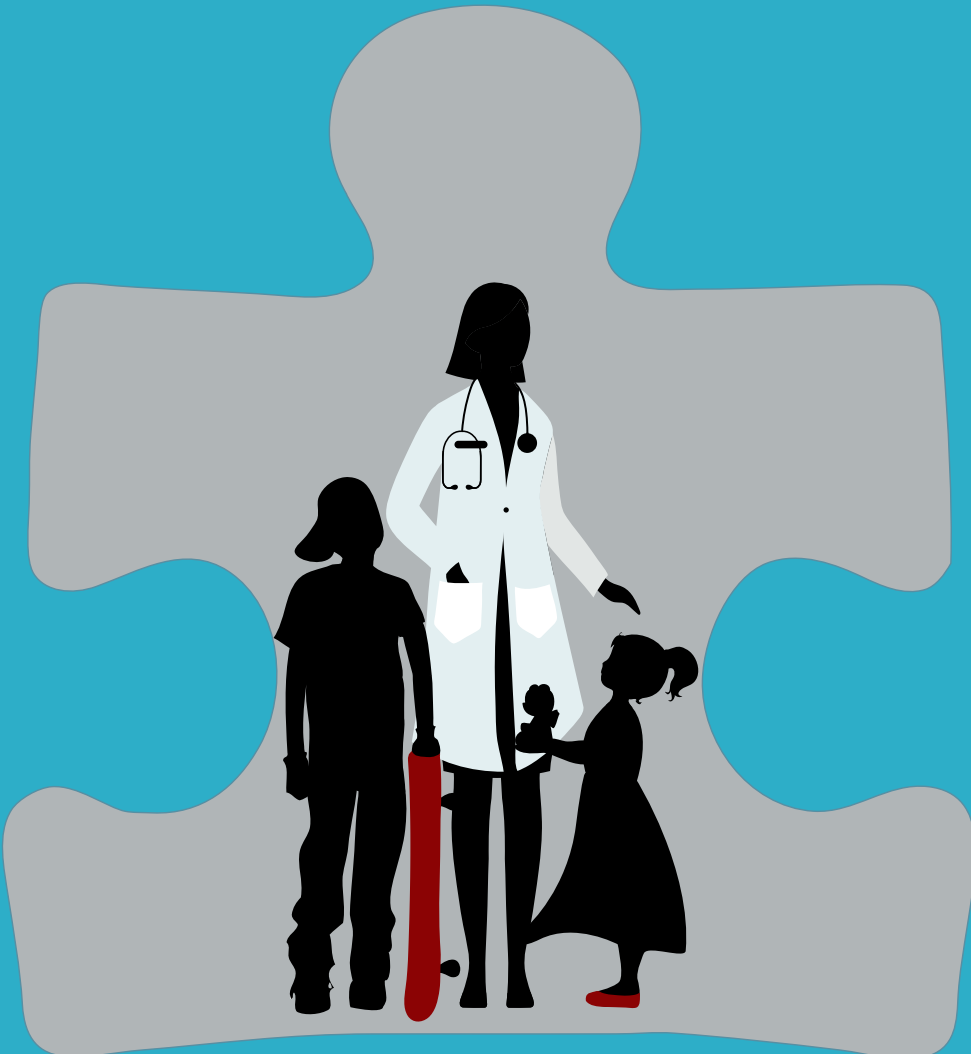


Dr. Vetró Ágnes  
Dr. Pászthy Bea

# 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 ifjúságpszichiátriai, 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 kórképben 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

# A GYERMEKKORI SZORONGÁSOS ZAVAROK DIAGNOSZTIKÁJÁRÓL ÉS ELLÁTÁSÁRÓL

**Kiss Enikő<sup>1</sup>, Baji Ildikó<sup>2</sup>, Kaczvinszky Emília<sup>1</sup>, Németh Laura<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek-Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály,

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,

<sup>3</sup> Vadaskert Kórház és Szakambulancia, Budapest

**Azonosító szám: 002088**

## TARTALOMJEGYZÉK

A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása.....	118
Korai felismerés, szűrővizsgálatok.....	118
Diagnózis felállítása.....	120
Szeparációs szorongásos zavar.....	120
Szelektív mutizmus.....	120
Fóbiák.....	121
Szociális szorongásos zavar.....	121
Pánikzavar.....	121
Agorafóbia.....	121
Generalizált szorongásos zavar.....	122
Szer/gyógyszer kiváltotta szorongásos zavar.....	122
Szorongásos zavar más egészségi állapot következtében.....	122
Egyéb meghatározott szorongásos zavar.....	122
Nem meghatározott szorongásos zavar.....	122
Kényszeres zavar.....	122
Poszttraumásstressz-zavar (PTSD).....	123
PTSD hatéves vagy fiatalabb gyermekek esetében.....	123
Akut stresszavar.....	124
A szorongásos zavarok differenciál diagnosztikája.....	125
Terápiás beavatkozások.....	128
Pszichoterápiás ajánlások.....	128
Pszichoedukáció.....	130
Kognitív-viselkedésterápia.....	130
Mindfulness-alapú pszichoterápiák.....	132
Internetalapú terápiák.....	132
Relaxációs terápiák (Autogén tréning, progresszív relaxáció, hipnózis).....	132
Gyógyszeres terápiás ajánlások.....	133
SSRI-készítmények.....	133
Szorongásoldók.....	133
Benzodiazepinek.....	133
Buspiron.....	134
Bétablokkolók.....	134
Hidroxizin.....	134
Alkalmazhatósági előírások.....	134
A kezelés folyamata.....	138
Multimodális terápiás megközelítés.....	139
Kényszeres zavar speciális kezelése.....	141
A PTSD speciális kezelése.....	143
Mellékletek.....	144
Betegtájékoztatók.....	144
Szorongásos zavarokról szülőknek.....	144
Szorongásos zavarokról gyermekeknek.....	144
Szorongásos zavarokról serdülőknek.....	147
Tájékoztató háziorvosoknak, gyermekorvosoknak, iskolaorvosoknak.....	148
Gyermek- és serdülőkori szorongásos zavarok – részletes DSM-5 diagnosztika.....	150
Ellenőrző kérdőívek, adatlapok.....	152

Gyermekkori Spielberger-teszt.....	152
Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ).....	155
Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL SZÜLŐI KÉRDŐÍV).....	156
Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL TANÁRI KÉRDŐÍV).....	158
Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL ÖNÉRTÉKELŐ KÉRDŐÍV).....	160
CBCL kérdőívek kiértékelése .....	162

## Rövidítések jegyzéke

<b>AACAP:</b>	Gyermek és Serdülőpszichiátria Amerikai Társasága (American Association of Child and Adolescent Psychiatry)
<b>ADHD:</b>	Hiperaktív-figyelemzavar
<b>AIP modell:</b>	Adaptív információ feldolgozás modell
<b>BNO 10:</b>	Betegségek Nemzetközi Osztályozása, verzió 10
<b>BRAVE:</b>	Testi jelek, relaxáció, segítő gondolatok aktivizálása, győzelem a félelmek felett, Élvezd! Jutalmazd meg magadat! (Body signs, Relaxation, Active helpful thoughts, Victory over fears, Enjoy) Online interaktív program a gyermek- és serdülőkori szorongás megelőzésére
<b>CBCL:</b>	Gyermekviselkedési Kérdőív
<b>CGI:</b>	Klinikai globális benyomás
<b>cKVT:</b>	Komputerizált kognitív-viselkedésterápia
<b>CY-BOCS:</b>	Yale-Brown kényszerkérdőív
<b>DSM 5:</b>	Diagnosztikai és statisztikai kézikönyv (Diagnostic and Statistical Manual) verzió 5
<b>EBM:</b>	Bizonyítékon alapuló orvoslás
<b>EKG:</b>	Elektrokardiogramm
<b>EMDR:</b>	Szemmozgással történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás (eye movement desensitization and reprocessing)
<b>ERP:</b>	Expozíció és válaszmegelőzésen alapuló terápia
<b>FDA:</b>	Élelmiszerbiztonsági és Gyógyszerészeti Hivatal (Food and Drug Administration)
<b>GABA:</b>	Gamma-aminovajsav
<b>GAD:</b>	Generalizált szorongásos zavar
<b>ISCA-D:</b>	Gyermek és Serdülő Interjú – Diagnosztikus Változat (Interview Schedule for Children and Adolescents – Diagnostic Version)
<b>K-SADS:</b>	Gyermek Interjú Affektív Zavarok és Skizofrénia vizsgálatára (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)
<b>KVT:</b>	Kognitív-viselkedés terápia
<b>MBCT:</b>	Mindfulness alapú kognitív terápia
<b>MBSR:</b>	Mindfulness alapú stresszcsoökkentés
<b>OCD:</b>	Kényszeres zavar (Obsessive-Compulsive Disorder)
<b>POTS:</b>	Gyermekkori kényszerbetegség kezelési tanulmány (Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study)
<b>PTSD:</b>	Post traumás stresszzavar
<b>RCT:</b>	Randomizált klinikai vizsgálat
<b>SCARED:</b>	Gyermek Szorongásos Zavarok Szűrő Kérdőíve (Screen for Child Anxiety Related Disorders)
<b>SCAS:</b>	Spence Gyermek Szorongás Kérdőív (Spence Children's Anxiety Scale)



<b>SDQ:</b>	Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire)
<b>SEYLE tanulmány:</b>	Fiatal életek megmentése és megerősítése Európában (Saving and Empowering Young Lives in Europe)
<b>SIGN:</b>	Skót szakmaközi útmutató hálózat (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
<b>SNRI:</b>	Szerotonin norepinefrin visszavétel-gátló gyógyszer
<b>SSRI:</b>	Szelektív szerotonin újrafelvétel-gátló gyógyszer
<b>TAU:</b>	Szokásos terápia (Therapy as Usual)
<b>TCA:</b>	Triciklikus antidepresszáns
<b>TF-KVT:</b>	Trauma-Fókuszált Kognitív Viselkedésterápia
<b>5-HT1A receptor:</b>	5 hidroxitriptamin receptor, szerotonin receptor

## A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Retrospektív és prospektív tanulmányok alapján a szorongásos zavarok a leggyakoribb és egyben a legkorábban kezdődő pszichopathológiai problémák, melyek jelentős fejlődési, pszichoszociális és pszichopatológiai eltérést okozhatnak. Epidemiológiai vizsgálatok kimutatták, hogy a gyermekkori szorongásos zavar élettartam prevalenciája 15% és 20% között van. Egy meta-analízis, mely a gyermek- és serdülőkorú mentális zavarok prevalenciáját vizsgálta a világ összes országában, bármely mentális zavar gyakoriságát 13,4%-nak, bármely szorongásos zavar gyakoriságát 6,5%-nak találta. Európai serdülőket vizsgáló SEYLE-tanulmány 11 országban 11109 fiatalt vizsgálva a szorongásos zavarok prevalenciáját 5,8%-nak írta le, míg a diagnosztikus küszöb alatti szorongásos tünetek gyakoriságát 32%-ra tette. Lányok esetében magasabb a szorongásos tünetek megjelenésének az esélye, ez főleg a specifikus fóbia, pánikzavar, agorafóbia és szeparációs szorongás esetében jellemző.

