

Serdülőkori mentális egészségfejlesztő program a középiskolákban: a YAM program bemutatása

Balázs Judit dr.

¹ ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés-, és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék

² Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia

LEVELEZÉSI CÍM:

Balázs Judit dr.

1064 Budapest, Izabella út 46.

E-posta: judit.agnes.balazs@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS Célkitűzés: A gyermekkorban jelentkező pszichés zavarok a fejlődés számos területére hatással vannak. Munkánk célja egy iskolai környezetben megvalósuló, univerzális, serdülő mentális egészség fejlesztő program bemutatása.

Módszer. A „Serdülőkori mentális egészségfejlesztő programot” (YAM) a „Fiatalok életének megmentése és szerepvállalásuk / önállóságuk növelése Európában” című randomizált, kontrollált, 12395 európai (1009 magyar) 14-16 éves fiatal bevonásával történő vizsgálat során validáltuk, adaptáltuk.

Eredmények. A YAM program mellett szignifikáns csökkenés mutatkozott a fiataloknál a 12 hónapos utánkövetéskor az öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságában a kontroll karhoz képest.

Következtetések. Ajánljuk a YAM program bevezetését a hazai iskolákba mentális egészségfejlesztésre.

KULCSSZAVAK serdülő, iskolai, univerzális, mentális egészség fejlesztő program, pszichés betegség

Bevezetés

„Nincs egészség lelki egészség nélkül.” Ezzel a gondolattal mutatott rá az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization: WHO) 2005-ben arra, hogy bármilyen egészségfejlesztő programnak a mentális egészségre is figyelmet kell fordítania (1). Jelen tanulmány egy iskolai környezetben megvalósuló, serdülőknek kidolgozott, univerzális, mentális egészségfejlesztő programot mutat be.

A serdülőkor egy „érzékeny” időszak a felnővekedés során, amikor egészséges fejlődés mellett is a fiataloknak sok változással kell megküzdeniük (2). A szociális kapcsolataikban új szakasz következik: a szülőktől való leválás markánsabbá válik, kortársak szerepe pedig megnő, valamint az első szerelmek is gyakran erre az időszakra esnek, sőt akár az első szakítások is.

A szakmai életükben is a fiataloknak egy fontos lépést kell előkészíteni, azt hogy ki milyen irányban tanul tovább. Mindezek miatt sok a bizonytalanság ebben az időszakban.

Továbbá számos testi változás is történik ebben az életszakaszban, melyekre most nem térünk ki.

Epidemiológiai adatok szerint a felnővekedés során minden 4. gyermeknél van olyan időszak, amikor fennáll valamilyen mentális betegségük (3, 4). A klasszifikációs rendszerek kritériumrendszere szerint, mentális betegségről akkor beszélünk, ha a tünetek funkciókárosodást okoznak (5, 6).

A gyermekek és a serdülők igen sok időt töltenek az iskolában, így az iskolai környezet alkalmas helyszín, hogy befogadja a mentális egészség promóciós, fejlesztő és a mentális betegségeket megelőző programokat (7-9). Megkülönböztetünk univerzális, szelektív (másodlagos) és indikált (harmadlagos) prevenciós programokat (10). Az univerzális programok a megcélzott populáció minden tagja számára kidolgozott beavatkozások, ezáltal a stigmatizálást elkerülik. Ez azért fontos, mert a pszichiátriai betegségekhez világszerte, így hazánkban is a mai napig számos stigma kötődik. Az univerzális programok széles fókuszú, mind az affektív, mind viselkedés problémák megelőzésére irányuló beavatkozások. A szelektív programok hasonló rizikójú gyermekeket céloznak meg, míg az indikált prevenciós programok már egy adott betegség fennállása esetén nyújtanak segítséget a gyermekeknek.



Serdülőkori mentális egészségfejlesztő program (Youth Aware of Mental Health Programme: YAM) ismertetése

A YAM program kidolgozása – Háttér

A YAM egy univerzális mentális egészségfejlesztő program, amely a 14–16 éves fiatalok egészséges/egészségtelen viselkedésformákkal kapcsolatos tudását, valamint az én-hatékonyságuk fejlesztését célozza meg (hogyan ismerik fel magukon, társaikon, ha segítségre szorulnak és ilyenkor mit tegyenek) (11-13).

