

# **Kényszerbetegség gyermek- és serdülőkorban**

Gádoros Júlia dr.

Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia

Budapest

## **Összefoglalás**

Kényszer gondolatokkal és kényszeres cselekvésekkel járó neuropszichiátriai kórképet már korai gyermekkortól diagnosztizálhatunk. A cikk a betegség gyermekkori sajátosságait, formáit ismerteti, tárgyalja a diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai kérdéseket, valamint áttekintést nyújt a gyógyszeres és pszichológiai terápia lehetőségéről. A gyermekkori kényszerbetegség felismerése a gyermekorvos fontos feladata, a betegség korszerű kezelése jelentős szenvedéstől kímélheti meg mind a gyermeket, mind pedig családját.

## **Epidemiológia**

A kényszerbetegség gyermek- és felnőttkorban egyaránt előforduló krónikus, többnyire hullámzó lefolyást mutató neuropszichiátriai kórkép. Felnőttek körében végzett epidemiológiai vizsgálatok a korábban feltételezett alacsony morbiditással szemben 2-2,4%-os előfordulási gyakoriságra utalnak, gyermekek epidemiológiai vizsgálatai fél százalék körüli prevalenciát valószínűsítnek. Gyermekpszichiátrához forduló gyermekek körében a gyakoriság 4-5% -ra tehető. (1). A felnőtt betegek közel fele beszámol arról, hogy betegsége már a korai gyermekkorban kezdődött, de felnőtt korában diagnosztizálták először.

A betegség családokban halmozottan fordulhat elő, de ez nem azt jelenti, hogy maga a betegség, hanem inkább a betegségre való hajlam, vulnerabilitás örökíthető. Természetesen a betegség teljesen egészséges családokban is előfordulhat. Az újabb kutatások a gyermekkori kényszerbetegség és a tic, illetve a hiperaktivitással is járó figyelemhiányos betegség közös genetikai gyökereit illetve patomechanizmusát feltételezik, egyes esetekben streptococcus infekcióra adott autoimmun válasz lehetőségét is felvetik.(2)

## **Tünetek**

A betegséget, az alkalmazkodást, a mindennapi tevékenységet jelentős mértékben megzavaró kényszergondolatok és kényszercselekvések fennállása jellemzi. A mai szakirodalomban rögeszmés–kényszeres (obszesszív-kompulzív) betegségnek, az angol nyelvterületen obsessive-compulsive disorder (rövidítve OCD) néven találkozunk vele. A nemzetközi betegségosztályozásokban a szorongásos kórképek között szerepel, bár mai ismereteink szerint a betegség biológiai háttere más patomechanizmusok fennállására utal. (3).

**A kényszergondolatok (obszessziók)** többnyire kellemetlen, ostoba és zavaró érzések, gondolatok vagy gondolattöredékek, melyeket a beteg sajátmagától idegennek, akarata ellenére valónak tart és próbál küzdeni ellenük. Az obszessziók jellegzetes témák köré csoportosulnak:

- Szennyeződéssel kapcsolatos kényszergondolatok, mint aggodalom a piszoktól, kórokozóktól, betegségektől, undor a különböző testnedvektől (nyál, vizelet stb.), félelem a környezeti szennyeződésektől (sugárzás stb.), kifejezett undor a ragacsos anyagoktól, ételmaradékoktól, a fertőzéses megbetegedésektől
  - Agresszív gondolatok, mint például félelem attól, hogy kárt tett vagy tenni fog magában vagy másokban, erőszakos, ijesztő fantáziák, félelem attól, hogy akarata ellenére sértő vagy obszcén dolgot kimond, vagy valami zavarba ejtőt tesz, valamit ellop, megtámad valakit, vagy félelem attól, hogy valamilyen rossz dologért ő a felelős (tűz, betörés, árvíz).
- Szexuális tartalmú kényszergondolatok is előfordulnak már gyermekkorban, mint például aggodalom a homoszexualitástól, tiltott, perverz gondolatok és fantáziák, agresszív szexuális készletések másokkal szemben
- Takarékossgal, gyűjtögetéssel kapcsolatos kényszergondolatok, félelem attól, hogy dolgai elvesznek
- Mágikus gondolatok, babonás obszessziók is jellegzetesek, fokozott jelentőséget tulajdonít szerencsés és szerencsétlen számoknak, színeknek, stb.
- Jellegzetesek aggodalmak különböző betegségektől, valamely testrész vagy a test küllemének megváltozásával kapcsolatban
- Vallásos kényszergondolatok esetén túlzott félelem attól, hogy valamilyen szentséget megsért, túlzott moralizálás, "a jó, a rossz" bizonyosságának kérdésével való foglalatosság
- a kényszergondolatok lehetnek akár a tudatba betolakodó, semleges gondolatok, hangok, zene, szavak, számok is.

