



PSZICHOSZKÓP

Gyermekpszichiátriai útikalauz, orvosoknak

Dr. Túri Anna Berta

A hosszmetzeti vizsgálatok egyértelműen jelzik a hangulatzavarok korai kezdetét, az első epizódok többsége felnőttkor előtt jelentkeznek. A kategórián belüli két fő betegségcsoport (depressziós- és bipoláris zavarok) gyermek-, serdülő- és felnőttkorban egyaránt nagy terhet ró az egyén teljesítőképességére, hétköznapi nehézségekhez történő rugalmas alkalmazkodására, rontja az életminőséget és a személyiség fejlődését is negatívan befolyásolhatja. Emellett a kezeletlen major hangulati zavarok az öngyilkosság legfontosabb rizikófaktorainak tekinthetők, amely serdülőkorban a harmadik leggyakoribb halálozási ok napjainkban.

Amit tudni érdemes...

Hazánkban a depresszió (major depresszív zavar) gyakorisága serdülőkor előtt 1-2%, míg serdülőkorral 3-8% körüli értéket mutat, ekkor a nemi arányok eloszlása a felnőttekhez hasonló 2:1, női dominanciával. A depressziós epizódok kialakulásában fontos szerepet játszhatnak eddig nagyrészt ismeretlen gén-környezeti kölcsönhatások. A genetikai vulnerabilitás és a családban jellemző pszichoszociális klíma együttesen közvetítheti a betegség kialakulására való érzékenységet. A diagnózis, prognózis és akár a terápiás eszköz megválasztásánál is fontos szempont lehet a családi érintettség, ezért bármilyen pszichés betegség esetén lényeges feltérképezni a családi anamnézist is.

Fontos kiemelni, hogy különösen a serdülőkori depresszió mellett rendkívül gyakoriak egyéb pszichiátriai problémák. Leginkább a szorongásos kórképek jellemzőek, amelyek gyakran korábban jelentkeznek, így rizikófaktorok tekintünk a betegség kialakulásában (hazánkban a depressziós gyermekek és serdülők körében 32,6%-ban fordult elő szorongásos és 21,6%-ban diszruptív komorbiditás). Ezen felül ezek növelik a tünetek súlyosságát, és bármilyen komorbiditás növeli a relapszusok valószínűségét, ezért a depresszió mellett fennálló pszichés problémák mindegyike kezelendő súlyosságuk sorrendjében. A szorongásos kórképeken kívül gyakran észlelünk étkezési zavarokat és szerhasználatot is.

Így segíthetünk...

A negatív prognosztikai faktorok mellett (korai kezdet, családi halmozódás és komorbid problémák) találunk olyan általunk is befolyásolható tényezőket is, amelyek a kedvezőbb kimenetelt segítik: ilyen a terápiával való együttműködés, a terápiás folyamatban történő aktív részvétel (terápia adherens viselkedés). Ennek kialakításában az egyik legfontosabb feladatunk a hiteles tájékoztatás nyújtása minél több forrásból, emellett a pszichoedukáció megnöveli a gyermek körüli szociális háló biztonságát, elősegíti a tünetek változásának korai észlelését és az ezekre adott megfelelő reakciókat.

A specifikus pszichoterápiák általában 3-4 hónapig tartanak, heti egy ülés mellett, ami nem kis elköteleződést igényel a fiataltól. Ezért egy egyébként is a motivációs bázis megcsappanásával járó alapbetegség esetén nem elhanyagolható szempont az együttműködés ilyen formájú elősegítése. Emellett a családnak és a fiatalnak fontos tudnia, hogy a farmakoterápia pozitív hatásai várhatóan 4–6 hét alatt válnak kifejezetté, de gyakorlati tapasztalatok szerint, a második hét végére jelentkező terápiás válasz nagymértékben jelzi a későbbi hatékonyságot.

Továbbá az alapellátás fontos szerepet tölt be a szűrési tevékenységben mind a betegség fennállását, mind a szuicid rizikót tekintve.

Depresszió szűrés

A NICE irányelvek (The National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) szerint ajánlott a 12 év felettek rutin depresszió szűrése önkitöltős tesztek segítségével, abban az esetben is, ha az anamnézisben nem szerepel korábban depresszió. Az egyik legkönnyebben alkalmazható teszt a 7-18 éves korosztály számára a Rövid Gyermekek Depresszió Kérdőív (GYD) (Child's Depression Inventory, CD), amely Magyarországon évtizedek óta része a klinikai gyakorlatnak, és ingyenesen elérhető.

