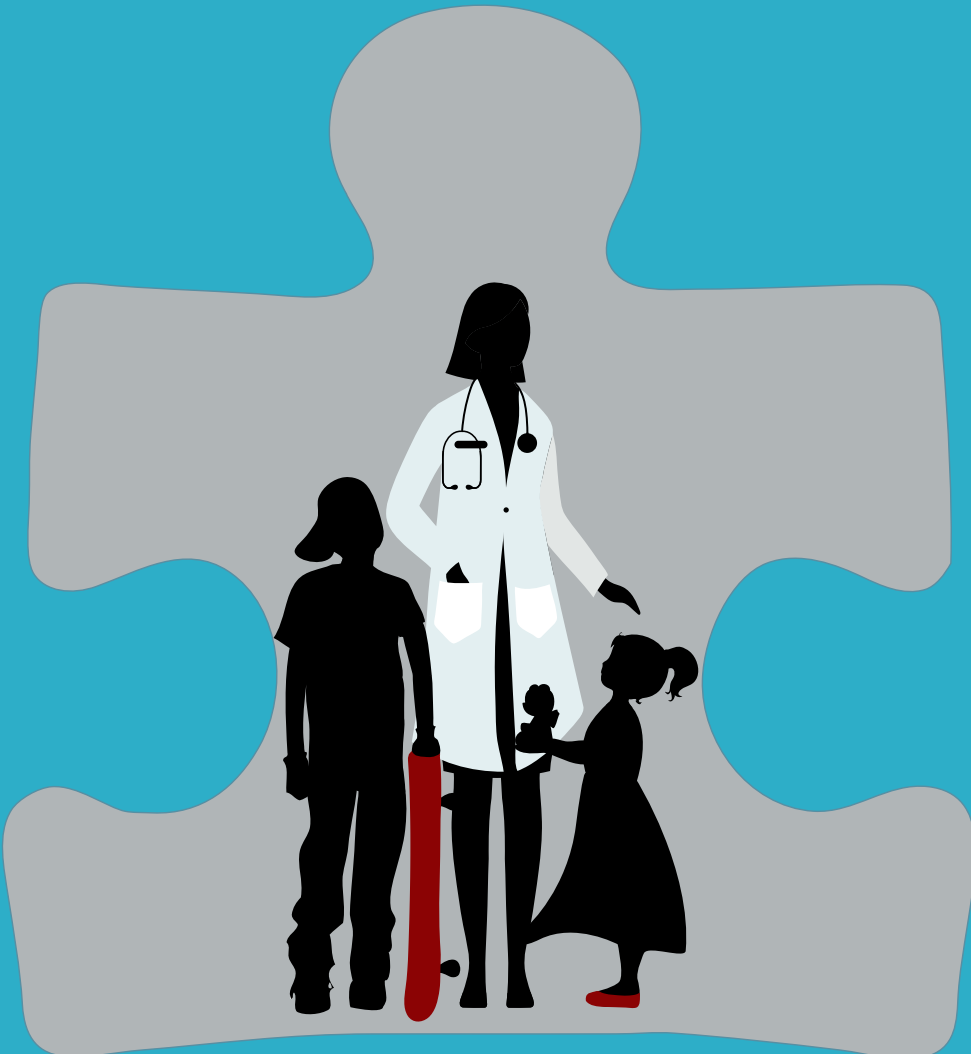


Dr. Vetró Ágnes  
Dr. Pászthy Bea

# Gyakori gyermek- és ifjúságpszichiátriai kórképek diagnosztikai és terápiás javaslatainak gyűjteménye



**GYAKORI GYERMEK- ÉS  
IFJÚSÁGPSZICHIÁTRIAI KÓRKÉPEK  
DIAGNOSZTIKAI ÉS TERÁPIÁS JAVASLATAINAK  
GYŰJTEMÉNYE**

**SZERKESZTŐK**

Dr. Vetró Ágnes  
Dr. Pászthy Bea

ISBN 978-963-9661-57-8

Készült az „EFOP-2.2.0-16-2016-00002  
Gyermek- és ifjúságszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer  
infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” című  
projekt keretében

## ELŐSZÓ

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ – az „EFOP-2.2.0-16-2016-00002 Gyermekek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” elnevezésű projekt tervezésekor – felkérte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermekekpszichiátriai és Addiktológiai Tagozatát, hogy az infrastrukturális fejlesztések mellett tegyen javaslatokat az országban működő gyermekpszichiátriai és mentálhigiénés hálózatok szakmai színvonalának emelése, egységesítése érdekében. Mivel az emberi erőforrások minisztere 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelete a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól rendelkezett, tagozatunk a gyakoribb gyermekpszichiátriai zavarok szakmai irányelveinek összeállítását javasolta.

Így készült el a tíz új gyermekpszichiátriai irányelv és került frissítésre a korábbi három.

Mivel ezek az irányelvek egy év alatt egyenként, elszórva jelentek meg a különböző egészségügyi közlönyökben, ez a mindennapi életben való használhatóságukat megnehezíti. Ezért terveztük azt, hogy az új és a felújított irányelvek diagnosztikus és terápiás fejezeteit egy kötetben összevonva adjuk ki, és készítünk hozzá egy olyan tesztkönyv mellékletet, melyben azokat a kérdőíveket, interjúkat és tünetbecslő skálákat gyűjtjük össze, melyet mindennapi munkánk során a leggyakrabban alkalmazunk. A meglévők mellett három új diagnosztikus kérdőív és egy tünetbecslő skála hazai adaptációjára is sor került.

Az irányelv komplett formáját a <https://kollegium.aek.hu/Iranyelvek> honlapon kikereshetik az érdeklődők. Itt található a közlönyben való megjelenésének és az érvényességének az ideje is.

Az irányelvek fejlesztésére egy-egy hazai szaktekintélyt kértünk fel, aki abban a körképben nagy szakismerettel rendelkezik. Ő hozta létre munkacsoportját, akikkel a munkát közösen végezték.

Mindenkinek felhívjuk a figyelmét arra, amit valamennyi irányelv előszava is hangsúlyoz, hogy „bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni”. Bízunk abban, hogy munkánk eredményeként országosan egységesebbé válik a gyermekpszichiátriai betegek diagnosztikája és terápiás ellátása, az ellátó helyek közötti színvonalkülönbségek csökkennek, a képzésben lévő rezidensek munkája, valamint felkészülésük a szakvizsgára könnyebbé válik.

Az irányelvek segítségével szolgálnak az országos és regionális szakfőorvosoknak minőségbiztosítási munkájuk ellátása során.

Ezúton köszönjük meg valamennyi munkatársunknak lelkiismeretes, szakmailag magas szintű munkáját, amivel az irányelvek, jelen könyv, valamint a mellékelt tesztkönyv és tesztek fejlesztéséhez hozzájárultak.

**Dr. Vetró Ágnes**  
**Dr. Pászthy Bea**  
szerkesztők

## TARTALOMJEGYZÉK

1. A gyermek- és serdülőkori akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról.....	5
2. A gyermek- és serdülőkori evészavarok ellátása .....	37
3. A gyermekkori pszichózisok diagnosztikájának és ellátásának menete .....	77
4. A gyermekkori szorongásos zavarok diagnosztikájáról és ellátásáról .....	113
5. Ajánlások a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (hiperkinetikus zavar) kórismézéséhez, kezeléséhez és gondozásához.....	167
6. Ajánlások a gyermekkori hangulatzavarok diagnosztikájáról és ellátásáról .....	203
7. Az agresszív gyermek ellátása .....	261
8. Az Autizmusról/Autizmus spektrum zavarokról .....	275
9. Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén.....	329
10. Egészségügyi szakmai irányelv- a tik zavarok és a Tourette-szindróma ellátásáról .....	363
11. Gyermekek és fiatalkorúak szerhasználati és egyéb addiktív zavaraihoz kapcsolódó javaslatok .....	387
12. Gyermekkori viselkedészavarok ellátása .....	427
13. Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatalkorúak esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei, valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben – különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra.....	461

# AJÁNLÁSOK A GYERMEKKORI HANGULATZAVAROK DIAGNOSZTIKÁJÁRÓL ÉS ELLÁTÁSÁRÓL

**Baji Ildikó<sup>1</sup>, Kiss Enikő<sup>2</sup>, Mayer László<sup>3</sup>, Máté Mónika<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

<sup>2</sup> SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek-Egészségügyi Központ, Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály

<sup>3</sup> Széchenyi István Egyetem, Egészség- és Sporttudományi Kar

<sup>4</sup> Vadaskert Kórház és Szakambulancia

**Azonosító szám: 002090**

## TARTALOMJEGYZÉK

A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása.....	207
A hangulatzavarok diagnosztikája .....	207
Epizódok.....	208
Diagnózisok.....	209
Depresszív zavarok .....	209
Bipoláris zavarok.....	211
A hangulatzavarok kezelése .....	219
Pszichoedukáció .....	220
Depressziós zavarok kezelése .....	221
Szupportív terápia.....	221
Kognitív-behavior terápia és interperszonális pszichoterápia .....	222
Pszichoterápia és farmakoterápia kombinációja.....	224
Relapszus megelőzése, gondozás .....	228
Bipoláris zavarok kezelése .....	230
Akut fázis kezelése .....	230
Profilaktikus lítium-kezelés .....	230
Fenntartó kezelés .....	232
Mellékletek .....	234
Betegtájékoztatók, oktatási anyagok.....	234
Hangulatzavarokról gyermekeknek.....	234
Hangulatzavarokról serdülőknek.....	235
Gyermek- és serdülőkori hangulatzavarokról szülőknek .....	236
Ajánlások háziorvosoknak, gyermekorvosoknak, iskolaorvosoknak.....	238
A hangulatzavarok DSM-5 szerinti részletes osztályozása.....	243
Mellékletek .....	250
Kérelem indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére .....	250
Ellenőrző kérdőívek, adatlapok .....	250
Gyermekdepresszió Kérdőív (CDI/GYD) .....	250
Birlson Depresszió Skála.....	250
Érzések és én kérdőív .....	250
Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ kérdőív).....	250
Paykel öngyilkossági skála (PSS kérdőív) .....	250

## Rövidítések jegyzéke

<b>AAP:</b>	Atípusos antipszichotikum
<b>ADAPT:</b>	Serdülőkori depresszió kezelése antidepresszánsal és pszichoterápiával (Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial)
<b>ADHD:</b>	Figyelemhiányos hiperaktivitászavar (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
<b>BNO-10:</b>	Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. kiadás
<b>CBCL:</b>	Gyermek Viselkedés Kérdőív (Child Behavior Checklist)
<b>CBT:</b>	Kognitív-viselkedésterápia
<b>CDI:</b>	Gyermek Depresszó Kérdőív (Child Depression Inventory)
<b>CDRS-R:</b>	Gyermek Depresszió Értékelő Skála – Revideált (Children's Depression Rating Scale-Revised)
<b>CES-DC:</b>	Epidemiológiai Vizsgálatok Központjának Depressziós Kérdőíve gyermekek számára (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Modified for Children)
<b>CGAS:</b>	Gyermek átfogó felmérés skála (Children's Global Assessment Scale)
<b>CMRS:</b>	Gyermek mánia pontozó skála (Child Mania Rating Scale)
<b>COBY:</b>	Fiatalalkori Bipoláris Zavar Lefolyása és Kimenetele tanulmány (Course and Outcome for Bipolar Youth study)
<b>DALY:</b>	Egészségkárosodással leélt életevek (Disability-Adjusted Life Year)
<b>DBS:</b>	Mély agyi stimuláció (deep brain stimulation)
<b>DD:</b>	Disztímia
<b>DMDD:</b>	Diszruptív hangulatszabályozási zavar (Disruptive Mood Dysregulation Disorder)
<b>DSM-5:</b>	Diagnostic and Statistical Manual fifth edition
<b>ECT:</b>	Elektrokonvulzív terápia
<b>GBI-10:</b>	Általános Viselkedési Kérdőív (General Behavior Inventory)
<b>GLAD PC:</b>	Útmutató a serdülőkori depresszió kezeléséhez a háziorvosi gyakorlatban (Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care)
<b>GyD-R:</b>	Rövid Gyermek Depresszió kérdőív
<b>HS:</b>	Hangulatstabilizátor
<b>ILK:</b>	Életminőség kérdőív gyermekek és serdülők számára (Inventar der Erfassung bei Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen)
<b>IMPACT:</b>	Hangulatjavítás pszichoanalitikus és kognitív terápiával (RCT, Improving the Mood with Psychoanalytic and Cognitive Therapies)
<b>IPT:</b>	Interperszonális pszichoterápia
<b>ISCA:</b>	Gyermek- és serdülő interjú (Interview Schedule for Children and Adolescents)
<b>K-SADS-PL:</b>	Gyerek interjú hangulatzavarok és skizofrénia vizsgálatára iskolás korúaknak, jelen és élettartam változat (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children, Present and Lifetime version)
<b>MDD:</b>	Major depresszív zavar (Major Depressive Disorder)

<b>MDQ:</b>	Hangulatzavar kérdőív (Mood Disorder Questionnaire)
<b>M.I.N.I.:</b>	MINI nemzetközi neuropszichiátriai interjú (Mini International Neuropsychiatric Interview)
<b>M.I.N.I. KID:</b>	MINI Gyermeknemzetközi neuropszichiátriai interjú (Mini International Neuropsychiatric Interview)
<b>MNO:</b>	Máshol Nem Osztályozott
<b>MST:</b>	Mágneses roham indukáló terápia (magnetic seizure therapy)
<b>NEFMI:</b>	Nemzeti Erőforrás Minisztérium
<b>NICE:</b>	Nemzeti Egészségügyi és Kiválósági Intézet (National Institute for Health and Excellence)
<b>QoL:</b>	Életminőség (Quality of Life)
<b>RCT:</b>	Randomizált kontrollált klinikai vizsgálat
<b>SDQ:</b>	Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire)
<b>SIGN:</b>	Skót szakmaközi útmutató hálózat (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
<b>TADS:</b>	Serdülőkori depresszió kezelése tanulmány (RCT, Treatment of Adolescent Depression Study)
<b>TMS:</b>	Transzkraniális mágneses stimuláció
<b>TORDIA:</b>	Terápia rezisztens depresszió kezelése serdülőknél (RCT, Treatment of Resistant Depression in Adolescents)
<b>VNS:</b>	Vagus idegstimuláció
<b>WASH-U-KSADS:</b>	Washington University KSADS
<b>YMRS:</b>	Fiatalok mánia skálája (Young Mania Rating Scale)



## A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A gyermek- és serdülőkorai érzelmi zavarokat – ezen belül a hangulati rendellenességeket – az elmúlt három évtizedben intenzíven tanulmányozták, azonban a hangulatzavarok felismerése, pontos meghatározása sokszor a szakemberek számára is problémát jelent. A longitudinális vizsgálatok egyértelműen jelzik, hogy a hangulati rendellenességek az élet korai szakaszában kezdődnek, az első epizódok nagy többsége a felnőttkor előtt jelentkezik. A hangulatzavarok kategórián belül két fő betegségcsoportot különböztetünk meg: Depressziós zavarok és Bipoláris zavarok. E két betegség nagy terhet jelent a fiatalok számára, rontja alkalmazkodásukat, iskolai teljesítményüket, jelentősen befolyásolja magatartásukat, életminőségüket és a felnőttkorra áthúzódva társadalmi méretű problémát jelenthet. A depresszió a 10-24 éves életkori csoportban világszerte az első, a bipoláris zavar pedig a negyedik leggyakoribb oka a *teljes egészségben megélhető éveinek csökkenésének* (Disability-Adjusted Life Years). Külön ki kell emelni a gyermekkori hangulatzavarok és az öngyilkosság kapcsolatát. A kezeletlen major hangulati zavarok a legfontosabb rizikófaktorai az *öngyilkoságnak*, mely a harmadik vezető halálok serdülőkorban. Bipoláris zavarokban az öngyilkossági kísérletek kétszer gyakrabban fordulnak elő, mint az unipoláris depresszióban és súlyosabb kimenetelűek. A legfrissebb előrejelzések szerint 2030-ra a dep-resszió és a következményes öngyilkosság válhat a *teljes egészségben megélhető éveinek csökkenésének* (DALY) leggyakoribb okává. *Fentiek ismeretében nem lehet eléggé hangsúlyozni a gyermek- és serdülőkorai hangulatzavarok korai felismerésének és azonosításának fontosságát, továbbá az időben megkezdett korszerű kezelés szükségességét.*

## A hangulatzavarok diagnosztikája

### Ajánlás 1

**A diagnosztikus kivizsgálás során a BNO 10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. Kiadás 1993, mely a diagnosztikus kódolás alapja) vagy a DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual fifth edition 2013 Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) kritériumait kell figyelembe venni.**

A diagnosztikus kivizsgálás során a szakembereknek a BNO-10 és a DSM-5 kritériumait kell figyelembe venniük. Ez növeli a diagnózis megbízhatóságát a kevésbé tapasztalt szakemberek esetében is. Jelenleg Magyarországon a hangulatzavarok diagnosztikai besorolása a BNO-10 klasszifikációs rendszer alapján történik. A DSM-5 a BNO-10-nél jóval újabb besorolási rendszer, ennek megfelelően didaktikusabb, jobban követhető a hangulatzavarok besorolása. A továbbiakban a DSM-5 alapján kerülnek ismertetésre a hangulatzavarok diagnosztikus kategóriái és megfontolásai. Tekintettel arra, hogy a hangulatzavarok számos diagnosztikus kategóriát foglalnak magukba, csak a leggyakoribb diagnózisokat ismertetjük részletesen. A diagnosztikus kategóriák teljes köre „A Hangulatzavarok DSM-5 szerinti részletes osztályozása” mellékletben olvasható.

A hangulatzavarok diagnózisa során két időszíkon értékeljük a tüneteket. Először az aktuálisan fennálló tüneteket, majd lifetime (a gyermek egész életére vonatkozóan) kell értékelni a hangulati epizódokat. A hangulatzavarok diagnosztikája megköveteli a fenti komplex gondolkodást és körültekintő diagnosztikus munkát. **A hangulatzavarok diagnózisa az élet során jeletkező hangulati epizódok összegzésével alkotható meg.** A hangulati epizódok lehet-

nek: *depresszív epizód, hipomániás epizód, mániás epizód, és kevert epizód*. Bár az epizódoknak saját kritériumrendszere van, önmagukban nem kódolható zavarok. A meglévő epizódtípusok és megjelenésük konfigurációi határozzák meg, hogy melyik specifikus hangulatzavar a legmegfelelőbb diagnózis. A hangulatzavarokat a) unipoláris zavarokra (pl.: Major Depressziós Zavar, Disztímia) – abban az esetben, ha csak depressziós epizód vagy disztímia fordul elő egy beteg esetében –, b) bipoláris zavarokra (pl.: Bipoláris I. és II. zavar, Ciklotímia) – ha mániás, hipomániás vagy kevert epizód is előfordul a beteg élete során legalább egy alkalommal, vagy hipomániás és depressziós tünetek váltakozva jelentkeznek – c) valamint olyan zavarokra osztjuk, amelyek etiológiailag meghatározottak (konkrét ok szerepel a beteg anamnézisében) (pl.: Általános Egészségi Állapot miatti Hangulatzavar vagy Pszichoaktív Szer okozta Hangulatzavar). A vizsgálat idejében, a beteg panaszai alapján állapítja meg a szakember az aktuálisan jelen levő epizódot, azonban a lifetime epizódok feltérképezése árnyalja a diagnózist és a terápiát egyaránt.

## Epizódok

### 1. Depresszív epizód:

Az alábbi tünetek közül legalább 5 vagy több – ugyanazon 2 hetes időszak során – fennáll és ez változást jelent a gyermek korábbi funkciójához képest. A kritériumtünetek közül legalább az egyik

(1) *Depressziós / irritábilis hangulat* (18 éves korig a depressziós hangulattal egyértékű kritériumtünet) vagy az (2) *Érdeklődés, öröm elvesztése* (kritériumtünetek, melyek jelenléte feltétlenül szükséges a diagnózishoz), a legtöbb tevékeny-

séggel kapcsolatban, a nap legnagyobb részében csaknem mindennap, (3) Jelentős testsúlycsökkenés vagy testsúlygyarapodás, (4) Inszomnia vagy hiperszomnia, (5) Pszichomotoros agitáció vagy gátoltság, (6) Fáradtság vagy anergia, (7) Értéktelenség érzés vagy túlzott, inadekvát önvádolás, büntudat, (8) Csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, döntésképtelenség, (9) A 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.

### 2. Mániás epizód:

1) *Abnormálisan és tartósan emelkedett, expanszív vagy irritábilis hangulat* (kritériumtünet), mely abnormálisan vagy tartósan fokozott célirányos tevékenységgel jár együtt, legalább egy jól körülhatárolható 1 hetes időszak alatt, a nap legnagyobb részében, csaknem mindennap és az alábbi tünetek közül legalább 3 vagy több (4 vagy több amennyiben csak irritábilis hangulat van jelen) jelenléte, és a szokásos viselkedéshez képest jelentős változás észlelhető. 2) Felfokozott önértékelés vagy grandiozitás, 3) Csökkent alvásigény, 4) Szokásosnál nagyobb beszédesség vagy folyamatos beszédkényszer, 5) Gondolatrohanás, 6) Disztraktibilitás, 7) Célirányos tevékenység fokozódása (társas, iskolai vagy szexuális aktivitás) vagy pszichomotoros agitáltság (céltalan tevékenység), 8) 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.