**A kényszercselekvések (kompulziók)** olyan tevékenységek, cselekvések, cselekvéssorok, melyeket a betegek újra és újra, belső, és mégis idegenként átélt késztetés hatására hajtunk végre. Ha a beteg valamely akadályoztatás folytán nem tudja befejezni a cselekvéssort, elviselhetetlen érzése támadhat. A kényszercselekvések gyakran a kényszer gondolatok által keltett félelem elhárítását szolgálják. A kényszercselekvések: ugyancsak jellegzetes területeken mutatkoznak:

- Mosakodással, tisztasággal kapcsolatos kényszercselekvések, mint túlzott vagy rituális kézmosás, fürdés, fogmosás, testápolás. Ugyancsak jellegzetes lehet a vélt szennyeződés elkerülése végett történő folyamatos takarítás, mosás.
- Ellenőrzéssel, kontrollálással kapcsolatos kényszercselekvések a zárok, játékok, iskolatáska, iskolai holmik túlzott ellenőrzésében mutatkozik meg, de kiterjedhet a mosakodással, öltözködéssel kapcsolatos ellenőrzésekre is. Jellegzetes annak ellenőrzése, hogy akaratlanul nem vétett-e valami hibát, nem okozott-e kárt másoknak.
- Az ismétlési rituálék az újraolvasás, újradírózás és -írás, vagy a rutin tevékenységek ismétlésében mutatkoznak meg (küszöbön át- és visszalépések, lépcsőn le- és feljárás, ismételt leülés és felállás stb.)
- Számolási rituálék során a tárgyak (pl. kövek, lámpák, lépcsőfokok) vagy szavak számolása
- Rendrakással, rendezgetéssel kapcsolatos kényszercselekvések között gyakori a ceruzák, könyvek kényszeres sorba rendezése, a terítők, szőnyegek, függöny igazgatása is. Mindezt gyakran kíséri a szimmetriára való törekvés is.
- A kényszeres gyűjtögetés a használatra nem alkalmas vagy célszerűtlen tárgyak gyűjtésében, illetve a szemét vagy egyéb használhatatlan tárgyak kidobásának nehézségében jelentkezhet.
- Túlzásba vitt babonás viselkedés, melyet a cselekvések intenzitása és befolyásolhatatlansága különít el az életkornak még megfelelő játékos vagy mágikus viselkedéstől. A túlzott babonáság megnehezítheti a gyermek alkalmazkodását, merev, elkerülő viselkedéshez vezet, melyet már kórosnak mondhatunk.

A gyermekkorban a kényszercselekvések kivitelezésébe a gyermek gyakran bevonja a szülőt is, ezt nevezhetjük **kiterjesztett kényszernek**. Ilyenkor például kiköveteli a gyermek, hogy a szülő újra és újra ellenőrizze házi feladatát, a tányérját ötször egymás után mossa el, az ismételt feltett kérdéseire azonos módon, azonos hangsúllyal újra és újra

válaszoljon. Amennyiben a szülő nem képes úgy cselekedni, hogy ez a gyermek feszültségét csökkentse, a gyermek akár tettelegessé is válhat vele szemben (4).