A YAM programot a Fiatalok életének megmentése és szerepvállalásuk / önállóságuk növelése Európában (Saving and Empowering Young Lives in Europe: SEYLE) vizsgálat során egy 12 országból álló nemzetközi konzorcium dolgozta ki (12-14). A konzorcium munkáját a svédországi Karolinska Institute koordinálta Prof. Danuta Wasserman vezetésével. A projektben résztvevő országok: Ausztria, Észtország, Franciaország, Írország, Izrael, Magyarország, Németország, Olaszország, Románia, Szlovénia, Spanyolország, Svédország. Ebben a munkában hazai centrumként a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórházban és az ELTE, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológia Intézetben működő kutatócsoportunk vett részt. A projekt az Európai Unió FP7-es keretprogramjának támogatásával történt. Minden részt vevő országban a SEYLE vizsgálat a helyi etikai bizottság – hazánkban az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi és Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának – engedélyével zajlott. A vizsgálatban történő részvétel több szinten is önkéntes volt: az iskolák, a szülők és a serdülők írásbeli beleegyezését egyaránt kértük szóbeli és írásbeli tájékoztatás után.

A YAM program kidolgozása – Célkitűzés

A SEYLE egy randomizált, kontrolált, serdülő mentális egészségét fejlesztő vizsgálat, melynek fő célja az volt, hogy a fokozott kockázatú magatartás csökkentésével segítse elő az egészségesebb életmódot (12). A fokozott kockázatú magatartások legrosszabb kimenetele az öngyilkosság, aminek megelőzése a program célkitűzései között szerepel. Tekintve, hogy a program által megcélzott 14–16 éves korosztálynál az öngyilkosság a második vezető halálok a balesetek után, és több fiatal hal meg öngyilkosság miatt, mint együttvéve születési károsodás, tumor, kardiális betegség, pneumonia és influenza miatt (15), így a SEYLE vizsgálat öngyilkosság-megelőző célkitűzésének fontos népegészségügyi szerepe is van.

A SEYLE vizsgálat céljai voltak (11, 12):

1. Európában a serdülők mentális egészségéről, jól-létéről és értékeiről információ gyűjtése.
2. Serdülők számára „programok” kidolgozása, mely jobb egészséghez – beleértve a mentális egészséget – vezetnek, azáltal hogy csökkenti a fokozott kockázatú viselkedést, különös hangsúllyal ennek legrosszabb kimenetelére, az öngyilkosságra.
3. Az egyes európai országok kulturális szokásaihoz illő, hatékony, bizonyítékokon alapuló, a serdülők mentális egészségét fejlesztő és pszichés betegségek megelőző programok ajánlása a kapott eredmények alapján.

A YAM program kidolgozása – Módszer

A SEYLE randomizált, kontrolált vizsgálat során, három iskolai szinten zajló, aktív, univerzális intervenciós vizsgálati kart („ProfScreen” program; Question, Persuade, and Refer (QPR: Question-Kérdez, Persuade – Meggyőz és Refer- Irányít; YAM) és egy kontroll kart hasonlítottunk össze (11-12).

A „ProfScreen” program, egy két lépcsős szűrőprogram, melyet a SEYLE vizsgálatra dolgoztuk ki (16). A szűrés a SEYLE vizsgálat „Alapfelmérés” önkitöltős kérdőív alapján történt, mely ismert validált kérdőíveket (pl. Beck depresszió kérdőív, Zung szorongás kérdőív, Young öngyilkosság kérdőív) és a vizsgálatra kidolgozott kérdéseket tartalmazott. Azokat a diákokat, akik a kérdőív szűrőkérdésein egy meghatározott pontszám feletti eredményt értek el („magas kockázatú” diákok) (első lépés), további kivizsgálásra, gyermekpszichiátriai folytatott interjúra hívtuk (második lépés). Szűrőkérdések a kérdőív következő lehetséges problémákra vonatkozó kérdései voltak: öngyilkossági és önsértő magatartás, hangulatzavarok, szorongásos zavarok, testtömeg arányok, alkohol- és pszichoaktív szerhasználat, dohányzás, iskolai lógás, túlzott médiahasználat és kockázatkereső magatartás. A ponthatárok meghatározása (ami felett a fiatal megkerestük) korábbi nemzetközi vizsgálatok tapasztalatain alapultak. Akiknél a személyes vizsgálat során a gyermekpszichiáter szakember pszichiátriai problémát talált, azokat szakellátásba irányította további kezelésre, akiknél az életmód javítását tartotta a szakember szükségesnek, egészséges életmód csoportba küldte, míg akiknél nem erősítette meg a személyes interjú a kérdőív alapján jelzett nehézségeket, azoknak a diákoknak nem javasolt további kezelést.