## 1. Hipomániás epizód:

Tünetei megegyeznek a mániás epizód tüneteivel legalább egy jól körülhatárolható 4 napos időszak alatt, a nap legnagyobb részében, csaknem mindennap. Az epizód a funkcióképesség olyan egyértelmű változásával jár együtt, amely tünetmentes időszakban egyáltalán nem jellemző a gyermekre. A hangulatzavar és a *funkcióváltozás* mások által is megfigyelhető, de az epizód nem elég súlyos ahhoz, hogy a társas-szociális és iskolai működést jelentősen károsítsa, vagy kórházi felvételt tegyen szükségessé.

## 2. Kevert epizód:

Egy epizódon belül a mániás és depressziós epizód kritériumai teljesülnek, kivéve azok időtartam-kritériumait.

## Diagnózisok

### Depresszív zavarok

#### 1. Major Depresszív Zavar (MDD) 296.21-296.30 (F 32.0 mániás epizód – F 33.9)

Egy vagy több depresszív epizódból áll. Az epizód lehet egyszeri és ismétlődhet is.

*Kódolás:* A DSM-5 a hangulatzavarokat 296 kóddal, a BNO-10 F3 kóddal jelzi. A DSM-kód negyedik jegye a depressziós és mániás *epizódok számát* jelenti: 2 = egyszeri depressziós, 3 = ismétlődő depressziós, 4 = bipoláris I. z. legutóbbi epizód mániás, 5 = bipoláris I. zavar, legutóbbi epizód depressziós. A BNO-10 kódolásban a második számjegy szintén az epizódok fajtáját és számát jelöli. 0 = mániás epizód, 1 = bipoláris affektív zavar, 2 = egyszeri depressziós epizód, 3 = ismétlődő depressziós epizódok, 4 = perzisztáló hangulatzavar. A DSM-kód ötödik jegye az aktuális depressziós *epizód súlyosságát* jelenti: 1 = enyhe, 2 = mérsékelt súlyos, 3 = súlyos nem pszichotikus, 4 = súlyos, pszichotikus jegyekkel, 5 = részleges remisszióban, 6 = teljes remisszióban, 0 = nem meghatározott. BNO-10 esetében a kód harmadik számjegye jelenti az aktuális depressziós állapot súlyosságát: 0 = enyhe, 1 = mérsékelt súlyos, 2 = súlyos, nem pszichotikus, 3 = súlyos, pszichotikus jegyekkel, 4 = részleges remisszióban, 5 = teljes remisszióban, 9 = nem meghatározott. A depressziós epizódok számának és súlyosságának kódolása az 1. táblázatban került részletes ismertetésre.

1. táblázat: A Major Depresszív Zavar DSM-5 / BNO-10 szerinti kódolása

DSM-5 kód	BNO-10 kód	Megnevezés (egyszeri)	DSM-5 kód	BNO-10 kód	Megnevezés (ismétlődő)
296.21	F32.0	Egyszeri enyhe epizóddal	296.31	F33.0	Ismétlődő epizóddal, a jelenlegi epizód enyhe
296.22	F32.1	Egyszeri mérsékelt súlyos epizóddal	296.32	F33.1	Ismétlődő epizóddal, a jelenlegi epizód mérsékelt súlyos
296.23	F32.2	Egyszeri súlyos nem pszichotikus epizóddal	296.33	F33.2	Ismétlődő epizóddal, a jelenlegi epizód súlyos nem pszichotikus
296.24	F32.3	Egyszeri súlyos pszichotikus epizóddal	296.34	F33.3	Ismétlődő epizóddal, a jelenlegi epizód súlyos pszichotikus
296.25	F32.4	Egyszeri epizód részleges remisszióban	296.35	F33.41	Ismétlődő epizód részleges remisszióban
296.26	F32.5	Egyszeri epizód teljes remisszióban	296.36	F33.42	Ismétlődő epizód teljes remisszióban
296.20	F32.9	Egyszeri nem meghatározott epizóddal	296.30	F33.9	Ismétlődő nem meghatározott epizóddal

## **2. Disztímiás zavar (DD): (Tartósan fennálló depresszív zavar) 300.4 (F34.1)**

(1) Depressziós/irritábilis hangulat (kritérium tünet) a nap legnagyobb részében szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelése alapján, legalább 1 éven keresztül a legtöbb napon, több napon van jelen, mint nem, a nap legnagyobb részében. Az alábbi tünetek közül a depressziós / irritábilis hangulat ideje alatt legalább 2 vagy több jelen van a további tünetek közül, (2) Rossz étvágy vagy túlzott evés, (3) Inszomnia vagy hiperszomnia, (4) Csökkent energia vagy fáradtság, (5) Alacsony önértékelés, (6) Koncentrációs nehézség vagy döntésképtelenség, (7) Reménytelenség.

A zavar legalább 1 éve alatt nem volt 2 hónapnál hosszabb tünetmentes időszak.

Ha a zavar 1 éve alatt bármikor teljesülnek a depresszív epizód tünetei, akkor MDD diagnózisát kell megállapítani.

## **3. Diszruptív Hangulatszabályozási Zavar (DMDD) 296.99 (F34.8)**

- Súlyos, ismétlődő hangulatkitörések szóban és vagy viselkedésben, melyek intenzitása nincs arányban a kiváltó helyzettel.
- A hangulatkitörések legalább heti 3 alkalommal jelentkeznek.
- A hangulatkitörések között szinte minden nap, a nap legnagyobb részében irritált vagy dühös a hangulat és ezt mások is észlelik.
- A fenti viselkedés 3 területből (iskolában, kortárskapcsolatok és család) legalább kettőben jelen van, és legalább az egyikben súlyos fokú.
- A tünetek 10 éves kor előtt indulnak.

A diagnózis nem állítható fel együtt Oppozíciós zavarral, Intermittálóexplozív zavarral és

Bipoláris zavarral. Ha Oppozíciós zavarral együtt áll fenn, csak a DMDD-diagnózist adjuk. A diagnózis fennállhat MDD, ADHD, Viselkedészavar és Szerhasználati zavarral együtt.

## **4. Premenstruális diszfóriás zavar 625.4 (N94.3)**

A menstruációs ciklusok legnagyobb részében a menzeszt megelőző héten hangulatingadozás, irritábilis, szorongás jelentkezik. A menzesz kezdetét követően enyhülnek a tünetek és a menzesz utáni héten minimálisra csökkennek.

## **5. Szer/gyógyszer kiváltotta depresszív zavar 296.20-26 (F32.0-9, F33.0-9)**

Tartósan fennálló depresszív hangulat és az érdeklődés vagy öröm kifejezett csökkenése, mely szer-intoxikáció, megvonás, gyógyszerhatalás során, vagy közvetlenül azután alakultak ki, és a szerhasználathoz időben kapcsolódik.

## **6. Depresszív zavar más egészségi állapot következtében 293.83 (F06.31- 34)**

Tartósan fennálló depresszív hangulat és az érdeklődés vagy öröm kifejezett csökkenése, mely egy másik egészségi állapot közvetlen patofiziológiai következménye, melynek változásával együtt változik, kialakulásához időben kapcsolódik.

## **7. Egyéb meghatározott depresszív zavar 311 (F32.8)**

Depresszív zavarra jellemző klinikai kép jelentős funkcionális károsodással társul, azonban egyetlen depresszív zavarok csoportba tartozó diagnózis kritériumai sem teljesülnek. A klinikus megadja a konkrét okot, amiért nem tudnak teljesülni egy konkrét zavar kritériumai. Például rövidebb ideig állnak fenn a tünetek, mint 2 hét, nincs elegendő számú tünet.

### 8. Nem meghatározott depresszív zavar (Depresszív zavar MNO) 311 (F32.9)

Depresszív zavarra jellemző klinikai kép, mely jelentős funkcionális károsodással társul, azonban egyetlen depresszív zavarok csoportba tartozó diagnózis kritériumai sem teljesülnek. A klinikus nem adja meg a konkrét okot, amiért nem tudnak teljesülni egy konkrét zavar kritériumai. Pl.: nem áll rendelkezésre konkrét információ, sürgősségi ellátás.

A diagnosztikus folyamat során először a szakembernek azt kell meghatároznia, hogy az epizód kritériumai teljesülnek-e. Tekintettel arra, hogy a tüneti kép folyamatosan változhat egy epizódon belül, a diagnosztikus munka során a szakembernek mindig az epizód **legsúlyosabb pontját** kell értékelni. Ezt követi a betegség lefolyásának megállapítása, hogy egyszeri vagy visszatérő epizódról van-e szó. A diagnosztikus munka során az *epizód jellegét* és a *lefolysisi mintázatot* minden esetben értékelni kell, ennek jelentősége van a terápiás terv elkészítése és a prognózis szempontjából. (Az epizód jellege és

a lefolysisi mintázat „A Hangulatzavarok DSM-5 szerinti részletes osztályozása” mellékletben került részletes ismertetésre.)

## Bipoláris zavarok

### 1. Bipoláris I. zavar 296.40-296.46, 296.50-296.56, (F31.0, F31.11-F31.13, F31.2, F31.71-F31.76, F31.2-F31.5, F31.7, F31.9)

**Legalább 1 mániás** epizód jelenléte, bármikor a beteg élete során.

**Kódolás:** DSM-5 (a DSM-kód negyedik jegye 4 = bipoláris mániás/hipomániás epizód, 5 = bipoláris depresszív epizód, ötödik jegye az aktuális epizód súlyosságát jelenti: 1 = enyhe, 2 = mérsékelten súlyos, 3 = súlyos nem pszichotikus, 4 = súlyos, pszichotikus jegyekkel, 5 = részleges remisszióban, 6 = teljes remisszióban, 0 = nem meghatározott). (Magyarázat: számok jelentése: DSM-5 súlyossági besorolása.) A Bipoláris I. zavar epizódok számának és súlyosságának kódolása a 2. táblázatban kerül bemutatásra.

2. táblázat: A Bipoláris I. zavarok DSM-5/BNO-10 szerinti kódolása

Bipoláris zavar	Jelenlegi v. legutóbbi epizód MÁNIÁS		Jelenlegi v. legutóbbi epizód HIPOMÁNIÁS		Jelenlegi v. legutóbbi epizód DEPRESSZIÓS	
	DSM-5	BNO-10	DSM-5	BNO-10	DSM-5	BNO-10
ENYHE	296.41	F31.11	N.A.		296.51	F31.31
MÉRSÉKELT	296.42	F31.12	N.A.		296.52	F31.32
SÚLYOS	296.43	F31.13	N.A.		296.53	F31.4
PSZICHOTIKUS JEGYEKKEL	296.44	F31.2	N.A.		296.54	F31.5
RÉSZLEGES REMISSZIÓ	296.45	F31.73	296.45	F31.71	296.55	F31.75
TELJES REMISSZIÓ	296.46	F31.74	296.46	F31.72	296.56	F31.76
NEM MEGHATÁROZOTT	296.40	F31.9	296.40	F31.9	296.50	F31.9

NA: a súlyossággal, pszichotikus jegyekkel és remisszióval kapcsolatos jelölés nem alkalmazható

### **2. Bipoláris II. zavar 296.89 (F31.81)**

Egy jelen vagy múltbeli hipomániás epizód és egy jelen vagy múltbeli depresszív epizód jelenléte szükséges a diagnózishoz. Soha nem alakult ki mániás epizód.

**Kódolás:** A Bipoláris II. zavarnak egyetlen kódja van. Egyéb jellegzetességek nem kódolhatók, de írásban rögzítendőek: 296.89 (F31.81), pl.: Bipoláris II. zavar, jelen epizód depressziós, mérsékelten súlyos, kevert jegyekkel.

### **3. Ciklotímiás zavar 301.13 (F34.0)**

Legalább 1 éven át számos olyan hipomániás és depressziós tünetekkel jellemezhető időszak állt fenn, melyek során nem teljesülnek egyik epizód kritériumai sem. Az 1 éves időszak alatt a hipomániás és depresszív időszakok legalább az idő felében fennálltak és nem volt 2 egybefüggő hónapnál hosszabb tünetmentes időszak.

### **4. Szer/gyógyszer kiváltotta bipoláris és kapcsolódó zavar 291.89, 291.84 (F10.14,24,94; F13.14,24,94; F14.14,24,94; F15.14,24,94; F16.14,24,94; F19.14,24,94 a használt szercsoporttól függően)**

Tartósan fennálló emelkedett, expanzív vagy irritábilis hangulat, jellemző depresszív hangulattal vagy anélkül és az érdeklődés vagy öröm kifejezett csökkenése minden, vagy csaknem minden tevékenységgel kapcsolatban, mely szer-intoxikáció vagy megvonás, vagy gyógyszerhatás során, vagy közvetlenül azután alakultak ki.

### **5. Bipoláris és kapcsolódó zavar más egészségi állapot következtében 293.83 (F06.33)**

Tartósan fennálló emelkedett, expanzív vagy irritábilis hangulat és abnormálisan fokozott tevékenység, vagy energia feltűnő és tartósan

fennálló időszaka, mely uralja a klinikai képet, mely egy másik egészségi állapot közvetlen patofiziológiai következménye.

### **6. Egyéb meghatározott bipoláris és kapcsolódó zavar 296.89 (F31.89)**

Bipoláris és kapcsolódó zavarra jellemző klinikai kép jelentős funkcionális károsodással társul, azonban egyetlen bipoláris és kapcsolódó zavarok csoportba tartozó diagnózis kritériumai sem teljesülnek. A klinikus megadja a konkrét okot, amiért nem tudnak teljesülni egy konkrét zavar kritériumai. Pl.: rövidebb ideig állnak fenn a tünetek, mint 4 nap, nincs elegendő számú tünet.

### **7. Nem meghatározott bipoláris és kapcsolódó zavar (Bipoláris zavar MNO) 296.80 (F31.9)**

Bipoláris és kapcsolódó zavarra jellemző klinikai kép jelentős funkcionális károsodással társul, azonban egyetlen bipoláris és kapcsolódó zavarok csoportba tartozó diagnózis kritériumai sem teljesülnek. A klinikus nem adja meg a konkrét okot, amiért nem tudnak teljesülni egy konkrét zavar kritériumai. Pl.: nem áll rendelkezésre konkrét információ, sürgősségi ellátás.

#### **Ajánlás 2**

**Pszichiátriai betegségek fennállása esetén fokozott figyelmet kell fordítani a hangulatzavarokra és hangulatzavarok jelenléte esetén fokozott figyelmet kell fordítani más pszichiátriai kórkép fennállására. A terápiás tervet a komorbiditások jelenlétére tekintettel kell a szakembernek kialakítani. Minden komorbiditás kezelése szükséges.**

A depressziós serdülők 43%-nál van lifetime komorbiditás, a leggyakrabban szorongásos zavarok. Magyarországi depressziós gyermekek és

serdülők körében 32,6%-ban fordult elő szorongásos és 21,6%-ban diszruptív komorbiditás. A szorongásos komorbiditások általában megelőzik a depresszió megjelenését, ezért annak rizikófaktoraként tekintjük azokat. A komorbid szorongásos rendellenesség megjelenése növeli a depresszióban szenvedő gyermekek és serdülők tüneteinek súlyosságát és bármilyen komorbid zavar növeli a depresszív zavar visszatérésének kockázatát, a komorbiditások jelenléte tovább rontja mind a kognitív, mind a szociális funkciókat. Például egy depressziós serdülőnek ADHD-komorbiditással nagyobb esélye van hosszabb epizódra, hospitalizációra és magasabb a szuicid veszélyeztetettsége. Serdülőkorban a depresszióval egyidejűleg gyakran észlelünk étkezési zavarokat és szerhasználatot is. Tíz depressziós gyermekből hatnak vannak egyéb pszichés problémái is. A depresszió húszszorosra emeli egyéb pszichés problémák jelenlétének az esélyét. A Disztímiás zavarban szenvedő betegek mintegy 50%-ánál észlelhetők egyéb komorbid rendellenességek, leggyakrabban szorongásos zavarok és/vagy szerhasználat. A korai kezdetű DD összefüggést mutat a későbbi személyiségzavarokkal. A diszruptív zavarok (Oppozíciós zavar, Viselkedészavar) 30-70%-ban, ADHD 50-80%-ban, míg szorongásos zavarok 30-70%-ban fordulnak elő Bipoláris zavarokkal együtt. ADHD és az Oppozíciós zavarok prevalenciája gyakoribb gyermekkorban, mely nehezíti a diagnózis felállítását, hiszen a Bipoláris zavarok számos tünete átfedést mutat az ADHD, illetve az Oppozíciós zavar tüneteivel. Serdülőkorban a Viselkedészavar és Pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos zavarok a gyakoribb komorbiditások. A komorbiditások jelenléte árnyalja a terápiás válaszképességet, ezáltal a Bipoláris zavarok prognózisát.

### Ajánlás 3

**Hangulatzavarok esetén a szuicid veszélyeztetettség szűrése kötelező, jelenléte hospitalizációt igényel.**

*Hangulatzavarok esetén gondolni kell és fel kell mérni a szuicid veszélyt!* A kezeletlen hangulatzavarok a legfontosabb rizikófaktorai a szuicídiumnak. A (többnyire kezeletlen) hangulatzavar előfordulási gyakorisága szuicid áldozatok között 60-85%. Az öngyilkosság egyike a legfontosabb halálokoknak a fiatalok körében, a serdülőkori öngyilkosságok több mint fele hozható kapcsolatba a depresszióval. Bipoláris zavar esetén az öngyilkossági kísérletek száma kétszerese az unipoláris depresszióban szenvedő páciensekének. Bipoláris zavarokban az öngyilkossági kísérletek gyakrabban ismétlődnek és súlyosabbak, mint unipoláris depresszióban. Gyermekkorban a befejezett szuicid kísérletek aránya jóval kisebb, mint serdülőkorban. Ennek oka a kognitív éretlenség és a kivitelezési képtelenség. Serdülőkorban a fiúk 4-szer gyakrabban követnek el befejezett szuicídiumot, lányok esetében a kísérletek aránya sokszorososa fiúkénak. Gyermekkorban a legfontosabb rizikótényező a mentális betegség jelenléte és a családi stresszek, míg serdülőkorban a MDD, Bipoláris zavar, Viselkedészavar, Pszichoaktív szerhasználat és a pszichotikus állapot, diszfunkcionális személyiségvonások (antiszociális, borderline, hisztrionikus, narcisztikus vonások), markáns reménytelenségérzés, gyakori impulzív-agresszív viselkedés, családi tényezők (depresszió és szuicídium a családban), szülő elvesztése (halál vagy válás miatt), fizikai és szexuális abúzus, izoláció, „coming out”, homoszexualitást elutasító családi, iskolai környezet. **A megelőző szuicid kísérlet a legfontosabb prediktora egy következő szuicid kísérletnek és a befejezett**

**szuicídiumnak. A megelőző szuicid kísérletek súlyosabb szuicid kísérletet vetítenek előre.**

*A szuicid veszély felmérése:* 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 tenénéd meg? El is tervezted? Mikor gondoltál ezekre? Meg is próbáltad? Mi történt?” Szuicid veszély esetén hospitalizáció javasolt!

#### Ajánlás 4

**Az anamnézist minden esetben a gyermektől, a heteroanamnézist minden esetben legalább a szülőktől, amennyiben lehetséges más, a gyermek életében fontos szerepet játszó felnőttektől (pl.: pedagógus) vegyük fel.**

A hangulatzavarok kivizsgálását szakmai team végzi, gyermekpszichiáter, szakpszichológus és amennyiben osztályos kivizsgálás történik, foglalkoztató-nővér vesz részt ebben. Fontosak emellett a környezettől (szülőktől, pedagógusoktól és egyéb, a gyermek életében fontos szerepet játszó személyektől) nyert információk. Az anamnézist a gyermekkel és a szülővel is felvesszük, ennek során információt nyerünk a mentális státuszról, a testi egészségről és a korábbi, valamint a jelenlevő betegségekről. Fontosak a *gyermektől* nyert anamnesztikus adatok, amikor a gyermek beszámol nehézségeiről, tüneteiről, hogyan látja saját helyzetét a családban, iskolában, kortársközösségben, társas kap-

csolataiban. Amennyiben a gyermeknek jó rálátása van helyzetére, a saját beszámolója igen informatív lehet. A *szülőktől* a gyermek *perinatális anamnézisééről, pszichomotoros fejlődéséről, korábbi betegségeiről és családi anamnézisééről gyűjtünk adatokat*, különös tekintettel a családban előforduló hangulatzavarra. A legfontosabb rizikótényező a családban (szülők, vérszerinti testvérek) jelen lévő hangulatzavar. A *szülő kérhet információt gyermekéről a gyermek pedagógusától, a kezelőorvos ezt közvetlenül nem teheti*. A gyermek iskolai viselkedéséről, tanulmányi előmeneteléről, kortárskapcsolatairól és ezen területeken tapasztalt változásokról nyújtott információk jelentősen segítik a diagnosztikus munkát. A gyermek írásos jellemzése (csak a szülő kérheti a pedagógustól), részletesen leírja a gyermek iskolai funkcionálásának markáns változását, mind teljesítménye mind viselkedése terén.

