

A szülő depresszív hangulatának és a gyermek magatartás-problémáinak összefüggése

Hajnal Ágnes, Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa, Csoboth Csilla

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DEPRESSIVE MOOD OF PARENTS AND THE BEHAVIOURAL PROBLEMS OF THE CHILD

BEVEZETÉS – Dolgozatunkban részben szakirodalmi adatok, részben saját kérdőíves felméréseink alapján vizsgáljuk a szülői depresszív hangulat és a gyermeknél mutatózó magatartás-problémák összefüggéseit.

MÓDSZEREK – Tanulmányunkban két, fiatalok körében végzett kérdőíves vizsgálat eredményeit mutatjuk be. Az egyik felmérés 1604, 15–19 éves, még tanulmányokat folytató fiatal nő, a másik pedig 502, budapesti középiskolás fiatal életvezetési szokásaira, egészség- és rizikó-magatartására, emocionális állapotára, valamint társadalmi, gazdasági helyzetére és családi hátterére irányult. Az adatokat mindkét minta esetében az SPSS 8.0 statisztikai programmal elemeztük. χ^2 -próbaival vizsgáltuk a hangulati állapot alapján kategorizált anyák és apák gyermekeinél a különféle kockázati tényezők és az emocionális állapot összefüggését, összehasonlítva a depresszióval nem kezelt szülők gyermekeinek állapotjellemezőivel.

EREDMÉNYEK – Mindkét vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a szülők negatív hangulati állapota és a gyermek magatartás-problémái között szoros összefüggés található, különös tekintettel az anyai hangulat és a leánygyermek magatartás-jellemzőinek, pszichés állapotának összefüggéseire.

KÖVETKEZTETÉSEK – Saját kutatási eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy a lányok egyértelműen és igen szenzitíven reagálnak az anya hangulati állapotára, miközben a fiúkra az általunk vizsgált magatartási és állapotjellemezők vonatkozásában a szülői hangulat hatása kevésbé tűnik meghatározónak. Ezen belül azonban a fiúk érzékenyebben reagálnak az apák, mint az anyák hangulati labilitására.

INTRODUCTION – In this article we analyze the relationships between behavior problems of adolescents and depressed mood of their parents based on literature review and on our own questionnaire surveys.

METHODS – We present the data from two surveys conducted among Hungarian adolescents. The first survey was conducted among 1604 young women students, aged of 15–19 years. The second survey included 502 high school students in Budapest. Both surveys were aimed at the lifestyle, health behavior, risk behavior, and emotional state, as well as the social-economic status and family background of the adolescents. Data of both surveys were analyzed using the SPSS 8.0 statistical program package. The association between the mood category of mothers and fathers and the risk factors and emotional state indicators of their children were tested with χ^2 tests, as well as the indicators of students whose parents were not treated for depression.

RESULTS – Data from both surveys suggest that there are close relationships between the negative mood states of the parents and the behavior problems of their children, especially between the mood of mothers and the behavioral and emotional state of daughters.

CONCLUSIONS – Our research data call attention to the phenomenon that girls react explicitly and quite sensitively to the mood state of their mothers while the boys' behavioral and emotional states are less responsive to their parents' mood. On the other hand, boys react more intensively to the emotional instability of their fathers than to the instability of their mothers.

szülői depresszió, adolescens korú fiatalok, rizikó-magatartások, nemi különbségek

parents' depression, adolescents, risk behaviour, gender differences

dr. Hajnal Ágnes (levelező szerző/correspondent), Susánszky Éva, dr. Szántó Zsuzsa, dr. Csoboth Csilla: Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences; H-1089 Budapest, Nagyváradi tér 4.

Érkezett: 2004. június 9. Elfogadva: 2004. augusztus 16.

A depresszió megelőzésének kérdése Magyarországon is kiemelt jelentőségűvé vált az utóbbi évtizedekben életminőséget romboló hatásában, az öngyilkossági veszélyeztetettségben, a pszichoszomatikus betegségek kialakulásában és fenntartásában betöltött szerepe miatt. A szakirodalmi adatok szerint a szülők depressziója nem pusztán mint genetikai hajlamosító tényező, hanem mint a nevelési légkör által közvetített hátrányos környezeti hatás is növeli gyermekeik pszichés labilitását vagy speciálisan a depresszív veszélyeztetettségét. Jelen tanulmányban a szülői hatásra vonatkozó szakirodalmi adatokat foglaljuk össze, majd saját felméréseink alapján vizsgáljuk a szülői depresszivitás hatását a különböző nemű adollescens korú gyermekekre.

Szakirodalmi áttekintés

A szkizofrén szülők gyermekeinek veszélyeztetettségével foglalkozó kutatások mellett viszonylag későn fordult a figyelem a depressziós szülők gyermekeinek vizsgálata felé. Kezdetben a depressziós szülők gyermekei a szkizofrén szülők gyermekeinek kontrollcsoportjaként szerepeltek a vizsgálatokban. A módszertani hiányosságokra – a gyakran hiányzó kontrollcsoportokra, egységesítenetlen diagnosztikai kritériumokra – vonatkozó kritikák (1) vezettek a metodikailag jobban kidolgozott kutatásokhoz, amelyek során világossá vált, hogy a depressziós szülők gyermekei speciális rizikócsoportot képeznek, közöttük a fokozott depresszív veszélyeztetettség mellett az egyéb pszichiátriai mentális zavarok is gyakoribbak. A genetikai érintettségén túlmenően (2) a feltételezések szerint a gyermekek pszichopatológiai problémái a depresszív szülővel, és főleg az anyával való együttélésből erednek. A tanulmányok egy része a szülőket, ezen belül pedig kimonodottan az anyák depressziós megbetegedésére koncentrált, ugyanis vizsgálatok sora igazolta, hogy az anyák depressziós megbetegedése jobban meghatározza a gyermek pszichopatológiai tüneteit, mint az apák depressziója (3), bár a módszertani problémák sokfélesége miatt a tanulmányok sokszor igen eltérő eredményeket közölnek e témakörben (1–9).