Magyarországi adatok a szorongásos zavarok gyakoriságáról a gyermek és serdülő populációban nem állnak rendelkezésre. Csorba és mtsai 5 megyére kiterjedő kutatása alapján a szorongásos tünetek miatt ellátásra jelentkező serdülők (14-18 éves korosztály) között a generalizált szorongásos zavar gyakorisága volt a legmagasabb (15,5%), ezt követte a szociális fóbia (13,6%) és a pánikzavar (10,2%).

A gyermekkori szorongásos zavarok serdülőkorra is áthúzódhatnak, sőt akár felnőttkorban is jelen lehetnek. A lefolyás krónikus és állandó problémát okozhat. Utánkövetéses vizsgálatok

megállapították, hogy a gyermekkori szorongásos zavarok felnőttkorban gyakran járnak a szociális, családi vagy tanulmányi életterület funkcionális károsodásával, valamint az általános egészségi állapot romlásával. Ugyanakkor a felnőttkori szorongásos és hangulatzavarok gyakran gyermekkorban kezdődnek.

Annak ellenére, hogy a gyermek- és serdülőkorú szorongásos kórképek komoly közegészségügyi problémát okoznak a későbbiekben, jelentős hányaduk nem részesül kezelésben. Mindezek alapján a tünetek korai felismerése és kezelése, a betegek hosszútávú követése egy egységes diagnosztikai és terápiás protokoll alapján fontos az egyén későbbi mentális és szomatikus egészsége szempontjából.

## Korai felismerés, szűrővizsgálatok

### Ajánlás 1

**A szorongásos zavarok korai felismerésében és azonosításában standardizált szűrőtesztek és interjúk használata javasolt.**

Tekintettel a szorongásos zavarok gyakoriságára, minden gyermekpszichiátriai vizsgálat során javasolt a szorongásos tünetek vizsgálata. A szűrőkérdéseket az aktuális diagnosztikus kritériumrendszer alapján kell feltenni (DSM-5 és/vagy BNO-10) a vizsgált gyermek életkorának megfelelő formában. 8 éves életkor felett önkítöltős kérdőívek használata javasolt. Magyar nyelven elérhető, validált kérdőív a serdülők számára a Spielberger Állapot és Vonás Szorongás teszt. Gyermek és serdülők pszichés és viselkedési problémáit felmérő szülői kérdőívek a Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL) és a Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ). Mindkét kérdőív tartalmaz érzelmi zavarokra uta-

ló kérdéseket, melyek internalizáló, szorongásos, visszahúzóódásos alskálákban jelzik a probléma meglétét. További szorongásos zavarokra specifikus, ingyen elérhető és letölthető kérdőívek: SCARED (<http://www.midss.org/content/screen-child-anxiety-related-disorders-scared>) és Spence Gyermekek Szorongásos Skála (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (<https://www.scaswebsite.com/>), melyeknek jelenleg nincs validált magyar fordítása. A vizsgálat során mind a gyermek/serdülő, mind a szülő véleményét javasolt megkérdezni.

Gyakori, hogy a szorongásos tüneteket a gyermekek és serdülők nem képesek megfelelően verbalizálni vagy azonosítani önmagukban, ezért ezeket testi tünetekként képesek jelezni, melyek leggyakrabban bizonytalan fájdalmak (fejfájás, hasfájás, végtagfájdalmak). Ezekkel a panaszokkal gyermekorvoshoz, háziorvoshoz fordulnak. Amikor a tünetek háttérében nem igazolódik testi betegség, és a gyermekek, serdülők továbbra is panaszosak, javasolt patológias szintű szorongás azonosítására alkalmas szűrőtesztek (STAI, SCAS, SDQ) használata és a tesztek eredménye alapján, ha szükséges, a beteg szakellátásba irányítása.

A rutinszűrés során fontos rákérdezni, hogy a fiatal átélt-e traumát (például bántalmazást, balesetet) a szorongásos tünetek megjelenését megelőzően. Ha történt ilyen esemény, a gyermektől meg kell kérdezni a PTSD-tüneteit is. Léteznek specifikus önkitöltős kérdőívek a traumát követő szorongás tüneteire (pl.: Impact of Event Scale), de magyar validált kérdőív nem áll rendelkezésre. Fontos a szűrés során a kényszeres tünetekre is rákérdezni (gondolat és/vagy cselekvés).

A Yale-Brown kényszer kérdőív (CY-BOCS) jól használható és magyarul is elérhető, bár magyar populáción nem történt validálása.

### Ajánlás 2

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

A gyermek vizsgálata, megkérdezése minden esetben és minden életkorban javasolt. Amennyiben az általános szűrés során valamely szorongásos zavar tüneteire van gyanú, az adott zavar jellemzőit a gyermek életkorának megfelelően megfogalmazott kérdésekkel mérjük fel. A szorongásos tünetek esetében a DSM-5 megjegyzi, hogy a fiatalok nem feltétlenül ismerik fel a szorongás túlzott jellegét, a BNO-10 kritériumrendszerében viszont hangsúlyozott a szokatlan jelleg. A funkciókárosodásnak minden esetben jelen kell lennie a szorongásos diagnózis felállításához. 8 év alatti gyermekek esetében nem javasolt az önkitöltős tesztek használata, inkább az anamnesztikus adatok, szülői kérdőívek, a gyermeket jól ismerő felnőtől származó heteroanamnézis, illetve diagnosztikus interjúk javasoltak. 8 év felett az önkitöltős tesztek a vizsgálat során jól alkalmazhatóak. Az anamnézis során célzott, személyre szabott kérdéseket tegyünk fel az adott szorongásos zavarra vonatkozóan. Minden esetben javasolt a heteroanamnézis felvétele a szülőtől vagy a gyermek életében fontos felnőttől. Egyes esetekben a pedagógus, óvodapedagógus véleménye is kikérhető, természetesen a szülő tudtával és engedélyével.

## Diagnózis felállítása

### Ajánlás 3

**A diagnosztikus kivizsgálás során a BNO-10 vagy a DSM-5 kritériumait kell figyelembe venni. A pontos diagnózis felállítása gyermekpszichiáter feladata, strukturált/félig strukturált diagnosztikus interjú segítségével.**

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 szorongásos zavarok diagnosztikai besorolása a BNO-10 klasszifikációs rendszer alapján történik. A DSM-5 a BNO-10-nél jóval újabb besorolási rendszer, ennek megfelelően didaktikusabb, jobban használható és követhető a szorongásos zavarok besorolása, szemlélete, modern, a legújabb ismereteket építi be a diagnosztikus kategóriákba. A továbbiakban a DSM-5 alapján kerülnek ismertetésre a szorongásos zavarok diagnosztikus kategóriái és megfontolásai. Tekintettel arra, hogy a betegségeket a BNO-10 szerint kódoljuk, a DSM-kódok mellett a megfelelő BNO-kódokat is szerepeltetjük. A szorongásos zavarok a következő betegségeket foglalják magukba: szeparációs szorongásos zavar (309.21, F93.0), szelektív mutizmus (313.23, F94.0), specifikus fóbia (300.29, F 40.218, F40.228, F40.230-40.233, F40.248, F40.298), szociális szorongásos zavar (300. 23, F40.10), pánikzavar (300.01, F41.0), agorafóbia (300.22, F40.00), generalizált szorongásos zavar (300.02, F41.1), szer/gyógyszer kiváltotta szorongásos zavar (291.89, F10.180-16.180, F18.180-19.180, F10.280-16.280, F18.280-19.280, F10.980-16.980, F18.980-19.980), szorongásos zavar más egészségi állapot következtében,

egyéb meghatározott szorongásos zavar (300.09, F41.8), nem meghatározott szorongásos zavar (300.00,F41.9). A DSM-4 a szorongásos zavarok közé sorolta a kényszeres zavart (300.3, F42), a poszttraumás stresszzavart (309.81, F43.10) és az akut stresszzavart. A DSM-5 külön csoportba sorolja a Kényszeres és kapcsolódó zavarokat és a Traumával és stresszorokkal összefüggő zavarokat, ennek ellenére a fenti három zavart részletesen ismertetjük jelen közleményben gyermek- és serdülőkorban betöltött jelentőségük miatt.