Fizikális vizsgálat: Részletes, szokványos *gyermekgyógyászati és neurológiai vizsgálat, illetve sz.e. kivizsgálás* az esetlegesen fennálló szomatikus betegségek vagy azok kizárása miatt. Rögzítsük a gyermek *súlyát, magasságát, vérnyomását, pulzusát*. A releváns testi betegségeket fel kell mérni, melyek hatással lehetnek (kiválthatják vagy ronthatják) a hangulati tünetekre. Jelen tudásunk szerint nem áll rendelkezésünkre olyan biológiai teszt vagy képalkotó eljárás, mely a diagnózist egyértelműen megadja vagy alátámasztja. Első epizód esetén a pajzsmirigyműködés vizsgálata, első epizód során jelentkező pszichotikus állapot esetén egyéb anyagcserezavarok, neurológiai betegségek, koponyatraumák kizárása szükséges strukturális képalkotó eljárásokkal.

*Gyermekpszichiátriai vizsgálat során* a gyermek pszichés státuszának felmérése részben két-személyes vizsgálati helyzetben, részben gyer-



mekközösségben történik, ha erre lehetőség van. A gyermek tüneteinek megfigyelése kulcsfontosságú. A diagnózis felállításához a gyermeket több alkalommal kell megfigyelnünk és megvizsgálnunk. Ha gyermekpszichiátriai osztályos kivizsgálásra kerül sor, a foglalkoztatók-nővérek által megfigyelt információk a diagnosztikus munka részét képezik. Kiemelten fontos a *szuicid veszély* felismerése! (lásd: Ajánlás 3).

### Ajánlás 5

**A hangulatzavarok korai felismerésében és azonosításában standardizált szűrőtesztek és interjúk használata javasolt, amikor lehetőség van rá.**

Olyan önkitöltős kérdőív vagy tünetlista; mely egyértelműen, önmagában használva képes a hangulatzavarok diagnózisának felállítására, nem áll rendelkezésünkre. Megbízható vizsgálati adatok érdekében a gyermek életkorának megfelelő, illetve az információszerzés szempontjából releváns felnőtteknek kidolgozott diagnosztikus eszközök szükségesek. Az önkitöltős tesztek, tünetbecslő skálák segítenek értékelni a tünetek jelenlétét, súlyosságát és a terápia hatékonyságát. A vizsgálatok eredményének értékelésekor figyelembe kell vennünk, hogy a különböző forrásokból (szülő/pedagógus/gyermek) és eltérő eszközökkel nyert információk jelentős különbségeket mutathatnak.

A NICE irányelv *depresszió esetében* 12 éves kor felett rutinszűrést javasol önkitöltős teszt segítségével, abban az esetben is, ha nincs jelen és az anamnézisben sem szerepel depresszió, az általános alapellátásban való szűrés részeként. 12 éves kor alatt nem javasolt a rutinszűrés. Gyermek és serdülők (7-18 év) esetében a depressziós tünetek szűrésére a Rövid Gyermek De-

presszió Kérdőív (GYD) (Child's Depression Inventory, CDI) ajánlott, mely Magyarországon évtizedek óta használatos. Az alapellátásban a rövid verzió használata javasolt (GYD-R, CDI-S), mely 10 tételből áll, a válaszokat 0-2 pontos skálán értékeljük. A teljes pontszám 0 és 20 között lehet. A 7 vagy magasabb pontszám jelzésértékű depresszióra. Ilyen esetben érdemes a pozitív válaszokat átbeszélni a gyermekkel, és ha megerősítette a tüneteket, szakellátásba irányítani. A külföldi irányelvek ajánlják az Epidemiológiai Vizsgálatok Központjának Depressziós Kérdőív Gyermek számára (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Modified for Children, CES-DC) használatát és a Gyermek Depresszió Értékelő Skála – Revideált változat (Children's Depression Rating Scale-Revised, CDRS-R) használatát. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság minden pozitív szűrő esetén gyermekpszichiátriai vizsgálatot javasol, a NICE-ajánlások a szociális és iskolai környezet és funkcionálás felmérését emelik ki, ezekben az esetekben. A *mániás tünetek szűrése* esetén a szülői értékelések a legjobban használhatóak, sokkal megbízhatóbbak, mint a gyermektől vagy a tanároktól nyert információ. A rendelkezésre álló evidenciák alapján a mániás tünetek esetében Young-féle mániaskála (Young Mania Rating Scale, YMRS), a Gyerek interjú hangulatzavarok és skizofrénia vizsgálatára iskolás korúaknak Mánia értékelő skála (K-SADS Mania Rating Scale) széles körben használatosak gyermekek és serdülők körében. A Hangulatzavar kérdőív (Mood Disorder Questionnaire, MDQ) serdülő és szülői verzióval is rendelkezik a mániás tünetek szűrésére. A Gyermek mánia pontozó skála (Child Mania Rating Scale, CMRS-10, CMRS-P), CMRS-T világszerte használatos és a legspecifikusabb a mániás tünetek szűrésére, van gyermek, szülői és tanári verziója is. Az Általános viselkedési kér-

dőív (General Behavior Inventory, GBI-10 szintén rendelkezik gyermek és szülői változattal és a legtöbb kutatási eredmény szól a használat mellett, érzékeny a terápiás hatás mérésére, azonban ellene szól, hogy hosszú és bonyolult. Magyar nyelven a mánia tüneteinek szűrésére szolgáló validált önkitöltős teszt nem áll rendelkezésre. Magyarul a Young-féle mániaskála (Young Mánia Rating Scale, YMRS) gyógyszervizsgálatokban használatos. Célszerű lenne egyszerű önkitöltős tünetbecslő skála validálása magyar nyelven.

Egyéb önkitöltős kérdőívek: Gyermek Viselkedés Kérdőív (Child Behavior Checklist, CBCL), szülői értékelés a gyermekről, mely nem specifikus a hangulatzavarok szűrésére, viszont számos alskálával rendelkezik. Az externalizáló alskála segít a mánia, az internalizáló alskála a depresszió szűrésében, jelzi a tünetek súlyosságát és a komorbiditásokra is jelzést ad. Az életminőség mérése kiemelt fontosságú napjainkban, mind a betegségteher, mind a terápiás hatékonyság mérése céljából. Az Életminőség kérdőív gyermekek és serdülők számára (Inventar der Erfassung bei Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen, ILK) 6 területen (iskola, család, kortárs kapcsolatok, önálló tevékenység, lelki és testi egészség) méri a szubjektív életminőséget, gyermek és serdülő, valamint szülő a gyermek életminőségéről változata is van. Hazánkban validált és jól használható. Az alapellátásban a tünetek felismerésére és az érintett gyermekek és serdülők azonosítására jól használható a Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ), mely 25 tételből áll. 5 területet vizsgál: érzelmi tünetek, viselkedésproblémák, hiperaktivitás/figyelmetlenség, kortárskapcsolati problémák, proszociális viselkedés. Az érzelmi skála és a viselkedési problémák skála

utalhat hangulatzavarra. Rövid, könnyen kitölthető, van szülői és tanári változata is. Pozitív eredmény esetén a gyermek/serdülő szakellátásba irányítása javasolt.

### Ajánlás 6

**A diagnózis felállítása gyermekpszichiáter feladata, strukturált/félig strukturált diagnosztikus interjú segítségével.**

A Pszichiátriai Interjú elengedhetetlen a hangulati epizódok vizsgálatához és a hangulatzavarok diagnosztikájához. A diagnosztikus munka során a szakembernek koncentrálnia kell az epizódok gyakoriságára (Frequency), súlyosságára (Intensity), számára (Number), és a betegség lefolyására (Duration) (FIND). A diagnózis felállítására szolgál az átfogó, **strukturált interjú:** *M.I.N.I.KID* Nemzetközi neuropszichiátriai interjú (*International Neuropsychiatric Interview*, MINI-KID) *gyermek változata, melyet a szülővel veszünk fel a gyermek tüneteiről.* Az igazán pontos diagnosztikus munka során, **féligstrukturált interjúkat** ajánlott használni: Gyermek és serdülő diagnosztikus interjú jelen és élettartam változat (*Interview Schedule for Children and Adolescents Diagnostic Version Present and Lifetime – ISCA-D PL*), amely kifejezetten a hangulatzavarok diagnosztikájára készült és az összes DSM-IV és DSM-5 diagnózisokat magában foglalja. Mind az aktuálisan zajló, mind a korábbi hangulati epizódokat felméri – lifetime diagnózisokat vizsgál –, utánkövetésre alkalmas változata is van. Az interjú először a szülővel készül a gyermek mentális tüneteiről, majd a gyermekkel a saját tüneteiről. Hátránya, hogy használata speciális képzést és nagy jártasságot igényel a gyermekpszichiátriai diagnosztikában a szakembertől, emellett időigényes. Széles körben használt még a Gyerek

interjú hangulatzavarok és skizofrénia vizsgálatára iskoláskorúaknak, jelen és élettartam változat (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children, Present and Lifetime version, K-SADS-PL) és a Washington University Gyerek interjú hangulatzavarok és skizofrénia vizsgálatára iskoláskorúaknak (WASH-U-KSADS) is. A gyermekpszichiáter munkáját segítheti, szükség esetén, klinikai szakpszichológus vizsgálata. Olyan konkrét pszichológiai tesztvizsgálat, mely a diagnosztikához feltétlenül szükséges, nincs. A diagnosztika gyermekpszichiáter szakorvos feladata. A funkció károsodását a terápia megkezdése előtt és annak javulását a terápia során a Gyermek Átfogó Felmérés Skála (Children's Global Assessment Scale, CGAS) segítségével számszerűsíthetjük, mely jól mutatja a beteg aktuális állapotát. Hangulatzavarok jelenléte esetén a vizsgálatnak ki kell térnie a szuicid tünetekre és a pszichoaktív szerhasználatra is.

### Ajánlás 7

**A diagnosztikus folyamat során el kell különíteni a hangulatzavarokat egyéb gyermekpszichiátriai kórképektől, mely gyermekpszichiáter feladata.**

#### *Diagnosztikai/differenciáldiagnosztikai megfontolások*

A különböző ajánlások felhívják a figyelmet arra, hogy a hangulatzavarra pozitív családi anamnézis nem elegendő a diagnózishoz, önmagában csak vulnerabilitást jelent. A depresszió gyermek- és serdülőkorban aluldiagnosztizált. Ennek egyik oka lehet, hogy a fiatalabb gyermekek nehezen azonosítják és verbalizálják az érzelmi problémáikat, gyakran *szomatikus panaszok* (fejfájás, hasfájás) formájában képesek kifejezni diszkomfortérzésüket. További nehézség,

hogy gyermek- és serdülőkorban nagyon különböző lehet a hangulatzavarok klinikai megjelenése. Magas a komorbiditások előfordulása, a tünetek más gyermek- és serdülőkori pszichiátriai megbetegedések során is előfordulnak, a fejlődési változások hatással vannak a tüneti képre. A DSM-5 18 éves kor alatt az *irritabilitást* is a depressziós epizód kritérium-tünetei közé sorolja, mely fiatalabb életkorban és fiúk esetében gyakrabban fordul elő. A lányokra jellemző tünetek jobban hasonlítanak a felnőttkori betegség megjelenésére. A gyermekpszichiátriai vizsgálatnak tartalmazni kell az aktuálisan és/vagy a múltban jelen levő depressziós/mániás/hipomániás epizódok felmérését. Tekintetbe kell venni a komorbiditásokat és a különböző betegségekkel átfedő tüneteket. A gyermekpszichiátriai felmérésnek ki kell terjednie a szorongás, pervazív fejlődési zavar, evészavarok, impulzuskontroll-zavarok, diszruptív zavarok, pszichózis, pszichoaktív szerhasználat, ADHD jelenlétére és a fizikai és szexuális abúzusra. A klinikus számára biztonságot jelenthet a diagnózis során a depresszív vagy abnormálisan emelkedett, expanzív hangulat és/vagy irritábilis hangulat jelenléte.

Gyakori fizikai panaszok, mint fejfájás, hasfájás, végtagfájdalmak, drog- és alkohol abúzusok, gyengébb iskolai teljesítmény a megszokotthoz képest, egyértelmű változás a viselkedésben, hiányzások az iskolából, probléma az autoritást képviselő személyekkel Major Depresszió jelenlétére utalhat. *Bipoláris zavarok* esetében a kötelező tünetek nem azonos súllyal esnek latba, az abnormálisan emelkedett hangulat specifikusabb tünet mániára, jobban segíti a diagnózist, mint az irritábilis hangulat, ezért a DSM-5 abnormálisan emelkedett, expanzív hangulat esetén plusz 3 járulékos tünetet, míg irritábilis hangulat esetében plusz 4 járulékos tünetet köve-

tel meg a mániás epizód megállapításához. A gyermekkorban kezdődő Bipoláris zavar gyakran tünetszegény, rapid hangulatváltások és kevéssé azonosítható grandiózus gondolatok jellemzik. Gyermekkori kezdet esetén a Bipoláris zavar családi előfordulása gyakoribb. A serdülőkori kezdet esetében inkább hasonlít a felnőttkori Bipoláris zavarra, súlyosabb és klasszikusabb hangulati tünetekkel. A hiperszexualitás lehet mániás epizód tünete, de jelezheti szexuális abúzus elszენvedését is. Az emelkedett önértékelés, grandiozitás nemcsak mániára utalhat, hanem viselkedészavarra is.

Abban az esetben, ha a betegnek csak depressziós epizódja van/volt és a családi anamnézis pozitív bipoláris zavarra, nem adhatunk Bipoláris zavar diagnózist. A diagnózis MDD és a betegség szoros követése javasolt. A hipomániás epizódot definiálhatjuk a mániás epizód enyhébb formájaként, azonban fontos, hogy mindig jelen van változás a funkcionálásban, de ez nem funkcionális károsodás, hanem megnövekedett produktivitás. Tekintettel arra, hogy a *Bipoláris Zavar* MNO DSM-5 kritériumai nagyon tágak, a következő megfontolások ajánlottak a Fiatalakori Bipoláris Zavar Lefolyása és Kimenetele tanulmány („Course and Outcome for Bipolar Youth study” COBY, 2009) ajánlása alapján, részletesen „A Hangulatzavarok DSM-5 szerinti részletes osztályozása” mellékletben olvasható. A pszichoaktív szerhasználat kapcsán megjelenhet Bipoláris zavar tüneti képe, de ebben az esetben Pszichoaktív Szer Indukálta Hangulatzavar a beteg diagnózisa, mert a tünetek a pszichoaktív szerhasználat, mérgezéssel vagy megvonással időben kapcsolatba hozhatóak. A Bipoláris zavar és a pszichoaktív szerhasználat gyakran együtt fordulnak elő azonos időben. Ebben az esetben, ha a Bipoláris

ris zavar megelőzi a pszichoaktív szerhasználatot és ha a hangulati tünetek legalább 1 hónapig fenállnak a pszichoaktív szerhasználatot megelőzően, Bipoláris zavart diagnosztizálunk.

Általános egészségi állapot miatti hangulatzavarra akkor kell gondolni, ha a hangulati tünetek jelentkezése időben egybeesik egy testi betegség megjelenésével vagy annak rosszabbodásával, és adatok támasztják alá annak kapcsolatát a hangulatzavarokkal. Amennyiben a hangulatzavar előbb kezdődik és fennmarad a testi betegség gyógyulása után, hangulatzavart diagnosztizálunk. A pszichotikus tünetek jelenléte esetén a hangulatzavart (lehet depressziós, mániás vagy kevert epizód) el kell differenciálni más, pszichotikus tüneteket mutató betegségektől, például a Szki-zofréniától és a szkizoaffektív zavartól. Ez különösen nehéz az első pszichotikus epizód alkalmával. Az abnormálisan emelkedett hangulattal kongruens téveszmék és affektív tünetek jellemzik a hangulati epizódokat, szkizofrénia esetén a téveszmék bizarrak, hangulati üresség jellemzi a pszichotikus állapotot. A járulékos tünetek, a pozitív családi anamnézis és a hangulatstabilizálókra adott jó terápiás válasz a hangulatzavar-diagnózist támogatják. Ha a pszichotikus tünetek kizárólag hangulatzavar ideje alatt jelentkeznek, akkor hangulatzavart diagnosztizálunk tekintet nélkül a pszichotikus tünetek milyenségére. Szkizoaffektív zavar esetén a depressziós, mániás vagy kevert epizód tüneteinek együtt kell jelen lenni a szkizofrénia kötelező tüneteivel (téveszmék, hallucinációk, inkohérens beszéd) és ez utóbbiaknak a betegség egy legalább 2 hetes periódusában hangulati tünetek nélkül is jelen kell lennie. Nehéz meghúzni a határt a túlértékelt eszmék és a téveszmék között (pl.: értéktelenség érzés, súlyos szomatikus aggodalmak), a heteroanamnézis segít

het ezek helyes értelmezésében. Ha a betegnek viselkedési problémája van és ehhez hallucinációk vagy delúziók társulnak, akkor gondolni kell Bipoláris zavar jelenlétére, de ebben az esetben figyelembe kell venni egyéb hangulatzavarok (elsősorban MDD) és szkizofrénia, pszichoaktív szerhasználat, szomatikus és neurológiai betegségek lehetőségét is.

Abban az esetben, ha a *diszruptív zavarokra* jellemző viselkedési probléma csak a depressziós vagy mániás epizód alatt van jelen és a hangulati tünetek csökkenésével eltűnik, nem adhatunk sem Oppozíciós zavar, sem Viselkedészavar diagnózist. Ha a gyermeknek a hangulatzavar megjelenése előtt volt Oppozíciós zavar, mindkét diagnózis megadható. Ha a betegnek súlyos, terápiarezisztens viselkedési problémái vannak, gondolni kell hangulatzavar (Bipoláris zavar vagy MDD), ADHD vagy szerhasználat jelenlétének a lehetőségére. Ha a gyermeknek viselkedési problémái vannak és a családi anamnézisben Bipoláris zavar szerepel, az felhívja a figyelmet a hangulatzavarra (MDD vagy Bipoláris zavar). Az *ADHD* tünetei 12 éves kor előtt kezdődnek, krónikusan zajlanak és enyhülnek, vagy megszűnnek pszichostimuláns kezelés hatására. Iskolai szünetekben jelentősen csökken a szubjektíven érzett betegségteher és javul a funkció. A hangulatzavarok epizódokban zajlanak, az epizódok között a betegek tünetmentesek vagy néhány küszöb alatti tünetük van jelen, és hangulatstabilizátor vagy antidepresszáns terápiára reagálnak. Komorbiditás esetén az ADHD tünetei együtt vannak jelen a hangulati tünetekkel, azokkal együtt változnak, a hangulati epizód lezajlása után is fennmaradnak. A krónikus hiperaktivitás és disztraktibilitás megítélése különösen problémás lehet mániás epizód esetén, az epizód kezdetekor a tünetek sú-

lyosbodnak, az epizód lezajlása után a tüneti kép javul, de egyértelmű megoldást a betegség utánkövetése ad az elkülönítésre.

A *Disztímiás zavart* kevésbé súlyos, de krónikusan fennálló (legalább egy évig, de gyakran évekig) tünetek jellemzik és sokszor nehéz elkülöníteni az MDD olyan formáitól, melyek hosszán fennálló tünetekkel járnak. Előfordul, hogy a Disztímia legalább 1 évig tartó tünetei után a tüneti kép súlyosbodása következtében MDD alakul ki, ezt hívjuk „dupla depresszió-nak”. Lányok esetében, ha a kifejezett hangulátváltozás, mely a menstruációt megelőző héten jelentkezik és a menstruációt követő héten megszűnik, gondolni kell a *Premenstruális Diszfóriászavar* lehetőségére. Abban az esetben, ha az irritabilitás kifejezett, az önmérséklet elvesztése gyakori, dühkitörések uralják a képet és ezek a tünetek 10 éves kor előtt kezdődtek, felmerül a Diszruptív Hangulatszabályozási zavar lehetősége.

## A hangulatzavarok kezelése

### Ajánlás 8

**Gyermek- és serdülőkori hangulatzavar esetén rendszeres gyermekpszichiátriai gondozás javasolt.**

A gyermek- és serdülőkori hangulatzavarok esetén kiemelt jelentősége van a rendszeres gyermekpszichiátriai gondozásnak, mert 1) az esetek jelentős részében újabb epizódok jelentkeznek, 2) az unipoláris betegségek egy része az idő múlásával bipolárisra változik, 3) a terápia folytatása legalább 6-12 hónapig ajánlott a tünetek megszűnte után, 4) nagy a relapszus veszély. Az epizód lezajlása után az első 2 hónapban 2 hetente, 3-6 hónapig havonta, 6 hónap után 3

havonta ajánlott a betegek pszichés státuszának és funkcionálásának ellenőrzése, mely gyermek-pszichiáter szakorvos feladata.