A kényszerbetegség egyik sajátossága, hogy tünetei kultúránként vagy életkoronként kevés változatosságot mutatnak. Előfordul, hogy már a 3-4 éves korban jelentkező kényszer gondolat vagy -cselekvés teljesen azonos tartalmú egy felnőtt betegnél jelentkezővel. Mégis vannak bizonyos sajátosságok, melyeket gyermekkorban a kényszerbetegség diagnosztizálásánál figyelembe kell vennünk.

A kényszer gondolatokat - különösen nagyon fiatal gyermekek - meglehetősen nehezen tudják megfogalmazni. Vannak könnyen belátható kényszer gondolatok, mint például az, hogy az uszodában való fürdés következtében valamilyen betegség léphet fel, de vannak homályos, és a gyerek és a környezet számára egyaránt nehezen megmagyarázható kényszer gondolatok is. Ezeket gyakran éppen ezért nagyon nehéz explorálni. Minél fiatalabb a gyermek, annál nehezebben fogalmazza meg ezeket a gondolatokat, illetve a gyermek a kényszer gondolatot gyakran nem is tartja idegennek önmagától. A betegség folyamatában a kényszer gondolatok tartalma változhat is. Az ajtózárással kapcsolatos kényszer gondolatot például a fertőzéstől való félelem válthatja fel. A kényszer gondolat értelmetlenségének megítéléséhez bizonyos életkor is szükséges, így míg a 8 éves kor alatti gyermek nyíltan beszámol szüleinek kényszer gondolatairól, az idősebbek már szégyellik és megpróbálják ezeket a környezetük előtt titkolni.

A kényszer cselekvések gyermekek esetében is többnyire kapcsolatosak a kényszer gondolatokkal. Az ismételt kézmosás mögött az a kényszer gondolat állhat, hogy megfertőződik a keze a piszoktól, az öltözködési ceremóniák mögött az a félelem, hogyha nem tökéletes a cselekvése, akkor hozzátartozójának baja történhet. Gyermekek esetében a gondolat és a cselekvés közötti kapcsolatot néha nehéz megtalálni, különösen fiatalabb életkorban. Az ágyak körüli tárgyak órák hosszat való rendezgetése, és mondjuk az anya lehetséges megbetegedése között csak nagyon távoli a kapcsolat. Gyermekeknél gyakran látunk úgynevezett mentális rituálékat. Ezek valójában kényszer cselekvések, de teljes mértékig a gondolkodásban zajlanak, és a külső szemlélő számára láthatatlanok. A mentális rítusok közé tartozik a számolás, a versek, bizonyos szavak vagy mondatok vég nélküli ismétlése. A kényszer gondolatokkal szemben ezeket a mentális rituálékat a gyermek belső késztetéstől vezényelve, akarattal viszi véghez, míg a kényszer gondolatok akarata ellenére törnek a tudatába. Gyermekekben viszonylag gyakori, hogy, hogy kényszer cselekvések kényszer gondolatok nélkül is jelentkeznek.

Kiterjesztett kényszerek esetében gyakran előfordul, hogyha a szülő a gyermek követeléseit nem tudja tökéletesen teljesíteni, az egyébként szelíd és inkább félős gyermek a szülővel szemben tettegessé válik. Súlyos kényszerbetegség esetén a szülő bevonódása a kényszeres rituáléba egyre kétségbeesettebb helyzetbe kergeti mindkettőjüket. Mivel a kisgyermek még nincs tudatában kényszercselekedetinek értelmetlenségével, ezért ezeket nyíltan végzi, és csak az életkor növekedésével kezdi rejtegetni és titkolni. A rituális cselekvésekkel szemben a gyermek általában kevesebb ellenállást tanúsít, mint a felnőtt betegek.(3)