A depressziós anyák gyermekei

Az anya nevelésben betöltött kiemelt szerepe révén, a tanulmányok egy nagy csoportja foglalkozik azzal, hogy a depressziós anya pszichés állapota, magatartása hogyan befolyásolja a gyermek állapotát. A tanulmányok lényegileg azonos konklúziója, hogy minden életkori csoportban nő a gyermekek emocionális és viselkedéskérdéseinek száma, ha az anya depresszív. A zavar megjelenési formája kapcsolatban áll a gyermek korával, fejlődési szintjével és az anyai depresszió súlyosságával (3–5), aktualitásával. A depresszió beszűkíti a szülői funkciókat is (4), illetve a depresszív tünetek több szempontból is ellentétben állnak a jól alkalmaz-

kodó szülői magatartással, az anya csökkent energiája, rossz hangulata, pesszimizmusa, figyelmetlensége, irritabilitása miatt. Sok depressziós anya ellenséges érzelmekkel viszonyul gyermekéhez, bizonytalansága révén nem szab határozott kereteket, szabályokat, nem irányít, hiányzik az együttléti pozitív emocionális töltete. Már születéskor problémás lehet az interakció. A depressziós anyák gyakran képtelenek arra, hogy folyamatosan figyeljenek a gyermekekre, és a veszélyektől megóvják őket. Ez lehet az oka gyermekeik magas baleseti rátájának (4). A depressziós anyákra jellemző, hogy gyermekeiket és saját magukat is pesszimiztikusan észlelik, és általánosan negatív érzelmi és kognitív beállítódással rendelkeznek önmaguk és szociális környezetük iránt (10–12). A depressziós anyák gyermekeinél jelentkező negatív önkép és a más gyermekekről alkotott negatív kogníciók (13, 14) szorosan összefüggenek az anyák által nyújtott hiányos támogatással. Az anya úgy önmagát, mint gyermekét irreálisan szigorúan és kritikusan szemléli, jellemzi a büntudat, az ambivalens beállítódás önmaga és a családtagok iránt, ami a pozitív interakciók számának csökkenéséhez vezet. Weissman és munkatársai (15), Tisher és munkatársai (16) vizsgálatai alapján depressziós gyermekek csoportjában az anyák lényegesen több stresszorról számoltak be, mint az apák, és a depressziós gyermekek szülei közül az anyáknál gyakoribb a depresszió, mint az apáknál, vagy más kórképekkel kezelt, illetve egészséges gyermekek anyjánál. Briggs vizsgálatában az olyan anyák, akiknél magas volt a depresszivitás és szorongás, sokkal több magatartásproblémát észleltek 9–12 éves leánygyermekeiknél, mint a tanárok vagy mint a gyermekek maguk (17). (A fiúk esetében nem mutatkozott diszkrépancia a szülői és tanári megítélések között.) A súlyosan és közepesen depresszív anyák gyakrabban alkalmaznak a nevelés során erőszakot, agressziót (18). Az anya-gyermek kapcsolat alakulását egy átfogó svéd tanulmány vizsgálta, amelyben különféle pszichotikus megbetegedésekben szenvedő és egészséges anyák gyermekeinek követéses vizsgálatát végezték el a terhességnél kezdődően (19–22). A vizsgálati eredmények szerint a depressziós anyák gyermekeinél az érzelmi szabályozatlanságtól a bizonytalan emocionális kapcsolatokig, az agressziótól és oppozíciós magatartástól a figyelemhiányon át az alacsony önértékelésig, a saját életkori csoporttal való rossz kapcsolatig és depresszív hangulatig a tünetek széles spektruma jelentkezett. Cox szerint a gyermekeknel megjelenő emocionális problémák, fejlődési lemaradások a depresszív anya gyermekkel zajló hiányos, inadekvát kommunikációjára vezethető vissza, aki a gyermek szükségleteire nem reagál adekvátan, vagy azokat nem ismeri fel (23).

Politano és munkatársai beszámolnak arról, hogy 26 depressziós és 30 nem depressziós anya gyermekeinek

A feltételezések szerint a gyermekek pszichopatológiai problémái a depresszív szülővel, és főleg az anyával való együttélésből erednek.

összehasonlító vizsgálatában az önbecsülés, a „locus of control” és a „trait” szorongás szignifikáns kapcsolatban állt az anya depressziójával (24). Kevesebb az adat a serdülőkről, akiknél inkább az életkor-specifikus oppozíciós és antiszociális viselkedés tűnik fel (4). *Borchardt* és munkatársai affektív betegségben szenvedő serdülők szüleit vizsgálták pszichopatológiai szempontból (25). Az anyáknál major depressziót diagnosztizáltak a depresszióban szenvedő serdülők 23%-ánál, a bipoláris zavarban szenvedő serdülők 20%-ánál, az egyéb pszichiátriai betegségben szenvedők kontrollcsoportjának 9%-ánál, a fiatalok hospitalizációjával egy időben. Egyes tanulmányok szerint az unipoláris depresszióban szenvedő anyák kedvezőtlenebbül hatnak a gyermek fejlődésére, mint a bipoláris zavarban szenvedő gyermek szomatikusan beteg anyák (26–29).

A depressziós szülők gyermekei

A kontrollcsoportot is alkalmazó tanulmányok szerint a depresszív szülők gyermekeinél az általános pszichopatológiai tünetek rátája relatíve magas, 30–45% között változik, de ennél jóval nagyobb gyakoriságok is előfordulnak (3, 15). *Weissman* és munkatársai valamennyi diagnózis bevonásával (DSM-III) a major depresszióban szenvedő szülők gyermekeinek 24,2%-ánál találtak pszichiátriai tünetet, míg a kontrollcsoportban csupán a gyermekek 8,1%-ánál (8, 15, 30). Első helyen állt a gyermekeknél a major depresszió (13,1%), ami a kontrollcsoportban nem fordult elő, utána következtek a figyelemzavarok, a szeparációs szorongás és egyéb tünetek. A rizikócsoport gyermekeinek egynegyede (25%) állt pszichiátriai kezelés alatt a szülők vizsgálatának időszakában, míg a kontrollcsoportnak csak 9,2%-a. Főleg akkor tapasztalták a rizikócsoportot képező gyermekek között a pszichopatológiai tüneteket kiemelkedően gyakorinak, ha a szülői depresszió korai életszakaszban kezdődött, vagy ha az elsőfokú rokonságban gyakori volt a depresszió vagy egyéb pszichiátriai betegség, másrészt, ha a depressziós szülő megözvegyülten, elváltan vagy egyedül élt. Arra következtetnek, hogy a familiáris légkör és a genetikus vulnerabilitás együttesen határozza meg a gyermekek pszichés instabilitását. Ugyanakkor *Hammen* és munkatársai a rizikócsoportba tartozó gyermekek 50%-ánál találtak major depressziót 20 éves koruk alatt, míg a kontrollcsoportokban csak 12% körül (28). A különbségek a módszertani eltérésekből, a vizsgált korcsoport és a szülő depressziójának súlyossága közti eltérésekből fakadnak. A szülői depresszió súlyosságának függvényében is vizsgálták a gyermekeknél jelentkező problémátípusokat. A sú-