A QPR egy „kapuőr / gatekeeper” program, amit az USA-ban dolgoztak ki, melynek során a pedagógusok és az iskola egyéb dolgozói részesültek képzésben arról, hogyan ismerhetik fel és irányíthatják



szakszerű segítséghez a magas kockázatú diákokat ki (17). A QPR képzést tartó szakemberek standardizált power point előadást tartottak a tanároknak és az iskolai dolgozóknak, amit adaptáltunk minden országban (pl. a példákat saját kulturális közegből merítettük, pl. hazánkban belekerült Arany János Hírdatás verse), valamint minden tanár és iskolai dolgozó kapott egy 34 oldalas prospektust (öngyilkosság rizikófaktorairól, figyelmeztetőjeleiről, hogyan kommunikáljanak olyan diákjaikkal, akiknél öngyilkossági rizikó áll fenn és hogyan irányítsák őket ellátásba) és névjegykártyát 24 órán át elérhető szakember telefonszámával, ahova irányíthatják a diákjaikat. A pedagógusokat és az iskolai személyzetet arra kértük, hogy az „Alapfelmérés kérdőív” felvételét követő két hónapban figyeljék a fiatalokat, és ha szükségesnek látják, segítő beszélgetés keretében irányítsák őket a vizsgálat szakembereihez.

A YAM egy univerzális egészségfejlesztő program, mely egy egész osztálynak fut egyszerre (14). Egy igen részletes kézikönyv szolgál a programot vezető szakemberek képzésének alapjául (18). A YAM program öt tanítási órát tartalmaz: egy tanítási órán (45 perc) történik a nyitóelőadás, három tanítási óra (3 x 45 perc) alatt zajlik a szerepjáték szakasz és végül egy tanítási órát (45 perc) vesz igénybe az összefoglaló záró előadás. A nyitó-, és záróelőadást egy pszichológus, vagy egy gyermek-, ifjúságpszichiáter tartja, míg a szerepjátékokat két szakember vezeti, egy pszichológus/ gyermek-, ifjúságpszichiáter pszichiáter és egy segítő (pl. pszichológus, szociális munkás, orvos, pszichológus hallgató, foglalkoztató). A fiatalok tanárai nem vesznek részt a YAM programon, hogy a diákokat ezzel is segítsük, hogy meg tudjanak nyílni.

A nyitóelőadás témáit az 1. táblázat foglalja össze, mely előadáshoz standardizált diasort dolgoztunk ki, adaptálva az egyes résztvevő országokra.

1. táblázat: A nyitóelőadás, a diákoknak szóló prospektus, az osztálytermekre kihelyezett poszterek és a záróelőadás témái

Mit is jelent az, hogy mentális egészség
Tanácsok, hogyan segíts magadon.
Stressz és krízis.
Depresszió és öngyilkossági gondolatok
Segítségnyújtás egy gondban levő barátunk
Tanács-kérés: kihez fordulhatsz?

A YAM program elején a fiatalok kapnak egy 25 oldalas prospektust – „Változtass azon, ahogyan érezd magad” címmel –, amely a nyitóelőadásnál felsorolt hat témát tartalmazza röviden, didaktikusan

összefoglalva, színes ábrákkal (lásd 1. táblázat). Ezt a prospektust bármikor később is elő tudják venni a fiatalok és az iskolai könyvtárban is megtalálják.

Továbbá az osztálytermekre kikerül a falra hat poszter, amelyek ugyanarról a nyitóelőadásban felvázolt hat témáról közölnek röviden, jól áttekinthetően, pontokba szedve, könnyen érthetően megfogalmazva információt (lásd 1. táblázat).

A program elején minden résztvevő fiatal kap egy névjegykártyát, melyen egy facilitátor (kapcsolattartó) a nap 24 órájában elérhető telefonszáma és email címe, valamint a gyermekpszichiátria elérhetőségei szerepelnek. Így, ha a program során elhangzottak alapján valaki úgy érzi, hogy segítségre van szüksége neki, vagy egy társának, tud hova fordulni.

A szerepjátékok lehetőséget teremtenek a fiataloknak, hogy átgondolják, megértsék és átérezzék a nyitóelőadás során, a prospektusban és a posztereken felvetett kérdéseket. A szerepjáték szakaszánál az osztálytermet lehetőleg úgy kellene átrendezni, hogy ahol a szerepjátékot előadják, ne legyenek székek és legyen elég hely a mozgáshoz.