### **Komorbiditás**

Kényszerbetegségben szenvedő gyermekek gyakran egyéb, társult pszichiátriai betegségek tüneteit is mutatják. OCD-vel rokon betegségnek tekintjük a kényszeres hajvagy szemöldöktépegetést, a saját külsővel vagy egészséggel való túlzott, aggodalmaskodó elfoglaltságot (hipochondria, diszmorfiától való félelem). Gyermekkori kényszerbetegeknél illetve családjukban halmozottan fordul elő tic- illetve Gilles de la Tourette betegség. Míg a ticnél többnyire egyszerű izomrángásokat látunk, a Tourette betegségénél komplex mozgások és hangadás, akár csúnya szavak önkéntelen kimondása jelentkezik, mely gyakran nehezen különíthető el a kényszerbetegség tüneteitől.

A kényszerbetegség mellett más, csak gyermek, vagy gyermek- és felnőttkorban egyaránt előforduló pszichiátriai betegségek tünete is mutatkozhatnak. Gyerekeknél gyakran látunk tanulási zavarokat, figyelemzavarral járó hyperkinetikus szindrómát, szociális fóbiát, pánikbetegséget vagy depressziót is. A kényszerbetegség kezelésére alkalmazott gyógyszerek mind a depresszió, mind a pánikbetegség tüneteit is enyhítik, a tic betegség kezelésére a kényszerbetegségekre alkalmazott gyógyszereket a megfelelő medikációval ki kell egészítenünk.

### **Diagnosztika**

A kényszerbetegség diagnózisa a beteg gyermek részletes anamnézisének felvétele és vizsgálata mellett a szülőtől és a környezeti személyektől nyert információkkal egészül ki. A diagnózis felállítása során a kényszer gondolatok illetve kényszercselekvések részletes feltérképezése mellett a betegség okozta szenvedést, és az alkalmazkodásra kifejtett gátló hatást is meg kell ítélnünk. Laboratóriumi illetve műszeres vizsgálatok, melyek a kényszerbetegség fennállását alátámasztanák, még nem állnak rendelkezésünkre. A

tudományos vizsgálatokban intenzív kutatás folyik az idegingerület áttételben szerepet játszó monoaminok (elsősorban a serotonin), illetve a kényszerbetegségben feltételezéseink szerint jelentőséggel bíró agyi struktúrák (basalis ganglionok, prefrontális kéreg) morfológiai- funkcionális eltéréseinek kimutatására, de ezek a klinikus számára a gyakorlatban még nem alkalmazhatók.

A kényszerbetegséget nem szabad összetévesztenünk a normál gyermeki fejlődéssel járó kényszeres-rituális viselkedési mintákkal, mint például a lefekvéses rítusokkal vagy a babonás viselkedéssel. Ezek a gyermeki szokások vagy rítusok elsősorban a gyermek biztonság érzetét szolgálják, és nem akadályozzák mindennapi életvitelében, illetve nem okoznak számára szenvedést. Van a kényszerbetegségnek egészen enyhe formája is, mely csak kevésbé interferál a gyermek mindennapi életével. Ha a családban ismert OCD-s beteg van, ajánlatos várni és megfigyelni a folyamat alakulását. A betegség természetéből adódóan lehetséges olyan időszak, amikor a kényszerek akadályozó hatása felerősödik, és ilyenkor az időben történő viselkedésterápiás vagy gyógyszeres kezelés indokolt lehet. (5)

Számos gyermekkorban előforduló pszichiátriai betegség tünete között kényszeres rituális szimptomákat is találunk. A gyermekkorban induló skizofrénia első tünete gyakran kényszergondolat vagy kényszercselekvések formájában mutatkoznak. Az autisztikus gyermekeknél megfigyelhető rituális-sztereotip viselkedés mintázat számos hasonlóságot mutat a kényszerrel. A gyermekkori depresszióknak és egyéb szorongásos betegségeknek tünete között jellegzetesen megtalálhatjuk a kényszertüneteket is. Az elkülönítő diagnózisban a családi anamnézis, a tünetek megjelenésének és alakulásának pontos nyomon követése lehet segítségünkre (5).

