-ébrenlét ritmusa eltolódik, mivel a serdülők melatonin-koncentrációja este két órával később indul be. Ezért válnak a fiatalok éjszakai baglyokká, és szenvednek a korai felkeléstől, és nehezen tudnak a reggeli órákban megfelelő teljesítményt nyújtani. A kognitív teljesítőképesség romlásán (koncentráció és memória zavarok) kívül a krónikus alváshiány közérzet és egészségkárosodást is okozhat (Ohayon, 2000; Kotagal, 2006). A pszichés következmények hangulat- és szorongászavarok, a stressz-tűrő és a problémákkal való megbirkózási képesség romlásában jelenhetnek meg. Növekszik a gyógyszerabúzus veszélye, az illegális droghasználat és az alkoholfogyasztás, valamint a balesetek kockázata.

A nők gyakrabban szenvednek alvászavarok miatt, melyek gyakran a premenstruációs szindróma (PMS) velejárájaként jelentkeznek. E tekintetben a fiatal felnőttek érintettsége a legmagasabb.<sup>1</sup> A PMS növeli a depresszió kockázatát. Gyakori, hogy a PMS egyetlen tünete az alváselégtelenség, amely a menstruáló nők közel egyharmadánál (31%) fordul elő (Radics, 2003).

A felmérések szerint a gyerekek, serdülők, fiatalok igen nagy arányban panaszkodnak fáradtságról. Idzikowski (2007) 12–16 évesek körében végzett vizsgálata során megállapította, hogy ebben a korosztályban rohamosan növekszik a „vacak alvás” (junk sleep), amelyet a gyorséttermi ételekre használt „vacak étel” (junk food) kifejezés analógiájára hozott létre, mivel sem az alvás hossza, sem a minősége nem elégíti ki az agy pihenési szükségleteit.

Az alváselégtelenség miatt már az ébredés után jelentkezik a levertség, fáradékonyság, és a monoton munkavégzés vagy cselekvéssorok hatására alváskényszer léphet fel. Ez a tünet nem azonos az orexin hormonhiányos állapottal, azaz a narkolepsiával. Magyarországon az ifjúsági korosztályok körében 2–3000-re tehető a betegségben szenvedők száma; ezek a személyek nappal bárhol képesek elaludni, ha rájuk tör az álomosság. Sokszor félrekezelik őket kábítószerfüggőséggel, skizofréniával.

## Allergia

Az allergia az ifjúsági korosztályok tagjait egyre nagyobb arányban érintő krónikus megbetegedés. Korunk egyik legerjedtebb betegségéről van szó, amelynek életprevalenciája egyre növekszik, a lakosság kb. egyharmada esik át a betegség valamilyen formáján. Az leggyakrabban előforduló allergiás megbetegedések: a szénanátha, az asztma, az ételallergiák, a csalánkiütés és az ekcéma, valamint a gyógyszerallergiák. A különböző életszakaszokra az allergiás megbetegedések különböző fajtái jellemzőek, így csecsemő és kisgyerekkorban a táplálék-allergiák és az ekcéma, míg a későbbi életkorokban a légúti allergiák, az asztma és a szénanátha előfordulása a legmagasabb.

Az asthma bronchiale a múlt században még alig fordult elő. A betegek száma az 1950-es évektől kezdett növekedni, az 1980-as évek elején a betegség prevalenciája még nem haladta meg az egy százalékot, míg az 1990-es években végzett felmérések szerint (Endre, 2000a, 2000b) a gyermekek 2–3 százalékánál azonosították a betegséget. A fejlett ipari országokban a betegség előfordulása 2–12 százalék közt mozog, míg a fejlődő országokban jóval alacsonyabb. Az urbanizáció, a légszennyeződés, a rossz életkörülmények növelik a betegség kialakulásának kockázatát. Az asztmás tünetek kialakulásában és fenntartásában igazolt szerepe van a passzív dohányzásnak, a légszennyeződésnek, a meteorológiai változásoknak, különösen akkor, ha ennek következményeként pollenek vagy gomba spórák jutnak az atmoszférába, valamint az emocionális stresszeknek (Cserháti, 1996).