### Szeparációs szorongásos zavar (309.21, F93.0)

Fejlődésileg nem helyénvaló, túlzott félelem az egyén számára fontos személyektől való szeparációtól. Túlzott distressz a szeparáció gondolatára, túlzott aggodalom a kötődési személy testi épségével, betegségével, halálával stb. kapcsolatban, túlzott aggodalom olyan eseménnyel kapcsolatban, ami a szeparációt előidéz (pl.: elröböljék, balesetet szenved), iskolába járás, az otthon elhagyásának elutasítása, egyedül maradás vagy a fontos személy nélkül maradás elutasítása, otthonon kívül vagy a fontos személy nélkül való alvás elutasítása, szeparációval kapcsolatos rémálmok, testi tünetek (fejfájás, hasfájás). A panaszok legalább 4 héten keresztül fennállnak, jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

### Szelektív mutizmus (313.23, F94.0)

A személy nem képes beszélni olyan helyzetekben, ahol azt elvárják tőle (legalább 4 héten keresztül), és ez akadályozza az iskolai és társas kapcsolatokat, annak ellenére, hogy más helyze-

tekben beszél és a probléma nem tulajdonítható hiányos nyelvismeretnek vagy nyelvhasználati problémának (pl.: dadogás, súlyos beszédhiba) és nem magyarázható jobban más mentális betegséggel.

## Fóbiák

Közös jellemzőjük az eltúlzott félelem a félelem tárgyától és a vele való találkozás, szembe-sülés elkerülése.

**Specifikus fóbia** (300.29, F40.218, F40.228, F40.230, F40.231, F40.232, F40.233, F40.248, F40.298): félelem, szorongás, sírás, lefagyás, dühroham vagy kapaszkodás valamilyen tárggyal vagy helyzettel kapcsolatban, melyet a személy aktívan elkerül és a félelem mértéke jelentősen eltúlzott. A tünetek legalább 6 hónapon keresztül fennállnak, jelentős distresszt, funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

## Szociális szorongásos zavar

**Szociális fóbia** (300.23, F40.10): erős félelem, szorongás olyan szociális helyzetekben, amikor a gyermek mások figyelmének van kitéve (társalgás idegenekkel, nemcsak felnőttekkel, kortársakkal is, előadói helyzetek, mások előtt enni, átöltözni stb.), dührohamok, kapaszkodás, bizonyos esetekben kicsire összehúzzák magukat vagy nem tudnak megszólalni. A gyermek a társas helyzeteket elkerüli vagy csak intenzív szorongással képes elviselni, legalább 6 hónapon át szenved a tünetektől, melyek distresszt, funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

## Pánikzavar (300.01, F41.0)

Visszatérő pánikrohamok, melyek során intenzív félelem, diszkomfortérzés alakul ki, intenzitása pár perc alatt tetőzik. A pánikroham alatt a következő tünetek közül legalább 4 jelen van: 1) heves szíverés, 2) izzadás, 3) remegés vagy reszketés, 4) légszomj, fulladásérzés, 5) mellkasi fájdalom, 6) hányinger vagy hasi diszkomfort, 7) szédülés, 8) hidegrázás vagy hevülés, 9) paresztéziák, derealizációs vagy depreszonalizációs élmények, 10) megőrléstől való félelem, 11) halálfélelem. Legalább egy rohamot követően félelemérzése újabb rohamoktól és ennek következtében a viselkedés jelentős, maladaptív változása (pl.: elkerüli az olyan helyzeteket, ahol pánikroham kialakulásától tart) legalább 1 hónapon keresztül. A tünetek distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más betegséggel.

## Agorafóbia (300.22, F40.00)

Kifejezett félelem vagy szorongás az alábbi helyzetek közül legalább kettővel kapcsolatban: 1) tömegközlekedés használata, 2) nyílt helyen tartózkodás, 3) zárt helyen tartózkodás, 4) tömegben tartózkodás, 5) egyedül lenni az otthonon kívül. Azért félelmetesek ezek a helyek/helyzetek, mert a gyermek azt gondolja, hogy pánikroham vagy bármilyen zavarba ejtő vagy az önálló cselekvést megakadályozó probléma, helyzet esetén a menekülés nem megoldott, illetve nem tud segítséget kérni. Az agorafóbiát kiváltó helyzeteket a gyermek elkerüli, vagy intenzív félelemmel tölti el legalább 6 hónapon át, a tünetek distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

## Generalizált szorongásos zavar (300.02, F41.1)

Túlzott aggodalom vagy szorongás számos eseménnyel vagy tevékenységgel kapcsolatban legalább 6 hónapon át, szinte minden nap, a napok nagy részében. A gyermek nem képes aggodalmait kontrollálni. Az alábbi tünetek közül egy legalább jelen van 6 hónapon át: 1) nyugtalanság, felhúzotttság, feszültségérzés, 2) fáradékonyság, 3) koncentrációs nehézség (semmi nem jut az eszébe), 4) irritabilitás, 5) izomfeszülés, 6) alvászavar (nehéz elalvás vagy nem kielégítő alvás). A tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

## Szer/gyógyszer kiváltotta szorongásos zavar

(291.89, F 10.180-16.180, F18.180, F19.180, F 10.280-16.280, F18.280, F19.280, F 10.980-16.980, F18.980, F19.980) a klinikai képet pánikroham vagy szorongás dominálja, 1) a tünetek szer intoxikáció/megvonás vagy -használat során vagy azt követően alakulnak ki, 2) a használt szer/gyógyszer képes a tünetek kiváltására. A tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

## Szorongásos zavar más egészségi állapot következtében

A klinikai képet pánikroham vagy szorongás dominálja, melyek a kórelőzményben fizikális vagy laborvizsgálat alapján más egészségi állapot közvetlen patofiziológiai következményei. A tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

## Egyéb meghatározott szorongásos zavar (300.09, F41.8)

Klinikailag jelentős szorongás, mely distresszt okoz, de nem teljesülnek egyetlen szorongásos zavar kritériumai sem. A tünetek jelentősen zavarják a gyermek mindennapi tevékenységét, funkcionális károsodást okoznak.

## Nem meghatározott szorongásos zavar (300.00, F41.9)

Klinikailag jelentős szorongás, mely distresszt okoz, de nem teljesülnek egyetlen szorongásos zavar kritériumai sem, a klinikusnak nem áll rendelkezésére elegendő információ (pl.: sürgősségi ellátás).

## Kényszeres zavar (300.3, F42)

Kényszerszorgondolatok vagy kényszerszorgondolások vagy mindkettő jelen van. 1) kényszerszorgondolatok: visszatérő, tartósan fennálló gondolatok, készletések vagy képek, melyeket a gyermek betolakodónak, nem kívánatosnak él meg, és amelyek intenzív félelemmel, szorongással töltik el. A gyermek megkísérli a kényszerszorgondolatokat elnyomni, figyelmen kívül hagyni vagy semlegesíteni, pl.: kényszerszorgondolásokkal. 2) kényszerszorgondolások: visszatérő viselkedések (pl.: kézmosás, rendezgetés, ellenőrzés) vagy mentális tevékenységek (pl.: imádkozás, számolás stb.), melyeket a gyermeknek meg kell tennie, vagy a kényszerszorgondolatra adott válaszként vagy olyan szabályok szerint, melyeket mereven be kell tartania. A viselkedés vagy mentális tevékenység célja a szorongás megelőzése vagy enyhítése, valamilyen rettegett esemény bekövetkeztének megakadályozása, azonban a fentiek nem kapcsolódnak realiztikusan ahhoz, amivel kapcsolatban a gyermek végzi őket és egyértelműen túlzó mértékűek. Kisgyermek nem mindig képesek a te-

vékenységek célját meghatározni! A kényszeres tevékenység legalább 1 órát vesz igénybe napon-ta, a tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

## Poszttraumás stressz zavar (PTSD) (309.81, F43.10)

### Diagnózis

- A. Valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása közvetlen átéléssel vagy szemtanúként, vagy közeli családtagot/barátot ért traumatikus esemény híre által, a traumatikus események averzív részleteinek megtapasztalása által (pl.: a helyszínen lévő maradványok látványa stb.).
- B. A traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó tünetek közül legalább egy jelenléte az alábbiak közül: 1) visszatérő, akaratlan, nyomasztó emlékek a traumával kapcsolatban (6 évesnél idősebb gyermek esetében repetitív játék a traumatikus élménnyel kapcsolatban), 2) visszatérő rémálmok a traumával kapcsolatban (gyermekek esetében lehetnek ijesztő álmok, felismerhető tartalom nélkül), 3) disszociatív reakciók (flashbackek), melyek során az illető úgy érez és úgy viselkedik, mintha az esemény megismétlődne (gyermekek esetében a traumatikus esemény ismételt eljátszása játéktevékenység során), 4) intenzív és hosszan fennálló pszichológiai szenvedés a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén, 5) kifejezett élettani reakció a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén.
- C. A traumatikus eseménnyel összefüggő ingerek tartós kerülése, az alábbiak közül az egyik vagy mindkettő jellemző: 1) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő emlékek, gondolatok, érzések kerülése, 2) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő, külső emlékeztetők (pl.: emberek, helyek, tevékenységek, tárgyak stb.) kerülése.
- D. A traumatikus eseménnyel összefüggő kogníciók és hangulat negatív irányú változása, az alábbiak közül kettő jellemző: 1) a traumatikus esemény fontos aspektusaira való visszaemlékezési képtelenség, 2) önmagával, másokkal vagy a világgal kapcsolatos túlzott negatív hiedelmek, 3) torz kogníciók a traumatikus esemény okaival kapcsolatban (pl.: önmagát vagy másokat hibáztat), 4) tartósan fennálló negatív emocionális állapot, 5) jelentősen csökkent érdeklődés a fontos tevékenységek iránt, 6) másoktól való elidegenedés vagy közönyösség érzése, 7) tartósan fennálló képtelenség pozitív érzelmek megélésére.
- E. A traumatikus eseménnyel kapcsolatos éberség és reaktivitás megváltozása, az alábbiak közül legalább 2 jellemző: 1) irritabilitás vagy dühkitörések, 2) féktelen vagy öndestruktív viselkedés, 3) hipervigilancia, 4) túlzott megriadási reakció, 5) koncentrációs nehézségek, 6) alvászavar.

A tünetek több mint 1 hónapon keresztül fennállnak, jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

Késői megnyilvánulással: amikor a diagnosztikai kritériumok csak legalább 6 hónappal a traumatikus esemény után teljesülnek.