### ***A mindennapok nehézségei***

A kényszerbetegség a gyermek viselkedését jellegzetes módon megváltoztatja. A gyermekek többnyire tudatában vannak annak, hogy tüneteik a környezetük számára abnormálisnak tűnhetnek, és hogy ezért őket bolondnak nézik. Maguk a tünetek súlyosabb esetekben rengeteg időt és energiát vesznek el a gyermektől, így az egyébként esetleg jól teljesítő gyermek lemarad az iskolai tanulmányaiban, kivonódik az otthoni feladatok alól. Mivel a gyerek érzi, hogy ő más, mint a többi, önértékelése is csökken. Legnagyobb nehézséget iskoláskorúaknál a reggeli indulás, illetve az esti lefekvés szokott okozni. A reggeli öltözködés, a táska bepakolása illetve ellenőrzése mindennapi stresszt jelent a gyermek számára, az esti ceremóniák elhúzódása pedig tartós alváshiányba torkollhat. Az

étkezések körüli ceremóniák a normál táplálék felvétel beszűküléséhez vezetnek, így a krónikus alváshiány és a táplálkozási nehézség együttesen a fizikai állapot romlásához vezethet.

A gyermekeknek a szülőkhöz való kapcsolatát alapvetően megzavarhatja a kényszerbetegség. A szülő sokáig értetlenül áll a gyerek megrögzött szokásaival szemben, és különböző módon próbál hadakozni ellene. Szemrehányás és kétségbeesés, vádaskodás és önvád veszi körül a gyermeket. Az érzelmi nehézségeket még extrém módon fokozhatja az is, ha a gyermek a szülőt a kényszer-rituálékba bevonja.

A kortárs kapcsolatok nehézségei is jellegzetesen megtalálhatók. A gyermek megpróbálja kényszeres tüneteit titkolni társai előtt, de mivel ez nem sikerül minden esetben, inkább lemond a kapcsolat fenntartásáról. Amennyiben a gyermek kényszeres tünetei a társak számára mégis láthatóvá válnak, gyakori, hogy nevetség tárgyává válik, mely feszültségét és visszahúzódnásra való hajlamát csak tovább növeli. A kényszerbetegség okozta közvetlen hátrányok mellett így másodlagos nehézségek is keletkeznek a gyermek életében, melyek miatt az életkor szerint várható fejlődési lépések megtétele is nehezzé válik. A szülőről való fokozatos leválás, a kortárs kapcsolatok kialakítása, az életkornak megfelelő szocializáció elakad, melyek következtében a gyermek depresszióssá, szorongóvá válhat, teljesítménye romlik, magabiztossága csökken.

## **Terápia**

Gyermekek és serdülők kezelésében - felnőtt betegekéhez hasonló módon - viselkedésterápia és gyógyszeres terápia, illetve a kettő kombinációja jön szóba. Feltáró vagy analitikus jellegű pszichoterápiák a kényszerbetegség kezelésében nem bizonyultak eredményesnek. A viselkedés- illetve gyógyszeres terápiát néhány esetben indokolt családterápiával kiegészítenünk, serdülők kezelésében csoportterápia is előnyös lehet. A szülők és a gyermekek számára egyaránt fontos a pszichoedukáció, tehát az, hogy megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek a betegség természetéről, befolyásolásának lehetőségeiről.

### ***Viselkedésterápia***

Gyermekeknél az enyhe illetve középsúlyos esetekben a kezelést viselkedésterápiával indítjuk és csak a terápia elégtelensége esetén kezdjük a gyógyszerek

beállítását. A tapasztalatok azt mutatják, hogy, hogy a viselkedésterápia önmagában is jelentős tüneti javulást hozhat.