A vizsgálatok nemcsak a kedvezőtlen környezeti viszonyok hatását igazolták, de kimutatták azt is, hogy az allergiás megbetegedések a jobb szociális-gazdasági helyzetben élők körében is gyakran előfordulnak, mi több, gyakoribbak, mint az alacsonyabb státuszú családokban élőkénél (Stauder, 1999). Ennek magyarázatára a legelfogadottabb az ún. higiénia elmélet. A kedvezőbb társadalmi-gazdasági helyzetű családokban megvalósuló higiéniai viszonyok, valamint

a szülők féltő-óvó magatartása gyermekeik esetleges fertőződése miatt az immunrendszer normális fejlődését negatív módon befolyásolja, növeli az allergia rizikóját.

Epidemiológiai vizsgálatok eredményei szerint (Stauder, 2006) hazánkban a 35 éven aluli fiatalok körében a légúti és a bőralergiák előfordulása igen magas. A szénanátha a 18–25 évesek körében a korosztálynak majd 15 százalékát érinti.

A tünetek kialakulásában a pszichoszociális stressz is jelentős szerepet játszik. A betegség gyakran valamilyen nehéz életeseemény után jelentkezik vagy valamilyen családi diszfunkcióra utal: pl. az asztmás fiatalok családjában gyakoriak a kommunikációs zavarok és magasabb a válási arány.

A szorongásos-depressziós zavarok előfordulása az allergiások körében kétszer gyakoribb, mint az átlag populációban, ugyanakkor az alapellátásban ezeket a pszichiátriai tüneteket alig ismerik fel az orvosok.

## A táplálkozási magatartás zavarai

Táplálkozással, testsúllyal kapcsolatos témák gyakran, szinte nap mint nap szerepelnek a médiákban. Társadalmunk karcsúságideálja különösen a fiatalokat ösztönzi arra, hogy rendszeresen foglalkozzanak a testsúlyukkal, alakjuk formálásával. A testkontroll gyakorlása megjelenhet a rendszeres testmozgásban, a különböző diéták alkalmazásában és olyan szélsőségesnek számító magatartásokban, mint pl. a szelektív evés vagy az önhánytatás.

A testsúly nem csak divat kérdése, a megjelenést befolyásoló tényezőként fontos szerepet játszik a munkaerőpiacon való érvényesülésben vagy a keresetek alakulásában is. Hazai kutatások is igazolták, hogy a kövérség munkahelyi diszkriminációhoz vezethet (Pálosi, 2007), a túlsúly tehát nemcsak az egészséget károsítja, de jelentős társadalmi hátrányt jelent cipelőjének. Érthető tehát, hogy a fiatalok, de különösen a fiatal lányok sokat foglalkoznak megjelenésükkel (Túry, 2000).

A serdülők, fiatalok közt egyre nagyobb arányban figyelhető meg táplálkozási zavarok, amelyek számos más tünet kialakulásában is szerepet játszanak és súlyos esetekben halálozáshoz vezethetnek (anorexia nervosa). A táplálkozással kapcsolatos leggyakoribb zavar az elhízás. Az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN) jóval ritkább, de az elmúlt évtizedekben a fiatal nők körében jelentősen nőtt a betegségek incidenciája.

Az évesi zavarok felmérését célzó vizsgálatok szerint az elmúlt 50 évben a 15–24 év közötti fiatal nők körében rohamosan növekedett a betegség gyakorisága. Egy svéd vizsgálatban (Ghaderi, 1999) a 18–30 év közötti fiatal felnőtt nők körében az összes evészavar élettartam prevalenciája közel 8 százalék volt. Az evészavarokat sokáig a fehér nyugati nők<sup>2</sup> problémájának tartották és a kultúrafüggő szindrómák közé sorolták.

A közép-kelet-európai országokban főleg diákok körében végeztek felméréseket, és a klinikai jellegű leírások mellett alig történt kísérlet a probléma populáció szintű vizsgálatára. Az ezredforduló környékén Szumska és munkatársai (2001) 15–24 éves nők országos reprezentatív mintáján kimutatták, hogy a fiatal nők közel egynegyedének (23%) igen nagy a karcúság iránti késztetése,<sup>3</sup> közel egytizedüknek (9%) pedig a testtömeg indexe (TTI) alacsonyabb az AN küszöbnek számító 17,5-es értékhatárnál. Rendszeretlen mensesről a lányok egynegyede számolt be (25%), de a menstruáció legalább 3 hónapig tartó kóros hiányáról (amenorrhoea) csak 2,5 százalékuk.