lyosság kritériumait a depressziós epizódok, az ambuláns és kórházi kezelések, az öngyilkossági kísérletek számában és az epizódok időtartamában határozták meg. A 72 vizsgált gyermek közül 47-en a gondos vizsgálat után kaptak valamilyen DSM-III-diagnózist. Ennek eloszlása: major depresszió 24%, oppozíciós viselkedés 18%, a szociális viselkedés zavara 8%, hangulatzavar 8%, figyelemzavar hiperaktivitással 7%. A gyermekek 35%-ánál több mint három problémát is diagnosztizáltak. A gyerekek 79%-ánál az első DSM-diagnózist akkor állították fel, amikor az egyik szülőnél megjelent a depressziós epizód. A megbetegedett gyermek depressziója az életkor előrehaladásával egyre jobban hasonlít szimptomatikájában a felnőttekéhez (31). A pubertást követően gyakoribb a felnőttekre jellemző depressziós kórképek megjelenése, és a nők érintettsége (32). A depressziós szülők gyermekeinél a major depresszió – nemektől függetlenül – korábban jelenik meg, mint az egészséges szülők gyermekeinél. Az első manifesztáció idejét *Weissman* és munkatársai a rizikócsoportban körülbelül 12 éves korra, a kontrollcsoportban körülbelül 16 éves korra teszik (8). *Harvey* és munkatársai unipoláris depresszióban, továbbá bipoláris zavarban szenvedő és szkizofrén szülők gyermekeinek állapotát hasonlították össze egészséges szülők gyermekeivel (33). Az unipoláris depresszióban szenvedő szülők gyermekei mutatták a legtöbb pszichopatológiai tünetet, illetve bizonyos vonatkozásokban a szkizofrén szülők gyermekei. A bipoláris zavarban szenvedő szülők gyermekei a különféle vizsgált mutatókban nem különböztek az egészséges kontrollcsoporttól. Az egyéb, járulékos familiáris megterhelések a szülői betegség súlyossága mellett fokozzák a gyermeknél megjelenő pszichopatológiai tüneteket.

Billings és *Moods* vizsgálatai szerint 2,7% a mentális zavar rátája a gyermeknél, ha a családban nem volt ismert rizikófaktor (34). A ráta 26,2%, ha az egyik szülő depresszív, és 32,9%, ha ez a szülő fél akutan depressziós. Ha az egyik szülő akut depressziójához még egyéb jelentős családi pszichiátriai megterhelés is társul, akkor 38,1% a rizikó, és 41,2% a rizikó, ha a gyerek szociális támogatottsága is alacsony.

A szorongásos szindrómák is gyakoribbak a depressziós szülők gyerekeinél. *Weissman* és munkatársai a 18 éven aluli, rizikócsoportba tartozó gyermekek több mint egyharmadánál, míg a kontrollcsoportba tartozók körülbelül egynegyedénél találtak valamilyen szorongásos kórképet (8, 15). Tízéves kortól a rizikócsoportban nőtt a szorongásos kórképek gyakorisága. Számos adat utal arra, hogy a depressziós szülők gyermekeinél gyakoribbak az egyéb szindrómák is. Depressziós szülők gyermekeinél nagyobb a drogfüggőség kockázata (8), gyakoribb a figyelemzavar (7, 35, 36), a pszichoszomatikus zavar (36), az iskolai teljesítményzavar (34), valamint a disszociatív viselkedészavar (28).

Az antiszociális személyiségzavarok is gyakrabban fordulnak elő depressziós szülők gyermekeinél, mint egészséges szülők gyermekeinél, a zavar kialakulásának

Sok depressziós anya ellenséges érzelmekkel viszonyul gyermekéhez, bizonytalansága révén nem szab határozott kereteket, szabályokat, nem irányít, hiányzik az együttlét pozitív emocionális töltete.

mekek 50%-ánál találtak major depressziót 20 éves koruk alatt, míg a kontrollcsoportokban csak 12% körül (28). A különbségek a módszertani eltérésekből, a vizsgált korcsoport és a szülő depressziójának súlyossága közti eltérésekből fakadnak. A szülői depresszió súlyosságának függvényében is vizsgálták a gyermekeknél jelentkező problémátípusokat. A sú-

kockázatát a szülők alkoholizálása tovább növeli (37), és a rizikócsoportban 7,8% a szuicid kísérletek gyakorisága, míg a kontrollcsoportban csak 1,4% (8).

Hazai empirikus vizsgálatok serdülőkorú fiatalok körében

Jelen munkánkban két, fiatalok körében végzett kérdőíves felmérés alapján vizsgáljuk, hogy az egészségi kockázatot jelentő egyes magatartásformák (alkohol- és drogfogyasztás, dohányzás), valamint az egészségi állapot általános önmegejtése, a szomatizációs tünetek jelenléte, a fokozott szorongás és a negatívan megélt hangulati állapot, az öngyilkossági gondolatok megjelenése és az öngyilkossági kísérlet összefüggenek-e a vizsgált személyek által minősített kedvezőtlen szülői hangulati állapottal.

A szülők rossz hangulati állapotának feltételezése közvetett, és ennek folytán kontrollálatlan adatokra támaszkodik, mivel a vizsgált fiatalok által szolgáltatott információkra támaszkodtunk a szülők minősítésénél. Depressziósnak tekintettük azokat a szülőket, akikről gyermekeik azt nyilatkozták, hogy betegségük miatt orvosi kezelés alatt álltak vagy állnak. Az első bemutatásra kerülő felmérésben csak a szülő vagy szülők kezelésére kérdeztünk rá, minden időbehátrólás nélkül, míg a második felmérés adatai már a depresszió miatt történt kezelés időpontját is tartalmazzák.

A vizsgálati minták bemutatása

I. minta: 1998-ban a „Jobb egészséget a nőknek” program keretében egy országos reprezentatív felmérés készült, amelyben 1604, még tanulmányokat folytató, 15–19 éves fiatal lány kérdőíves vizsgálatára került sor. (A „Jobb egészséget a nőknek” című programot a Bristol Myers Squibb Alapítvány támogatta, a kutatást a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének munkatársai végezték.) Az önkitöltős és anonim kérdőív az életvezetési szokásokra, az egészség- és rizikó-magatartásra, bizonyos deviáns viselkedések előfordulására, a kérdezettek emocionális állapotára, valamint a fiatalok társadalmi, gazdasági helyzetére és családi hátterére vonatkozó kérdéseket tartalmazott.

A minta átlagéletkora 16,7 év (sd: 1,4) volt, a kérdezettek látogatott iskolatípus szerinti megoszlása a mintában: szakmunkásképző (12,0%), szakközépiskola és gimnázium (85,6%), szakiskola (2,2%).