A módszer alapját adó tanuláselmélet szerint a kényszeres viselkedés sajátos tanulási folyamat eredménye. A beteg aktívan tesz valamit, hogy a vélt veszélyt elhárítsa, így a tünetek aktív szorongásselkerülő viselkedésként értelmezhetők. (pl. attól való félelem hatására, hogy a kilincstől fertőzést kaphat, az érintés után addig kell kezet mosni, míg a félelemérzés nem csökken). A szorongás csökkenése ebben az esetben olyan következmény, amely felerősíti magát a viselkedést, tehát egy következő hasonló helyzetben a beteg nagy valószínűség szerint ugyanígy fog viselkedni. A terápia célja a kialakult és rögzült, az alkalmazkodást ugyanakkor gátló tüneti viselkedés csökkentése, megszüntetése, illetve az alkalmazkodást segítő normál viselkedés megtanulása.

A terápia során a beteget szembesítjük a kényszeres viselkedést előhívó ingerekkel (*ingerexpozió*), majd megkíséreljük gátolni az ingerkerülő kényszeres viselkedés megjelenését (válaszmegeelőzés). Így például a beszennyeződés érzésének megjelenése ellenére a megpróbáljuk a kézmosást mindaddig megakadályozni, míg szennyeződéstől való félelem ébresztette szorongás lecsökken, illetve elmúlik. Az ingerkitételre, illetve a válaszmegeelőzésre többféle módszer létezik. Megjeleníthetjük a szorongást kiváltó ingereket fokozatosan erejüknek megfelelően vagy mintegy elárasztva beteget (*ingerelárasztás*), megjeleníthetjük a valóságban vagy csak gondolatban stb. Válaszmegeelőzés során gátolhatjuk az egész rituális cselekménysort, vagy csak egyes elemein változtatunk.

A viselkedésterápiás beavatkozási lehetőségek közül az ingerkitételt (*ingerexpozió*) és válaszmegeelőzést (*válaszprevenció*) kombináló módszerek bizonyulnak a leghatékonyabbnak. A viselkedésterápiás technika kiválasztását, illetve alkalmazását gondos viselkedésdiagnosztikai folyamatnak kell megelőznie. Mindez magában foglalja a problémák általános és részletes leírását, a viselkedés pontos elemzését, a viselkedés kórtörténeti és szociális hátterének a tisztázását, a viselkedés folyamatos tesztelését valamint kérdőívek használatát. (pl. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) (6, 7)

Gyermekterápiákban a játékosságnak, a kezelő megértő, együtt érző, bátorító, jutalmazó, de egyben határozott, konzekvens hozzáállásának van nagy szerepe.

### ***Gyógyszeres kezelés***

Gyermek- és serdülőkori kényszerbetegség gyógyszeres kezelésében ugyanazok az általános szabályok érvényesek, mint felnőtt korban. Figyelembe kell vennünk azonban a kezelésben néhány gyermekkori sajátosságot. Az idegrendszerre ható szerek anyagcseréjéért felelős májenzimek működése, a szerek felszívódási és eloszlási sebessége, a szöveti érzékenység is más lehet gyermekkorban. Mindezek alapján általános szabályként fogható fel, hogy mindig a lehető legkisebb dózissal kezdjük a terápiát, majd ha szükséges, folyamatosan, lassan emeljük a dózist az optimális terápiás hatás eléréséig. Javasolt az alkalmazott gyógyszer napi többszöri elosztásban történő adagolása, amellyel elkerülhető a gyógyszer szint ingadozása.

A gyógyszeres terápiában az antidepresszívumoknak van elsődleges szerepe. A Clomipramin volt az első szer, mely hatékonyságát gyermekkorban is bizonyították megfelelő vizsgálatok. Ma már több, a szerotonin visszavételt gátló antidepresszívum javallatában is szerepel a gyermekkori kényszerbetegség, így fluoxetin, fluvoxamin, sertralin is adható az előírásoknak megfelelően. Kellő ideig (legalább két hónap), megfelelő dózisban adott antidepresszív szer mellett is előfordulhat, hogy nem látunk eredményt, ilyenkor javasolt a gyógyszer váltás (másik SSRI), illetve gyógyszer-kombináció. A kényszerbetegséggel kombinálódó egyéb betegségek is indokolhatják a kombinált gyógyszeres kezelést. Így antipszichotikumok, szorongásoldók, antimániás szerek is szóba jöhetnek a kombinált kezeléseknél. (8)