A szerepjátékok az alábbi három témát fedik le:

- tudatosság a választásokban,
- tudatosság az érzelmekkel kapcsolatosan, és hogyan kezeljük a stresszt / feszültséget és a krízishelyzeteket,
- tudatosság a depresszióval és az öngyilkossági gondolatokkal kapcsolatban.

A szerepjátékok során a fiatalok eljátszanak olyan helyzeteket, amelyek feszültséget kelthetnek a mindennapok során és/vagy megoldásuk konfliktussal járhat és/vagy kimenetelük problémát okozhat. Miután a szerepjátékok tartalmát úgy állítottuk össze, hogy lefedjenek számos, a fiatalok életében esetlegesen előforduló nehéz helyzetet, mely saját magukra, vagy barátjukra, társukra, szüleikre vonatkozik (pl. költözés, iskolaváltás, bullying, családban feszültség, depresszió, öngyilkossági gondolatok), így a fiataloknak lehetőségük nyílik biztonságos környezetben felkészülni az ilyen szituációkra, ha esetleg belekerülnének később. A szerepjátékok sorrendje az egyszerűbbektől haladt a fokozódó nehézségű helyzetek felé (pl. „Egy barátod hazavinne kocsival buli után, de részeg. Mit csinálsz?” „A legjobb barátod elmondja titkát, hogy öngyilkos akar lenni, de megkér tartsd meg a titkát. Mit csinálsz?”). A szerepjátékok során a fiatalok problémamegoldó, stresszkezelő képessége fejlődik, és az eljátszott helyzetek segítenek, hogy a későbbiek során felismerjék „élesben”, mikor szükséges ezeket a megtanult képességeket használniuk. Fontos, hogy a különböző szerepekben játszó szerepet cseréljenek, ezáltal mindenki megtapasztalhatja a szerepjáték mindkét oldalát.



Minden szerepjáték után a fiatalok a csoportot vezető szakemberekkel átbeszélnek a felmerülő kérdéseket, érzéseiket. Így a szerepjátékok és az ezt követő megbeszélések során a fiatalok átgondolhatják az eljátszott nehéz helyzeteket kiváltó esetleges okokat, megelőzési módokat, illetve megoldási lehetőségeket. Ezáltal a szerepjátékok és azt ezt követő beszélgetések lehetőséget teremtenek a fiataloknak, hogy megértsék más emberek nézőpontját, felismerjék saját érzéseiket, viselkedésüket egy adott nehéz helyzetben, megtanuljanak ellenállni a kortársak nyomásának, illetve az adott kérdéssel kapcsolatban átgondolják a felnőttek (pl. szülők, pedagógusok, gyermekorvos, pszichiáter) szerepét, felelősségét.

A YAM programot interaktív előadás zárja, mely lehetőséget teremt, hogy a fiatalok a programot vezető szakemberekkel újra, strukturáltan átgondolják a program során elhangzott témákat (lásd 1. táblázat) ugyanannak a diasornak a segítségével, amit a nyitó előadáson használtunk. A záróelőadás során mindig használjuk a fiataloknál levő prospektust is, amire a YAM program vége után is tudnak majd támaszkodni.

A SEYLE vizsgálatban a kontroll kar is tartalmaz etikai okokból egy ún. „minimális programot”, ezért ezt a beavatkozást „Tájékoztató programnak” nevezzük. Ennek során a YAM programban is használt hat poszter (lásd 1. táblázat) itt is kikerül az osztályterem falára, így a fiatalok információt kapnak a mentális egészség tudatosításáról, a krízishelyzetekről, a depresszióról, az öngyilkosságról és az adaptív megküzdés lehetőségeiről, valamint a posztereken szerepelt egy facilitátor a nap 24 órájában hívható telefonszáma és email címe is, valamint egy gyermekpszichiátriai elérhetőségei. Ezen kívül ebben a programban résztvevő diákok is kaptak egy névjegykártyát a facilitátor telefonszámával, email címével, egy gyermekpszichiátria elérhetőségeivel, így ebben a vizsgálati karban is azok a fiatalok, akik úgy vették észre magukon, hogy segítségre lenne szükségük, meg volt a lehetőségük, hogy a facilitátor személyt felkeressék és vele együtt eldöntsék, hogy a továbbiakban milyen segítségre van szükségük. Összességében azonban ez a kontroll csoport/minimális program karja a SEYLE vizsgálatnak jelentősen különbözött a vizsgálat fentebb ismertetett YAM karjától, mivel csak a posztert használtuk információ átadásra, előadásokat nem tartottunk, prospektust nem kaptak és szerepjátékokba sem vontuk be a diákokat, mely intervenciók a YAM program során felhasználásra kerültek.