II. minta: Második mintánk 502, 15–19 éves budapesti középiskolás fiatal adatait tartalmazza. Felmérésünk egy középiskolai prevenció program keretében 18 középiskolai osztály tanulóira terjedt ki. [„Szomatizáló attitűd, öngyilkossági gondolat, öngyilkossági kísérlet serdülőknél” című kutatás az OKTK (1805/V/01) pályázatának keretében történt.] Olyan iskolák, illetve osztályok kerültek be a vizsgálatba, amelyek vállalták, hogy tanáraik részt vesznek az öngyilkosság megelőzésére szervezett mentálhigiénés

programban. Az adatgyűjtés során önkitöltős kérdőívet alkalmaztunk, amely a fiatalok öngyilkossággal kapcsolatos viselkedésén túl kiterjedt az egészségi állapot, a családi háttér és az iskolai közösségben elfoglalt helyzetük feltárására is. A családi háttér leírásához a szülők iskolai végzettségét, a fiatalok által minősített egészségi állapotát és pszichés kondícióját, a családban megjelenő veszélyforrások (alkohol, drog, mentális betegség, bántalmazás) előfordulását, valamint a család által nyújtott társas támogatottság percepcióját használtuk fel.

A mintában az átlagéletkor 16,0 év (sd: 1,2), a felmérésben 243 fiú és 252 lány vett részt. A látogatott iskolatípus szerinti eloszlás: szakmunkásképző: 3,7%, szakiskola: 31,7%, gimnázium: 61,6%, technikum: 2,5%.

Az adatokat mindkét minta esetében az SPSS 8.0 statisztikai programmal elemeztük. χ^2 -próbával vizsgáltuk a hangulati állapot alapján kategorizált anyák és apák gyermekeinél a különféle kockázati tényezők és az emocionális állapot összefüggését, összehasonlítva a depresszióval nem kezelt szülők gyermekeinek állapotjellemezőivel.

Eredmények

I. minta: A vizsgált csoport (15–19 éves lányok, országos minta) jellemzésére a rizikó-magatartás különböző megjelenési formáit, az általános egészségi állapot, a pszichés kondíció, valamint a szomatikus tünetképzés bizonyos mutatóit használtuk fel. Ezek mintabeli megoszlását az 1. táblázat tartalmazza.

Magatartási problémának tekintettük az alkoholfogyasztást, ha annak mértéke gyakori részegséghez ve-

Akkor tapasztalták a rizikócsoportot képező gyermekek között a pszichopatológiai tüneteket kiemelkedően gyakorinak, ha a szülői depresszió korai életszakaszban kezdődött.

1. TÁBLÁZAT

Az I. minta jellemzőinek bemutatása	
Problémák a fiatal lányoknál (15–19 éves lányok, országos minta, 1604 személy)	Az előfordulás aránya (%)
Alkoholizálás	7,1
Droghasználat	7,7
Dohányzás	29,8
Öngyilkossági gondolatok	33,0
Öngyilkossági kísérlet	5,5
Szorongás, indokolatlan félelem gyakori előfordulása	7,7
Depresszivitás	7,8
Kedvezőtlen egészségi állapot	3,5
Nagyfokú szomatizáció	15,0

zetett, és a droghasználatot, ha a kérdezett legális (nyugtatók, altatók) vagy illegális szereket tíznél több alkalommal vagy rendszeresen használt.

A depresszivitás mérésére a Beck-féle depresszió-kérdőív (38) rövidített magyar változatát használtuk (39), amely az alábbi tünetekre vonatkozott: pesszimizmus, az elégedettség és az örömképesség hiánya, önvádolás, szociális visszahúzódság, döntésképtelenség, munkaképtelenség, alvászavar, fáradékonyság és túlzott aggodalom a testi tünetek miatt. A depresszivitás mértékét (normális, enyhe, közepes, súlyos) a skála pontszámainak alapján határozzuk meg (31). Jelen vizsgálatunkban azokat a személyeket tekintettük veszélyeztetettnek, akiknél a depresszivitás mértéke a közepes vagy a súlyos tartományba esett.

Az egészségi állapot leírására bizonyos tünetek gyakori előfordulását és az önminősítésen alapuló egészségiállapot-mutatót (self-rated health) alkalmaztuk. A kérdezettek egészségi állapotukat egy ötfokú skálán értékelték, amelynek két végpontját a „nagyon rossz” és a „kiváló” minősítések jelentették. Kedvezőtlennek tekintettük a fiatalok egészségi állapotát, ha a skálán a „nagyon rossz” vagy a „rossz” minősítésekkel jellemezték magukat. A kérdőívben kilenc tünetet, panaszt (fejfájás, fáradékonyság, étvágytalanság, erős menstruációs görcsök, gyomorgörcsök, gyakori hasmenés, gyakori székrekedés, ízületi fájdalmak, végtagfájdalmak) soroltunk fel, arra kérve a válaszadókat, hogy jelöljék meg azokat, amelyek számukra gyakran okoznak problé-

mát. Nagyfokúnak tekintettük a szomatizációt, ha a kérdezett legalább öt tünet gyakori előfordulását jelezte, szomatikus betegség előfordulása nélkül.

A kérdőív kitöltése során a fiatalok szülei egészségi állapotát, pszichés kondícióját is jellemezték, megjelölve azokat a betegségeket, amelyekkel tudomásuk szerint szülei orvosi kezelés alatt álltak vagy állnak. Ennek alapján az anyák 9%-át, az apák 2,8%-át kezelték, illetve kezelik depresszióval.

A fenti adatokat összehasonlítottuk a középkorú magyar népesség (40–50 év) megfelelő adataival (31), tekintettel arra, hogy a kérdezettek szülei ebbe a korosztályba tartoznak. Ennek alapján a nők depresszió miatti kezelésének életprevalenciája 4,8%, míg a férfiaké 3,2%. Így a mintában az anya depresszió miatt törént kezelése jóval meghaladja a várható mértéket.

A továbbiakban azt vizsgáltuk, hogy milyen eltérések tapasztalhatók a fiatal lányok viselkedésében, egészségi állapotában, pszichés kondíciójában annak függvényében, hogy szülei álltak-e depresszió miatt kezelés alatt vagy sem. Külön-külön vizsgáltuk azokat az eseteket, amikor az anya, illetve az apa érintett a betegség által. A 2. táblázatban csillaggal jelöltük az eltérések mértékét a beteg szülővel és az egészséges szülővel jellemzett csoportok között.

A 2. táblázat adatai szerint az anyai depresszió előfordulása, amely kifejezi hatását az egészséget veszélyeztető magatartásformák, illetve a pszichés és szomatikus egészségi állapot vizsgált jellemzőinek teljes körére, hátrányosan érinti a leánygyermekeket. A lányok valamennyi vizsgált jellemzőben szignifikánsan gyakoribb értékeket mutatnak, mint a depresszióval nem kezelt anyák leánygyermekai: jellemzőbb náluk a drog- és alkoholfogyasztás nagy mértéke, a dohányzás, többször számolnak be öngyilkossági gondolatról és kísérletről, nagyobb náluk az erős szorongás, a szomatikus panaszok prevalenciája és negatívabban ítélik meg egészségi állapotukat is.