A fiatal nők valamivel több, mint egyötödének (21%) volt már falásrohama, de ennek heti rendszerességét csak igen kis arányban (3%) említették. A falásrohamok kompenzálására a két leggyakoribb testsúlycsökkentő viselkedés a diéta és a testedzés. A lányok 12 százaléka hetente legalább kétszer, 6 százalékuk pedig naponta diétázik. Rendszeres testmozgást végzők aránya az előző gyakoriságoknak megfelelően 28 és 7 százalék. A fentiek mellett jóval kisebb arányban, de előfordul az önhánytatás, az étvágycsökkenések, vízajtók és hashajtók szedése is.

A BN rizikófaktorának tekintik a szülők, valamint az érintettek gyermekkori obesitását. A prevenció programoknak az elhízást és a radikális súlycsökkentő szokások átformálását együtt kell kezelniük a siker érdekében (Szumska, 2006).

### ***Pszichés, mentális problémák***

Sok mentális zavar a serdülőkorban jelenik meg. A depressziót vagy más mentális/érzelmi zavart átélők azonban nem rendelkeznek szilárd öszszehasonlítási alappal saját egészségi állapotukkal kapcsolatban, így gyakran nem tekintik állapotukat betegségnek, és nem fordulnak orvosi segítségért.

#### ***Szorongás***

A szorongással kapcsolatos vizsgálatok azt mutatják, hogy az iskoláskor előtti 2–3 százalékos gyakoriságot átmeneti csökkenés követi, ami a serdülőkorban – elsősorban lányoknál – jelentős emelkedést mutat. Egyes vizsgálatok szerint (Gádoros, 1996) a különböző szorongásos betegségek gyakorisága a serdülők körében közel azonos a felnőtt populációban mért prevalenciával (7–9 %).

A szorongásos zavarok típusai:

- **Generalizált szorongás:** A generalizált szorongástól szenvedő serdülők és fiatalok extrém, irreális félelmet, aggodalmat éreznek mindennapi tevékenységeikkel kapcsolatban. Indokolatlanul szoronganak iskolai vagy sport teljesítményük miatt, vagy akár amiatt, hogy elkésnek valahonnan. Ezek a serdülők és fiatalok tipikusan sokat foglalkoznak önmagukkal, feszültek, bizonytalanok. Gyakran panaszkodnak gyomorfájásról vagy más fizikai tünetről, amelyeknek nincs klinikai oka. Kutatási eredmények szerint a serdülőkorú fiúk közel 30 százaléka szorong, míg a lányok 42 százaléka érzi a generalizált szorongás tüneteinek több mint felét (Szabó, 1998).
- **Fóbiák:** A fóbiás zavart mutató serdülők igen erős félelmet éreznek bizonyos helyzetekkel

vagy tárgyakkal kapcsolatban (pl. állatoktól, vihartól, magasságtól, vagy zárt helyen tartózkodástól való félelem). Az agorafóbiának, amely a nők körében gyakoribb, előfordulási gyakorisága 4–6 százalék. A szociális fóbia előfordulási gyakorisága kb. 3–8 százalék, a specifikus fóbiáké 6–11 százalék. A szociális fóbiától szenvedő gyerekek, serdülők és fiatalok rettegnek attól, hogy kritizálják, vagy kinevetik őket. Az érintettek igyekeznek elkerülni azokat a helyzeteket és tárgyakat, amelyekre a fóbia irányul, ezáltal nagymértékben korlátozzák saját életvitelüket, aktivitásukat.

- **Pánikzavar:** A látszólag ok nélküli, visszatérő pánikrohamok a pánikzavar jelei. A pánikroham alatt az egyén intenzív félelmet él át, amely erős szívdobogással, izzadással, szédüléssel, émelygéssel, halálfélelemmel társul. A pánikbetegekkel kapcsolatban általában igaz a fokozottabb önmegfigyelés és a testi érzetek túlértékelése. A pánikzavar előfordulási gyakorisága 2,5–3,5 százalék, a nemek közötti megoszlás pedig két-háromszor gyakoribb a nők között. A pánik tüneteinek első jelentkezése rendszerint a korai húszas évekre esik, és nem mutat szoros összefüggést semmilyen szociális státusszal. A pánikroham annyira félelmetes, hogy az érintettek folyamatosan rettegnek egy újabb roham bekövetkeztétől. Mindent elkövetnek, hogy elkerüljék azokat a helyzeteket, amelyek ilyen rohamot válthatnak ki. Esetleg nem mernek kilépni az utcára vagy egyedül lenni. A családorvos nem talál klinikai magyarázatot az átélt szomatikus tapasztalatokra.
- **Kényszerneurózis** (obsessive-compulsive disorder, OCD): A kényszeres ifjak ismétlődő gondolatok és viselkedések csapdájában vannak. Még akkor is, ha tudatában vannak annak, hogy a gondolataik vagy viselkedésük értelmetlen, igen nehéz ezeket a viselkedési mintázatokat feladni. Ilyen viselkedés a túlzottan gyakori kézmosás, tárgyak vagy események számlálása, tárgyak elrendezése vagy átrendezése. Egyes vizsgálatok szerint a serdülők 2 százaléka szenved kényszerneurózis-