Statisztikai módszer (13): Az adatokat általános kevert lineáris variancia-analízis modellel elemeztük (GLMM). A véletlen hatás a diákok iskolák szerinti klasztere volt, a beágyazott véletlen hatás pedig ismétlődő faktorként az eltelt idő (3 és 12 hónap).

Végül a vizsgált változó az intervenció vizsgálati csoport/kar eredményének az eltérése volt. A GLMM minden esetben magában foglalta a beavatkozás fix hatását, a hónap kategóriát és a beavatkozás-csoport* hónap interakciót. Az analízis alapja a korrigált esélyhányados (OR) volt a három intervenció vizsgálati csoportban, illetve a kontroll csoportnál 3 és 12 hónapok hónap után (mind-egyiknél 95% CI). A szignifikancia vizsgálatnál az intervenció vizsgálati csoportokat csak a kontroll csoporttal hasonlítottuk össze, azaz nem történt kölcsönös összehasonlítás az intervenció vizsgálati csoportok között.

A YAM program kidolgozása – Eredmények

Európában összesen 12395 14-16 éves diák vett részt a vizsgálatban (11,19). Az egyes vizsgálati karokban a hiányzások miatt végül következőképpen alakult a bevont diákok száma: ProfScreen: 2764 diák, QPR: 2692 diák, YAM: 2721 diák, Kontroll/Tájékoztató: 2933 diák (13).

Magyarországon 15 budapesti iskolát, 99 osztályt, összesen 1009 fiatalot vontunk be a projektbe, a vizsgálat során 14 diák vonta vissza beleegyezését, közülük ketten a YAM programból.

A háromféle intervenció program (ld. fenn) közül a YAM program mellett mutatkozott szignifikáns csökkenés a 14-16 éves fiataloknál a 12 hónapos utánkövetéskor az öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságában a Tájékoztató programhoz képest (OR: 0,45, 95% CI: 0,24–0,85, $p=0,014$), míg a másik két programnál nem (ProfScreen: OR: 0,65, 95% CI: 0,36–1,18, $p=0,158$, QPR: OR: 0,70, 95% CI: 0,39–1,25, $p=0,229$) (13).

Bár jelen tanulmány céljához szorosan nem tartozik, a kapott eredményekből kiemelnénk, hogy az alapfelmérés kérdőív alapján (Beck depresszió kérdőív, Zung szorongás kérdőív, Young öngyilkosság kérdőív) a fiatalok 32%-a küszöb alatti szorongásos tüneteket, míg 5,8%-uk küszöb feletti szorongást és 29,2%-uk küszöb alatti depressziót, míg 10,5%-uk küszöb feletti depressziót mutatott (18). Küszöb alatti szintnek nevezzük, amikor a tünetek mennyisége és/vagy fennállásuk időtartama nem meríti ki a klasszifikációs rendszerek kritériumait (pl. depresszió esetében nem áll fenn 5 tünet és/vagy nem állnak fenn a tünetek 2 hétig). Jelen vizsgálatunkban azt kaptuk, hogy mind a küszöb alatti, mind a küszöb feletti szorongás és depresszió funkciókárosodással járt és növelte az öngyilkosság rizikóját, azonban a klasszifikációs rendszer kritériumait kimerítő állapot szignifikánsan nagyobb mértékben mindkét esetben, mint a küszöb-alatti tünetegyüttes (19). Ezért eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a prevenciónak



már a küszöb alatti állapotokra is ki kell terjedniük. Nemzetközi és a hazai tapasztalataink szerint a YAM univerzális mentális egészségfejlesztő programot a fiatalok kifejezetten élvezték, örömmel vettek részt benne. Informális úton visszajutott kutatócsoportunkhoz, hogy volt olyan osztály, ahol a fiatalok a SEYLE program lezárulta után is rendszeresen összejártak szabadidőjükben, hogy a YAM program során megtanult eszközökkel folytassák a programot, figyeljenek egymásra és magukra.

Megbeszélés

A YAM program Angliában, Ausztráliában és Svédországban a középiskolákban az illetékes minisztériumok által már bevezetésre került. Összességében elmondhatjuk, hogy mivel randomizált, kontrollált vizsgálat során hatékonynak bizonyult a YAM program és a nemzetközi és hazai adaptációja során kapott visszajelzések alapján igen pozitív a fogadtatása a fiatalok között, így javasolt a YAM program bevezetése a hazai iskolákba is.