Használhatjuk ennek rövid változatát is, amely 10 tételből áll. A válaszok 0-2 skálán értékelendők, a maximális pontszám 20. A 7 vagy e feletti pontszám esetén érdemes a gyermekkel beszélgetni a pozitív válaszokról, tünetek megerősítése esetén szakellátásba irányítani. Fontos, hogy a tünetek értékelésekor az aktuális állapot mellett hosszmetzetében is térjünk ki a hangulati élet jellemzőire, és kérjük heteroanamnesztikus forrás (szülő, pedagógus) segítségét.

A szuicid veszély felmérésére az EMMI szakmai irányelve a következő tényezőkre való kitérést írja elő:

1. Családi anamnézis,
2. Korábbi szuicid kísérlet/ek,
3. Konkrétan rá kell kérdezni a szuicid gondolatokra, tervre és kísérletre:

„Gondolsz-e olyat, hogy nem vagy elég jó, nem vagy olyan jó, mint a többi gyerek, hogy teher vagy a családot, környezetet számára? Gondolsz-e arra, hogy jobb lenne, ha halott lennél?” Ha a válasz a fentiekre IGEN, akkor a további kérdésekkel mérjük fel a szuicid veszélyt. „Gondoltál-e arra, hogy megölnöd magad? Esetleg arra is gondoltál, hogy hogyan tennéd meg? El is tervezted? Mikor gondoltál ezekre? Meg is próbáltad? Mi történt?” Szuicid veszély esetén hospitalizáció javasolt.”

Rövid tünettár

Depresszív epizód:

Az alábbi tünetek közül legalább öt vagy több – ugyanazon kéthetes időszak során – fennáll és ez változást jelent a gyermek korábbi funkciójához képest. A kritérium tünetek közül legalább az egyik.

- Mélyen fekvő/irritábilis hangulat (18 éves korig a depressziós hangulattal egyenértékű) -érdeklődés, öröm elvesztése a legtöbb tevékenységgel kapcsolatban, a nap legnagyobb részében csaknem mindennap,
- jelentős testsúlycsökkenés vagy testsúlygyarapodás
- inszomnia vagy hiperszomnia
- pszichomotoros agitáció vagy gátoltság
- fáradtság vagy anergia
- értéktelenség érzése, büntudat
- csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, döntésképtelenség
- halállal kapcsolatos visszatérő gondolatok, visszatérő öngyilkossági gondolatok, konkrét öngyilkossági terv és öngyilkossági kísérlet.

A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas-szociális, iskolai vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák.

Mániás epizód:

-Abnormálisan és tartósan emelkedett, expanzív vagy irritábilis hangulat (kritérium tünet), mely fokozott célirányos tevékenységgel jár együtt, legalább egy jól körülhatárolható egyhetes időszak alatt.

+az alábbi tünetek közül legalább három és a szokásos viselkedéshez képest jelentős változás észlelhető:

- felfokozott önértékelés vagy grandiozitás
- csökkent alvásigény
- szokásosnál nagyobb beszédesség
- gondolatrohanás
- disztraktibilitás

- célirányos tevékenység fokozódása (társas, iskolai vagy szexuális aktivitás) vagy pszichomotoros agitáltság (céltalan tevékenység)
- túlzott részvétel káros, de örömszerző tevékenységekben.

A hangulatzavar elég súlyos ahhoz, hogy a társas-szociális és iskolai működést jelentősen károsítsa, vagy kórházi felvételt tegyen szükségessé.

Források:

- (1) [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermekkori hangulatzavarok diagnosztikájáról és](#)
- (2) [Recommendations | Depression in children and young people: identification and management | Guidance](#)
- (3) Balázs, J. (2015): Hangulatzavarok In: Gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Szerk: Balázs, J., Miklósi, M. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest pp. 69-76. ISBN: 9789633313442

Vadaskert Alapítvány
Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia
www.vadaskert.hu
www.vadaskertem.hu

Kérjük, adója 1%-ával támogassa a Vadaskert Alapítvány működését!
Adószámunk: 19007191-1-41