### Hangulatzavarok terápiája

A hangulatzavarok terápiájának hatékonysági vizsgálatai túlnyomó részben serdülőkorú depressziós fiatalokon történnek. A fiatalabb gyermekek (12 év alatt) hangulatzavarának kezelésében a tudományos bizonyítékok nem olyan erőteljesek, hiányoznak olyan jól kidolgozott, multicentrikus, randomizált kettős vakterápiás vizsgálatok, melyek ezt a korosztályt is bevonják. Azoknál a terápiáknál, ahol van adat gyermekekre is, külön jelezzük ezt.

**Ajánlások a hangulatzavarok terápiájában:** A hangulatzavarok akut fázisának kezelésében a cél a teljes tüneti gyógyulás és a funkcionális károsodás megszüntetése.

#### Ajánlás 9

**A terápia minden fázisában ajánlott a pszichoedukáció, a szupportív terápia, valamint a család bevonása a terápia egyes folyamataiba. A terápia folyamán kéthetente kontrollvizsgálat javasolt a gyermek/serdülő állapotának követésére, a terápia hatékonyságának felmérésére.**

### Pszichoedukáció

A gyermek vagy serdülő és családja számára fontos konkrét és megbízható információt adni a betegség lehetséges okairól, lefolyásáról, tüneteiről, az érintett funkcionális károsodás területeiről és súlyosságáról (családi kapcsolatok, barátságok, iskolai tanulmányi és magatartási változások), a visszaesés lehetőségéről és megjelenési valószínűségéről. Kiemelt fontosságú a terápiás lehetőségek átbeszélése, ezek lehetséges mellékhatásai, a kezelés nélküli lefolyás veszé-

lyei, mert ezek elősegítik a család és a beteg tudatos döntését a terápia vállalásában és az abban való bentmaradást. Fontos a gondviselővel átbeszélni a szuicidalitás kockázatát, valamint az ezzel kapcsolatos biztonsági óvintézkedéseket. A hangulatzavarral küzdő fiatal környezete legyen biztonságos, ne férjen hozzá potenciálisan veszélyes tárgyakhoz. A szülők figyelmét ajánlott felhívni azokra a magatartásokra, amelyek az öngyilkossági gondolatokra utalnak, vagy annak kockázatát növelik, pl.: kisebb gyerekeknél morbid, vagy halállal kapcsolatos játék, rajz, nagyobbaknál ilyen témájú videójáték, film vagy zene hallgatása vagy a fokozott mértékű alkoholfogyasztás. Javasolt egy öngyilkossági vészhelyzet terv kidolgozása, melyben konkrét nevek, telefonszámok szerepelnek, ahol a fiatal vagy a szülő segítséget tud kérni (Útmutató a serdülőkorú depresszió kezeléséhez a házi-orvosi gyakorlatban, GLAD-PC). Beszélni kell továbbá az orvosi titoktartás határainról is. A pszichoedukáció részét képezheti az egészséges életmód egyes tényezőinek átbeszélése, úgy, mint az egészséges táplálkozás, az életkornak megfelelő időtartamú alvás-ébredés ciklus vagy a rendszeres testmozgás. Carter és mtsai 11 vizsgálat metaanalízisét végezték el, a legalább 7 héten át, heti 3 alkalommal elvégzett, aerobik-típusú, alacsony-közepes intenzitású mozgás közepesen hatékonyan bizonyult a depressziós tünetek csökkentésében. A pszichoedukáció a család bevonásával történik, kitágítja, megnöveli a körülötte lévő támogató szociális hálót, és fokozza annak valószínűségét, hogy a tüneti változást a környezet észleli. Jones és mtsai 8 randomizált klinikai vizsgálat (RCT) és 7 alacsony esetszámú, kontrollcsoport nélküli vizsgálat eredményét foglalták össze a depressziós serdülők és családjaik számára nyújtott pszichoedukáció hatékonyságáról. A vizsgálatok többségében a résztvevők

ismeretei növekedtek a depresszió jellegzetességéről, terápiás együttműködésük javult, családi formáknál a családon belüli kommunikáció nyíltabbá vált. Fristad és MacPherson összefoglalója alapján a családi pszichoedukáció és készségnevelés valószínűleg hatékony bipoláris zavarban szenvedő gyermek és serdülő betegeknek. Geddas és Miklowitz szerint a szülők/gondozók pszichoedukációja akkor is hatékonyan segíti a gyermek gyógyulását, ha a fiatal maga nem vesz részt pszichoterápiában, csak farmakoterápiát kap. Fontos, hogy a pszichoedukáció egyénre szabott legyen. A pszichoedukációt elsősorban a kezelőorvos vagy a beteggel és családjával foglalkozó gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns végezheti. A szóbeli megbeszélést minden esetben írásos, életkorának megfelelő betegtájékoztatóval (lásd: Melléklet) érdemes kiegészíteni.

## Depressziós zavarok kezelése

### Szupportív terápia

A szupportív terápia sokkal többet jelent, mint a páciens támogatása. A szupportív terápia módszerei az aktív hallgatás és visszajelzés, az aktuális problémák megoldásában való segítség, copingkézségek fejlesztése, átbeszélése, a terápiás együttműködés kialakítása. Ide tartoznak továbbá az adaptív kommunikációs stratégiák fejlesztése, a negatív érzelmek adaptív kifejezése és a pozitív érzelmek felismerése, kimondása is. A szupportív terápia egyes részei az egész családot érinthetik, így például a családtagok közti kommunikáció fejlesztését. Miklowitz és mtsai családi szupportív terápia és pszichoedukáció hatékonyságát vizsgálták bipoláris zavarra veszélyeztetett fiataloknál. A prevenció azoknál a fiataloknál volt hatékonyabb, akiknek család-

jában az érzelem-kifejezés magas szintű volt. Zhou és mtsai metaanalízisében a szupportív terápia depressziós fiatalok esetében mind rövid, mind hosszú távon szignifikánsan hatékonyabban csökkentette a tüneteket a várólistához képest. A család bevonása kisgyermekeknél kiemelt jelentőségű, mivel a terápiás motiváció nagyon gyakran a szülőktől származik. A terápia folyamán minden esetben a közvetlen családtagokat is ajánlott bevonni a folyamatba, a családon belüli kapcsolatok javítása, a szülői funkciók támogatása, megerősítése, a szülők és testvérek pszichiátriai betegségének kezelése bizonyítottan hatékony elemek a gyermek hangulatzavarának kezelésében. Az óvodás gyermekek hangulati tüneteinek kezelésében a szülők nevelési készségének fejlesztése is pozitív hatással van a gyermek állapotára. A szülői depresszió tovább ronthatja a gyermek betegségét is. Több tanulmány kimutatta, hogy az anya depressziójának kezelése javított depressziós gyermeke állapotán. Fontos kiemelni azonban, hogy önmagában a szülő terápiája nem elegendő a gyermek állapotának javulásához. A hangulatzavar lefolyásának szoros és gyakori ellenőrzése a terápia egész folyamán kiemelt jelentőségű. A kontrollvizsgálat tartalmazzon a gyermek/serdülő által kitöltött önkítöltős tesztet, szülők által kitöltött tünetlistát, valamint mérje fel a funkciókárosodás aktuális mértékét is. Fontos továbbá a szuicid veszélyeztetettség felmérése is (lásd: Ajánlás 3).

#### Ajánlás 10

**Enyhe depressziós epizód (komorbiditás, jelentős rizikótényezők, illetve családi halmozódás nélkül) kezdeti terápiája a szupportív terápia és a pszichoedukáció 4-6 hétig. Ha 4-6 hét múlva nincs reakció, specifikus pszichoterápia (CBT/IPT) a választandó terápia.**

## Kognitív-behavior terápia és interperszonális pszichoterápia

Amennyiben a gyermek/serdülő állapota 4-6 hét alatt nem javul, specifikus pszichoterápia megkezdése javasolt. A pszichoterápia kiválasztásánál fontos szempont a fiatal életkora, kognitív fejlettsége, a hangulatzavar típusa, súlyossága, a komorbid pszichiátriai zavar jelenléte, a családi pszichiátriai anamnézis, a családi és szociális környezet, a terapeuta képzettsége, valamint a beteg és családja preferenciája. A specifikus pszichoterápiák közül a *kognitív-behavior terápia* és az *interperszonális pszichoterápia* a két legtöbbet vizsgált terápia. Mindkettő közepesen hatékonynak bizonyult a depresszió rövid távú kezelésében serdülőkorban, míg gyermekkorban a CBT hatékonyságát találták a legjobbnak. McCarthy és Weisz 9 terápiás vizsgálat alapján (5 CBT, 2 IPT, 1 kognitív terápia, 1 családi fókuszterápia) az alábbi közös elemeket találták a hatékony pszichoterápiákban: mérhető célok kitűzése a fiatal számára, valamint hatékonyságának növelése egy saját maga által meghatározott területen. Gyermekek és serdülők esetében egy metaanalízis biztató eredményekről számol be, de a hatékonyság méréséhez több RCT típusú vizsgálatra van szükség. A 12 év alatti gyermekek hangulatzavarának kezelésében kevés kontrollált vizsgálatra lehet támaszkodni. Whalen és mtsai kiemelik, hogy a gyermekek terápiája gyakran a serdülő vagy a felnőtt terápia változata, nincs kellően adaptálva gyermekekre. A 6 év alatti gyermekek esetében az alkalmazott pszichoterápia minden esetben a szülők és a család bevonásával történik. Luby több vizsgálatot folytatott 6 éves kor alatti depressziós gyermekek kezelésében. Az általa javasolt terápia a szülő-gyermek interakciók javítását, a szülői funkciók és készségek átbeszélését, valamint a gyermek érzelmi regulációs képességének fejlesztését cé-

lozza. Fontosnak tartja a szülő esetleges depressziójának kezelését, mely pozitívan befolyásolja a gyermek tüneteit is. Egy metaanalízis 7 vizsgálat eredményeit összesítve 13 éves kor alatt is szignifikánsan hatékonynak találta a pszichoterápiát a hangulatzavar kezelésében. A gyermekkori pszichoterápiák többsége CBT-t tartalmazott. Egy nyílt vizsgálat a 6 év alatti hangulatzavaros gyermek kezelésében az érzelmi reguláció fejlesztését és a szülő-gyermek interakciós terápia kombinációját találták hatékonynak.

### Ajánlás 11

**Közepes depresszióban szupportív támogatás és pszichoterápia, egyes esetekben gyógyszer javasolt. Az első választandó terápiás módszer a pszichoterápia (CBT vagy IPT). Annak hatástalansága esetén (4-6 hét múlva nincs javulás) gyógyszeres kezelés (fluoxetin) vagy pszicho- és farmakoterápia kombinációja javasolt.**

A *kognitív-viselkedésterápia* fókusza az egyén saját magáról, a külvilágról és a jövőről alkotott képének megváltoztatása. Olyan viselkedési és kognitív mintákat keres és azonosít a terapeuta és a páciens, mely a depressziós tüneteket fenntartja. A terápia során a fiatal aktívvá válását segíti a számára kellemes eseményeken való részvétellel, a szociális készségeinek fokozásával, problémamegoldó képességének javításával. A CBT célja továbbá a maladaptív negatív hiedelmek és gondolkodási minták megváltoztatása. A terápia fontos része az önmonitorizálás, a kommunikációs tréning, a viselkedési aktiválás, a kognitív átstrukturálás, valamint a problémamegoldó készség és az érzelmi reguláció fejlesztése. A CBT általában terápiás protokoll szerint történik, 12-16 ülésből áll, az ülések között otthoni gyakorló feladatokkal. Magyar nyelven is elérhető CBT-terápiás proto-



koll depressziós gyermekek és serdülők számára a PASCET (Elsődleges és Másodlagos Kontroll-erősítő Tréning) .

Thapar és mtsai több metaanalízis eredmények összehasonlítása alapján a CBT hatékonyságát közepesen erősnek találták, a legnagyobb terápiás hatást enyhe depresszió esetében mérték. Weising és mtsai gyermekeknél vizsgálták a PASCET terápiás protokoll hatásosságát szokásos ellátáshoz képest. A tüneti javulást mutató gyermekek között nem volt különbség a két csoportban, de a CBT-terápiában részesülők gyorsabban javultak, mint a kontrollcsoport (24 hét vs 39 hét). Weising és mtsai a korábbi metaanalíziseket és 2014-ig megjelent RCT-k eredményeit összehasonlítva megállapították, hogy a CBT egyéni és csoportos formában is hatékonyan csökkenti a depresszió tüneteit. Míg a CBT hatékonyságát a serdülőkori depresszió kezelésében több jól megalapozott RCT pozitív eredményei támasztják alá, a gyermekkori depresszió terápiájában a CBT hatékonysága kevesebb vizsgálatral van alátámasztva. Egy komplex metaanalízis 52 RCT eredményeit szintetizálta. 9 pszichoterápia hatékonyságát hasonlította össze egymással és 4 kontrollcsoporttal depressziós fiataloknál. Csak a CBT és az IPT volt szignifikánsan hatékonyabb a kontrollcsoportoknál (pszichológiai placebo, szokásos kezelés és várólista).

Az *interperszonális terápia* alapja a depressziós tünetek negatív hatása az interperszonális kapcsolatokra és fordítva. Akkor érdemes interperszonális pszichoterápiát választani, ha a depressziós fiatal hajlandó megosztani a terápia folyamán az aktuális kapcsolati problémáit. Az IPT szintén protokoll szerint zajlik, manualizált, általában 12-16 heti ülést tartalmaz. Az IPT haté-

konyságát serdülőknél kevesebb vizsgálat igazolta, mint a CBT-ét. Weising és mtsai összefoglalójában 2 vizsgálatról számol be. Az egyik egyéni és csoportos CBT és IPT hatékonyságát hasonlította összes depressziós serdülőknél. Mindkét terápia hatékonynak bizonyult, hatásuk egymástól nem különbözött szignifikánsan. A másik vizsgálatban a csoportos IPT hatékonyabbnak bizonyult, mint az iskolai beszélgetés. A randomizált kontrollált klinikai vizsgálatok alapján az IPT közepesen hatékony terápia a serdülőkori hangulatzavar kezelésében.

A *rövid pszichoanalitikus terápia* során a terapeuta segít a fiatalnak megoldani bizonyos fejlődési problémákat. A terápia célja a fiatal kötődési kapcsolatainak háttérben lévő maladaptív mentális modell kibontása és koherenciájának növelése, javítva ezáltal érzelmi regulációját. Fontos szerepe van a tudatalatti konfliktusok interpretációjának, a modern kötődési teóriának, valamint a belső működési modelleknek. Egy multicentrikus, randomizált klinikai kettős vakvizsgálat során depressziós fiatalok (11-17 év) CBT-ben, rövid pszichoanalitikus terápiában, illetve rövid pszichoszociális kezelésben részesültek. A rövid pszichoanalitikus terápia a serdülőkori depresszió akut kezelésében ugyanolyan hatékonynak bizonyult, mint a CBT. A hosszútávú hatásban azonban nem volt különbség a 3 csoport között 36 hét, 52 hét és 86 hét után. A vizsgálat alatt a gyógyszeres kezelés bármely pszichoterápia mellett megengedett volt, ami befolyásolhatta az alkalmazott kezelés hatékonyságát. Egy 9 pszichoterápiát összehasonlító metaanalízis viszont nem találta hatékonyabbnak a pszichodinamikusterápiát a fiatakkori depresszió kezelésében a várólistás kontrolloknál sem rövid, sem hosszú távon.

## Pszichoterápia és farmakoterápia kombinációja

### Ajánlás 12

**Komplikált, súlyos vagy a szupportív terápiára nem reagáló depresszióban specifikus pszichoterápia (CBT, IPT) és/vagy gyógyszer ajánlott. Az egyéb terápiák (ECT, TMS, VNS, DBS) hatékonysága gyermek- és serdülőkorban nem bizonyított.**

A legelsőnek felfedezett triciklikus reuptake gátló imipramine a jelenlegi szabályozás szerint ugyan még indikálható, de gyakorlati tapasztalatok alapján – tekintettel kedvezőtlen mellékhatásprofiljára és kérdéses hatásosságára –, kevésbé ajánlott.

Gyógyszeres terápia alkalmazásakor, az elsősorban SSRI- (szelektív szerotoninreuptake-inhibitor) és SNRI- (szelektív noradrenalinreuptake inhibitor) szerekkel történt klinikai vizsgálatok és azok metaanalízise alapján mind a NICE Guideline, mind az Amerikai Gyermekpszichiátriai Társaság irányelve szerint az első választandó szer a fluoxetin. Hazánkban az érvényben lévő szabályozás szerint 18 év alatt az egyetlen nem off label alkalmazható korszerű antidepresszívum 6 éves kor felett. Ajánlott kezdő adagja 10 mg/nap, amely szükség szerint egy hét múlva 20 mg/nap adagra emelhető. Nagyobb súlyú serdülők esetén a testsúlynak megfelelő dózis adható. A gyógyszert a lehetséges mellékhatások elkerülése és a jobb együttműködés érdekében kisebb dózissal ajánlott indítani és csak óvatosan emelni. A pácienseket legalább 4 hétig kell kezelni a megfelelő és tolerálható dózissal, míg a hatás jelentkezik. A klinikai választ 4 hetes időintervallumonként ajánlott monitorozni és a dózist a teljes válasz el-

éréséig óvatosan emelni. Folytatni kell a terápiát a tüneti remissziót követően legalább 6 hónapig. Mellékhatásprofilja (gastrointestinalis tünetek, alvásproblémák, fejfájás, étvágyváltozások és szexuális diszfunkció) kedvező, a relative hosszú felezési idő miatt szedésének abbahagyását követően kb. 4-5 hét alatt ürül ki teljesen a szervezetből, ezért diszkontinuációs szindrómát (szédüléssel, hányingerrel, letargiával, fejfájással, vegetatív izgalmi jelekkel járó tünetek, melyek általában rövid ideig – átlagosan 5 nap – állnak fenn és intenzitásukat tekintve csökkenő tendenciát mutatnak) nem okoz. Az antidepresszív farmakoterápia első napjaiban viszonylag ritkán fellépő feszültségfokozódás, agitáció, insomnia, súlyosbodó szorongás (igen ritkán fokozott szuicid készletetés) elsősorban a fel nem ismert bipoláris depresszió, illetve bipoláris depresszió hangulatstabilizáló nélkül végzett antidepresszív monoterápiája során jelentkezik. Ilyen esetekben hangulatstabilizáló (HS) beállítása nélkülözhetetlen, jelenlegi szabályozás szerint a lítium adható. A gyermekkori depresszió gyógyszeres kezelése során megjelenő *szuicid magatartást* vizsgálva Whittington és mtsai az összesen 2262 vizsgálat alapján, 6 és 18 év közötti, major depresszióban szenvedő gyermek közül az aktív kezelésben részesülők 4,7%-ánál, míg a placebót kapók 2,4%-ánál észleltek szuicid fantáziákat, szándékot vagy kísérletet, de egyetlen egy beteg sem követett el befejezett öngyilkosságot. Az antidepresszívumok tehát gyermekkorban is javítják a depressziót, és csökkentik a szuicid rizikót a betegek többségénél. Ugyanakkor egy kis, vulnerábilis alcsoportban (elsősorban a későbbiekben bipolárisra váló, vagy kevert tüneteket mutató betegeknél) agitációt, nyugtalanságot, diszfóriát, mániás-depressziós kevert állapotot, illetve hipomániás epizódokat okozhatnak, növelve ezzel a szuicid ri-

zikót. A gyermekkori major depressziók jelentős része potenciálisan bipoláris, amelynek jó klinikai markere az első- és/vagy másodfokú rokonoknál előforduló bipoláris betegség. Ilyen esetekben az antidepresszívumot mindig HS hatású gyógyszerekkel együtt (vagy azok bevezetése után), illetve szükség esetén anxiolitikumokkal, de elsősorban pszichoterápiával kombinálva kell alkalmazni.

Több placebo kontrollált, kettős vak, randomizált, multicentrikus RCT hasonlította össze a kombinált terápia hatékonyságát a csak pszichoterápia vagy csak farmakoterápia hatékonyságával. A Serdülőkori depresszió kezelése tanulmány (TADS) vizsgálatban csak CBT, csak fluoxetin, placebo és kombinált CBT + fluoxetin csoportok tüneti javulását vizsgálták depressziós fiataloknál. A kombinált kezelésben részesülők gyorsabb javulást mutattak, de a vizsgálat végére (36 hét) nem volt szignifikáns különbség a csak gyógyszeres és a kombinált terápiaiban résztvevők tüneti csökkenése között. A kombinált gyógyszeres és a pszichoterápiás csoportban az öngyilkossági gondolatok gyakorisága jelentősebb csökkenést mutatott, a szuicid kísérletek száma pedig szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a csak fluoxetin terápiaiban részesülőknél. Brent és mtsai SSRI-kezelésre nem reagáló depressziós serdülőknél magasabb arányú tüneti javulást találtak azoknál, akiknél a gyógyszerelváltás mellett kongnitív-behavior terápia is történt (Treatment of Resistant Depression in Adolescents TORDIA). Ugyanakkor a Serdülőkori depresszió kezelése antidepresszánsal és pszichoterápiával (ADAPT) vizsgálatban közepes és súlyos depressziós epizódban szenvedő serdülőknél nem találtak különbséget a tüneti javulás gyakoriságában a gyógyszer + CBT-csoport és a csak SSRI-t szedők között. Ennek

egyik lehetséges oka a vizsgálat kezdetekor súlyosabb depressziót mutató minta lehetett.