### PTSD hat éves vagy fiatalabb gyermekek esetében

- A. Valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása

közvetlen átéléssel vagy szemtanúként, vagy szülőt, vagy gondviselőt ért traumatikus esemény híre által.

- B. A traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó tünetek közül legalább egy jelenléte 1) visszatérő, akaratlan, nyomasztó emlékek a traumával kapcsolatban (repetitív játék a traumatikus élménnyel kapcsolatban), 2) visszatérő rémálmok a traumával kapcsolatban (nem minden esetben lehetséges a traumával való összefüggést igazolni), 3) disszociatív reakciók (flashbackek), melyek során a gyermek úgy érez és úgy viselkedik, mintha az esemény megismétlődne (a traumatikus esemény ismételt eljátszása játéktevékenység során), 4) intenzív és hosszasan fennálló pszichológiai szenvedés a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén, 5) kifejezett élettani reakció a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén.
- C. Az alábbiak közül egy vagy több jellemző:
- 1) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő ingerek tartós kerülése:
    - a) a traumatikus eseményt felidéző helyek, tevékenységek vagy fizikai emlékeztetők kerülése,
    - b) a traumatikus eseményt felidéző emberek, párbeszéddek, interperszonális helyzetek kerülése.
  - 2) A traumatikus eseménnyel összefüggő kogníciók és hangulat negatív irányú változása
    - a) negatív emocionális állapot gyakoribb válása (szomorúság, szégyen, bűn-

tudat), b) fontos tevékenységek beszükülése (játék beszükülése), c) viszszahúzódo viselkedés, d) pozitív érzelemkifejezés csökkenése.

- D. A traumatikus eseménnyel kapcsolatos éberség és reaktivitás megváltozása, az alábbiak közül legalább 2 jellemző: 1) irritabilitás vagy dühkitörések, 2) hipervigilancia, 3) túlzott megriadási reakció, 4) koncentrációs nehézségek, 5) alvászavar.

A zavar tünetei több mint 1 hónapon keresztül fennállnak, a tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

*Késői megnyilvánulással:* amikor a diagnosztikai kritériumok csak legalább 6 hónappal a traumatikus esemény után teljesülnek.

### **Akut stresszzavar (308.3, F43.0)**

Valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása közvetlen átéléssel vagy szemtanúként, vagy közeli családtagot/barátot ért traumatikus esemény híre által, a traumatikus események averzív részleteinek megtapasztalása által (pl.: a helyszínen lévő maradványok látványa stb.). A traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó tünetek közül legalább 9 jelenléte szükséges. A traumával kapcsolatos 1) akaratlan, nyomasztó és visszatérően betolakodó emlékek, álmok, 2) disszociatív reakciók (flashbackek), 3)



intenzív és hosszan fennálló pszichológiai szenvedés a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén, 4) tartósan fennálló képtelenség pozitív érzelmek megélésére, 5) a környezet és saját maga valóságosságának megváltozott észlelése (pl.: más perspektívájából látja önmagát), 6) a traumatikus esemény fontos aspektusaira való visszaemlékezési képtelenség, 7) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő emlékek, gondolatok, érzések tartós kerülése, 8) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő, külső emlékeztetők (pl.: emberek, helyek, tevékenységek, tárgyak stb.) kerülése, 9) alvászavar, 10) irritábilis viselkedés vagy dühkitörések, hipervigilancia, 11) koncentrációs nehézségek, 12) túlzott megriadási reakciók. A zavar a traumát követően 3 naptól 1 hónapig áll fenn, a tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

A diagnosztikus folyamat során először a tünetek jelenlétét tisztázzuk. A szorongásos zavarok felmérésénél nehézséget okozhatnak a gyermekeknél normál esetben is fennálló szorongásos reakciók elkülönítései a kóros anxiástól. Az egyes tünetek jelenlétének tisztázása után azok súlyosságát is meg kell állapítani. A zavar által okozott probléma mértékét a funkcionális károsodás mutatja, mely a gyermek családi, iskolai és szociális környezetben való nehézségeinek összessége. Szorongásos diagnózis akkor állítható fel, ha funkcionális ká-

rosodás igazolódott egy vagy több területen. A gyermekek jelentős hányada jelez szorongásos tüneteket, de a funkcionálás megtartott. Az ő esetükben pszichiátriai zavar diagnózisa nem állítható fel.

A pszichiátriai diagnózis felállítása gyermekpszichiáter feladata. A diagnosztizálás folyamatában strukturált vagy félig-strukturált pszichiátriai interjúk állnak rendelkezésre. Ilyenek pl.: az ISCA-D (Interview Schedule for Children and Adolescents, Diagnostic Version, a Kiddie SADS vagy a M.I.N.I. gyermek változata, melyek magyarul is elérhetőek.

## A szorongásos zavarok differenciáldiagnosztikája

### Ajánlás 4

**A diagnosztikus folyamat során el kell különíteni a szorongásos zavarokat egymástól, valamint az egyéb gyermekpszichiátriai kórképektől, mely gyermekpszichiáter feladata.**

A differenciáldiagnózis során a kritériumrendszerek (BNO-10 és DSM-5) követése segít a szorongásos zavarok egymástól való elkülönítésében. Az 1. táblázat az egyes szorongásos kórképekre jellemző tüneteket foglalja össze. A táblázat, valamint az 1. ábra algoritmusát követve a szorongásos zavarok fő jellegzetességei alapján a differenciál diagnózis egyszerűen végiggondolható.

1. táblázat: A szorongásos kórképekre jellemző specifikus tünetek

Diagnózis	Tünetek
Szeparációs szorongás	szorongás a szeretett személytől való elválástól, félelem az egyedüllétől
Szelektív mutizmus	szorongás idegen felnőtt/gyerek előtt, mely a beszéd megtagadásában mutatkozik. A gyermek otthon beszél.
Specifikus fóbia	egy konkrét tárgytól, szituációtól, állattól való félelem
Szociális szorongásos zavar	szorongás a figyelem középpontjába kerüléstől, félelem a megszégyenüléstől
Pánikzavar	rohamokban jelentkező szorongás, helyzettől függetlenül
Agorafóbia	zsúfolt helyektől való félelem, szorongás olyan helyektől, ahonnan nehéz elmenekülni
Generalizált szorongásos zavar	folyamatos aggódás több különböző dolog miatt
Kényszeres zavar	szorongás okozta visszatérő gondolat vagy cselekvés
Poszttraumatikus stresszavar	pszichotrauma után jelentkező jelentős szorongás

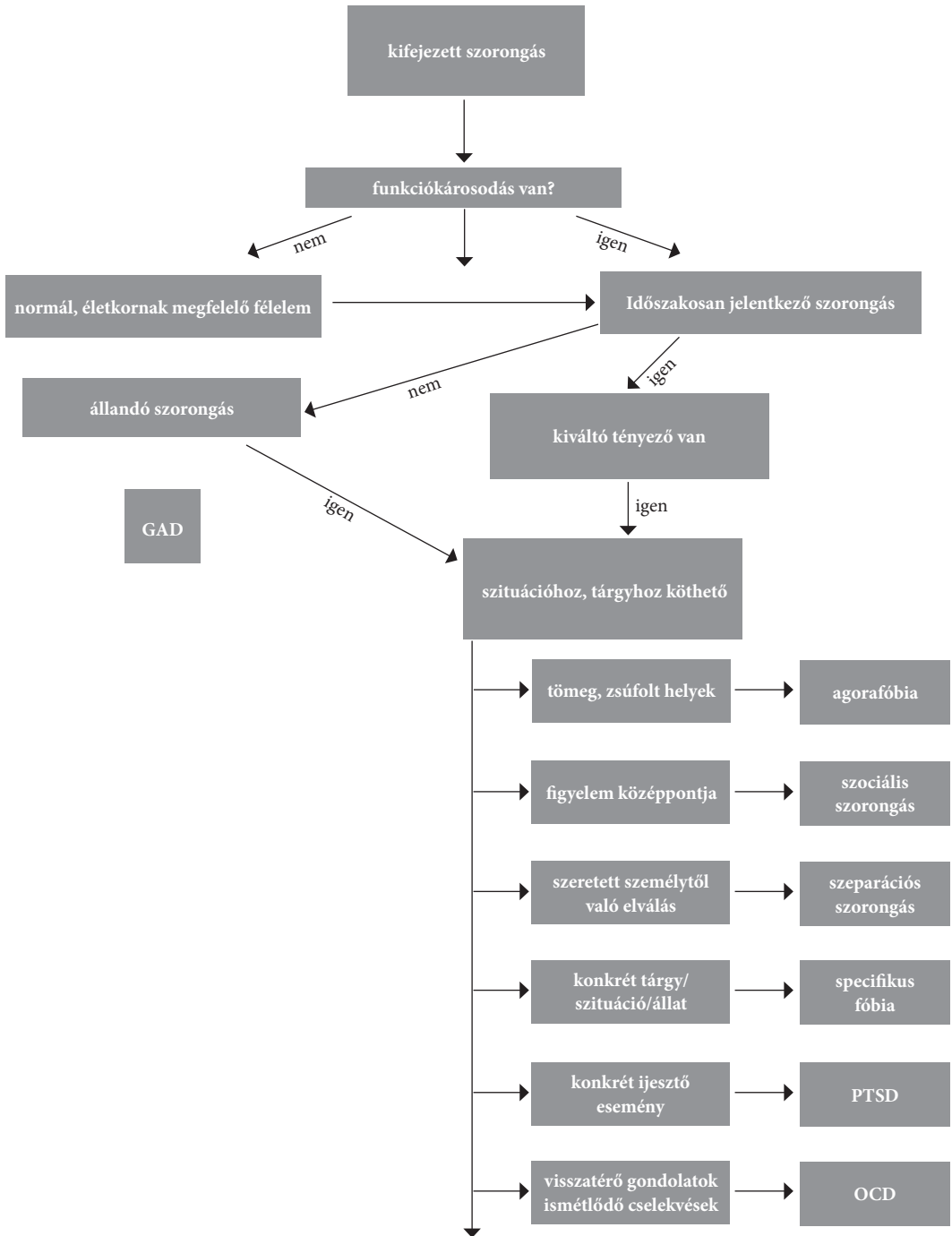
A szorongásos zavarok gyakran járnak együtt más szorongásos és egyéb pszichiátriai kórké-

pekkel. A fóbiák gyakran vannak jelen egyszerre (specifikus, szociális és agorafóbia), MDD gyakran komorbid a szorongásos zavarokkal, mely nehezíti a két zavar tüneteinek elkülönítését. A szorongásos zavarok prekursorai lehetnek a később kialakuló depresszív zavarnak, illetve szerhasználatnak is. Szorongásos kórképek társulhatnak oppozíciós és viselkedészavarral. A PTSD elkerülő és újraátélési tünetei hasonlíthatnak az ADHD-ban megjelenő nyugtalanság, hiperaktivitás tüneteire.