Köszönetnyilvánítás

A SEYLE vizsgálatot az Európai Unió FP7 keretprogramja támogatta, grant szám: HEALTH-F2-2009-223091. SEYLE Projekt vezetője Prof Danuta Wasserman, (Karolinska Institute, National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP/KI) Stockholm, Svédország), az Executive Committee tagjai Prof Danuta Wasserman, Vladimir Carli (mindketten: NASP/KI, Svédország), Prof Marco Sarchiapone (University of Molise, Campobasso, Olaszország; Professor Christina W. Hoven, Camilla Wasserman, utóbbi ketten: Columbia University and New York State Psychiatric Institute, NY, USA); továbbá SEYLE konzorcium tagjai: Danuta Wasserman (NASP/KI, Svédország), Christian Haring (Ausztria), Airi Varnik (Észtország), Jean-Pierre Kahn (Franciaország), Romuald Brunner (Németország), Balázs Judit (Magyarország), Paul Corcoran (Írország), Alan Apter (Izrael), Marco Sarchiapone (Olaszország), Doina Cosman (Románia), Vita Postuvan (Szlovénia) and Julio Bobes (Spanyolország).

A magyarországi SEYLE munkacsoport tagjai: Balázs Judit, Bálint Mária, Farkas Luca, Horváth Lili Olga, Keresztény Ágnes, Mészáros Gergely, Szentiványi Dóra.

Balázs Judit Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásában részesült.

Summary

Adolescence School-based Mental Health Program: Introducing the „YAM” program

Judit Balázs, 1 Institute of Psychology, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary and 2. Vadaskert Child Psychiatric Hospital and Outpatient Clinic, Budapest, Hungary

Aims: Childhood mental disorders have a negative effect of the development in several ways. In this article, we aim to introduce a school based, universal, adolescent prevention program.

Methods: The Youth Aware of Mental Health Program (YAM) was developed during the Saving and Empowering Young Lives in Europe study, which is large-scale, multicountry, randomized controlled trial, including altogether 12 395 European (1009 Hungarian) adolescents.

Results: YAM was more effective in reducing the number of suicide attempts and severe suicidal ideation in adolescents compared to the control group at the 12 month follow-up.

Conclusions: The results underline the benefits of introducing YAM to schools.

KEYWORDS adolescent, school, universal, mental health prevention programme, psychiatric disorders

Irodalom

1. World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf. 2005. Utolsó megtekintés: 2017. 03.09.
2. Balázs J. Az élet ciklusával kapcsolódó pszichiátriai problémák. Gyermek és serdülőkor. In: Németh A, Füredi J (szerk.). A pszichiátria kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 2015. 384-386.
3. Balázs J, Dallos Gy, Németh L, et al. Gyermekpszichiátriai epidemiológia. Orvostovábbképző Szemle 2016; Suppl: 3-15.
4. Costello EA, Egger H, Angold A. 10-year Research Update review: The epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *J Am Acad Child Adolesc Psych*, 2005; 44, 972-986.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
6. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: World Health Organization. 1992.
7. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, et al. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2003; 42, 386-405.



8. Gould MS, Marrocco FA, Hoagwood K, et al. Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2009; 48:11931-201.
9. Scott MA, Wilcox HC, Schonfeld IS, és mtsai. School-Based Screening to Identify At-Risk Students Not Already Known to School Professionals: The Columbia Suicide Screen. *American Journal of Public Health*, 2009; 99:334-339.
10. Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S. eds *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press. 2005.
11. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health* 2013; 13(1):479.
12. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, et al. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010; 13(10):192.
13. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 2015; 385(9977):1536-44.
14. Wasserman C, Hoven C, Wasserman D, et al. Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health* 2013; 12(1): 776.
15. World Health Organization (2015). *Suicide data*. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ Utolsó megtekintés: 2017. 03. 09.
16. Kaess M, Brunner R, Parzer P, et al. Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2014; 23, 611-620.
17. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2010; 40: 506-515.
18. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D. *An instruction booklet to the Awareness Program*. Stockholm. Karolinska Institutet: National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP); English (ISBN: 978-91-86339-01-2). 2009
19. Balazs J, Miklosi M, Keresztesy A, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J. Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54(6):670-677.

Útravaló tudnivaló

- **KÉREK**

Tesztkérdések

KÉREK EGYVÁLASZTÁSOS TESZTKÉRDÉSEKET

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekorvostarsasag.hu.
A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!