ban (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

- **Poszt-traumás stressz:** Különösen felkavaró eseményeket követően poszt-traumás stressz szindróma alakulhat ki. Ilyen esemény lehet gyermekek, serdülők és fiatalok esetében a fizikai bántalmazás és a szexuális abúzus, erőszak áldozatává vagy szemtanújává válás, vagy egy katasztrófa (pl. hurrikán) átélése. A poszt-traumás stressztől szenvedő személy újra meg újra átéli az eseményeket, váratlanul rátörnek az emlékek, vagy más ijesztő gondolatok. Ennek hatására megpróbálják elkerülni azokat a dolgokat, amelyek a traumára emlékeztetik. Gyakran szenvednek alvászavartól, és hajlamosak túlreagálni számukra ijesztőnek tűnő helyzeteket.

#### Depresszió

A serdülőkori hangulati zavarok, enyhe depresszió előfordulásának arányát Európában 17–22 százalék körülire teszik, a súlyos depresszió gyakorisága 1–2 százalék.

Az iskoláskor előtti időszakban a depressziós és szorongásos zavarok előfordulásáról csak bizonytalan becsléseken alapuló, gyakran ellentmondó adataink vannak. A kisiskoláskori – preadoleszcens – időszakra vonatkozóan már objektívebb adatok állnak rendelkezésre; ezek szerint mintegy 10–15 százalékban fordul elő körükben depressziós hangulat, de legfeljebb 2 százaléknál diagnosztizálható klinikai kritériumoknak megfelelő depresszív zavar. Serdülőkori az affektív kórképek előfordulása gyakoribbá válik, és a korábban nagyjából azonos fiú-lány arány megváltozik: a lányok nagyobb érintettséget mutatnak, mint a fiúk (Gádoros, 1996).

A gyermekek és fiatalok viselkedési zavarainak hátterében gyakran a diagnosztizálatlan, rejtett depresszió áll. A gyermekek depressziója többnyire azért marad rejtve, mert a depresszió megjelenési formája általában eltér a felnőtt tünetektől, és így mind a szülők, mind az orvosok csak ritkán ismerik fel. A Berlińi Depresszió Elleni Szövetség adatai

szerint óvodás vagy általános iskolás korban a depresszió előfordulása mintegy 2 százalék. A pubertáskorban azonban megnő a betegség gyakorisága. A serdülőkoros depresszió tünetei jobban hasonlítanak a felnőttkori depresszióra, így diagnosztizálása is gyakoribb. Annak a valószínűsége, hogy a serdülőkor folyamán valamikor kialakul a depresszió, 9–18 százalék közé becsülhető. A depresszió kialakulásában személyes környezeti és valamint biológiai tényezők egyaránt szerepet játszanak.

A gyermek- és serdülőkoros depresszivitás az elmúlt évtizedben a 10–18 éves korcsoport egyik leggyakrabban előforduló betegsége volt, és a tendencia folytatódni látszik. A depressziós zavarok – a súlyosabb major depresszió és az enyhébb, de krónikus disztímia – előfordulási gyakorisága a gyermekkorban 1–3 százalék, a serdülőkorban 2–6 százalék. Az enyhébb depressziós zavarok előfordulása a 18 év alattiak körében 10–13 százalék. Serdülőkorban a depresszió szomorú hangulatban és/vagy ingerlékenységben nyilvánulhat meg. A serdülőket a számítógépezés, a tv-sorozatok nézése, a barátok társasága átmenetileg lekötetheti, és ez a depressziós hangulat feloldódáshoz vezethet. A tünetek erőssége a nap folyamán változókéony.