Szorongásos tüneteket számos gyógyszer, illetve pszichiátriai és szomatikus betegség is okozhat. Pszichiátriai zavarok közül a major depresszív zavar, a bipoláris zavar, a primer szerhasználat, valamint a pszichotikus zavar okozhat szorongásos tüneteket. Gyógyszerek, melyek anxiétás tüneteit okozhatják: asztmaellenes gyógyszerek, szimpatomimetikumok, szteroidok, SSRI, antipszichotikumok. Hasonló problémával járhat a hipertireózis, a koffein túladagolás, a migrén, az asztma, valamint a rohamtevékenységgel járó kórképek.

Pánikzavar első megjelenésekor szükséges egy teljes körű, alapos fizikális vizsgálat, melynek eredményétől függően további vizsgálatokra is sor kerülhet az esetleges szomatikus komorbiditás kizárására.

1. ábra: Szorongásos zavarok diagnózisa



## Terápiás beavatkozások

### Pszichoterápiás ajánlások

A szorongásos zavarok terápiájának hatékonysági vizsgálatai túlnyomó részben serdülőkorú szorongó fiatalokon történtek. A fiatalabb gyermekek szorongásos zavarának kezelésében a tudományos bizonyítékok nem olyan erősek, kevésbé állnak rendelkezésre olyan jól kidolgozott, multicentrikus, randomizált kettős vak vizsgálatok, melyek ezt a korosztályt is bevonják. Azonál a terápiáknál, ahol van adat gyermekekre is, külön jelezzük. Ha a gyermek vagy serdülő tünetei a BNO-10 vagy a DSM-5 diagnosztikus kritériumait kimeríti, akkor indokolt a kezelés.

A különféle szorongásos kórképekben közös jegyek figyelhetők meg a viselkedésre (pl.: elkerülés), a gondolkodásra, a testi tünetekre, a tünetfenntartó és egyéb tényezőkre vonatkozóan, így az alábbi ajánlások megfelelő adaptációval minden szorongásos kórképre illeszthetőek.

A szorongásos zavarok akut fázisában a cél a tünetredukció és a szorongás feletti kontroll fokozása, a szorongással való adekvát megküzdés kialakítása és a funkcionális károsodás megszüntetése. Ebben a terápiás fejezetben jelentős mértékben az American Academy of Child and Adolescent Psychiatry legutóbbi hivatalos állás-

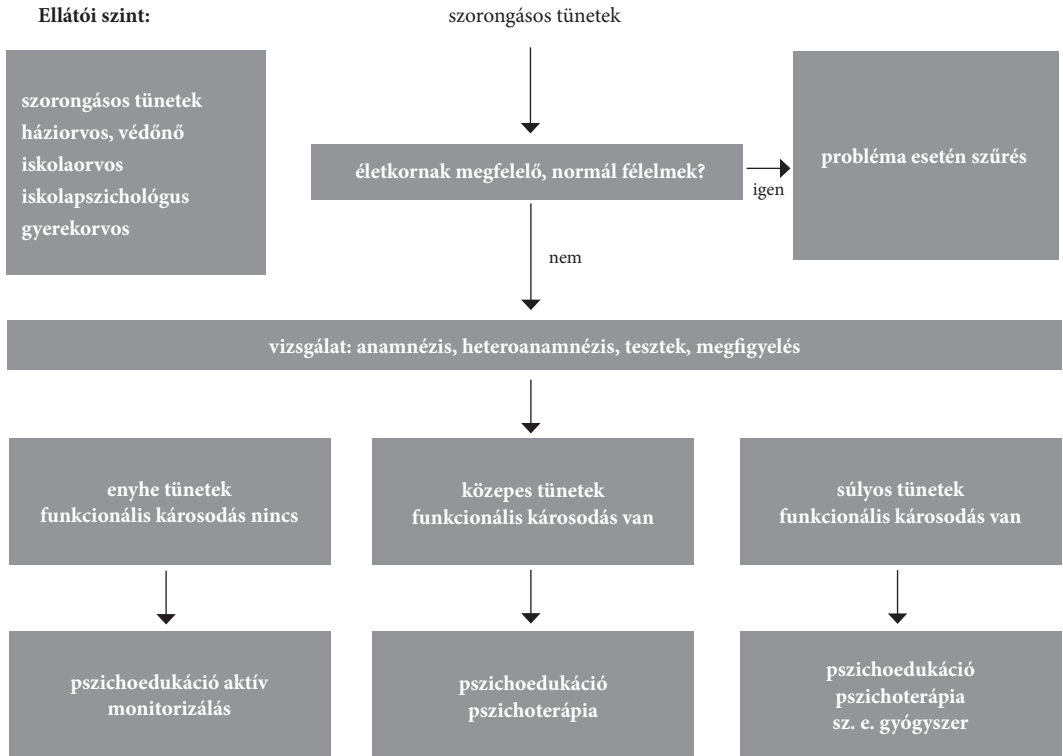
foglalására támaszkodunk, de figyelembe vesszük az ezt követően publikált újabb kutatási eredményeket is.

#### Ajánlás 5

**A terápiás terv kidolgozásánál figyelembe kell venni a betegség súlyosságát, a funkcióromlás mértékét, a gyermek fejlődési szintjét, a komorbid kórképeket és a beteg számára elérhető egészségügyi ellátó rendszer lehetőségeit.**

A kezelési terv kialakításánál nem csak a tünetek súlyosságát kell figyelembe venni, hanem a funkcióromlás mértékét, valamint a gyermek közvetlen környezetét (pl.: otthon, iskola) is. A terápiás cél elérése érdekében be kell vonnunk a szülőket, a tanárokat és szükség esetén a gyermek kortársait. A gyermek életkora, fejlődési szintje, komorbid pszichiátriai és/vagy szomatikus betegségei, a szerfüggőségre vagy öngyilkos magatartásra utaló jelek befolyásolják a terápia fókuszát és a módszerválasztást. Részletesen ki kell kérdeznünk a pszichoszociális stresszorokról, a korábbi kezelésekről és azok hatékonyságáról. Meg kell tudni a beteg elvárásait vagy előítéleteit a pszichoterápiával és a farmakoterápiával kapcsolatban. A terápia során egyaránt figyelni kell a beteg emocionális, oktatási és szociális szükségleteire. A szorongásos zavarok ellátását és az ehhez kapcsolódó ellátási szintek algoritmusát a 2. ábra részletezi.

2. ábra: A szorongásos zavarok ellátásának menete és az ehhez kapcsolódó ellátói szintek algoritmus

**Ellátói szint:**

## Pszichoedukáció

### Ajánlás 6

**A kezelés megkezdésekor fontos a beteg és családjának pszichoedukációja, megfelelő tájékoztatása, ugyanis ez csökkenti a betegséggel kapcsolatos szorongásokat és javítja a terápiás együttműködést.**

A gyermek vagy serdülő és családja számára fontos konkrét és hiteles információt adni a betegség természetéről és a kezelési lehetőségekről, mert ennek hatására javul a betegek betegségbeállása, kezeléssel való együttműködése. A változásra való motivációja is nő és mindez hozzájárul a destigmatizációhoz.

A szóbeli megbeszélést írásos betegtájékoztatóval (lásd: Melléklet) érdemes kiegészíteni, mely a célcsoport életkori sajátosságait is figyelembe véve jellemzi a szorongásos zavart.

## Kognitív-viselkedésterápia

### Ajánlás 7

**Gyermek- és serdülőkori szorongásos zavarok kezelésében elsődlegesen KVT-t alkalmazzunk.**

A kognitív-viselkedésterápia (KVT) hatékonysága számos, jól kontrollált RCT-vizsgálattal igazolt. A gyermekkori szorongásos zavarok kezelésének öt komponensét Albano és Kendall 2002-ben írta le. 1. Pszichoedukáció gyermeknek és szülőknél a betegség természetéről és a terápiás módszerről. 2. A szomatikus tünetek kontrollálása relaxáció, légzésgyakorlatok és önmonitorozás segítségével. 3. A szorongáskeltő gondolatok azonosítása és megküzdés velük a kognitív átstrukturálás által. 4. Expoziációs módszer (pl.: a félelemkeltő inger fokozatos

deszenzitizációja in sensu és in vivo módszerrel), 5. Relapszus prevenciók terv kidolgozása (további megerősítő ülések, az iskolával és a szülőkkal együttműködve). A terápiát rugalmasan kell alkalmazni, figyelembe kell venni az egyéni jellegzetességeket. Az egyes coping stratégiák súlyát és arányát mindig az adott gyermek konkrét tüneteire és családi körülményeihez kell illeszteni.

A gyermekkori kóros szorongás kialakulásában és fenntartásában a túlzott negatív helyzetértékelések, diszfunkcionális attitűdök szerepet játszanak, csökkentésük mindenképpen a szorongás enyhülésével jár. Az erre épülő kognitív terápiás program hatékonynak mutatkozott a szorongás kezelésében.