Bár az egyes terápiaformák külön-külön történő alkalmazása is tüneti javulást hozhat, a legjobb eredmények a gyógyszeres kezelés és a kognitív viselkedésterápia együttes alkalmazása esetén érhetők el. Fontos a beteggel és környezetével kialakított biztonságot nyújtó, elfogadó-támogató kapcsolat fenntartása, mivel hosszú ideig tartó kezelésre kell készülnünk. A modern gyógyszeres terápia és a viselkedésterápia kombinációja ugyan jelentős mértékben javította a betegség prognózisát, a betegek jelentős részénél évekig tartó, egy részüknél akár egész életre kiterjedő gyógyszeres kezelésre és pszichés támogatásra kell felkészülni. Tünetmentessé vált gyermekeknél is előfordulhat, hogy serdülőkorban a betegség újra fellángol, vagy leányoknál később a terhesség időszakában találkozhatunk a tünetek kiújulásával.

A betegség, különösen súlyosabb formájában az egész családot és a gyermek tágabb környezetét, az iskolát, a baráti kötetleket is érinti. A szülők részvétele a gyermek terápiában elengedhetetlen. Fontos, hogy ismerjék a betegség természetét, segítsenek a

gyógyszeres vagy viselkedésterápia kivitelezésében, ellenőrzésében. A betegséggel kapcsolatos tévhitek eloszlatásában, a hatékony terápiás formákhoz való hozzáférésben a pszichoedukáció kap egyre nagyobb feladatot. Külföldi tapasztalatok alapján a média eszközei mellett a betegszövetségek, a világhálón megjelenő honlapok is jelentős szerepet tölthetnek be ezen a területen.

### **Irodalomjegyzék**

1. Carter AS. Pollock RA. Obsessive compulsive disorder in childhood. *Current Opinion in Pediatrics*. 12(4):325-30, 2000 Aug.
2. Murphy TK. Benson N. Zaytoun A. et al Progress toward analysis of D8/17 binding to B cells in children with obsessive compulsive disorder and/or chronic tic disorder. *Journal of Neuroimmunology*. 120(1-2):146-51, 2001 Nov 1.
3. Steinberger K. Schuch B. Classification of obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 106(2):97-102, 2002 Aug.
4. Gádoros J.:A "bántalmazott" szülő. Az intrafamiális agresszió sajátos formájáról *Psychiatria Hungarica* 5:195-211, 1990.
5. Jans T. Wewetzer C. Remschmidt H. et al. Long-term course of childhood or adolescence onset obsessive-compulsive disorder: psychosocial adaptation in adulthood *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 29(1):25-35, 2001 Feb.
6. Piacentini J. Cognitive behavioral therapy of childhood OCD. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 8(3):599-616, 1999 Jul.
7. Waters TL. Barrett PM. March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: preliminary findings. *American Journal of Psychotherapy*. 55(3):372-87, 2001.
8. Thomsen PH. Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 5(2):55-66, 1996 Jun.

### **Lelőhely jegyzék:**

Kényszerbetegség Németh A (ed): Cserépfalvi-Psychoeducatio 1994.  
A pszichiátria magyar kézikönyve 439-447. Füredi J. (ed): Medicina 1998.  
Gyermek- és ifjúságpszichiátria Kézikönyv egyetemi hallgatóknak és szakorvos jelölteknek. Ed: Vetró, Perry-Jones, Szeged, 1996  
Gádoros, J. A kényszerbetegség sajátosságai gyermek- és serdülőkorban. In: Németh A. (ed): Kényszerbetegség és határterületei 63-72 Filum Kiadó Budapest 2000  
Gádoros J.: Depresszió és szorongásos zavarok gyermek- és serdülőkorban. *Háziorvos Továbbképző Szemle* I/2. 76-78. 1996.