Pszichotikus vagy katatón tünetek jelentkezősekor feltétlenül hospitalizációra van szükség. Ilyen esetben antipszichotikum adása indokolt. A típusos antipszichotikumok (pl.: haloperidol) biztosan nem rendelkeznek antidepresszív hatással, jelentőségük a depresszió pszichotikus formáinak adjuváns terápiájában lehet, bár a jól ismert hátrányok miatt ilyen esetekben is az AAP-k preferálandók.

Nem történtek kontrollált hatékonysági vizsgálatok serdülőkori depresszió *elektrokonvulzív (ECT)* terápiával való kezelésére. Izolált vizsgálatok pozitív eredményről számolnak be terápiaerezisztens depressziós serdülők esetében, ez azonban nem nyújt elegendő bizonyítékot a terápia alkalmazásához. Gyermekkorban az ECT alkalmazása ellenjavallt, serdülőkorban nagyon súlyos, terápiaerezisztens esetekben alkalmazása mérlegelendő, de nincs elegendő bizonyíték a hatékonyságára.

*Az egyéb terápiás beavatkozások* gyermekkorban nem, serdülőkorban ritkán alkalmazottak a hangulatzavarok kezelésében. Ide tartoznak a *fényterápia*, az *alvásmegvonás*, az *akupunktúra*, a gyógynövények (elsősorban az *orbáncfű*), az *omega-3-zsírsavak*, az *aromaterápia*, a *homeopátia*. A kiegészítő gyógymódok értékelésének az a fő nehézsége, hogy nagyon keveset vizsgáltak meg kontrollokkal összevetett vizsgálatokban.

A *stimulációs terápia*k (MST – magnetic seizure therapy, mágnesesroham-terápia, TMS – transcranial magnetic stimulation, transzkraniális mágneses stimuláció, VNS – vagal

nerve stimulation, vagusideg-stimuláció, DBS – deep brain stimulation, mély agyi stimuláció) hatékonyságára nincs bizonyíték serdülő depressziójában. Felnőtt pácienseken végeztek vizsgálatokat, melyek biztatónak tűnnek a terápiarezisztens betegek kezelésében.

### Ajánlás 13

**Ha az alkalmazott pszichoterápia mellett 12 hétig vagy az alkalmazott gyógyszer mellett 4 hét alatt nem következik be javulás, javasolt a terápiás módszer váltása vagy a kombinált terápia alkalmazása.**

A specifikus pszichoterápiák (CBT/IPT) általában 12-16 hétig tartanak, heti egy ülés mellett. A farmakoterápia 4-6 hét alatt mutat pozitív hatást, de gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy a farmakoterápia során a második hét végére jelentkező klinikailag is értékelhető, jelentős javulás nagyon nagy biztonsággal jelzi előre a későbbi nagymértékű és tartós javulást, illetve remissziót. (Ha az első két hét alatt lényeges javulás nem észlelhető, a későbbi pozitív kiemenet esélye sokkal kisebb). *Gyógyszerváltás szükségességének felmerülésekor fontos gyakorlati szempont, hogy a jelenleg érvényben lévő szabályozás szerint a korszerű antidepresszívumok közül 18 év alatti betegnek egyedül fluoxetin indikálható, a többi antidepresszívum nem alkalmazható vagy nem javasolt, mert biztonságosságuk és hatásosságuk egyelőre nem bizonyított.*

Amennyiben a gyermek/serdülő tünetei nem csökkennek számottevően, javasolt más terápiás modalitásra váltani. Amennyiben kognitív-behavior terápiaiban részesült korábban, interperszonális vagy rövid dinamikus pszichoterápiát, gyógyszeres kezelést vagy a kettő kombinációját érdemes bevezetni.

Az antidepresszívumra adott elégtelen válasz esetében felmerülhet: a beteg nem veszi be rendszeresen vagy szubterápiás adagban szedi a gyógyszert (non-compliance), szomatikus komorbiditás (manifeszt vagy szubklinikus hipotireózis), gyors metabolizáció, felszívódási zavar, komorbid pszichiátriai betegség (drogfogyasztás), fel nem ismert, illetve rejtett bipolaritás (szubszindrómális bipoláris tünetek). Antidepresszívum-rezisztens depresszió esetén mindig gondolni kell bipoláris depresszióra, amely az antidepresszív monoterápiára rezisztens esetek egyik leggyakoribb oka, ilyenkor az antidepresszívum elhagyása vagy annak hangulatstabilizátorral (lithium) való kombinációja szükséges.

Amennyiben nincs számottevő javulás a terápiaváltás után sem, úgy fontos a diagnózis újragondolása, a komorbid pszichiátriai betegségek felmérése és a legsúlyosabb tünet kezelése, a család működésének, véleményének felmérése, a fiatal és családja terápiás együttműködésének átgondolása/átbeszélése. A pszichoterápia és a gyógyszeres kezelés kombinációja (lásd: Ajánlás 12.).

### Ajánlás 14

**A hangulatzavarokkal együtt előforduló ko-morbid betegségek kezelése ajánlott.**

Először a súlyosabb betegséggel kell kezdeni a terápiát. A kontrollvizsgálatok során a specifikus tüneteket érdemes ellenőrizni elsősorban, nem a globális funkciót. A gyermek- és serdülőkori hangulatzavarok mellett a leggyakoribb komorbid kórkép a szorongásos betegség. Az internetalapú kognitív-behavior terápia mindkét betegség tüneteit csökkentette komorbid populációban Ye és mtsai metaanalízisében, bár a szorongásos tünetek javulása erőteljesebb volt, a

depresszió tüneti változása nem mutatott szignifikáns különbséget a várólistán lévő kontrollcsoporthoz képest. Goodyear és mtsai a Hangulatjavítás pszichoanalitikus és kognitív terápiával (IMPACT) vizsgálatában a CBT és a rövid pszichoanalitikus terápiák hatékonyan csökkentették a szorongásos tüneteket, és a pozitív hatás a terápia után 10 héttel is megmaradt. ADHD-komorbiditás esetén közel ötszörösére nő a bipoláris transzformáció esélye. ADHD diagnóza esetén viszont fontos, hogy figyeljünk a komorbid bipoláris betegségekre is, mivel az ADHD-ban igen hatékony stimuláns terápia (metilfenidát) és a nem stimuláns csoportba tartozó atomoxetin is mániás epizódot, illetve rapid ciklusú lefolyást indukálhat. Így az ADHD-val komorbid bipoláris betegség esetén az eutímia eléréséig HS-t javasolt adni, majd ezt követheti a stimuláns vagy az atomoxetin terápia.

#### Ajánlás 15

**Az akut terápiás hatás megerősítésére és a relapszus elkerülésére a kezelést 6-12 hónapig folytatni kell.**

Fenntartó kezelésre azért van szükség, hogy az akut fázisban elért tünetcsökkenés maradandó legyen és megelőzzük a visszaesést. A relapszus veszélye az első 4 hónapon belül a legmagasabb. Egyértelmű célokat kell kitűzni a beteggel és családjával együtt. A cél ebben a fázisban a teljes gyógyulás, valamint a funkciókárosodás megszüntetése, a teljes funkció visszaállítása, valamint a visszaesés megelőzése.

A hangulatzavar akut fázisának kezelése után a pszichoterápia folytatása hosszútávon is javasolt. A 6 hónapig folytatott CBT megelőzheti a relapszust. Crowe és McKay összefoglalójában a leghosszabb utánkövetés 24 hónapos volt, a CBT

terápiás hatása közepesnek bizonyult és mindenfajta kontrollcsoportnál hatékonyabb volt. Goodyear és mtsai vizsgálatában mindkét alkalmazott pszichoterápia (CBT és pszichoanalitikus terápia) és a kontrollcsoportban alkalmazott rövid pszichoszociális terápia egyformán hatékony volt a visszaesés megelőzésében.

A hosszú távú utánkövetéses vizsgálatok hatékonyságának megítélését nehezíti az a tény, hogy a depresszió tünetei kezelés nélkül is javulnak. Zhou és mtsai metaanalízisében 52 RCT eredményei alapján a specifikus pszichoterápiák hosszútávú hatékonyságát 2 időtartamban vizsgálták meg. A rövidebb utánkövetés 1-6 hónapig tartott. IPT és CBT bizonyult a leghatékonyabb terápiáknak. Az IPT szignifikánsan hatékonyabb volt a depressziós tünetek csökkentésében a várólistához és a problémamegoldó terápiához képest, a CBT pedig a pszichológiai placebo, a várólista, a problémamegoldó terápia és a kognitív terápia alkalmazásánál bizonyult hatékonyabbnak. A hosszú távú utánkövetés a vizsgálatokban 6-12 hónapig tartott. Ebben az időszakban az IPT bizonyult a leghatékonyabb terápiának, szignifikánsan jobbnak, mint a CBT vagy a többi terápia. A terápia megszakítása a beteg és családja részéről az IPT-nél fordult elő legritkábban. A fenntartó kezelés alatt fontos a fiatal rendszeres és szisztematikus monitorozása, a terápiás célok és az eredmény ellenőrzése.

#### Ajánlás 16

**A remisszióban lévő gyermek/serdülő állapotát legalább 12 hónapig rendszeres ellenőrzés mellett ajánlott követni. 2 vagy több depressziós epizód után, vagy megnövekedett rizikó mellett legalább 24 hónapig javasolt az utánkövetés.**

A hosszú távú fenntartó kezelés célja az egészséges fejlődés biztosítása és az újabb epizód kialakulásának megelőzése. Fontos kérdés a terápia leállításának időpontja. Nincs olyan klinikai vizsgálat, mely ebben a kérdésben egyértelmű útmutatót nyújtana. Általánosan megállapítható, hogy minél hosszabb időt vett igénybe a gyógyulás, illetve minél több a hangulatzavar epizódok száma, annál hosszabb a terápia időtartama is. Azoknál a betegeknél javasolt a terápiát 12 hónapnál tovább folytatni, akinek már legalább 2 epizódja, vagy 1 súlyos vagy 1 hosszú epizódja volt.

#### Ajánlás 17

**Depressziós gyermekek és serdülők kezelése elsősorban járóbeteg/ambuláns formában történik.**

Az ambuláns terápia feltétele a pszichoszociális működés megfelelő szintje, azaz a beteg képes legyen a mindennapi feladatokkal megküzdeni (pl.: iskolába járás) és kapcsolatot tartani az őt körülvevő személyekkel. A hatékony járóbeteg-ellátás másik feltétele a megfelelően képzett szakemberek. Pszichoterápiát csak a specifikus módszerben képzett gyermekpszichiáter, pszichológus, vagy szakorvos irányításával gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns nyújthat. Pszichoedukációt, szupportív támogatást megfelelő gyermekpszichiátriai felügyelettel a gyermek- és serdülőpszichiátriai ellátásban jártas egészségügyi szakember is adhat. Gyógyszeres terápia kizárólag gyermekpszichiáter szakorvos felügyeletével történhet. Kórházi kezelés indikációja: akut szuicidalitás, szuicid szándék fenntartása; pszichotikus tünetek (hallucinációk, téveseszmék, súlyos pszichomotoros retardáció vagy stupor) jelentkezése, amikor a megszokott hétköznapi aktivitás lehetetlenné

válik; olyan súlyos a depresszió vagy a funkcionális károsodás, hogy a gyermek vagy serdülő nem képes iskolába járni; a mindennapi alapvető tevékenységekre való képtelenség, pl.: rendszeres evés, ivás vagy a normális struktúrált napirend betartása, pl.: lefekvés vagy felkelés megfelelő időben.

#### Relapszus megelőzése, gondozás

##### Ajánlás 18

**A relapszus megelőzése érdekében javasolt stratégiák kidolgozása, átbeszélése gyermekkel, serdülővel és családjával. A pszichoedukáció során a hangulati tünetek kiújulásáról, valamint fokozott rizikó esetén a bipolaritás lehetőségéről is kell beszélni. Legyenek olyan előre megbeszélte stratégiák, melyek elősegítik a gyermek vagy serdülő mielőbbi terápiába kerülését.**

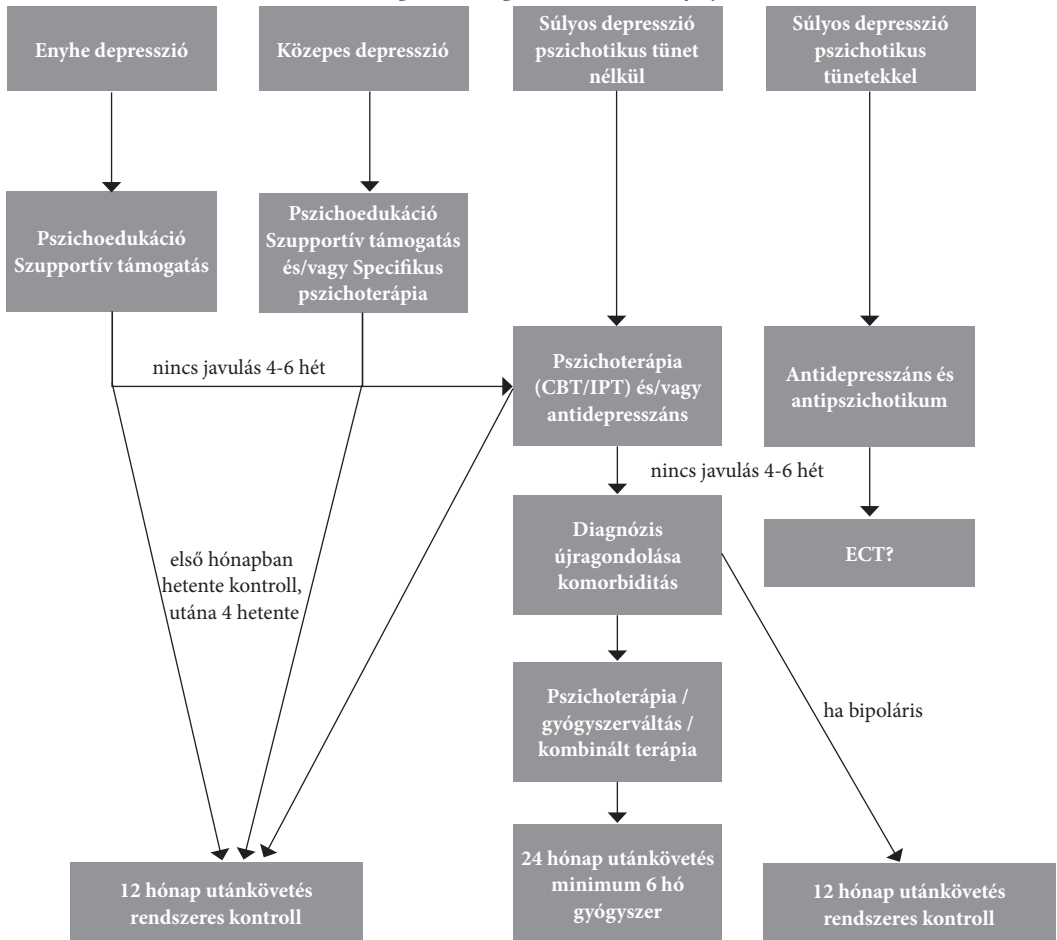
A relapszus esélye magas azoknál a gyerekeknél és serdülőknél, akik korábban már átéltek legalább egy depressziós epizódot. Fokozott a bipolaritás rizikója azoknál a depressziós fiataloknál, akiknek elsőfokú rokonai között mánia, hipománia előfordult, akinél a hangulati tünetek korán kezdődtek, küszöbszint alatti hipomániás tünetek vagy időszakos hangulati labilitás előfordult, illetve azok, akiknél pszichotikus tünetek is jelentkeztek. Számukra a megelőzésre irányuló pszichoedukáció, valamint a tünetek kiújulásakor, vagy mániás, hipomániás állapot megjelenésekor követendő stratégiák kiemelt fontosságúak, elősegítik a mielőbbi terápia megkezdését. Serdülők esetében a CBT ismétlődő ülések segíthetnek a visszaesés megelőzésében. Fiatalabb gyermekeknél fontos a teljes körű családi anamnézis ismerete, valamint a családtagok kezelése (pl.: anyai depresszió), amennyiben erre szükség van. A fokozott rizikójú fia-

talokat 1 vagy akár 2 éven keresztül is javasolt követni (lásd: Ajánlás 17.). Javasolt olyan stratégiák, tervek kidolgozása a beteggel és családjával, melyek a tünetek ismételt megjelenésekor segítenek a terápia mielőbbi elkezdésében. Egy Cochrane adatbázis alapján készített szisztematikus összefoglaló megállapítása alapján a ko-

rábban dep-ressziós tüneteket mutató fiatalok prevenció célú terápiaja (CBT és IPT) közepes hatékonyságot mutatott, de a tanulmányok kifogásolható metodikája miatt (megfelelő kontrollcsoport, alacsony elemszám) a bizonyíték nem volt elegendő a hatékonyság megítéléséhez.

A kezelés menetét lásd az 1. ábrán.

1. ábra: A depressziós epizód kezelésének folyamata



**Hospitalizáció,** ha súlyos szuicid veszélyeztetettség, pszichotikus tünetek vagy jelentős viselkedési negativizmus

**Bipolaritás**ra utal: agitált depresszió, pozitív familiaris anamnézis, komorbid ADHD

## Bipoláris zavarok kezelése

### Ajánlás 19

**A bipoláris fiatalok kezelése elsősorban farmakoterápia, melyet pszichoterápiával javasolt kiegészíteni.**

### Akut fázis kezelése

Bipoláris betegség bármely klinikai manifesztációja esetén biológiai (gyógyszeres, illetve nem gyógyszeres) kezelés feltétlenül szükséges, de nemcsak az aktuális epizódot kell kezelni, hanem a visszaesések/visszatérések megelőzése céljából HS (hangulatstabilizáló) terápia bevezetése is szükséges, melyet nem gyógyszeres terápiákkal (pszichoedukáció, nem specifikus szupportív, illetve specifikus pszichoterápiák) kell kombinálni, mivel bizonyított, hogy a legjobb eredményt a kombinált kezelés együttes alkalmazása adja. A kezeletlen bipoláris betegség rontja a később bevezetett terápiára való reagálást és fokozza a komplikációk kialakulásának esélyét. Gyakori hiba, hogy az anamnesztikus adatok mellőzése miatt bipoláris pácienseknél csak az aktuális affektív epizód kerül kezelésre (depresszió) és a HS-terápia (vagy a hangulatstabilizáló hatású atípusos antipszichotikummal történő terápia) bevezetése elmarad vagy akár éveket késik. Kiindulási pontként elfogadhatjuk a NICE 2006 ajánlását, miszerint **a bipoláris depressziós és az akut mániás fázis kezelésének a felnőtteknek szóló útmutatás szerint kell történnie, azzal a kitételrel, hogy a gyógyszereket alacsonyabb dózissal kell kezdeni.** Fontos megjegyezni, hogy jelen ajánlás tudományos eredményeken alapul és a gyógyszerek alkalmazási előirata ettől országonként is eltér. Hazánkban jelenleg 18 év alatt bipoláris zavar diagnózis esetén az egyetlen indikálható HS a Lithium

(12 éves kor felett), a többi HS (carbamazepine, valproate, lamotrigin) adása 18 év alatt bipoláris zavar diagnózis esetén nem javasolt, a biztonságosságra és hatásosságra vonatkozó adatok hiánya miatt. A carbamazepine, valproate és lamotrigin is más diagnózis (főleg epilepsia) esetén 18 év alatt is javasoltak, ami a gyakorlatban sokszor befolyásolja – off label! – használatukat elsősorban „serdülőkori hangulati hullámlás” esetén. Valproatok alkalmazása során serdülő lányok esetében számolni kell menstációk rendellenességeivel, melyek ritka mellékhatásai a gyógyszernek és háttérben policisztás ovárium kialakulása állhat, valamint gondolni kell esetleges terhesség lehetőségére is, tekintettel a valproátok intrauterin magzatot károsító hatására. Az AAP-k (atípusos antipszichotikumok) közül (olanzapine, risperidon, kvetiapine, aripiprazol) pedig aktuálisan egyedül az aripiprazol adható mániás epizódban 13 éves kor felett, és a kezelést legfeljebb 12 hétig lehet folytatni. Az olanzapine, risperidone, quetiapine bipoláris zavar diagnózisnál 18 éves kor alatt a jelenlegi szabályozás, gyógyszer-engedélyezés szerint nem adható, a biztonságosságra és a hatásosságra vonatkozó adatok hiánya miatt. Fontos megemlíteni, hogy az OGYÉI az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló rendeletében foglaltaknak megfelelően egyéni kérelemre indikáción túli gyógyszerelést is engedélyezhet, ha ezt a kezelőorvos megfelelő indokkal alátámasztja. (Kérelem űrlapját lásd a mellékletben.)