A depressziót és az öngyilkossági kísértést a szűkebb családi és iskolai környezetnek, a szülőknek, barátoknak, tanároknak, kollégáknak kellene észlelni, és laikus vagy egészségügyi segítség felé terelni a rászorulókat. A háziorvosok gyakran találkoznak olyan gyerek, serdülőkorú vagy fiatal betegekkel, akik gyakori szomatiform, tehát testi betegséget utánzó panaszokkal keresik fel az orvost, de az ismételt vizsgálatok sem mutatnak ki betegséget. Az is gyakori, hogy az aránylag sűrűn előforduló banális fertőzéseket indokolatlanul súlyos hangulati leromlás kíséri. A depressziós serdülők általában nem pszichiátriai segítséget keresnek, hanem fizikai tünetekkel fordulnak orvoshoz. Jellemző tünetek, amivel felkeresik az orvost: gyakori fejfájás, a hasfájás, valamint a lábban és a mellkasban jelentkező lüktető fájdalmak (Susánszky, 2000).

Ezekben az esetekben felmerülhet depresszió gyanúja. Nem ritka az a főleg serdülő lányoknál előforduló, korábban vegetatív neurózisnak nevezett tünetegyüttes, amelyben gyakori fejfájások és ájulások hívhatják fel a háziorvos figyelmét a depresszióra. Szerencsés esetben pszichológushoz irányítja a háziorvos ezeket a betegeket, de gyakran semmilyen mentálhigiénés ellátásban nem részesül az ilyen panaszokkal jelentkező serdülő.

A depresszió felismerése gyakran nem csak a gyermekorvos, de a gyermekpszichiáter számára is nehéz. Az affektív zavarok több mint felében a depressziós tüneteket elfedheti magatartászavar, szorongás, drog- és alkohol-abúzus, és a szülőkkel és az iskolával való rossz kapcsolat, kamaszkori hadakozás. Az esetek túlnyomó többségében kimutatható valamilyen aktuális kiváltó stressz (pl. haláleset a családban, válás, költözés, iskolaváltás) és kezdetben gyakran ezzel magyarázzák a serdülő leromlott hangulatát. A komplikáltabb háttértényezők (pl. alkati jegyek, családi anamnézis) csak később válnak ismertté. A családban leggyakrabban előforduló pszichés hajlamosító tényezők: a depresszió-szorongás csoportba tartozó betegségek előfordulása főleg az anyai ágon, és szer-abúzus, illetve személyiségzavar (esetleg halmozottan) az apai ágon.

### Öngyilkosság

A depresszió legrámaibb következménye az öngyilkosság. Ma Magyarországon évente mintegy 25–30 gyermek- és serdülőkorú fiatal hal meg öngyilkosság következményeként. Az okok között barát, partner elvesztése, vagy iskolai konfliktusok állnak, de ezek önmagukban nem váltanak ki öngyilkossági kísérletet: a háttérben családi patológiát kell gyanítani. Az öngyilkossági kísérletek száma a befejezett öngyilkosságok kb. 10–40-szerese; a becslés azért ilyen pontatlan, mert ezek többsége nem kerül az egészségügyi látókörébe.

	2003		2007	
	15–24 évesek	25–34 évesek	15–24 évesek	25–34 évesek
férfiak	14,4	28,9	17,0	29,5
nők	3,4	4,3	3,6	5,4

1. táblázat Az öngyilkossági halálozás aránya Magyarországon az egyes korcsoportok összhálalozásán belül, 2003-ban és 2007-ben (%)

Forrás: WHO, 2007

Kérdőíves vizsgálatok tanúsítják, hogy a gimnázium felsőbb osztályaiban a tanulók 30–50 százalékának vannak néha öngyilkossági gondolatai (McKey, 1993; Susánszky, 2005). A kérdőíves vizsgálatok eredménye általában jelentősen eltér a pszichiátriai vizsgálatok eredményeitől, mivel az öngyilkossági gondolatok és kísérletek mást jelentenek az érintett ifjak számára, mint amit a pszichiátriai protokollok tartalmaznak. A pszichiátriai interjúvizsgálatok szerint mintegy kétszer kevesebb próbálkozás történik, mint az önkítöltős kérdőíveken alapuló elemzések adatai szerint. A fogalmi különbség mellett az is eltéréshez vezet, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetőknek a becslések szerint csak mintegy a fele keres orvosi segítséget; így a kórházban kezelt esetek száma és a kórházban kikérdezettek nyilatkozatai nem adnak képet a probléma valódi súlyáról.