A depresszióval kezelt apák hatása kisebb mértékű, amennyiben a depresszióval nem kezelt apák leánygyermekéhez képest csak három változó szempontjából mutatkozik hátrányosabb eredmény a vizsgált személyeknél. A depresszióval kezelt apák lányaira inkább

Depressziósnak tekintettük azokat a szülőket, akikről gyermekeik azt nyilatkozták, hogy betegségük miatt orvosi kezelés alatt álltak vagy állnak.

2. TÁBLÁZAT

A depresszióval kezelt anyák és apák gyermekeinek jellemzése (%)

A fiatal lányok körében előforduló rizikó-magatartások, egészségi állapot és pszichés kondíció	Az anyát depresszió miatt kezelték	Az apát depresszió miatt kezelték
Alkoholizálás	14,6*	13,3
Droghasználat	14,4**	11,6
Dohányzás	37,8***	40,0
Öngyilkossági gondolatok	60,0**	52,3***
Öngyilkossági kísérlet	10,7*	7,0
Szorongás, indokolatlan félelem gyakori előfordulása	17,4**	15,6***
Depresszivitás	20,4**	15,0
Kedvezőtlen egészségi állapot	9,1**	6,8
Nagyfokú szomatizáció	32,1**	39,5*

* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$, *** $p < 0,05$,

Csillaggal jelöltük az eltérések mértékét a beteg szülővel és az egészséges szülővel jellemzett csoportok között.

3. TÁBLÁZAT

A II. minta jellemzőinek bemutatása: rizikómagatartás, egészségi állapot, pszichés kondíció

Alkoholizálás	18,7%
Droghasználat	3,0%
Dohányzás	23,1%
Öngyilkossági gondolatok	33,3%
Öngyilkossági kísérlet	6,0%
Kedvezőtlen egészségi állapot	3,4%
Szomatizáció (átlagpontszám)	0,58
Szorongás (átlagpontszám)	0,67
Depresszió (átlagpontszám)	0,56

4. TÁBLÁZAT

A depresszióval kezelt, depresszív hangulati állapottal jellemzett szülők aránya a II. minta fiataljainál

A szülők jellemzése	%
Az anyát depresszióval kezelték	3,6
Az apát depresszióval kezelték	2,2
Az édesanya az utóbbi egy évben szinte mindig letört vagy depressziós volt	3,6
Az édesapa az utóbbi egy évben szinte mindig letört vagy depressziós volt	3,0

jellemző a nagyfokú szomatizáció, a szorongás és az öngyilkossági gondolatok előfordulása, mint az egészséges apák lányaira.

II. minta: A vizsgált csoport (15–19 éves középiskolások, budapesti minta) leírására a pszichés kondíció kivételével az első mintánál alkalmazott mutatókat használtuk (3. táblázat). Ebben a felmérésben egy szubjektív tünetlistát (symptom distress checklist, SCL 51) alkalmaztunk, amelynek három dimenzióját (szomatizáció, szorongás, depresszió) használtuk föl a vizsgált személyek pszichés állapotának mérésére (40).

A fiatalok ebben a felmérésben is jellemezték szülei egészségi állapotát, minősítették pszichés kondícióját, hangulati állapotát. A 4. táblázatban azoknak a szülőknek az arányát tüntettük fel, akik az elmúlt öt évben depresszió miatt orvosi kezelés alatt álltak a vizsgált személyek állítása szerint, illetve akiknek hangulati állapotát, a pszichiátriai kezeléstől függetlenül, gyermekeik az elmúlt évben szinte mindig levertnek, illetve depressziósnak ítélték.

A szülők hangulati állapotának kétféle megközelítése (az elmúlt évre vonatkozó hangulati állapot és az elmúlt öt évben előforduló orvosilag kezelt depresszió) igen hasonló eredményeket hozott. A gyakoriságok megközelítőleg azonosak, ezért feltételezhetjük, hogy a negatív pszichés állapot a vizsgálati időpontban is jellemzi az érintett szülőket.

A továbbiakban azt vizsgáltuk, hogy a szülőknél előforduló depresszió miként befolyásolja a fiatalok magatartását, lelki, pszichés kondícióját. Az apai és az anyai hatást külön-külön elemeztük úgy a fiúk, mint a lányok vonatkozásában. Az 5. táblázatban a depresszióval kezelt szülők gyermekeinél megjelenő magatartászavarok, illetve az egészségi állapotukat kedvezőtlenül megítélő fiatalok arányát, míg a 6. táblázatban a tünetlista (SCL 51) szomatizáció, szorongás és depresszió alskáláinak a vizsgált csoportokra jellemző átlagpontoszámaikat tüntettük fel. Csillaggal jelöltük azokat az eseteket, amelyekben a normális és a veszélyeztetett (szülői depresszió) populáció között statisztikailag szignifikáns eltérés mutatkozott az adott magatartás, illetve pszichés jellemző vonatkozásában.

Az anyák és a leányaik állapota a dohányzás kivételével nyolc vizsgált változóban mutat összefüggést: a depresszióval kezelt anyák leányainál gyakoribb az alkoholfogyasztás, a drogfügyasztás, az öngyilkossági gondolat és

5. TÁBLÁZAT

A veszélyeztetett fiatalok körében előforduló magatartászavarok és a kedvezőtlen egészségi állapot előfordulása (%) az anyai és az apai depresszió függvényében

	Öt éven belül az anyát depresszióval kezelték		Öt éven belül az apát depresszióval kezelték	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
Alkoholfogyasztás	50,0	33,3*	0,0	0,0
Drogfügyasztás	0,0	16,8**	0,0	0,0
Dohányzás	33,3	41,7	14,1	0,0
Öngyilkossági gondolatok	16,7	75,0*	57,0	50,0
Öngyilkossági kísérlet	0,0	33,3**	0,0	0,0
Kedvezőtlen egészségi állapot	16,7	58,3**	28,6	25,0

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Csillaggal jelöltük azokat az eseteket, amelyekben a normális és a veszélyeztetett (szülői depresszió) populáció között statisztikailag szignifikáns eltérés mutatkozott az adott magatartás, illetve pszichés jellemző vonatkozásában.