### Profilaktikus lítium-kezelés

Beállítása rendszerint az akut (depressziós vagy mániás) szakban, többnyire kórházban történik. Előtte szomatikus kivizsgálás, alatta rendszeres szérumban lítiumszint-ellenőrzés és idő-



közönként a beállítás előtt elvégzett vizsgálatok megismétlése szükséges (lásd: részletesen a 2. ábra). A profilaktikus hatás eléréséhez szükséges szérumszintek egyedileg nagy variációt mutatnak. Az ún. terápiás tartományt 0,5-1,0 mmol/l között tartjuk optimálisnak. A terápiás vérszint általában 7-10 nap alatt alakul ki. A profilaktikus hatás eléréséhez kívánatos szint általában napi 2x1 (akut mániás állapotban az első napokban napi 3x1) 500 mg-os tablettával elérhető. A felszívódás és kiürülés nagy egyéni különbségei miatt ez mindig a szérumszintek függvényében határozható meg. Mivel a lítium a vesén át ürül, bármely csökkent glomerulus filtrációval járó akut vagy krónikus vesebetegség esetén a szérumszint nem kívánatos emelkedésére kell számítani és a lítium adagjának csökkentése, esetleg átmenetileg elhagyása szükséges. Ugyanez vonatkozik akut, lázzal, hasmenéssel vagy egyéb eredetű folyadékvesztéssel járó

betegségek eseteire is. A lítiumkezelés során jelentkező mellékhatásokat korai és késői csoportba soroljuk. Korai mellékhatás a rossz közérzet, fáradékonyság, remegés, izomgyengeség, émelygés, hányinger, szédülés, fejfájás, esetleg bőrvizketés, melyek szinte minden esetben hetek alatt elmúlnak. A késői mellékhatások általában 1-2 éves lítiumszedés után lépnek fel, ezek a hipotireózis, testsúlygyarapodás és ritkán a diabetes insipidus. A lítiumkezelésben részesülőknél a lítium intoxikáció vagy preintoxikációs állapot tünetei (fokozódó tremor, izzadás, hányinger, hányás, hasmenés, szédülés, ataxia, dizartria, izommerevség, aluszékonyság, súlyos esetekben kóma, epileptiform rosszulletek, hiperpirexia), illetve az ilyenkor szükséges teendők (lítium elhagyása, enyhén sózott víz vagy tea bőséges fogyasztása és azonnali kontrollvizsgálat) a beteg és családtagjait feltétlenül tanítjuk meg.

2. ábra: A lítiumterápia előtt és alatt elvégzendő laboratóriumi vizsgálatok

<p>Lítium beállítása előtt: Vérkép Vércukor Szérumionok Vizelet (sűrűség és üledék is) Szérumkreatinin T3, T4, TSH EKG EEG klinikai megítélés alapján</p>	<p>Lítium-beállítás optimális várt vérszint:</p> <p>terápiás 0,8-1 mmol/l</p> <p>profilaktikus 0,6-1 mmol/l</p>	<p>Szérumszint-ellenőrzés: Hetente Kéthetente 6 hó után havonta – kéthavonta</p> <p>Li intoxikáció/interkurrens testi betegség: azonnal</p>
		<p>Félévente ellenőrzés: Szérumkreatinin ionok vércukor</p>
		<p>Évente ellenőrzés: T3, T4, TSH</p>

A Bipoláris zavar első klinikai manifesztációja rendszerint depressziós epizód, az esetek többségében inszomniával, illetve disztímiás, depresszív, szorongásos, irritábilis, agresszív tünetekkel jelentkezik. Emiatt ezek a gyermekek gyakran antidepresszív kezelésben részesülnek. A HS nélkül alkalmazott antidepresszívumok viszont nagyon gyakran hipomániás/mániás vagy kevert epizódot provokálnak, mely jelentősen fokozza a szuicid rizikót. Az SSRI-készítmények ugyan sokszor hatékonyak gyermekkori bipoláris depresszióban, de a gyakori mániás „átcsapás”, illetve az antidepresszívumok hangulatot destabilizáló hatása miatt a depressziós fázis gyógyszeres kezelésének legfontosabb és elsőként bevezetendő eleme a HS-terápia. Adatok leginkább a Li-mal és a lamotriginnel kapcsolatban vannak. Kiemelendő, hogy AAP-k közül a bipoláris betegség depressziós epizódjának kezelésére gyermek-, illetve serdülőkorban csak kvetiapinnal történt dupla vak, placebokontrollált vizsgálat, ez azonban nem igazolta, hogy a kvetiapin hatékony lenne ebben a populációban és indikációban.

Bipoláris depresszióban pszichoedukációs elemeket is magába foglaló specifikus pszichoterápiákat mindenképpen alkalmazni kell. Az extrém súlyos, közvetlen szuicid veszéllyel járó esetekben hospitalizáció, illetve 14 éves kor felett akár ECT-kezelés is indikált lehet.

A típusos (eufóriás) mánia ebben a korosztályban ritka. Kezelésében – a jelenlegi, felnőttekre vonatkozó szakirodalmi ismeretanyag szerint – hatékonyabbak az AAP-k, mint a klasszikus HS-szerek. Ennek megfelelően a mániában ajánlott elsőként választandó szerek az AAP-k közül kerülnek ki (monoterápiában alkalmazva), de megjegyzendő, hogy az American Academy

of Child and Adolescent Psychiatry ajánlása a Li és a valproát elsőként történő választását is megengedi. Mániás epizódban serdülőknél ket-tős vak, placebokontrollált vizsgálat támasztotta alá az aripiprazol, az olanzapin, a risperidon, a kvetiapin, míg nyílt vizsgálat a ziprazidon hatékonyságát. Risperidon esetében a prolaktinszint növekedésére, olanzapinnál a metabolikus zavarokra, különösen a súlynövekedésre tekintettel kell lenni. Fraguas és mtsai átfogó tanulmányukban kiemelik, hogy gyermek- és serdülőkorban a többi AAP alkalmazásakor is figyelni kell az esetleges súlynövekedésre. A NICE ajánlása szerint a magasságot és a testsúlyt rendszeresen ellenőrizni kell, fél évig havonta, ezután 6 havonta. Viszonylag kevés adat áll rendelkezésre arról, hogy a kombinációs terápiák (AAP + „klasszikus” fázisprofilaktikum, mint a lítium) hatékonyabbak-e mániában, mint az AAP-monoterápia, ennek ellenére a NICE ajánlása szerint, amikor az AAP-terápia nem kel-lően hatékony, Li, illetve VPA hozzáadása megfontolandó. „Klasszikus” fázisprofilaktikummal végzett monoterápiára nem reagáló esetekben a vizsgálatok alátámasztják az AAP kombinálásának hatékonyságát. Igen gyenge bizonyítékok támasztják alá az omega-3-zsírsavak hatékonyságát a mániás epizód kezelésében. A gyermek- és serdülőkorú betegcsoportban az ECT-t az egyéb terápiás próbálkozásokkal dacoló mániás epizód kezelésére kell fenntartani.

## Fenntartó kezelés

A *fenntartó kezeléssel* kapcsolatban ebben a korosztályban az eddigi vizsgálatok alapján az ajánlások nem egybehangzóak. A NICE ajánlása szerint elsőként választandó szerként megfontolandók az AAP-k közül azok, amelyek kevésbé okoznak súlynövekedést, illetve

prolaktinszint-növekedést, és másodikként választandók a „klasszikus” fázisprofilaktikumok, míg az American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ajánlása ebben a populációban a „klasszikus” fázisprofilaktikumokkal történő kezelést preferálja. Fenntartó kezelésként, az érvényben lévő hazai szabályozást figyelembe véve, 18 éves kor alatt lítium adható. Gyógyszeres kezelés mellett fontos a szülőknek adott támogatás, hogy segíteni tudják gyermeküket a mindennapi életvitelben. Bipoláris zavar esetén a pszichoterápia célja a szociális készségek javítása, a család bevonása a terápia folyamatába, a problémamegoldó és stresszkezelő készségek fejlesztése, a visszaesés korai jeleinek felismerése, a rendszeres életstílus, szokások kialakítása, tartása (pl.: alvás, testmozgás).

#### Ajánlás 20

**Az akut fázisban a terápia fő célja a hangulati stabilitás elérése. A fenntartó fázisban a cél a relapszus felismerése, megelőzése, visszaesés esetén stratégiák kidolgozása a mielőbbi kezelésbe kerülésre.**

Bizonyítottan hatékony terápiák a *pszichoedukáció* és a *CBT*. A családi fókussterápia hatékonyságát főleg a magas érzelmi kifejezésű családoknál találták hatékonynak a bipoláris betegség prevenciójában. A *család és a beteg pszichoedukációja* (lásd: Ajánlás 9) a betegség tüneteit és kezelését ismerteti. Fontos része a Bipoláris zavar különböző kezelési módjai és azok veszélyei, valamint a terápia nélkül várható kimenetel. Fel kell készíteni a családot a krónikus betegség gyakori tüneti hullámzására, valamint a terápia folytonosságának biztosítására. Át kell beszélni a gyógyszeres és pszichológiai kezelés lehetőségeit. Amennyiben iskolai nehézségek is fennáll-

nak, esetmegbeszélés szükségessége is felmerülhet az iskola és a család részvételével. Alvási higiéné és rutin biztosítása javíthat a hangulatzavar tüneteire és a nappali működésen. Az életmódra vonatkozó tanácsok közül fontos, hogy a megszokott napi ritmus ne boruljon föl, a beteg ne éjszakázzon, rendszeresen ugyanabban az időben menjen aludni, ne fogyasszon drogokat és nagyobb mennyiségben alkoholt. Fentiek a serdülőkorú betegek esetében különösen nagy jelentőségűek a visszaesések megelőzése szempontjából.

A *családi fókussterápia* a családi coping stratégiák, a problémamegoldó készség és a családon belüli kommunikáció javítását célozza. Egy kis elemszámú RCT vizsgálta a családi fókussterápia és a pszichoedukáció hatékonyságát a bipoláris tünetek prevenciójában. A kontrollcsoport 1-2 családi ülésből állt. A tüneti javulás a terápiás csoportban gyorsabb volt, mint a kontrollcsoportban. 12 hónapos utánkövetés alatt a családi fókussterápiában részesülők hosszabb ideig voltak remisszióban, a hipomániás/mániás tünetek jobban csökkentek, mint a depressziós tünetek. Fristad és MacPherson összefoglalójában 3 RCT-t és 10 kisebb vagy nem randomizált publikáció eredményeit foglalta össze a gyermek- és serdülőkorú bipoláris spektrumbetegségek *pszichoszociális* kezelésének vizsgálatáról. A 3 RCT a pszichoedukáció és készségfejlesztés hatását vizsgálta a bipoláris tünetek csökkentésére, és azt hatékonynak találta. A *CBT*, mely a problémamegoldás javítását, valamint a negatív gondolkodási minták és viselkedések megváltoztatását tűzi ki célul, szintén hatékonynak bizonyult olyan vizsgálatokban, melyek a legszigorúbb standardoknak azonban már nem feleltek meg, ezért eredményeik nem erőteljesek, de pozitívak.

## Mellékletek

### Betegtájékoztatók

#### Hangulatzavarokról gyermekeknek

A hangulatzavar azt jelenti, hogy gyakran szomorú vagy, esetleg sokszor mérges és nincs kedved semmihez. De jelentheti azt is, hogy nagyon feldobott vagy, szuper ügyesnek, okosnak tartod magad és úgy érzed, minden sikerül. A hangulatod szomorú irányba való eltolódása a depresszió jele lehet. Ilyenkor előfordul, hogy rosszul alszol, sokat vagy éppen keveset eszel, vagy nem tudsz úgy figyelni az iskolában, mint korábban. Olyan gondolataid lehetnek, hogy nem vagy olyan ügyes, okos vagy jó, mint más gyerekek. Amikor túlságosan feldobott vagy, mindenkivel szóba állsz, sokat beszélsz, barátkozol az idegekkel is, ez mániára utalhat. Mindkét esetben rosszabbul tudsz koncentrálni, romolhatnak a jegyeid, eltávolodhatsz a barátaidtól.

A depresszió és a mánia a hangulat betegségei. Fontos, ha a fentieket érzed, beszélj egy felnőttel,

akivel bizalmas viszonyban vagy, pl.: szüleiddel, az iskolában a pszichológussal vagy a védőnővel ezekről a gondolataidról, érzéseidről. A szüleid szakemberhez vihetnek, akivel megbeszélheted a gondjaidat és segít azok megoldásában. A hangulat betegségei más gyerekeket is érintenek és az agyadban lévő anyagok okozzák, nem a Te hibád. Megfelelő kezeléssel jobban fogod magad érezni.

A kezelés többfajta lehet. Vannak beszélgetős terápiák, ezeket pszichoterápiának hívják. Van, amikor csak Te és egy szakember vesz rajta részt, de van, amikor az egész családot ott van. A szakember kérdéseket fog feltenni Neked és a szüleidnek, azt fogja kérni, mondd el, milyen a hangulatod, milyen gondolataid vannak. Valószínűleg többször vissza is fogsz menni beszélgetni Vele.

A kezelés másik fajtája a gyógyszer. Ha az orvos ezt javasolja, fontos, hogy a gyógyszert minden nap vedd be! Ha elfogadod a segítséget, hamarosan jobban fogod magad érezni és meggyógyulsz.

## Hangulatzavarokról serdülőknek

A hangulat zavarai két csoportba sorolhatóak. A hangulat negatív irányú eltolódását depresszióknak nevezzük. A depresszióra jellemző a szomorú hangulat, az ingerlékeny, veszekedős, vitatkozós hangulat, valamint az érdeklődés csökkenése olyan dolgok iránt, amik korábban fontosak voltak. Ilyen lehet pl.: valamilyen sport vagy fontos hobbi abbahagyása vagy a barátaid mellőzése. Ezek mellé több más probléma is társulhat, így alvászavar (túl kevés vagy túl sok alvás), étvágyzavar (akár fogyás vagy hízás is lehet), koncentrációs problémák, melynek következtében a tanulmányi eredményed romolhat, döntésképtelenség, aggodalmaskodás, szorongás, esetleg olyan dolgok miatt lehetnek gyötrelmes gondolataid, melyekhez nincs is köződ, nem függ tőled, esetleg lehetnek halállal kapcsolatos gondolataid. Érezheted magad meglassultnak, fáradtnak, vagy éppen túlságosan nyugtalanak.

Előfordulhat az is, hogy a hangulatod nagyon jó lesz. Úgy érzed, különleges képességeid vannak, bármit meg tudsz tenni. A gondolatok csak úgy cikáznak a fejedben, gyorsan és sokat kell beszélned, hogy mindent elmondhass. Nagyon nyitott leszel, idegenekkel is könnyedén barátkozol. Emellett keveset alszol, de így is jól érzed magad. Ugyanakkor a viselkedésed nagyon megváltozik, előfordulhat, hogy veszélyes, vagy számodra káros dolgokat csinálsz. A barátaid, családtagjaid nem értik, mi történt Veled. Ezt az állapotot mániának vagy hipomániának hívjuk.

Egyik fontos tünete lehet a hangulati problémáknak a halállal kapcsolatos gondolatok, esetleg öngyilkossági gondolatok megjelenése. Ha ilyen gondolataid vannak, feltétlenül beszélj ró-

luk egy felnőttel. Ezek a gondolatok a betegség részei, ahogy jobban leszel, el fognak múlni.

A hangulatot az agyadban lévő kémiai anyagok szabályozzák. Ha ezek aránya eltolódik, túl sok, vagy túl kevés lesz belőlük, az hangulatzavarhoz vezethet. Ez egy betegség, melyet megfelelő kezeléssel meg lehet gyógyítani. A hangulatzavarok gyakran kezdődnek serdülőkorban vagy fiatalfelnőtt-korban. A serdülők 4-6%-át érinti ez a betegség, ami azt jelenti, hogy minden 20. fiatal érintett lehet. A mániás időszak általában később jelentkezik és jóval ritkább, mint a depressziós. Gyakorisága serdülőknél 0,6%. Ha nem úgy mennek a dolgaid, ahogy szeretnéd, elveszíted a barátaidat, gyakran összeveszel a családtagjaiddal, szokatlan gondolataid vannak, elképzelhető, hogy ezt a hangulatzavar okozza. Beszélj a problémáidról egy felnőttel, akiben megbízol, aki el tud vinni egy szakemberhez.

A szakember több alkalommal fog beszélni Veled és a családtagjaiddal, együtt és külön-külön is. A megfelelő kezelés kiválasztásához meg kell ismernie a betegségéd jellemzőit. A kezelés állhat rendszeres beszélgetésből, ami során megtanulod, hogyan tudod a hangulatodat befolyásolni, mit tudsz tenni azért, hogy jobban érezd magad. A beszélgetések során fontos, hogy őszinte legyél, és hogy Te is aktív részese legyél a folyamatnak. A kezelés másik módja a gyógyszer. Amennyiben az orvos gyógyszert ír fel, fontos, hogy az utasításokat követve rendszeresen szedd és minden javasolt ellenőrzésen jelenj meg. A hangulatzavarok rendezése általában hosszabb folyamat. Amennyiben beszélgetős terápiában, azaz pszichoterápiában részesülsz, legalább fél évig fog tartani. Ha gyógyszert kapsz, valószínűleg ennél tovább. De ne add fel! Segítséggel jobban fogod magad érezni már néhány hét után.

## Gyermek- és serdülőkori hangulatzavarokról szülőknek

A hangulat zavarai két csoportba sorolhatóak. A hangulat negatív irányú eltolódását depresszióknak nevezzük. A depresszió tünetei a szomorú hangulat, az ingerlékenység, valamint az érdeklődés csökkenése olyan dolgok iránt, amik korábban fontosak voltak. Gyermek kedvetlenné, veszekedőssé válhat, abbahagyja korábbi kedvenc tevékenységeit vagy mellőzi a barátait. Ezek mellé több más probléma is társulhat, így alvászavar (túl kevés vagy túl sok alvás), étvágyzavar (akár fogyás vagy hízás is lehet), meglassultság vagy nyugtalanság, koncentrációs problémák, fáradtság, döntésképtelenség, aggodalmaskodás, szorongás, büntudat olyan dolgok miatt, melyekről nem tehet. Előfordulhatnak halállal kapcsolatos gondolatok, kisebb gyerekeknél a játék vagy a rajz témájában, nagyobbaknál a gondolatok vagy cselekedetek szintjén. Depresszió során ezek a gondolatok akár öngyilkossági kísérletet is okozhatnak, ezért az ilyen jelzéseket nagyon komolyan kell venni. Minél hamarabb szakemberhez kell fordulni, aki felméri a gyermek/serdülő pszichés problémáját, erősségeit, gyengeségeit, és megfelelő terápiát javasol.

A depresszió a serdülők 4-6%-át érinti, ami azt jelenti, hogy minden 20. fiatal érintett lehet. Gyermekkorban a betegség ritkábban fordul elő, óvodáskorban gyakorisága 0,9% (100 gyerekből 1 érintett), iskoláskorban 2,5%, azaz minden 40. gyermek lesz depressziós.

A hangulat pozitív irányú eltolódása a mánia vagy a hipománia. Gyermek úgy érezheti, különleges képességei vannak, bármit meg tud tenni, szebb, okosabb, ügyesebb, mint a többiek. Az is lehetséges, hogy veszekedős, vitatko-

zós lesz. Nagyon beszédessé válik, gondolatok cikáznak a fejében, nagyon nyitott lesz, idegekkel is könnyedén barátkozik. Keveset alszik, de nem érzi magát fáradtnak. Veszélyes dolgokat művel vagy elosztogatja a dolgait, sokat telefonál. A viselkedése egyértelmű változást mutat a korábbihoz képest, de erre nincs belátással. A mánia és hipománia jóval ritkább a depresszióknál, serdülőkorban gyakorisága 0,6%, gyermekkorban még ritkábban fordul elő.

A hangulatzavarok háttérében egyrészt genetikai tényezők, másrészt testi betegségek, gyógyszerek és káros anyagok, életesemények, pszichés stressz állhatnak. Az öröklődés a rokonok közti magasabb előfordulási arányban mutatkozik meg. A pajzsmirigyhormonok mennyiségi eltérése, szteroidszármazékok, alkohol, kábítószer használata szintén hangulati elváltozáshoz vezethet. Bizonyos életesemények (pl.: szeretett személy elvesztése, bántalmazás) depresszióhoz vezethetnek.

Amennyiben gyermeke viselkedése megváltozik, iskolai teljesítménye romlik, barátait, hobbi-jait elhanyagolja, gondoljon a hangulatzavar lehetőségére. Beszélgessen gyermekével arról, hogyan sikerülnek a dolgai, milyen érzései, problémái vannak. Vigye el a háziorvoshoz, gyermekpszichiáterhez vagy pszichológushoz. Az öngyilkossági gondolatot mindig vegye komolyan! Ilyen esetben gondoskodjon arról, hogy gyermeke biztonságos környezetben legyen, távolítsa el minden olyan eszközt, amely alkalmas arra, hogy kárt tegyen önmagában.