A párkapcsolatokban való csalódás, az iskolai és egyéb teljesítmények kudarcái mellett az öngyilkossági készítés legfontosabb oka valamilyen családi patológia illetve a korai életkorban elszenvedett, feldolgozatlan trauma, pszichiátriai zavar, korábbi öngyilkossági kísérlet, súlyosabb negatív élethelyzet.

A gyermek- és serdülőkori öngyilkosság bizonyos pszichiátriai zavarokban – mint például a szorongásos zavarok, alkohol- és drog-abúzus, evészavarok, pszichotikus betegségek, és a korábbi öngyilkossági kísérletek – lényegesen gyakrabban fordul elő.

Az öngyilkosságot elkövetőknél az átlagosnál nagyobb stressz-érzékenység mutatható ki (amely lehet genetikai eredetű, vagy a ko-

rai életevekben megélt stressz-hatások következménye). Ez a túlzott stressz-érzékenység, ha bizonyos a kognitív stílussal illetve személyiségvonásokkal együtt jelentkezik, hajlamosító tényező az öngyilkossági veszélyeztetettség szempontjából. A stressz-terheléssel szembeni intolerancia megnehezíti a negatív életeseményekkel való megbirkózást, ezáltal a stressz-forrás közvetlenül vezet az öngyilkossági döntéshez. A tanult tehetetlenség reménytelenséget, kétségbeesést vált ki, és elhatalmasodhatnak az öngyilkossági gondolatok (WHO, 2000).

Bizonyos esetekben nem lehet egyértelműen megállapítani, hogy a halál bekövetkezése szándékos volt-e vagy baleset következménye (pl. autóbalesetek, vízbefulladás, lezuhanás, drog-túladagolás). A serdülőkorúak körében bekövetkező halálesetek jelentős része ezekbe a kategóriákba esik, ezért a szuicid viselkedés gyakoriságát gyakran alulbecsülik. A serdülők külső okból bekövetkezett halálával kapcsolatban végzett postmortem vizsgálatok szerint egyes halálesetek öndestrukciónak utalnak, míg mások balesetre.

### Balesetek és sérülések

A balesetek és sérülések miatti halálozás valószínűsége sokkal nagyobb a vizsgált életkorokban, mint bármilyen korábbi vagy későbbi életkorban. A véletlen baleset, ezen belül a közlekedési baleset a legtöbb országban a vezető ifjúsági halálokok között szerepel. A fiatal férfiak veszélyeztetettsége különösen nagy.

	Közlekedési baleset		Egyéb balesetek	
	15–24 évesek	25–34 évesek	15–24 évesek	25–34 évesek
férfiak	21,2	26,4	13	10,2
nők	7,1	7,5	2,7	1,8

2. táblázat Balesetben elhalálozottak aránya Magyarországon az egyes korcsoportok összhálalozásán belül, 2007 (%)

Forrás: WHO, 2007

## **A szexuális viselkedés problémái**

A nem-kívánt terhességek és az abortuszok nagy száma azt mutatja, hogy a felnőtt környezet helytelenítése ellenére a szexuális aktivitás sokkal elterjedtebb az ifjúsági korosztályok körében, mint amit a hivatalos források közölnek. A serdülők különösen veszélyeztetettek a túl korai és nem biztonságos szexuális élet káros következményei szempontjából. A mai gyerekek, serdülők, fiatalok egyre inkább szexualizált környezetben élnek, amelyben a média erős hatást gyakorol a kulturális normákra. Magyarországon a szexuális élet kezdete mind korábbi, a tartós párkapcsolat (házasság), és gyermekvállalás pedig mind későbbi életkorra tevődik. A két időpont között gyakran több mint egy évtized eltelik; ugyanakkor a társadalomban még nem szilárdultak meg a kulturális és egészségügyi normák ennek a helyzetnek a szabályozására. Sokan nem tudják a felmerülő problémákat, illetve lehetőségeket megbeszélni a szüleivel vagy más felnőttekkel, és szégyell orvosi tanácsért folyamodni.