öngyilkossági kísérlet előfordulása és az egészségi állapot kedvezőtlen megítélése, mint az utóbbi öt évben depresszióval nem kezelt anyák leánygyermekéinél. A depresszióval kezelt anyák leányainál több a szomatizációs panasz, magasabb a szorongás- és depresszió-pontszám, mint a depresszió miatt nem kezelt anyák leánygyermekéinél. Az anyák depresszió miatt történt kezelése és a fiúgyermekek jellemzői a vizsgált változók egyikében sem mutatnak kapcsolatot.

Az apák depresszió miatt történt kezelése és a leánygyermekek állapota ebben a mintában egyik vizsgált jellemzőben sem mutat kapcsolatot. Ugyanakkor a depresszióval kezelt apák fiúgyermekéi a szomatizációs tünetek, és különösen a depresszív tünetek nagyobb intenzitásával tűnnek fel a depresszióval nem kezelt apák fiúgyermekéihez képest.

Megbeszélés

Serdülőkor és a szülői kapcsolat

A fejlődéslélektani kutatások szerint a serdülőkorban, illetve a pubertásban megváltozik a szülőkkal való érzelmi kapcsolat, amit a nagyobb függetlenségigény és a kortársakkal való kapcsolat erősödése jellemez. A szülőktől távolodva, a fiatalok mindinkább kortársaikhoz fordulnak tanácsért számos életvezetést érintő kérdésben. Az anyai és apai funkciók is változáson mennek keresztül. Az apák több időt töltenek szabadidős elfoglaltságokkal gyermekeikkel, és inkább a hosszú távú célok kijelölésében vesznek részt, jobban bátorítják a serdülőkorúak autonómiáját, ami a kompetenciaérzést serkenti. Az anyáknál a gondozási-gondoskodó tevékenység áll előtérben, emellett a serdülők az any-

6. TÁBLÁZAT

A szomatizáció, a szorongás és a depresszió alszkáláinak (SCL 51) átlagpontszáma a szülők depresszivitásának függvényében

	Anya		Anya		Apa		Apa	
	Depresszív	Nem depresszív	Depresszív	Nem depresszív	Depresszív	Nem depresszív	Depresszív	Nem depresszív
	Fiúk		Lányok		Fiúk		Lányok	
Szomatizáció	0,36	0,44	1,22*	0,68	0,75**	0,45	0,37	0,73
Szorongás	0,46	0,50	1,22**	0,83	0,73	0,49	0,57	0,87
Depresszió	0,31	0,34	1,26*	0,74	1,04***	0,34	0,62	0,87

p < 0,05, ** p < 0,01, *p < 0,001*
Csillaggal jelöltük azokat az eseteket, amelyekben a normális és a veszélyeztetett (szülői depresszió) populáció között statisztikailag szignifikáns eltérés mutatkozott az adott magatartás, illetve pszichés jellemző vonatkozásában

jukkal való kapcsolatukat sokkal bizalmasabbnak ítélik meg, mint az apjukhoz fűződő kapcsolatukat. A szülők kommunikációs stílusa is eltér: az anyák többet kommunikálnak a serdülőkkel, mint az apák, és ez egyaránt több pozitív és negatív interakciót eredményez (41). Emellett mind az anyák, mind a serdülőkorúak több konfliktusról számolnak be, talán mert az anyától való függetlenedés nehezebb a szorosabb érzelmi viszony miatt.

Amennyiben saját mintánkban a szülők depresszívnek minősített hangulatát úgy fogjuk fel, mint olyan hatást, amely csökkenti az érzelmi támogatást, az érzelmi melegséget, úgy érthetővé válik, hogy a lányok rizikó-magatartására, lelkiállapotának vizsgált összetevőire az anyák negatív hangulata jelent szinte minden vonatkozásban veszélyeztető tényezőt, összefüggésben a lányok anyai iránti valószínűleg

emocionálisan szorosabb, de frusztrált érzelmi kapcsolatigényével, erősebb érzelmi függésével. Meglepőnek tűnik azonban, hogy ugyanez az anyai hatás a fiúk esetében nem mutat kapcsolatot egyik vizsgált összefüggés tekintetében sem. Úgy látszik, a depressziós anyák inkább leánygyermekük pszichopatológiai tüneteire vannak hatással (3). Feltételezhetően a serdülőkorra jellemző erősebb érzelmi azonosulás folytán a fiúk pszichés állapotában (vizsgálatunkban főleg a depresszivitásban) az apa hangulati állapota tölt be nagyobb szerepet, miközben érdekes módon a vizsgált rizikó-magatartások egyikére sincsen szignifikáns hatással. Ugyanakkor az apai hangulat egyik indikátor mentén sem határozza meg a leánygyermek viselkedését a II. mintában, miközben az I. mintában a leánygyermeknél főleg a szomatizációs tünetekkel, és kisebb mértékben a szorongásos panaszokkal, öngyilkossági gondolatok prevalenciájával állt szignifikáns kapcsolatban.

Eredményeink a nemi összefüggések tekintetében bizonyos mértékben egybeesnek egy Új-Zélandon

készült vizsgálattal, ahol 934, 15-16 éves serdülő vizsgálata alapján szoros kapcsolatot találtak az anyák és a lányok depresszív tünetei között, főleg akkor, ha az anyai depresszió mellett a konfliktuózus, kedvezőtlen családi háttér is kimutatható volt (42). Viszont az anyai depresszió és a fiúgyermek depresszív állapota nem mutatott kapcsolatot. *Tamplin* és munkatársai klinikai és kontrollcsoportként alkalmazott nem klinikai mintájában viszont a major depresszív zavarral diagnosztizált serdülőknél azok állapota az anya aktuálisan nem kielégítő mentális egészségi állapotával mutatott szoros összefüggést, és az anya határozta meg a családi diszfunkciót, míg az apa aktuális egészségi állapota nem mutatott kapcsolatot a családi működéssel (43). Következtetésük, hogy az anya mentális egészségromlása inkább meghatározza a családi működést, mint az apáé, vagy fordítva: a problematikus családi működés negatívabban hat az anyákra, mint az apákra. Ezt azzal magyarázzák a szerzők, hogy az anyák a gyermeknevelésbe és az egyéb családi folyamatokba erősebben bevonódnak érzelmileg, mint az apák. *Tannenbaum* és *Forehand* a serdülők 282 fős, nem klinikai mintáján szintén az anyai depresszív hangulatot ítélték meghatározónak a fiatalok internalizációs és externalizációs problémáiban, és az apa szerepét abban látták, hogy a jó és támogató apa-serdülő kapcsolat kivédheti az anyai depresszív hangulat hátrányos következményeit (44).