A KVT hatékonyságát gyermekkorban számos vizsgálat támasztja alá, ezért minden szorongásos kórkép terápiájában alkalmazható. Pozitív megerősítés, jutalmazási terv kisebbeknél segítheti a motivációt, hogy a gyermek szembe merjen nézni a szorongáskeltő helyzettel. Kognitív terápiás technikák alkalmazása felső tagozatos kortól ajánlott, a gyermek életkorához igazodva játékos formában alkalmazhatjuk.

Fiatalabb korosztályból 64 szorongó óvodást (4-7 éves) random módon vontak vizsgálatba, akik közül az egyik csoport szülő-gyermek KVT-ben részesült, másik részük pedig nem kapott speciális kezelést, így ők alkották a kontrollcsoportot. Hat hónap múlva sokkal nagyobb javulás volt kimutatható a Klinikai globális benyomás (CGI) – Szorongás skálán a KVT-ban részesülteknél (69%), mint a kontrollnál (32%). További eredmény, hogy a KVT-val kezelt gyerekek 59%-ánál a kezelés végére már nem állt fenn a szorongásos zavar diagnóza, míg a kontrollcsoport esetében ez csak 18%-ukról volt elmondható.

Tizenkilenc randomizált kontrollált vizsgálat metaanalízise alapján a KVT hatékonynak bizonyult gyermekek és serdülők fóbiás és más szorongásos zavarainak kezelésében. Az egyéni és csoportos terápiák egyenértékűek voltak.

A gyermekkori szorongás enyhítésére több kognitív viselkedésterápiás szemléletű tréninget dolgoztak ki az elmúlt évek során. A legtöbb bizonyíték – szeparációs szorongásban, GAD-ban, szociális fóbiában – Philip C. Kendall által kidolgozott Coping Cat (Merész Macska) -programmal kapcsolatban gyűlt össze. Ezt a világon számos helyen alkalmazzák, többek között Magyarországon, és magyar nyelven is elérhető. A 16 hetes terápia hatékonyságát több randomizált vizsgálati eredmény is alátámasztja, amelynek nyomán az Amerikai Gyermek- és Serdülőpszichiátriai Társaság terápiás irányelve is a Merész Macska alkalmazását javasolja a gyermekkori szorongás terápiájára.

A Merész Macska program első fele pszichoedukáció, valamint az egyes megküzdési stratégi-

ák általános bemutatásáról szól (1-8. ülés), a második felében pedig az egyes technikák egyénre szabása áll, a megtanult készségek gyakorlása konkrét, ha lehet in vivo helyzetekben.

A másik, hazánkban is elérhető program a „Csak bátran, Til tigris!” című viselkedésterápiás tréning, melynek fő célja a szociális helyzetekben szorongó gyermekek öntudatosabbá, magabiztosabbá tétele, a gyakorlatban is jól alkalmazható cselekvési stratégiák átadása, illetve a meglévő kompetenciák facilitálása. A fő hangsúly a magabiztos viselkedésformák elsajátításán, a stressz és az érzelmek hatékony kezelésén, az önpercepció és a kommunikáció fejlesztésén van.

Programkiegészítő segédanyagként használható még a Buron által írt „Amikor a félelmeim túl nagyra nőnek!” című munkafüzet.

A 2. táblázat összefoglalóan bemutatja az egyes szorongásos zavarok kognitív-viselkedésterápiája során leggyakrabban alkalmazott módszereket, technikákat.

2. táblázat: A szorongásos zavarok kognitív-viselkedésterápiájában alkalmazható terápiás intervenciók

Szorongásos zavarok	KVT specificitások, terápiás intervenciók
Szeparációs szorongás	expozíció, coping technikák, jutalmazási rendszer
Szelektív mutizmus	pszichoedukáció, szülők, tanárok bevonása, jutalmazási rendszer
Szociális fóbia	pszichoedukáció, in vivo expozíció, megszégyenüléstől való félelemmel kapcsolatos kóros gondolatok korrekciója, szociális készség tréning, szülők bevonása (modellálás), önbizalom korrekciója, relaxációs technikák, csoportterápia (expozíciós terápia)
Specifikus fóbia	pszichoedukáció, in vivo expozíció, modellálás, jutalmazási rendszer, kognitív önkontroll stratégiák
Agorafóbia	modellálás
Pánikzavar	vészjelzők azonosítása, relaxáció, légzőgyakorlatok, interoceptív expozíció
Generalizált szorongás	szorongással kapcsolatos kognitív folyamatok azonosítása, relaxációs technikák
OCD	viselkedésterápia, ingerexpozíció, válaszmegelőzés, deszenzitizáció, szorongás-hierarchia, késleltetés, túlceremonizálás, kognitív terápia (túlzott kockázatbecslés, kóros felelősségérzet, perfekcionizmuson alapuló kóros gondolkodási sémák korrekciója), családterápia
PTSD	EMDR, Trauma fókuszált KVT

## Pszichodinamikus terápia

Számos tanulmány leírja a jótékony hatását, de igen kevés bizonyítékon alapuló klinikai vizsgálat áll rendelkezésre a gyermekek és serdülők körében a hatékonyságra vonatkozóan. Göttken és mtsai pilot vizsgálatában 4-10 éves gyermekek 20-25 üléses pszichoanalitikus gyermekterápiában részesültek, a kontrollcsoportot a várólistás kliensek alkották. A terápia végére a kezelt betegek 67%-ánál a szorongásos zavar diagnosztikus kritériumai már nem álltak fenn, szemben a várólistás gyermekekkel, akiknél nem történt változás ezen időszak során.

Amennyiben a KVT vagy a farmakoterápia nem hoz eredményt, akkor felajánlható a pszichodinamikus terápia, mely fókusza az alapkonzfliktusos kapcsolati témán van, amely összefügg a szociális szorongásos tünetekkel, a szégyenérzéssel, bátorít a félelemkeltő helyzetekkel való szembenézésre, támogatja az önmege erősítő belső dialógusokat.

## Mindfulness alapú pszichoterápiák

A mindfulness jelentése tudatos jelenlét, amely által képesek vagyunk közvetlenül odafigyelni, ráhangolódni arra, amit éppen csinálunk, vagy ami az elménkben, a testünkben, illetve a külvilágban épp történik. Két megközelítés kap egyre nagyobb teret, az ún. MBSR (mindfulness alapú stresszcsökkentés) és az MBCT: tudatoságon alapú kognitív-behaviour terápia, melyek mindegyike alkalmaz mindfulness meditatációs gyakorlatokat. Ezek az irányzatok ígéretesnek tűnnek a szorongásos betegségek kezelésében, de serdülők és gyermekek körében végzett randomizált, kontrollált vizsgálatok egyelőre nem állnak rendelkezésre.

## Internetalapú terápia

Az internetalapú terápia lehetőséget teremtenek a bizonyítékon alapuló terápia szélesebb körű elérhetőségére, valamint a programokhoz való rugalmas hozzáférhetőségre, további előnyük a költséghatékonyságuk. Egyre több az online, számítógép alapú, kognitív viselkedésterápiás szemléletű terápia és prevenciós program (ilyen például a BRAVE for children-ONLINE, BRAVE for teenagers-ONLINE, Cool Teens, Camp Cope-A-Lot), azonban sajnos még magyar nyelven nem hozzáférhetőek. A hatékonyságvizsgálatok eredménye szerint a cKVT hatékony eljárásnak tekinthető gyermek- és serdülőkorban is, azonban figyelembe kell venni, hogy a terápia lemorzsolódás mértéke is jelentős lehet.

A Trauma fókuszált kognitív viselkedésterápia (TF-KVT) egy rövid távú, komponensalapú beavatkozás, amely 12-15 munkamenetből áll. A program integrálja a kognitív, viselkedési, interperszonális és családi terápia alapelveket, valamint a traumabeavatkozásokat. Mindegyik komponenst felajánlja a gyermeknek és a szülőnek mind párhuzamosan, mind együttes ülésekben. A komponensek a következők: pszicho-educáció, relaxáció és érzelmi modulációs készségek tanítása, kognitív coping készségek tanítása, trauma narratívával való dolgozás, kognitív feldolgozás, in vivo nyomon követés, biztonság növelése és a jövőbeli fejlődés. Emellett segíti a szülőket, hogy hatékonyan tudjanak megküzdenni a saját érzelmi distresszükkel, hogy tudják támogatni gyermeküket.

## Relaxációs terápia (Autogén tréning, progresszív relaxáció, hipnózis)

Gyakran alkalmazzák és a tapasztalatok is kedvezőek, de nincs randomizált kontrollált vizsgálat gyermekeknek.



## Gyógyszeres terápiás ajánlások

### Ajánlás 8

**Ha a szorongásos zavar tünetei mérsékeltek vagy súlyosak, vagy a részvétel a pszichoterápiában nehezített, vagy a pszichoterápia részleges választ eredményez, akkor gyógyszeres kezelés javasolt.**

A szorongásos zavaroknál a sokféle diagnózis ellenére a viselkedéses, kognitív és szomatikus tünetek, az elkerülés tünetfenntartó hatása és több más tényező közös, ezért az alábbiakban ismertetett alapelvek megfelelő adaptációval minden kórképre alkalmazhatók.

A jelenleg érvényben lévő nemzetközi irányelvek első vonalban SSRI-készítmények alkalmazását javasolják. Jelen fejezet írásának idején nincs olyan SSRI-készítmény, amely hivatalos hatásági engedéllyel rendelkezik a gyermekkori szorongásos zavarok kezelésére Magyarországon. Az irányelvek ajánlásait több randomizált vizsgálat támasztja alá, de fontos tisztában lenni azzal, hogy a gyermekkori szorongásos zavarok SSRI-terápiája „off label”, vagyis indikáción túli alkalmazásnak minősül, amely Magyarországon egyéni hatásági engedélyhez kötött. A „Kérelem az indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére” nyomtatvány a mellékletben található.