## **Addikciók**

Az ifjúsági korosztályok tagjainak egészsége, jóléte és későbbi életvitele szempontjából a legnagyobb fenyegetést a serdülőkorban kialakult addiktív magatartás jelentheti. Az addiktív viselkedést a szakirodalom rizikó-magatartásnak is nevezi; ugyanakkor éppen a rizikó az, amelynek mértékét és hatását a serdülők nem képesek helyesen megítélni, mivel nem tudják felmérni a szándékuk szerint átmeneti időre felvett szokás hosszú távú következményeit. Az alkohol- és drog-használat önmagában is csökkenti az óvatosságot és körültekintést, és így közvetlen veszélyek forrása lehet. A legtöbb serdülő és fiatal számára a kockázati magatartás valóban csak epizód, amely idővel elmúlik. Ugyanakkor fennáll a veszélye annak, hogy akár az alkalmi kockázati magatartásnak is súlyos, akár egész életre kiható következményei lehetnek (baleset elszívése vagy okozása); az is előfordul, hogy az

alkalmi fogyasztásból komoly addikció alakul ki a maga hosszú távú romboló hatásaival.

## **III. Ajánlások**

A szerzők a téma áttekintése során gyakran küszködtek adathiánnyal a hazai állapotok felderítésekor. Bizonyos problémák esetében csak a klinikai vizsgálatok betegpopulációjára vonatkozó adatok álltak rendelkezésünkre. Hiányoznak a teljes korosztályt, vagy annak bizonyos szegmenseit átfogó epidemiológiai vizsgálatok, információk. Így amikor a gyerekek, serdülők, fiatalok pszichés problémáival, magatartászavaraival kapcsolatban ajánlásokat fogalmazunk meg az oktatási és egészségpolitikát irányító és befolyásoló szakértők számára, akkor gyakran csak a klinikai és a külföldi adatokból tudunk a magyar gyerekek, serdülők, fiatalok érintettségére következtetni. Javasoljuk, hogy a meglévő adatközlés olyan bontásban történjen, amely alkalmas az ifjúság különböző korcsoportjainak vizsgálatára; javasoljuk továbbá, hogy a következő ifjúság-epidemiológiai vizsgálat térjen ki az ifjúsági korosztályok pszichés állapotának, hangulati jellemzőinek, közérzetének, viselkedési mintázatainak vizsgálatára is.

Az anyag áttekintése során szembesültünk azal a tendenciával, hogy az ifjúsági korosztályok tagjainak egyre nagyobb része küzd pszichés problémákkal, magatartászavarokkal, pszichoszomatikus tünetekkel. Úgy véljük, hogy ezeket a tapasztalatokat már nem csak a kutatók és az ifjúsággal foglalkozó más szakemberek észlelik, hanem a probléma erőteljesen megjelent a mindennapi élet színterein: az iskolában, az utcán, a szórakozóhelyeken, a családban, stb. A növekvő arányú agresszív és auto-agresszív megnyilvánulások mögött, mint az jelen tanulmányunkból is kitűnik, feldolgozatlan, kezeletlen pszichés, mentális és érzelmi problémák állnak.

Javasoljuk, hogy az ifjúsággal kapcsolatos problémák megoldására keressenek „serdülőbarát” megoldásokat, amelyek figyelembe veszik az életkori sajátosságokat, érzelmi állapotát

– esetleges érzelmi és hangulati labilitását – és kommunikációs szükségleteit.

Az egészségügyi ellátás területén a serdülőkori problémák egyre növekvő igényt jelenítenek meg, amelyek ellátására a magyar egészségügy jelen állapotában felkészületlennek látszik.