A depresszió terápiája elsősorban pszichoterápia, azaz beszélgetésen alapuló segítségnyújtás, melyet szükség esetén gyógyszeres kezelés egészít ki. A mánia kezelésében a gyógyszeres terá-

pia az elsődleges, ezt egészíti ki a pszichoterápia. Kövesse a kezelőorvossal megbeszélte utasításokat, ezzel tud segíteni gyermekének. Támogassa gyermekét, hogy a terápiát végig tudja csinálni. A kezelés abbahagyása a betegség kiújulásához

vezethet. A tünetek csökkenéséhez néhány hét folyamatos terápia szükséges, ezért az első 1-2 héten még lehet, hogy nem észlel változást gyermeke viselkedésében. A kezelést fél-1 évig szükséges folytatni, egyes esetekben ennél tovább.

## Ajánlások háziorvosoknak, gyermekorvosoknak, iskolaorvosoknak

### A gyermek- és serdülőkori hangulatzavarok felismerése, kezelése és utánkövetése

#### 1. Ajánlott a hangulatzavarokra veszélyeztetett fiatalok rendszeres szűrése

Veszélyeztetett az, akinél

- o hangulatzavar előfordult a családban (szülők, testvérek),
  - o korábban már volt hangulatzavar-epizódja,
  - o korábban volt szuicid kísérlete,
  - o súlyos életeseeményt (szülő, testvér, barát, közeli hozzátartozó halála, súlyos betegség jelenléte a családban, szülők válása, rendszeres konfliktusok a kortárs kapcsolatokban, bullying) élt át a közelmúltban.
2. A hangulatzavarok korai felismerésében és azonosításában standardizált-szűrőtesztek használata javasolt (GYD-R, SDQ, lásd: 5. és 6. mellékletekben és az Ajánlás 5 részletes részben).

GYD-R a depresszió szűrésére szolgál (specifikus tünetbecslő skála), az SDQ-ban az érzelmi és a viselkedési problémák alszállak kóros értékei utalhatnak hangulatzavarra (depressziós, mániás/hipomániás tünetekre hívhatja fel a figyelmet).

#### 3. Pozitív szűrő esetén az anamnézist minden esetben a gyermektől, a heteroanamnézist minden esetben legalább a szülőltől, amennyiben lehetséges más, a gyermek életében fontos szerepet játszó felnőttektől (pl.: pedagógus) vegyük fel,

mely során a gyermek/serdülő, valamint a szülő és tanár véleményét is fontos megkérdez-

ni a gyermek/serdülő tüneteiről. Ezt a szűrőtesztben adott pozitív válaszok pontosításával is megtehetjük: Pl.: „Amikor ... (mondja a tesztben adott választ) választ adtad, pontosan mire gondoltál? Elmondanád bővebben, hogy jobban értselek?”

A hangulatzavarok epizódjai során mindig markáns változás áll be a gyermek és serdülő otthoni, iskolai és kortárskapcsolati működésében. Depressziós epizód során tanulmányi eredménye romlik, lehangolt, elhanyagolja az iskolai és iskolán kívüli (sport, zene, barátok stb.) tevékenységeit. Ez gyakran a környezetében élőknek tűnik fel (szülők, pedagógusok). Mániásepizód esetén nagyon tevékeny, de nem produktív, mert figyelmetlen, pontatlan, sokat beszél, keveset alszik, tele van ötletekkel, könnyen barátkozik és felelőtlen, akár veszélyes tevékenységekben vehet részt.

#### 4. Hangulatzavarok esetén a szuicid veszélyeztetettség szűrése kötelező, meglehetősen hospitalizációt igényel.

A kezeletlen hangulatzavarok a szuicidum legfontosabb rizikófaktora. Az öngyilkosság a harmadik leggyakoribb halálok a fiatalok körében és a serdülőkori öngyilkosságok több mint fele hozható kapcsolatba hangulatzavarokkal. Serdülőkori a fiúk 4-szer gyakrabban követnek el befejezett szuicidumot, lányok esetében a kísérletek aránya sokszorososa a fiúkénak. Gyermekkorban a legfontosabb rizikótényező a mentális betegség jelenléte és a családi stressz, míg serdülőkori a MDD, Bipoláris zavar, Viselkedészavar, Pszichoaktív szerhasználat és a pszichotikus állapot, diszfunkcionális személyiségvonások (antiszociális, borderline, hisztrionikus, nárcisztikus vonások), mar-



káns reménytelenségérzés, gyakori impulzív-agresszív viselkedés, családi tényezők (depresszió és szuicidium a családban), szülő elvesztése (halál vagy válás miatt), fizikai és szexuális abúzus, izoláció, „coming out”, homoszexualitást elutasító családi, iskolai környezet.

### 5. A szuicid veszély felmérése: A megelőző szuicidkísérlet a legfontosabb prediktora egy következő szuicidkísérletnek és a befejezett szuicidiumnak.

Fel kell mérni, hogy

1. családi anamnézisben szerepel-e szuicidium?
2. korábbi szuicid kísérlet/ek előfordult/ak-e?
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 családod, környezeted számára? Ha a válasz IGEN, folytassa.

„Gondolsz-e arra, hogy jobb lenne, ha halott lennél?” Ha a válasz IGEN, akkor a további kérdésekkel mérjük fel a szuicid veszélyt:

„Gondoltál-e/gondolsz-e arra, hogy megölnöd magad?” ha a válasz IGEN, akkor további kérdések:

„Esetleg arra is gondoltál, hogy hogyan, mikor tennéd meg? ... El is tervezted? ... Hogyan tervezted el? ... Mikor gondoltál/gondolsz ezekre? ... Meg is próbáltad? ... Mi történt?”

### 6. Szuicid veszély esetén hospitalizáció javasolt

#### 7. Teendők hangulatzavar gyanúja esetén:

7.1. Depresszió öngyilkossági kockázat nélkül = gyermekpszichiátriai vizsgálat ja-

vasolt (Gyermek Ideggondozó vagy gyermekpszichiátriai ambulancia)

7.2. Depresszió akut szuicidveszéllyel vagy akut mánia = gyermekpszichiátriai vizsgálat szükséges, kórházi felvételt igényelhet, melynek eldöntése gyermekpszichiáter, pszichiáter feladata.

7.3. Hangulatzavar gyanúja esetén tájékoztatás és pszichoedukáció minden esetben szükséges (háziorvos, házi-gyermekorvos, iskolaorvos feladata)

7.3.1. *Depresszióra van gyanú:* (megjegyzés: gondoljon arra, hogy a depresszió gyermekkorban megjelenhet irritábilis, vitatkozós, veszekedős hangulat és viselkedés formájában.)

#### Mondja el a gyermeknek és szülőnek egyaránt:

„A kitöltött teszt alapján felmerül a hangulatzavar gyanúja. Természetesen ez a néhány kérdés nem ad diagnózist, de a jelzést komolyan kell venni. Javaslom, hogy keressenek fel egy gyermekpszichiáter kollégát, aki biztosan eldönti, hogy van-e betegség. Ha igen, akkor javasol majd kezelést is. Sok esetben a hangulatzavar nem kerül felismerésre és a gyermekek hónapokig, akár évekig is szenvedhetnek tőle anélkül, hogy tudnák pontosan mi történik velük. Problémát okoznak a tünetek a tanulásban, alvászavarokat, fáradtságot okoznak, rontják az önértékelést, a családi és baráti kapcsolatokat, öngyilkossági gondolatok jelentkezhetnek. Kezelhető problémáról van szó. Egyszerű kivizsgálás (mely beszélgetést jelent a gyermek tüneteiről, viselkedéséről, alkalmazkodásáról) után, ha a betegség igazolódik, pszichoterápiás (általában 10-15 alkalommal beszélgetés kétszemélyes helyzetben vagy kortárs csoportban szakemberrel) és/vagy gyógyszeres kezelési lehetőségek vannak. A terápia kiválasztása közös megegyezéssel történik úgy, hogy az mind Ön és gyermeke számára elfogadható legyen.”

--- hagyjon időt mind a szülőnek, mind a gyermeknek az átgondolásra ---

„Van- e kérdése/ed?”

--- a kérdések megválaszolása során ---

--- szorítkozzon a fent leírt információkra ---

*Mondja:*

„Ahogyan mondtam, a szűrés csak jelzésértékű. További információkat a kivizsgálást követően a gyermekpszichiáter tud adni.”

„Adok egy telefonszámot/címet, ahol a vizsgálatot elvégzik.”

**7.3.2. Szuicid veszélyre van gyanú:** (a gyermeknek vannak szuicid gondolatai, terve)

*Mondja a gyermeknek:*

„Úgy látom, hogy veszélyben vagy. Erről szólnom kell a szüleidnek és segítséget kell kérnünk egy szakembertől, hogy ezek a rossz gondolataid elmúljanak. Fontos nekem, hogy biztonságban legyél és jobban érezd magad. Ehhez az kell, hogy a szüleid gyermekpszichiáterhez vigyenek, aki képes lesz segíteni neked és akivel őszintén beszélhetsz a gondolataidról.”

--- Adjon lehetőséget kérdésekre, ---

--- de ne feledje, a szülőt mindenképpen értesítenie kell! ---

*Mondja a szülőnek:*

„... (gyermek neve), arról beszélt nekem, hogy rossz gondolatok gyötrik, arra gondol, hogy bántsa magát, ölje meg magát. Gyermeke veszélyben van. Ezek a gondolatok általában gyermekkori hangulatzavar következtében alakulnak ki, mely gyermekpszichiátriai kivizsgálást és kezelést igényel. Ezt a problémát komolyan kell venni, ezért

kérem, hogy vigye el gyermekét vizsgálatra, amilyen gyorsan csak tudja. Ennek megszervezésében számíthat a segítségemre.”

--- Adjon lehetőséget kérdésekre, de ne feledje, ---

--- a gyermeknek haladéktalanul

gyermekpszichiátriai vizsgálatra van szüksége! ---

*Terv felállítása az öngyilkossági veszély kivédésére:*

1. szuicid veszély esetén gyermekpszichiátriai/pszichiátriai vizsgálat szükséges
2. súlyos, akut szuicid veszélyeztetettség esetén kórházi kezelés válhat szükségessé, melynek eldöntése gyermekpszichiáter/pszichiáter feladata
3. támogatás és felügyelet biztosítása a szülő vagy más, arra alkalmas felnőtt által
4. el kell távolítani a veszélyes tárgyakat (éles kés, pisztoly, gyógyszerek), a gyermek közeléből
5. a szülők legyenek tisztában az alkohol és egyéb pszichoaktív szerek gátlást feloldó hatásával, melyek befolyásolhatják a szuicid készletét
6. vészhelyzet esetére legyen lista azokról a felnőttekről (telefonszámmal, címmel), akiket a fiatal el tud érni, ha öngyilkossági gondolatai, készletései vannak/felerősödnek

**7.3.3. Mániás állapotra van gyanú**

*Mondja el a gyermeknek és szülőnek egyaránt:*

„A kitöltött teszt és a kialakult, markáns viselkedési problémák (nagyon jelentős változás a korábbi viselkedéshez képest) alapján felmerül a hangulatzavar gyanúja. Természetesen ez a néhány kérdés a kérdőívben nem ad diagnózist, de a jelzést komolyan kell venni. Kezeletlenül a gyermek veszélybe kerülhet, mert a betegség következtében megváltozhat gondolkodása önmagával és a külvilággal kapcsolatban. Csökkenhet ve-

szélyérzete, túlságosan barátságos, túlságosan bizalmas lehet idegenekkel. Ezt a problémát komolyan kell venni, ezért kérem, hogy vigye el gyermekét vizsgálatra, amilyen gyorsan csak tudja. Ennek megszervezésében számíthat a segítségemre.”

--- Adjon lehetőséget kérdésekre, de ne feledje, ---  
 --- a gyermeknek haladéktalanul  
 gyermekpszichiátriai vizsgálatra van szüksége! ---

### **A hangulatzavarok néhány fontos jellemzője:**

Epizódokban zajlik, melyek lehetnek egyszerűek, de visszatérőek is.

Epizódok formái: depressziós, mániás, hipomániás epizódok.

Betegségek: Major depresszió (MDD), Bipoláris I. zavar, Bipoláris II. zavar.

A diagnózist a gyermek egész élete során jelentkező epizódok együttese adja.

MDD: csak depressziós epizód/ok van/voltak.

Bipoláris I. zavar: legalább 1 mániás epizódja van/volt a gyermeknek.

Bipoláris II. zavar: legalább 1 depressziós és 1 hipomániás epizódja van/volt a gyermeknek.

**Megjegyzés:** a bipoláris betegek több napot töltenek depresszióban, mint mániában/hipomániában és gyakrabban kerülnek kezelésre depressziós epizód, mint mániás epizód miatt. Funkciókárosodást okoznak a tünetek a családi, iskolai és baráti kapcsolatok terén.

Terápia (pszichoterápia és/vagy gyógyszeres terápia) minimum 12 hónapig.

Fenntartó kezelés alatt a fiatal állapotát rendszeresen (havonta, majd 3 havonta) javasolt ellenőrizni és felmérni (Gyermek Ideggondozó vagy gyermekpszichiátriai ambulancia).

A hangulatzavarok kezelésében fontos a megfelelő támogató szociális háló jelenléte (család, barátok) és a környezeti stresszorok csökkentése.

- **Depressziós epizód tünetei:** depresszív/irritábilis hangulat, érdeklődés vagy öröm jelentős csökkenése, súlyváltozás (csökkenés vagy gyarapodás), inszomnia vagy hiperszomnia, pszichomotoros agitáció vagy gátoltság, fáradtság vagy anergia, értéktelenségérzés vagy túlzott inadekvát önvádolás, büntudat, csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, döntésképtelenség, halállal kapcsolatos visszatérő gondolatok (nemcsak a haláltól való félelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok, konkrét öngyilkossági terv és öngyilkossági kísérlet.

- **Mániás epizód tünetei:** Abnormálisan és tartósan emelkedett, expanzív vagy irritábilis hangulat, felfokozott önértékelés vagy grandiozitás, csökkent alvásigény (pl.: kevesebb mint 3 óra alvás után kipihentnek érzi magát), szokásosnál nagyobb beszédesség vagy folyamatos beszédkényszer, gondolatrohánás, lényegtelen külső ingerek túl könnyen magukra vonják a figyelmet, célirányos tevékenység fokozódása (társas, iskolai vagy szexuális aktivitás), túlzott részvétel olyan tevékenységekben, melyek káros következmények nagy kockázatát hordozzák (pl.: mértéktelen vásárlás, ostoba üzleti befektetések, meggondolatlan szexuális viselkedés).

- **Hipomániás epizód** esetén a tünetek meggyeznek a Mániás epizód tüneteivel, csak annál sokkal enyhébbek.

A NICE-ajánlás (2017) az *alapellátásában dolgozóók tréningjét* javasolja a szűrésre. A tréning fókuszában a magas rizikójú gyermekek és serdülők felismerése áll, így rizikót jelent a depresszióra: serdülő lányok, családi anamnézisben depresszió szerepel, bullying, fizikális, szexuális vagy érzelmi abúzus, komorbid betegség jelenléte, alkohol- és drogabúzus, aktuális

vagy korai veszteségek az anamnézisben, többszörös rizikó, egyéb problémák, mint hajléktalanság, menekült státusz (NICE 2017). A kommunikációs készségek tréningje szintén szerepel a NICE-ajánlások között, különös tekintettel az *empatikus figyelem és aktív hallgatás* elsajátítására, hogy az alapellátásban dolgozó szakemberek képesek legyenek elkülöníteni az akut és átmeneti szomorúságot és distresszt – ami gyermekek és serdülők körében gyakori reakció egy nem kívánt eseményre – a hangulatzavaroktól. Azok a gyermekek és serdülők, akiknél a közelmúltban *súlyos életesemények* és veszteségek szerepelnek az anamnézisben, pl.: közeli hozzátartozó halála, szülők válása, vagy szeparáció valamelyik szülőtől, vagy súlyos veszteség, nagy rizikóval rendelkeznek depresszióra (két vagy több

negatív életesemény jelenléte esetén), ajánlott, hogy az alapellátásban dolgozó kollégák irányítsák a gyermeket szakellátásba, hangsúlyozva a beszélgetés lehetőségét és fontosságát egy szakemberrel az átélt negatív eseményekről, különös tekintettel, ha felmerül az önsértés lehetősége. Ha a gyermek anamnézisében korábbi (közepes vagy súlyos) depressziós epizód szerepel és jelek vannak egy újabb epizód kialakulására, akkor feltétlenül a szakellátásba kell irányítani (NICE 2017). Az Amerikai Pszichiátriai Társaság a gyermekpszichiátriai vizsgálat részeként javasolja az összes gyermek és serdülő évenkénti szűrését, ha visszatérő vagy súlyos depresszió szerepel az anamnézisben, ha szuicid rizikó van, valamint magas rizikó csoportba tartozók esetében (Lewandowski és mtsai, 2013).

## A hangulatzavarok DSM-5 szerinti részletes osztályozása

### EPIZÓDOK

#### 1. Depresszív epizód:

- A. Az alábbi tünetek közül legalább 5 vagy több ugyanazon 2 hetes időszak során fennáll és ez *változást jelent a korábbi funkcióhoz képest*. A tünetek közül legalább az egyik (1) depressziós / irritábilis hangulat (18 éves korig a depressziós hangulattal egyértékű kritérium tünet) vagy az (2) érdeklődés, öröm elvesztése (kritériumtünetek, melyek jelenléte feltétlen szükséges a diagnózishoz).
1. **Depressziós/irritábilishangulat** (kritériumtünet) a nap legnagyobb részében, szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelése alapján.
  2. **Az érdeklődés vagy öröm jelentős csökkenése** (anhedonia) (kritériumtünet) a legtöbb tevékenységgel kapcsolatban a nap legnagyobb részében, csaknem mindennap.
  3. Jelentős testsúlycsökkenés fogyókúra nélkül vagy testsúlygyarapodás (pl.: a testsúly több mint 5%-át meghaladó változás 1 hónapon belül), vagy az étvágy jelentős változása csaknem mindennap. *(Gyermekek esetében az elvárt testsúlygyarapodás elmaradása is tünetként értelmezendő!)*
  4. Inszomnia vagy hiperszomnia csaknem mindennap.
  5. Pszichomotoros agitáció vagy gátoltság csaknem mindennap (fontos, hogy ez mások által megfigyelhető és nemcsak szubjektív élménye a gyermeknek).
  6. Fáradtság vagy anergia csaknem mindennap.
  7. Értéktelenségérzés vagy túlzott, inadekvát önvádolás, bűntudat (ami lehet téveszmés is) érzése csaknem mindennap (nem pusztán a betegség miatt érzett önvádolás vagy bűntudat).
  8. Csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, döntésképtelenség csaknem mindennap (szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelése alapján).
  9. A halállal kapcsolatos visszatérő gondolatok (nemcsak a haláltól való félelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok, konkrét öngyilkossági terv és öngyilkossági kísérlet.
- B. A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas-szociális, iskolai vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák.
- C. A tünetek nem tulajdoníthatóak pszichoaktív szerhasználat vagy más általános egészségi állapot élettani hatásának.
- Megjegyzés: A tünetek A-C-ig alkotják a depresszív epizódot. Depresszív epizód vagy epizódokból áll a **Major Depresszív Zavar (MDD)** és előfordulhatnak depresszív epizódok **Bipoláris I. Zavarban**, de ez utóbbinak diagnózisához nem szükséges.
- Megjegyzés: jelentős veszteségek kapcsán is kialakulhat depresszív tünetképződés. Ebben az esetben a klinikus tapasztalata dönti el, hogy a veszteségre adott depressziós tüneteket elfogadja-e normál reakciónak vagy depresszív epizódnak értékeli. Erőteljes szomorúság, a veszteségen való rágódás, inszomnia, rossz étvágy vagy testsúlyvesztés a depresszív epizód irányába tolhatja a döntést.

- D. A depresszív epizód nem magyarázható jobban szkizoaffektív zavarral, szkizofréniával, szkizofreniformzavarral, paranoid pszichotikus zavarral, egyéb meghatározott vagy nem meghatározott szkizofrenia spectrum és más pszichotikus zavarral.
- E. Sosem állt fenn mániás vagy hipomániás epizód (nem érvényes, ha pszichoaktív szer vagy általános egészségi állapot következménye volt a mániás vagy hipomániás epizód).

## 2. Mániás epizód:

- A. **Abnormálisan és tartósan emelkedett, expanszív vagy irritábilis hangulat (kritériumtünet)**, mely abnormálisan vagy tartósan fokozott célirányos tevékenységgel jár együtt, legalább egy jól körülhatárolható 1 hetes időszak alatt, a nap legnagyobb részében, csaknem minden nap.
- B. A fenti hangulati zavar vagy fokozott tevékenység ideje alatt az alábbi tünetek közül legalább 3 vagy több (4, amennyiben csak irritábilis hangulat van jelen) jelenléte, és a szokásos viselkedéshez képest jelentős változás észlelhető:
  1. Felfokozott önértékelés vagy grandiozitás.
  2. Csökkent alvásigény (pl.: kevesebb, mint 3 óra alvás után kipihentnek érzi magát).
  3. Szokásosnál nagyobb beszédesség vagy folyamatos beszédkényszer.
  4. Gondolatrohanás, gondolattorlódás szubjektív élménye.
  5. Disztraktibilitás vagy elterelhetőség, azaz lényegtelen külső ingerek túl könnyen magukra vonják a figyelmet.