A szorongásoldók az egyik leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek a pszichiátriai gyakorlatban. Jelenleg több, különböző gyógyszeres csoportba sorolt készítmény áll rendelkezésre a szorongásos kórképek kezelésére, melyek nagymértékben különböznek a szorongásoldó hatás kialakulásának gyorsaságában, tartósságában, a rövid, valamint hosszú távú mellékhatások te-

kintetében. Ezeknek a tényezőknek gondos mérlegelése szükséges az alkalmazandó terápia kiválasztása során.

### SSRI-készítmények

Számos antidepresszáns készítmény kiváló anxiolitikus hatással rendelkezik, és több szorongásos kórképben (pánikzavar, obszesszív-kompulzív zavar, egyes fóbiák, generalizált szorongásos zavar) manapság elsőként választandó szernek tekintendők. Napjainkban leggyakrabban a szelektív szerotoninviszavétel-gátlókat (SSRI) alkalmazzuk ezekben a kórképekben. Anxiolitikus hatásuk fokozatosan, hetek alatt alakul ki (ez alatt az időszak alatt gyakran alkalmaznak benzodiazepineket kiegészítő terápiaként), azonban jelentős előnyük a benzodiazepinekhez képest, hogy nem okoznak szedációt és dependenciát, ezért hosszú távú alkalmazásuk (hónapok-évek) is biztonságosnak tekinthető.

### Szorongásoldók

#### Benzodiazepinek

Anxiolitikus, hipnotikus, izomrelaxáns és antikonvulzív hatással rendelkeznek, mely a központi idegrendszer GABA (gamma-aminovajsav) által mediált gátlásának fokozása révén jön létre. Anxiolitikus hatásuk erőssége alapján kis (klórdiazepoxid, diazepam) és nagy pontenciálú (alprazolam, klonazepam, lorazepam) készítményekre osztják a vegyület-családot. Az anxiolitikus hatás viszonylag gyorsan, 15-30 perc alatt kialakul, és készítménytől függően 4-12 órán keresztül fennáll. A dózis növelésével elsősorban a szedatohipnotikus hatás kerül előtérbe, majd a dózis további emelésével altató hatás alakul ki. Egyes rövid hatású benzodiazepin készítményeket elsősorban nem

szorongásoldóként, hanem altatóként alkalmaznak a terápiás gyakorlatban, bár gyermek- és serdülőkorban az alvászavart elsősorban KVT-val javasolt kezelni.

A benzodiazepineknek, a korábban széles körben alkalmazott barbiturátokhoz viszonyítva, toxicitása csekély, használatuk biztonságos, bár krónikus kezelés a tanulási folyamatok romlását, toleranciát és dependenciát okozhat. A dependencia kialakulásának veszélye miatt az ajánlások szerint benzodiazepineket csak 2-4 hétig ajánlott alkalmazni a súlyos szorongásos állapotok, vagy álmatlanság oldására. A benzodiazepinek nem kívánt mellékhatásai közé rövidtávon álmoság, az éberség csökkenése, koncentrálási és tanulási nehézségek, paradox izgatottság és ataxia tartozik. Hosszú távú kezelés során tolerancia és dependencia kialakulásával kell számolni, valamint gyógyszerabúzus veszélye is szignifikáns.

## Buspiron

5-HT<sub>1A</sub>-receptor parciális agonista. Anxiolitikus hatása csak hetek alatt alakul ki, azonban nincs szedatív hatása és nem okoz dependenciát.

## Béta-blokkolók

Bizonyos  $\beta$ -blokkolók (pl.: propranolol) hatásosak lehetnek az elsősorban vegetatív tünetekkel járó szorongásos állapotok enyhítésére. Pszichotikus állapotokban a gyakran jelentkező heveny szorongásos tünetek enyhítésére leggyakrabban egy második generációs

antipszichotikum (olanzapin, risperidon, quetiapin) az első választandó szer, azonban pszichotikus állapot hiányában szorongásos tünetek enyhítésére alkalmazásuk nem indokolt.

## Hidroxizin

A gyakorlatban a hidroxizin (Atarax) tablettát használjuk a gyermekkori szorongás tüneti kezelésére, megfelelő körültekintéssel. A hidroxizin a pszicholeptikumok közé tartozó anxiolitikum. Hatását valószínűleg a központi idegrendszer szubkortikális területeinek gátlása révén fejt ki. A szorongás tüneti kezelésére felnőtteknél alkalmazható, gyermekkorban pruritus kezelésére törzskönyvezett szer. Fialat gyermekeknél gyakrabban léphetnek fel központi idegrendszeri mellékhatások, ellenjavalt QT-intervallum megnyúlásban szenvedő betegeknél. Adagja: 1 mg/ttkg/nap és 2 mg/ttkg/nap közötti dózisban, több részre elosztva, maximális napi adag 100 mg/nap.

## Alkalmazhatósági előírások

A fentebb ismertetett szerek közül 2015. április 4-én érvényes szabályozás szerint 18 év alatti gyermekeknek szorongásos állapot kezelésére diazepam adható, a többi szer az alkalmazási előírásuk alapján nem javasolt. A kényszeres zavar terápiájára az SSRI-szerek közül szertralin adható 6 éves kor felett és fluvoxamine 8 éves kor felett, valamint clomipramine 5 éves kor felett.

Az SSRI-k általában jól tolerálhatóak a gyermekkori szorongásos rendellenességekben, eny-

he és átmeneti mellékhatásokkal járnak, beleértve a gasztrointesztinális tüneteket, a fejfájást, a fokozott motoros aktivitást és az álmatlanságot. Az SSRI-kezelést megelőzően rutinszerűen meg kell vizsgálni a bipoláris tünetek jelenlétét vagy a bipoláris családtörténetet a fiatalok körében. Birmaher és mtsai vizsgálatában a szociális fóbiás és a GAD diagnózisú fiatalok szignifikánsan jobban reagáltak fluoxetinre, mint placebóra.

Második vonalbeli szerek: A triciklikus antidepresszánsok (TCA) szintén hatékonyan bizonyultak a szorongással küzdő fiataloknál több RCT-ben, különösen a clomipramine, amely élelmiszerbiztonsági és gyógyszerészeti hivatali (FDA, USA) indikációval rendelkezik a 10 éves és idősebb gyermekek OCD-kezelésében. A szociális szorongás kezelését vizsgáló RCT-k az imipramin és clomipramine előnyeit mutatták. TCA olyan betegeknél is alkalmazható, akik az SSRI-kkal szemben intoleranciát mutatnak, vagy az SSRI-k hatásának augmentációjaként alkalmazhatók OCD-ben. Annak ellenére, hogy a triciklikus antidepresszívumokat (TCA) ajánlják, a kedvezőtlen mellékhatás profil miatt mellőzendők. EKG-monitorozásra van szükség a kardiális mellékhatás miatt, a túladagolás halálos is lehet, emellett székrekedés és szédáció fordul elő még mellékhatásként.

Mind a TCA, mind az SSRI antidepresszánsok hatékonyan kezelik a szorongásos rendellenességek széles skáláját, azonban az SSRI alkalmazá-

sát a nagyobb biztonság és tolerálhatóság miatt előnyben javasolt részesíteni a szorongásos rendellenességek kezelésénél. A kényszerbetegség és a szociális fóbia esetében az SSRI szinte mindig előnyösebb, mivel a TCA a vizsgálatok alapján nem tűnik hatásosnak ezeknél a rendellenességeknél. További kutatásokra van szükség a TCA és az SSRI-gyógyszerek hosszú távú alkalmazásához a szorongásos rendellenességek kezelésében.

A nagypotenciálú benzodiazepinek (alprazolam, clonazepam, lorazepam) gyors hatásuk miatt alkalmazhatók pánikrohamban és az SSRI-terápia kiegészítésére, rövid ideig. Az SSRI-készítményeken kívül gyakran számos egyéb hatásmechanizmusú, szintén „off label” gyógyszerrel történik próbálkozás gyerekeknél a szorongásos tünetek enyhítésére, de ezek használatát, biztonságosságát megfelelő evidencia nem támasztja alá, ezért a felnőtteknél gyakran alkalmazott gyógyszerek, főként a benzodiazepinek alkalmazása kerülendő.

A 3. táblázat összefoglalja a gyermek- és serdülőkori szorongás terápiájában alkalmazható gyógyszereket. A gyógyszeres kezelést a gyermekkori szorongásos rendellenességek rövid távú kezelése részének kell tekinteni. Az optimális dózis és a gyógyszeres kezelés időtartamának további vizsgálata, valamint az életkor hatása a gyógyszerek hatásosságára és tolerálhatóságára indokolt.