## Irodalom

- 1 Carskadon, M. A.–Mindell, J.–Drake, C.: Contemporary sleep patterns of adolescents in the USA: results of the 2006 National Sleep Foundation Sleep in America poll. *J. Sleep Res.* 15 (Suppl. 1), 2006.
- 2 Carskadon, M. A.: Sleep restriction in childhood and adolescence: causes and consequences. *Sleep Biol Rhythms* 4 (Suppl. 1), 2006.
- 3 Cserhádi E.: Az asthma bronchiale gyermekkori sajátosságai. *Házi orvos Továbbképző Szemle*, 1996. 1.
- 4 *Egészségkalauz* <http://www.egeszsegkalauz.hu/0-18.xhtml>
- 5 Endre L.–Vámos A.–Dinya E.–Farkas I.: A gyermekkori asthma bronchiale prevalenciájának növekedése Budapesten, összefüggésben a légszennyezettségi adatokkal és a pollenszámmal. *Orvosi Hetilap*, 2000. 141.
- 6 Endre L.: Miért van egyre több asthmás gyermek? *Lege Artis Medicinae*, 2000. 10.
- 7 Gádoros Júlia: Depresszió és szorongásos zavarok gyermek- és serdülőkorban. *Házi orvos Továbbképző Szemle*, 1996/1(2), valamint <http://sunrise.sote.hu/htsz/gadoros.htm>
- 8 Gál É.: Gyermekkori alvászavarok. In: Novák M. (Szerk.) (2000): *Az alvás-és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája*. Budapest: Okker.
- 9 Ghaderi, A.–Scott, B.: Prevalence of psychological correlates of eating disorders among females aged 18-30 in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999. 99.
- 10 <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=787>
- 11 <http://www.lelekbenotthon.hu/modules.php?name=News&file=print&sid=144>
- 12 Idzikowski, C.: *Junk Sleep: the new health threat to teenagers* [http://www.welovesleep.co.uk/news-18-Junk\\_Sleep\\_the\\_new\\_health\\_threat\\_to\\_teenagers.aspx](http://www.welovesleep.co.uk/news-18-Junk_Sleep_the_new_health_threat_to_teenagers.aspx) 2007.
- 13 Kotagal, S.–Pianosi, P.: Sleep disorders in children and adolescents. *BMJ*. 2006;332 (7545).
- 14 McKey, P. W.–Jones, R. W.–Barbe, R. H.: *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.
- 15 Novák M.–Dunai A.–Mucsi I.: Az alvászavarok hatása az életminőségre. In: Kopp M.–Kovács M. (Szerk.) (2006): *A magyar lakosság életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis.
- 16 Ohayon, M. M.–Roberts, R. E.–Zulley, J.–Smirne, S.–Priest, R. G.: Prevalence and patterns of problematic sleep among older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39 (12).
- 17 Pálosi É.–Sik E.–Simonovits B.: Diszkrimináció a Plázában. *Szociológiai Szemle*, 2007/3–4.
- 18 Pikó B.–Barabás K.–Boda K.: Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 1995. 31.
- 19 Pikó B.: Pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív egészségértékelés epidemiológiája középiskolások körében. *Orvosi Hetilap*, 1999. 23.
- 20 Radics J.: Monoszimptomás alvászavarral kísért premenstruációs szindróma zolpidem kezelése. *Hippocrates*, 2003. 5. évf. 2. sz.
- 21 Rózsa S.–Réthelyi J.–Stauder A.–Susánszky É.–Mészáros E.–Skrabski Á.–Kopp M. (2003): A HUNGAROSTUDY2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica* 18 (2).
- 22 Stauder A.–Csoboth Cs.–Purebl Gy.–Szedmák S.: Allergiás tünetek összefüggései gazdasági, szociális és környezeti tényezőkkel fiatal nők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 1999. 10. (1).
- 23 Stauder A.: Allergia, asztma és életminőség. In: Kopp M.–Kovács M. (Szerk.) (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis.
- 24 Susánszky É.–Hajnal Á.–Csoboth Cs. (2000): Öngyilkossági gondolat és az egészségi állapot összefüggése fiatal nők körében. *Lege Artis Medicinae* 10. 6.
- 25 Susánszky É.–Szántó Zs.–Hajnal Á. (2005): Öngyilkossági gondolatokkal foglalkozó fiatalok segélykérő magatartása. *Fejlesztő Pedagógia* 16 (5-6).

- 26 Szabó S. (1998): *Nézz a szemembe kedvesen!* Szeged: Dél-Alföldi Régió Kallódó Fiataljaiért Alapítvány.
- 27 Szumska I.–Túry F.–Hajnal Á.–Csoboth Cs.–Purrebl Gy.–Réthelyi J.: Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában. *Psychiat Hung*, 2001, 16 (4).
- 28 Szumska I.: Az elhízás gyakorisága és hatása az életminőségre. In: Kopp M.–Kovács M. (szerk.) (2006): *A magyar lakosság életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis.
- 29 Túry F.–Szabó P. (2000): A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Budapest: Medicina.
- 30 US Department of Health and Human Services 1999.
- 31 WHO: Mental and Behavioural Disorders. Department of Mental Health, Geneva, 2000
- WHO World Health Report 2007. <http://www.who.int/whr/2007/en/index.html>

## Jegyzetek

- 1 A PMS előfordulása a 30–40 éves női korosztályokban a leggyakoribb.
- 2 3 W probléma (white Western woman)
- 3 A karcúság iránti késztetés mértéke adja az AN egyik diagnosztikai kritériumát, amelyet a szerzők a Garner és munkatársai által kidolgozott Evészavar Kérdőívvel mértek.