Anya-apa és a gyermekek neme

Számos nem klinikai mintán készült kutatás hangsúlyozza azonban mindkét szülőnek, így az apáknak a szerepét is a serdülők mentális egészségének alakulásában (44, 45). Bizonyos kutatások szerint az adaptív vagy maladaptív szülői jellemzők részben hasonló, részben sajátos következményeket eredményeznek a serdülőkorú gyermekeknél, függően a gyermek nemétől, és attól, hogy az apa vagy az anya volt-e a problematikus szülő (41). *Bosco* és munkatársai eredményei szerint akkor valószínűbb a serdülőnél az emocionális és viselkedésprobléma, ha az ellentétes nemű szülőt ítéli meg negatívan, és kevésbé, ha az azonos nemű szü-

Szoros kapcsolatot találtak az anyák és a lányok depresszív tünetei között, főleg akkor, ha az anyai depresszió mellett a konfliktuózus, kedvezőtlen családi háttér is kimutatható volt.

lőre vonatkozik a negatív percepciója (46). *Bosco* és munkatársai 150 serdülőre és szüleikre kiterjedő kutatás alapján azt a következtetést vonták le, hogy az apa és anya egyaránt fontos szerepet töltenek be a fiatalok viselkedés- és emocionális problémáinak alakulásában. E kutatás arra hívja fel a figyelmet, hogy a serdülők részéről a szülők észlelése komplex kapcsolatban áll a gyermeki magatartás-problémákkal, és ezek mintázata összefügg a szülők és a gyermekek nemével. E vizsgálatok kizárólag a serdülők önmegítélésén alapultak, és a szignifikáns kapcsolatokban az ok-okozati viszony nem megállapítható.

Az internalizációs zavarok összefüggéseit vizsgálva az anya-fiú diádban az anyai pszichopatológia (depresszió és szorongás) nem határozta meg szignifikánsan a fiúk internalizációs viselkedészavarait. A fiúknál az internalizációs viselkedés problémáit az anyai elfogadás és kontroll érzése, a fiúgyermek anyai iránti pozitív vagy negatív percepciója sem határozta meg, de meghatározó a trianguláció és magas szülői konfliktusszint észlelése. Az anya-lánya viszonylatában a vizsgálat ezzel részben azonos eredményeket hozott, de lányoknál az alacsonyabb anyai kontroll észlelése és az anya negatív megítélése szorosabban kapcsolódott az internalizációs viselkedésproblémák magasabb szintjéhez.

Az apa-fiú viszonylatban az apai pszichopatológia nem befolyásolta szignifikánsan az internalizációs viselkedésproblémákat, de szoros volt a kapcsolata a triangulációval és a szülői konfliktusokkal. Kapcsolatot nem mutatott a fiúk által észlelt pozitív vagy negatív apai megítéléssel, apai kontrollal. Az apák és lányok viselkedése közti kapcsolatban az apai szorongás és depresszió szignifikánsan határozta meg a lányok internalizációs viselkedéses problémáit, miként az alacsonyabb apai elfogadás és emocionális támasz érzése és az apa negatív észlelése is növelte az internalizációs viselkedéses problémákat.

Az externalizációs zavarok esetében az apa-fiú kapcsolatban az apai pszichopatológia, a szülők közti konfliktusok, az apák pozitív vagy negatív észlelése nem határozza meg az externalizációs viselkedéses problémákat, de az alacsonyabb apai érzelmi elfogadás növelte e zavarokat a fiúknál. Viszont az apák és lányok viselkedéses kapcsolatát vizsgálva úgy találták, hogy az apai pszichopatológia szignifikáns hatást gyakorol a lányoknál jelentkező externalizációs viselkedéses problémákra, és hozzájárul ezekhez a több szülői konfliktus megélése, és az apai elfogadás alacsonyabb szintje, de nem befolyásolta az apa pozitív vagy negatív megítélése e viselkedéses problémákat a lányoknál. Az anyák és fiaik viszonylatában az anyai pszichopato-

lógia vagy szülők közti konfliktusok nem járultak hozzá a fiúk externalizációs viselkedéses problémáihoz, de fontos faktornak bizonyult az anyai elfogadás és az anya megítélése, érzelmi igénybe vehetősége, amelyeknek alacsonyabb szintjei növelték az ilyen típusú viselkedészavarokat a fiúknál. Az anyák és lányok kapcsolatában az anyai pszichopatológia nem befolyásolta szignifikánsan a lányok externalizációs viselkedészavarait, viszont a trianguláció és szülői konfliktusok magasabb szintjei növelték az ilyen típusú viselkedéses problémákat, miközben az anya pozitív vagy negatív észlelése, emocionális támaszadása és az anya érzelmi reagálóképessége nem hatott e viselkedészavarokra. A szakirodalmi adatok tehát meglehetősen ellentmondásosak.

Saját mintánkban a fiúk bizonyos állapotjellemzőire az apák hangulati állapota hat erősebben, de érdekes módon az anya hangulati állapota egyáltalában nem meghatározó. Ugyanakkor a lányok egyes magatartásformáival, pszichés állapotával igen szorosan összefügg az anyai hangulati állapot, miközben az apák hangulata mérsékelt hatású.

Emellett eredményeink alapján a fiúkra kevésbé hat az apa hangulati állapota, mint ahogyan a lányokéra az anyáké.

Mindenesetre az eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a lányok egyértelműen és igen szenzitíven reagálnak az anya hangulati állapotára, miközben a fiúkra a szülői hangulat kevésbé hat az itt vizsgált változók mentén. Ezen belül azonban a fiúk érzékenyebben reagálnak az apákra, mint az anyákra.

A fenti statisztikai megközelítések a család rendszerszemléletű modelljének indokoltságát támasztják alá a szülői támogatás és gyermeki magatartás összefüggései tekintetében. Saját eredményeink azt hangsúlyozzák, hogy aki az anya depresszióját kezeli, az egyben a serdülőkorú leánygyermekük állapotára is szignifikáns hatással van. Ugyanakkor az eredmények arra is rámutatnak, hogy a szülői hatások – beleértve a felsorolt szakirodalmi eredményeket is – jelentős nemi vonatkozású eltéréseket mutatnak.

Akkor valószínűbb a serdülőnél az emocionális és viselkedés-probléma, ha az ellentétes nemű szülőt ítéli meg negatívan, és kevésbé, ha az azonos nemű szülőre vonatkozik a negatív percepciója.

A fiúkra kevésbé hat az apa hangulati állapota, mint ahogyan a lányokéra az anyáké.

IRODALOM

1. *Beardslee WR, Bemporad J, Keller MB, Klerman GL.* Children of parents with major affective disorder: a review. *Am J Psychiatry* 1983;140:825-32.

2. *Trixler M.* A hangulatzavarok genetikája. In: *Hangulatzavarok. Szádóczy, Rihmer (szerk.).* 2000. p. 169-190.