- 6. Célirányos tevékenység fokozódása (társas, iskolai vagy szexuális aktivitás) vagy pszichomotoros agitáltság (céltalan tevékenység).
- 7. Túlzott részvétel olyan tevékenységekben, melyek káros következmények nagy kockázatát hordozzák (pl.: mértéktelen vásárlás, ostoba üzleti befektetések, meggondolatlan szexuális viselkedés).
- C. A hangulatzavar elég súlyos ahhoz, hogy a társas-szociális és iskolai működést jelentősen károsítsa, vagy kórházi felvételt tegyen szükségessé az önmagának, vagy másoknak okozott ártalom megelőzésére vagy azért, mert pszichotikus jegyek állnak fenn.
- D. A tünetek nem tulajdoníthatóak pszichoaktív szerhasználat vagy más általános egészségi állapot élettani hatásának.
 

Megjegyzés: Antidepresszív kezelés (gyógyszerrel vagy elektrokonvulzív terápiával) során kialakuló, majd a kezelés élettani hatásain túl is fennálló mániás epizód, elégséges bizonyíték a Bipoláris I. diagnózis felállításához.

Megjegyzés: A-D kritériumok alkotják a mániás epizódot. A **Bipoláris I. zavar** felállításához elegendő egy mániás epizód előfordulása a gyermek egész élete során.

## 3. Hipomániás epizód

Tünetei megegyeznek a mániás epizód tüneteivel legalább egy jól körülhatárolható 4 napos időszak alatt a nap legnagyobb részében, csaknem minden nap. Az epizód a funkciókészség olyan egyértelmű változásával jár együtt, amely tünetmentes időszakban egyáltalán nem jellemző a gyermekre. A hangulatzavar és a funkcióváltozás mások által is

megfigyelhető és az epizód nem elég súlyos ahhoz, hogy a társas-szociális és iskolai működést jelentősen károsítsa vagy kórházi felvételt tegyen szükségessé.

*Megjegyzés:* Antidepresszív kezelés (gyógyszerrel vagy elektrokonvulzív terápiával) során kialakuló, majd a kezelés élettani hatásain túl is fennálló hipomániás epizód, elégséges bizonyíték a bipoláriszavar-diagnózis felállításához. *Óvatosan kell kezelni az irritabilitást, idegességet, agitáltságot, különösen antidepresszánskezelést követően, ne tekintjük elégségesnek a bipoláris zavar kezdetéhez!*

#### 4. Kevert epizód

Egy epizódon belül a mániás és depressziós epizód kritériumai teljesülnek, kivéve azok időtartam-kritériumait.

#### Egyéb jelölők, melyek az epizódok jellegzetességeit adják meg:

*Epizód kezdete* (lásd: Fogalmak)

*Részleges remisszió* (lásd: Fogalmak)

*Teljes remisszió:* (lásd: Fogalmak)

*Relapszus:* (lásd: Fogalmak)

*Rekurrencia:* (lásd: Fogalmak)

#### DIAGNÓZISOK:

##### I. DEPRESSZÍV ZAVAROK: DSM-5 kód, (BNO-10 kód)

##### 1. Major depresszív zavar (MDD): 296.21-296.30 (F 32.0 mániás epizód, – F 33.9)

Egy vagy több depresszív epizódból áll. Az epizód lehet egyszeri és ismétlődhet is.

*Kódolás:* A DSM-5 a hangulatzavarokat 296 kóddal, a BNO-10 F3 kóddal jelzi.

A hangulatzavar-epizódok milyenségének és számának jelölése:

ADSM-kód negyedik jegye a depressziós és mániás *epizódok számát* jelenti: 2 = egyszeri depressziós, 3 = ismétlődő depressziós, 4 = bipoláris I. z. legutóbbi epizód mániás, 5 = bipoláris I. zavar, legutóbbi epizód depressziós.

A BNO-10 kódolásban a második számjegy szintén az epizódok fajtáját és számát jelöli. 0 = mániás epizód, 1 = bipoláris affektív zavar, 2 = egyszeri depressziós epizód, 3 = ismétlődő depressziós epizódok, 4 = perzisztáló hangulatzavar.

A depressziós epizódok súlyosságának kódolása:

A DSM-kód ötödik jegye az aktuális depressziós *epizód súlyosságát* jelenti: 1 = enyhe, 2 = mérsékelten súlyos, 3 = súlyos nem pszichotikus, 4 = súlyos, pszichotikus jegyekkel, 5 = részleges remisszióban, 6 = teljes remisszióban, 0 = nem meghatározott.

BNO-10 esetében a kód harmadik számjegye jelenti az aktuális depressziós állapot súlyosságát: 0 = enyhe, 1 = mérsékelten súlyos, 2 = súlyos, nem pszichotikus, 3 = súlyos, pszichotikus jegyekkel, 4 = részleges remisszióban, 5 = teljes remisszióban, 9 = nem meghatározott.

A *lefolylás* alapján a visszatérő Major Depresszióknak 4 típusát különböztetjük meg:

1. Az epizódok között teljes remisszió van, nem volt az epizódot megelőzően disztímia. Ebben az esetben a legjobb a betegség prognózisa.
2. Az epizódok között csak részleges remisszió van. Ez a súlyosságtól függően pszicho- vagy farmakoterápiát igényel.

3. A depressziós epizód disztímiára rakódik, tehát a disztímia minden ismérve érvényesül legalább egy éven keresztül az epizódok megelőzően és teljes remisszió van az epizódok között (ritka forma). Ez a súlyosságtól függően pszicho- vagy farmakoterápiát igényel.
4. Részleges remisszió van a depressziós epizódok között, melyek korábban meglévő disztímiára rakódnak. Ezt gyakran nevezik „dupla depresszióknak”.

Szintén keresztmetszeti jellemző a **depressziós epizód jellege**, mely lehet

1. **Szorongással**: legalább kettő jelen van a depressziós epizód vagy disztímia ideje alatt: izgatottság, feszültség, nyugtalanságérzés, koncentrációs nehézség kifejezetten az aggodalom miatt, félelem, hogy valami rettenetes történik, önuralom elvesztésétől való félelem;
2. **Kevert jegyekkel**: legalább 3 mániás vagy hipomániás tünet a depressziós epizód csaknem minden napján;
3. **Melankóliás jegyekkel**: a következők közül legalább az egyik jelen van a depressziós epizód legsúlyosabb időszakában: a) öröm elvesztése szinte mindennel kapcsolatban és/vagy; b) reaktivitás hiánya örömteli eseményekkel kapcsolatban (semmi nem vált ki örömezt) és legalább három tünet az alábbiak közül: a) jellegzetesen eltérő depresszív hangulat (más az általában érzett szomorúságnál), csüggedtség, reménytelenség, hangulati üresség, b) a depressziós hangulat reggel rosszabb, c) kora reggeli felébredés legalább 2 órával hamarabb a szokásosnál, d) erős pszichomotoros agitáció vagy gátoltság,
- e) jelentős étvágytalanság vagy testsúlyvesztés, f) túlzott, inadekvát büntudat;
4. **Atípusos jegyekkel**: hangulati reaktivitás jelen van, van és a továbbiak közül legalább 2 tünet: a) étvágynövekedés, b) súlygyarapodás, c) hiperszomnia, d) ólmos fáradtság, e) interperszonális visszautasítással szembeni túlérzékenység, mely nem korlátozódik csak a hangulatzavar időszakára;
5. **Hangulattal kongruens pszichotikus jegyekkel**: valamennyi téveszme és hallucináció tartalma megfelel a tipikus depressziós inadekvát önvádolás, büntudat, alacsony önértékelés tematikájának;
6. **Hangulattal inkongruens pszichotikus jegyekkel**: téveszme és hallucináció tartalma nem felel meg a tipikus depressziós inadekvát önvádolás, büntudat, alacsony önértékelés tematikájának;
7. **Katatóniával**: a következő tünetek közül legalább három jelen van az epizód legnagyobb része alatt: a) stupor, b) katalepszia, c) viaszhajlékonyság, d) mutizmus, e) negativizmus, f) pózolás, g) manierizmus, h) sztereotípiák, i) agitáció, j) grimaszolás, k) echolalia, l) echopraxia;
8. **Szülés körüli (peripartum) kezdettel**: az epizód tünetei terhességet vagy szülést követő négy héten belül kezdődnek;
9. **Szezonális mintázattal**: visszatérő epizódok, melyek indulása az év egy adott időszakához (ősz, tél) kapcsolódnak.

A depresszió a gyermekek és serdülők széles körét érinti, és epizodikus formában visszatérhet felnőttkorban is. A depresszív tünetek a felismerés hiányában hónapokig, akár évekig szenvedést okozhatnak és súlyosan veszélyeztethetik a fiatal működését, életminőségét.



**2. Disztímiás zavar (DD): (Tartósan fennálló depresszív zavar): 300.4 (F34.1)**

- A. Depressziós / irritábilis hangulat a nap legnagyobb részében szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelése alapján, legalább 1 éven keresztül a legtöbb napon, több napon van jelen, mint nem, a nap legnagyobb részében.
- B. Az alábbi tünetek közül a depressziós/irritábilis hangulat ideje alatt legalább 2 vagy több jelen van.
1. Rossz étvágy vagy túlzott evés.
  2. Inszomnia vagy hiperszomnia.
  3. Csökkent energia vagy fáradtság.
  4. Alacsony önértékelés.
  5. Koncentrációs nehézség vagy döntésképtelenség.
  6. Reménytelenség.
- C. A zavar legalább 1 éve alatt nem volt 2 hónapnál hosszabb tünetmentes időszak.
- D. Sosem állt fenn mániás vagy hipomániás epizód és sosem teljesültek a ciklotímiás zavar kritériumai.
- E. A zavar nem magyarázható jobban szki-zoaffektívzavarral, szkizofréniával, szkizofreniformzavarral, paranoid pszichotikus zavarral, egyéb meghatározott vagy nem meghatározott szkizofréniáspektrum és más pszichotikus zavarral.
- F. A tünetek nem tulajdoníthatóak pszichoaktív szerhasználat vagy más általános egészségi állapot élettani hatásának.
- G. A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas-szociális, iskolai vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák.

*Megjegyzés:* Ha a zavar 1 éve alatt bármikor teljesülnek a depresszív epizód tünetei, akkor MDD diagnózist kell megállapítani.

**3. Diszruptív hangulatszabályozási zavar (DMDD) 296.99 (F34.8)**

- o Súlyos, ismétlődő hangulatkitörések szóban

és vagy viselkedésben, melyek intenzitása nincs arányban a kiváltó helyzettel.

- o A hangulatkitörések legalább heti 3 alkalommal jelentkeznek.
- o A hangulatkitörések között szinte minden nap, a nap legnagyobb részében irritált vagy dühös a hangulat és ezt mások is észlelik.
- o A fenti viselkedés 3 területből (iskolában, kortárskapcsolatok és család) legalább kettőben jelen van, és legalább az egyikben súlyos fokú.
- o A tünetek 10 éves kor előtt indulnak.

*Megjegyzés:* a diagnózis nem állítható fel együtt Oppozíciós zavarral, Intermittáló explozív zavarral és Bipoláris zavarral. *Ha Oppozíciós zavarral együtt áll fenn, csak a DMDD-diagnózist adjuk.* A diagnózis fennállhat MDD, ADHD, Viselkedészavar és Szerhasználati zavarral együtt.

**1. Premenstruális diszfóriás zavar 625.4 (N94.3)**

A menstruációs ciklusok legnagyobb részében a meneszt megelőző héten hangulatin-gadozás, irritábilis, szorongás jelentkezik. A menesz kezdetét követően enyhülnek a tünetek és a menesz utáni héten minimálisra csökkennek.

**2. Szer/gyógyszer kiváltotta depresszív zavar 296.20-26 (F32.0-9, F33.0-9)**

Tartósan fennálló depresszív hangulat és az érdeklődés vagy öröm kifejezett csökkenése, mely szer-intoxikáció, megvonás, gyógyszerhata-s során, vagy közvetlenül azután alakultak ki, és a szerhasználathoz időben kapcsolódik.

**3. Depresszív zavar más egészségi állapot következtében 293.83 (F06.31- 34)**

Tartósan fennálló depresszív hangulat és az érdeklődés vagy öröm kifejezett csökkenése, mely egy másik egészségi állapot közvetlen

patofiziológiai következménye, melynek változásával együtt változik, kialakulásához időben kapcsolódik.

#### **4. Egyéb meghatározott depresszív zavar 311 (F32.8)**

Depresszív zavarra jellemző klinikai kép jelentős funkcionális károsodással társul, azonban egyetlen depresszív zavarok csoportba tartozó diagnózis kritériumai sem teljesülnek. A klinikus megadja a konkrét okot, amiért nem tudnak teljesülni egy konkrét zavar kritériumai. Például rövidebb ideig állnak fenn a tünetek, mint 2 hét, nincs elegendő számú tünet.

#### **5. Nem meghatározott depresszív zavar (Depresszív zavar MNO) 311 (F32.9)**

Depresszív zavarra jellemző klinikai kép jelentős funkcionális károsodással társul, azonban egyetlen depresszív zavarok csoportba tartozó diagnózis kritériumai sem teljesülnek. A klinikus nem adja meg a konkrét okot, amiért nem tudnak teljesülni egy konkrét zavar kritériumai. Pl.: nem áll rendelkezésre konkrét információ, sürgősségi ellátás.

## **II. BIPOLÁRIS ZAVAROK**

### **1. Bipoláris I. zavar: 296.40-296.46, 296.50-296.56, (F31.0, F31.11-F31.13, F31.2, F31.71-F31.76, F31.2-F31.5, F31.7, F31.9)**

Legalább 1 mániás epizód jelenléte, bármikor a beteg élete során.

**Kódolás:** DSM-5 (a DSM-kód negyedik jegye 4 = bipoláris mániás/hipomániás epizód, 5 = bipoláris depresszív epizód, ötödik jegye az aktuális epizód súlyosságát jelenti: 1 = enyhe, 2 = mérsékelten súlyos, 3 = súlyos nem pszichotikus, 4 = súlyos, pszichotikus jegyekkel, 5 = részleges remisszióban, 6 = teljes remisszióban, 0 = nem

meghatározott), (magyarázat: számok jelentése: DSM-5 súlyossági besorolása). Bipoláris I. zavarok kódolását a 2. táblázat mutatja.

### **2. Bipoláris II. zavar 296.89 (F31.81)**

Egy jelen vagy múltbeli hipomániás epizód és egy jelen vagy múltbeli depresszív epizód jelenléte szükséges a diagnózishoz. Soha nem alakult ki mániás epizód.

**Kódolás:** A Bipoláris II. zavarnak egyetlen kódja van. Egyéb jellegzetességek nem kódolhatók, de írásban rögzítendő: 296.89 (F31.81), pl.: Bipoláris II. zavar, jelen epizód depressziós, mérsékelten súlyos, kevert jegyekkel.

### **3. Ciklotímiás zavar 301.13 (F34.0)**

- A. Legalább 1 éven át számos olyan hipomániás és depressziós tünetekkel jellemezhető időszak állt fenn, melyek során nem teljesülnek egyik epizód kritériumai sem.
- B. Az 1 éves időszak alatt a hipomániás és depresszív időszakok legalább az idő felében fennálltak és nem volt 2 egybefüggő hónapnál hosszabb tünetmentes időszak.
- C. A major depresszív, mániás vagy hipomániás epizód kritériumai soha nem teljesültek.
- D. Az A kritérium tünetei nem magyarázhatók jobban szkizoaffektív zavarral, szkizofréniával, szkizofreniformzavarral, paranoid pszichotikus zavarral vagy egyéb meghatározott vagy nem meghatározott, szkizofréniáspektrum és más pszichotikus zavarral.
- E. A tünetek nem tulajdoníthatóak pszichoaktív szerhasználat vagy más általános egészségi állapot élettani hatásának.
- F. A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas-szociális, iskolai vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák.

**4. Szer/gyógyszer kiváltotta Bipoláris és kapcsolódó zavar 291.89, 291.84 (F10.14,24,94; F13.14,24,94; F14.14,24,94; F15.14,24,94; F16.14,24,94; F19.14,24,94 a használt szercsoporttól függően)**

Tartósan fennálló emelkedett, expanzív vagy irritábilis hangulat, jellemző depresszív hangulattal vagy anélkül, és az érdeklődés vagy öröm kifejezett csökkenése minden, vagy csaknem minden tevékenységgel kapcsolatban, mely szerintoxikáció, vagy megvonás, vagy gyógyszerhasználat során, vagy közvetlenül azután alakultak ki.

**5. Bipoláris és kapcsolódó zavar más egészségi állapot következtében 293.83 (F06.33)**

Tartósan fennálló emelkedett, expanzív vagy irritábilis hangulat és abnormálisan fokozott tevékenység vagy energia feltűnő és tartósan fennálló időszaka, mely uralja a klinikai képet, mely egy másik egészségi állapot közvetlen patofiziológiai következménye.

**6. Egyéb meghatározott Bipoláris és kapcsolódó zavar 296.89 (F31.89)**

Bipoláris és kapcsolódó zavarra jellemző klinikai kép jelentős funkcionális károsodással társul, azonban egyetlen bipoláris és kapcsolódó zavarok csoportba tartozó diagnózis kritériumai sem teljesülnek. A klinikus megadja a konkrét okot, amiért nem tudnak teljesülni egy konkrét zavar kritériumai. Pl.: rövidebb ideig állnak fenn a tünetek, mint 4 nap, nincs elegendő számú tünet.

**7. Nem meghatározott Bipoláris és kapcsolódó zavar (Bipoláris zavar MNO) 296.80 (F31.9)**

Bipoláris és kapcsolódó zavarra jellemző klinikai kép jelentős funkcionális károsodás-

sal társul, azonban egyetlen bipoláris és kapcsolódó zavarok csoportba tartozó diagnózis kritériumai sem teljesülnek. A klinikus nem adja meg a konkrét okot, amiért nem tudnak teljesülni egy konkrét zavar kritériumai. Pl.: nem áll rendelkezésre konkrét információ, sürgősségi ellátás.

A Bipoláris Zavar MNO differenciál diagnosztikája

Tekintettel arra, hogy a Bipoláris Zavar MNO DSM-5 kritériumai nagyon tágak, a következő megfontolások ajánlottak a Fiatalkori Bipoláris Zavar Lefolyása és Kimenetele tanulmány („Course and Outcome for Bipolar Youth study” COBY, 2009) (Birmaher és mtsai, 2009) ajánlása alapján. Ha a diagnózis Bipoláris zavar MNO, tehát nincsenek meg sem a Bipoláris I., sem a Bipoláris II. zavar kritériumai, de egyértelműen és jól körülhatároltan azonosítható abnormálisan emelkedett hangulat vagy irritábilis hangulati időszak, akkor a betegség hosszútávú követése ajánlott. Bipoláris Zavar MNO diagnózisa következő esetekben javasolt: ha 1. a kötelező tünet mellett plusz 2 (irritábilis hangulat esetén 3) mániás tünet van jelen, 2. ha jelentős a funkcionális károsodás mértéke, 3. ha a hangulati és egyéb tünetek legalább 4 órán át fennállnak 24 óra alatt és 4. ha a hangulati és egyéb tünetek és a funkcionális változás/károsodás legalább 4 napon (nem egymást követő) megjelent a beteg élete során, vagy két 2 napos időszakban, vagy négy 1 napos időszak során (Axelson és mtsai, 2011, Birmaher & Axelson, 2005). Amikor depresszív és hipomániás tünetek vannak jelen gyors váltásokkal és hosszú a betegség lefolyása, de egyik hangulati epizód kritériumai sem teljesülnek, a Bipoláris zavar MNO helyett a *Ciklotímia* diagnózisa megfontolandó (APA, 2000).

## Mellékletek

### Kérelem indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére

Magyarországon több antidepresszáns bizonyos életkoron alul indikáción túli alkalmazásnak számít, ezért elrendeléséhez egyéni OGYI-engedély szükséges.

Eljárásmenet és beküldendő anyagok letölthetők:

[https://www.ogyei.gov.hu/indikacion\\_tuli\\_gyogyszerrendeles](https://www.ogyei.gov.hu/indikacion_tuli_gyogyszerrendeles) honlapról.

### Ellenőrző kérdőívek, adatlapok

A következő kérdőíveket értékelő skálákat lásd: Rózsa S., Tárnok Zs., Nagy P.: „**A gyermekpszichiátriában alkalmazott kérdőívek, interjúk és tünetbecslő skálák**” (2020), ÁEEK, Budapest.

#### Gyermekdepresszió Kérdőív (CDI/GYD)

#### Birleson Depresszió Skála (Birleson Depression Self-Rating Scale, DSRS)

#### Érzések és én kérdőív (gyermek változat) (Feelings and Me Questionnaire Child Version, FAM-C)

#### Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ kérdőív)

#### Paykel öngyilkossági skála (PSS kérdőív)