3. *Keller MB, Beardslee WR, Dorer DJ, Lavori PW, Samuelson H,*

- Klerman GR. Impact of severity and chronicity of paternal affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:930-37.
4. Gelfand DM, Teti DM. The effects of maternal depression on children. *Clin Psychol Review* 1990;10:329-53.
 5. Remschmidt H, Strunk P, Methner Ch, Tegeler E. Kinder endogen-depressiven Eltern. Untersuchungen zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen und zur Persönlichkeitsstruktur. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 1973;41:326-40.
 6. Rogers TR, Forehand R. The role of parent depression in interactions between mothers and their clinic-referred children. *Cognitive Therapy and Research* 1983;7:315-24.
 7. Connors CK, Himmelhock J, Goyette CH, Ulrich R, Neil JF. Children of parents with affective illness. *J Am Acad Child Psychiatry* 1979;18:600-607.
 8. Weissman, Prusoff BA, Gammon GD, Merikangas KR, Leckman JF, Kidd KK. Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1984;23:78-84.
 9. Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi M, et al. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:696-702.
 10. Hammen C, Adrian C, Gordon D, Burge D, Jaenicke C, Hiroso D. Children of depressed mothers: maternal strain and symptom predictors of dysfunction. *J Abn Psychol* 1987;96:190-98.
 11. Goodman SH, Adamson LB, Riniti J, Cole S. Mothers' expressed attitudes: associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994;33:1265-74.
 12. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev* 1999;16:458-90.
 13. Jaenicke C, Hammen C, Zupan B, Hiroto D, Gordon D, Adrian C, et al. Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *J Abn Child Psychol* 1987;15:559-72.
 14. Youngstrom E, Izard C, Ackerman B. Dysphoria-related bias in maternal ratings of children. *J Cons Clin Psychol* 1999;67:905-16.
 15. Weissman MM, Gammon GD, John K, Merikangas KR, Warner V, Prusoff BA, et al. Altruism, aggression, and social interactions in young children with a manic-depressive parent. *Child Development* 1984;55:112-22.
 16. Tisher M, Tonge BJ, Horne DJ. Childhood depression, stressors and parental depression. *Australian and New Zealand J Psychiatry* 1994;28:635-41.
 17. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Schwab-Stone M. Discrepancies among mother, child, and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1996;24:749-65.
 18. Zuravin SJ. Severity of maternal depression and three types of mother-to-child aggression. *American Journal of Orthopsychiatry* 1989;59:377-89.
 19. McNeil TF, Kaji L, Malinquist-Larson A, Näslund B, Persson-Blennow I, McNeil N. Offspring of women with nonorganic psychoses. Development of a longitudinal study of children at high risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;34:250.
 20. Näslund B, Person-Blennow I, McNeil T, Kaij L, Malmquist-Larsson A. Offspring of women with nonorganic psychosis: infant attachment to their mother at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;69:231-41.
 21. Näslund B, Person-Blennow I, McNeil T, Kaij L, Malmquist-Larsson A. Offspring of women with nonorganic psychosis: fear of strangers during the first year of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1984;69:435-44.
 22. Persson-Blennow I, Näslund B, McNeil TF, Kaij I. Offspring of women with nonorganic psychosis: Mother-infant interaction at three days of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1986;70:149-59.
 23. Cox AD, Puckering C, Pound A, Mills M. The impact of maternal depression in young children. *J Child Psychol and Psychiatry* 1987;28:917-28.
 24. Politano PM, Stapleton LA, Correl JA. Children of depressed parents. Increased psychopathology and early onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:847-53.
 25. Borchardt CM, Bernstein GA, Crosby RD. Psychopathology in the families of inpatient affective disordered adolescents. *Child Psychiatry and Human Development* 1995;26:71-84.
 26. Gordon D, Burge D, Hammen C, Adrian C, Jaenicke C, Hiroto D. Observations of interactions of depressed women with their children. *Am J Psychiatry* 1989;146:50-55.
 27. Anderson CA, Hammen CL. Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: a longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;61:448-54.
 28. Hammen C, Burge D, Burney E, Adrian C. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1112-7.
 29. Hammen C. Depression runs in families. The social context of risk and resilience in children of depressed mothers. *New York: Springer; 1991.*
 30. Weissman MM. The depressed mother and her rebellious adolescent. In: Morrison HL (ed.). Children of depressed parents risk, identification and intervention. *New York: Grune-Stratton; 1983. p. 99-113.*
 31. Rózsa S. Gyermekek és serdülőkorú depresszió. In: Hangulatzavarok. Szádóczy, Rihmer (szerk.). 2000. p. 59-76.
 32. Szádóczy E. Epidemiológia. In: Hangulatzavarok. Budapest: Medicina; 2000. p. 150-65.
 33. Harvey PD, Weintraub S, Neale JM. Speech competence of children vulnerable to psychopathology. *J Abn Child Psychol* 1982;10:373-87.
 34. Billings AG, Moods RH. Comparisons of children of depressed and non-depressed parents. A social-environmental perspective. *J Abn Child Psychol* 1983;11:463-85.
 35. Orvaschel H, Walsh-Allis G, Ye W. Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *J Abn Child Psychol* 1988;16:17-28.
 36. Remschmidt H, Matthejat F. Kinder psychotischer Eltern. *Hogrefe Verl* 1994.
 37. Merikangas KR, Prusoff BA, Weissman MM. Parental concordance for affective disorders: Psychopathology in offspring. *J Affective Disorders* 1988;15:279-90.
 38. Beck AT, Beck RW. Shortened version of BDI. *Postgraduate Medicine* 1972;52:81-5.
 39. Kopp M, Skrabski Á. Magyar lelkiállapot. Budapest: Végeken Kiadó; 1995.
 40. Tringer L, Veér A, Fráter J, Felsővályi Á. Neuroitikus állapotképek elemzése. *Ideggyógyászati Szemle* 1979;32:286-9.
 41. Phares V. Fathers and developmental psychopathology. *New York: Wiley; 1996.*
 42. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Maternal depressive symptoms and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36:1161-78.
 43. Tamplin A, Goodyer IM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 1998;48:1-13.
 44. Tannenbaum L, Forehand R. Maternal depressive mood: the role of the father in preventing adolescent problem behaviors. *Behaviour Research and Therapy* 2002;32:321-5.
 45. Heaven PCL, Newbury K, Mak A. The impact of adolescent and parental characteristics on adolescent levels of delinquency and depression. *Personality and Individual Differences* 2004;36:173-85.
 46. Bosco GL, Renk K, Dinger TM, Epstein MK, Phares V. The connections between adolescents' perceptions of parent, parental psychological symptoms, and adolescent functioning. *Applied Developmental Psychology* 2003;24:179-200.