3. táblázat: Gyermek- és serdülőkori szorongás farmakoterápiája

Hatóanyag	Indikáció és életkor OGYI-engedély	Napi adag, kezdő dózis	Javasolt dózisemelés titrálással	Fenntartó napi adag tartomány	Kiválasztott jellemző hatás
<b>Szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI)</b>					
Fluoxetine	Gyermekkori szorongásos zavarokban OGYI-engedély nincs. 8 éves kor felett – mérsékelt, ill. súlyos major depresszív epizódban.	gyermek 5-10 mg, serdülő 10 mg	Egy hét után 20 mg, ha szükséges. 4-8 hét után lehet emelni a dózist.	10-80 mg	Hosszú felezési idő. CYP2D6 izoenzim által metabolizálódik.
Fluvoxamine	Obszesszív-kompulzív zavar dg-ben adható 18 éves kor alatt, 8 éves kortól. Egyéb gyermekkori szorongásos zavarokban OGYI-engedély nincs.	25-50 mg lefekvés előtt	Kezdő adag 8 éven felül napi 25 mg este. Ezt 4-7 naponként, 25 mg-onként kell emelni hatásos dózis eléréséig.	50-200 mg (50 mg-ot meghaladó napi adagot két részre osztva kell bevenni. Ha a két rész nem egyenlő, akkor a nagyobb adagot kell este, lefekvés előtt beadni.	A lányok általában alacsonyabb fenntartó adagot igényelnek. Erőteljesen gátolja a CYP1A2-t és a CYP2C19-et. Kevésbé gátolja a CYP2C9-et, a CYP2D6-ot és a CYP3A4-et.
Sertraline	Obszesszív-kompulzív zavar dg-ben adható 6-17 éves gyermek és serdülő számára. Egyéb gyermekkori szorongásos zavarokban OGYI-engedély nincs.	12,5-25 mg	12,5 mg (gyermek), 25-50 mg (serdülő), szükség esetén a dózis 1 hét múlva emelhető.	50-200 mg	Hasmenés sűrűbben előfordul, mint egyéb SSRI-nál. CYP2D6 izoenzim által metabolizálódik. A szertralinnak enyhe-közepes fokú CYP2D6-inhibitor hatása lehet.
Paroxetine	Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképben OGYI-engedély nincs.	5-10 mg	5 mg (gyermek) 10 mg (serdülő), szükség esetén a dózis 1 hét múlva emelhető.	10-60 mg	Rövid felezési idő. Enyhe anticholinerg. A paroxetin egy erős CYP2D6 gátló. Súlynövekedés.
<b>Szerotonin norepinefrin visszavétel gátló (SNRI)</b>					
Venlafaxine nyújtott hatóanyag leadású (ER)	Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképben OGYI-engedély nincs.	37,5 mg	37,5 mg (gyermek), 75 mg (serdülő), szükség esetén a dózis 1 hét múlva emelhető.	75-225 mg	Dózisfüggő diasztolés RR-emelkedés és/vagy pulzusszám-emelkedés előfordulhat. Súlyvesztés. A CYP2D6 és 3A4-en keresztül metabolizálódik. QT-szakasz megnyúlás.
Duloxetine	Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképben OGYI-engedély nincs.	30 mg	30 mg kezdő dózis, 14 nap után emelhető, szükség esetén 30 mg-onként emelhető minden 2-4 hétben, maximum 120 mg/napig.	30-60 mg	A CYP1A2 erős inhibitorokkal (pl.: Fluvoxamin) vagy induktorokkal (pl.: Karbamazepin, rifampin) történő alkalmazást általában kerülni kell. Erős CYP2D6 inhibitorok megemelik a duloxetine koncentrációt.

Triciklikus antidepresszáns (TCA) és Tetraciklikus antidepresszáns (Te-CA)					
Imipramine	Enurézis nocturna dg: 6 éves kor felett adható. Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképekben OGYI-engedély nincs.	10-25 mg	A 25 mg-os napi adag 7 nap után emelhető, ha szükséges. 2 részletben javasolt adni.	6-8 év: napi 25 mg 9-12 év: napi 25-50 mg 12 év : napi 50-75 mg Gyermekek napi adagja a 2,5 mg/ ttkg-ot nem haladhatja meg!	clomipramine és imipramine: kardiovaszkuláris ellenőrzés, EKG javasolt a terápia kezdete előtt, antikolinerg mellékhatások. Álmoság, ingerlékenység és hányás előfordulhat. A CYP 1A2, 2C19 és 3A4-en keresztül metabolizálódik.
Clomipramine	Obszesszív-kompulzív zavar dg-ben adható gyermek- és serdülőkorban. Enurézis nocturna dg: 5 éves kortól adható. Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképekben OGYI-engedély nincs.	25 mg	A 25 mg-os napi adag 7 nap után emelhető. 2 részletben, étkezés közben.	Enurézisben a kezdő napi dózis: – 5-8 év: 20-30 mg; – 9-12: 25-50 mg; – 12 évtől: 25-75 mg. Kényszeres zavarokban a kezdő dózis naponta 25 mg, 3 mg/ ttkg napi max. dózis vagy naponta 100-200 mg.	
Benzodiazepinek					
Clonazepam	Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképekben OGYI-engedély nincs. A klonazepam biztonságosságát és hatásosságát pánikbetegségben szenvedő gyermekeknél nem vizsgálták.	0,25 - 0,5 mg		1-6 mg	clonazepam and lorazepam: Álmoság, ingerlékenység, opposzió előfordulhat. Mentális és fizikai addikció is kialakulhat.
Lorazepam	A lorazepam alkalmazása nem ajánlott gyermeknek- és serdülőknak. OGYI-engedély nincs.	0,25 - 0,5 mg		0,25 - 8 mg	
Antihisztamin					
Hidroxizin	A hidroxizin javallatai: – felnőttkori szorongás, – pruritus Gyermekek, serdülők: Pruritus tüneti kezelésére: 12 hónapos kortól: 1-2 mg/ttkg/nap, több részre osztva. Műtéti előkészítésre. Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképekben OGYI-engedély nincs	napi adag 2 mg/ttkg		maximális napi adag 100 mg/nap.	QT-intervallum megnyúlás. A hidroxizint az alkohol-dehidrogenáz és a CYP3A4/5 metabolizálja.

## A kezelés folyamata

Létfontosságú hangsúlyozni, hogy a pszichoedukáció a szorongásos rendellenességek kezelésének lényeges eleme. A pszichoedukáció magában foglalja a tünetek, a kezelés, a kezelési stratégiák, a lehetséges mellékhatások, a kezelés időtartama stb. magyarázatát. Ezen kívül fontos annak ellenőrzése, hogy a beteg megfelelően használja-e a gyógyszert. A kezelés kezdetén gyakrabban (egy-kéthetente) érdemes beszélni a beteggel, vagy egy telefonos nyomon követés jó alternatívát jelenthet a kezelés megfelelő biztosítása érdekében.

### Ajánlás 9

**Enyhe szorongásos zavar esetén a pszichoterápia az első választandó módszer. Középsúlyos és súlyos esetekben a gyógyszeres terápiát és a pszichoterápiát együtt ajánlott alkalmazni.**

Az enyhébb tüneteknél a pszichoterápiával kezdjük a kezelést, amely önmagában is hatékony lehet. A választható terápiás forma lehet egyéni (KVT, játékterápia, relaxáció és szuggesztív terápiák, mindfulness alapú kognitív terápia (MBCT), mindfulness alapú stressz-csökkentés (MBSR), csoportterápia (KVT, pszichodráma, önismereti), családterápia, vagy a szülő egyéni terápiájának indikálása, amennyiben a szülő is szorongásos zavarral küzd.

A pszichoterápia és a farmakoterápia kombinált alkalmazása indokolt lehet középsúlyos és súlyos szorongásos kórképeknél, komborbid betegség fennállása esetén, illetve ha pszichoterápiával csak részleges javulást értünk el, végül ha úgy látjuk, hogy a kombinált kezelés jobb kimenetelt eredményezne.

A kombinált terápiával kapcsolatban kevés kontrollált vizsgálat történt. Súlyos szorongással és depresszióval járó serdülőknél kettős-vak vizsgálat során az imipramin + KVT hatékonyabb volt, mint a placebo + KVT. Egy nagy létszámú, multicentrikus vizsgálatban (CAMS = Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study) 488 közepsúlyos és súlyos generalizált szorongásos zavarral, szociális fóbiával vagy szeparációs szorongással diagnosztizált 7-17 éves fiatalok voltak be, akik háromféle terápiában részesülhettek: csak szertralint kaptak, csak KVT-t alkalmaztak vagy KVT-t és szertralint kombinálva. Tizenkét héttig tartó vizsgálat során mindegyik terápia eredményesebb volt a placebohoz viszonyítva (24%), azonban a kombinált terápia (81%) szignifikánsan hatékonyabb volt a KVT-nál (60%) és a gyógyszeres terápiánál (55%) egyaránt. A 24 és 36 hetes követésnél is megmaradtak a pozitív eredmények, és hat év után mindhárom csoportban kb. 50%-uk remisszióban maradt. Ugyanakkor elég sokan visszaestek, és ez felhívja a figyelmet a hosszabb távú gondozás jelentőségére.

Compton és munkatársai szorongó serdülőkkel végzett multimodális vizsgálatának eredménye szerint a kombinált (egyéni KVT és szertralinnel) kezelés hatékonyabbnak bizonyult minden résztvevő esetében, mint a monoterápiák (szertralinnel, az egyéni KVT és a placebo). A kombinált KVT a szeparációs szorongásos zavarban szenvedőknél volt a legeredményesebb. A monoterápiák vizsgálata során azt találták, hogy a generalizált szorongásban szenvedőknél a KVT hatékonyabb volt, mint önmagában a farmakoterápia, a szociális fóbiában szenvedőknél viszont pont fordítva, a szertralinnel segített többet, de a szerzők szerint ez nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy szociális fóbiásoknál a KVT-csoportban történő alkalmazása hatékonyabb lehetett volna.

## Multimodális terápiás megközelítés

### Ajánlás 10

**Multimodális terápiás megközelítés javasolt a kezelés során a legjobb terápiás kimenetel érdekében.**

A multimodális terápiás megközelítés magába foglal minden olyan intervenciót, amely segít a beteg gyógyulásában. Ebbe beletartozik a pszichoedukáció, a konzultáció a gyermek környezetében lévő gondozókkal, a szülők és a tanárok bevonása a terápiába, többféle pszichoterápiás módszer (KVT, szupportív terápia, pszichodinamikus terápia, relaxáció, MBCT, MBSR, egyéni és/vagy csoportterápia) kombinált alkalmazása és a farmakoterápia egyaránt.

Az evidence based vizsgálatok igazolták, hogy a KVT rövidtávon és hosszútávon is hatékony terápiás módszer, de nem minden gyereknél lehet elérni teljes gyógyulást. Kb. 20-50%-nál marad fenn szorongásos tünet a kezelés végén is, és ezért fontos a kezelési tervben a multimodális megközelítés.

A szorongásos zavar kialakulásában és fenntartásában szerepe lehet a szülői szorongásnak, a túlító nevelési attitűdnek és a bizonytalan kötődésnek. Az intervenciók célja a szülő-gyermek kapcsolat javítása, a családi problémák megoldása, a szülői szorongás csökkentése. Kisebбекnél a szülőknék is megtanított relaxáció, illetve koterapeutaként való bevonásuk a kezelésbe növelheti a gyógyulási esélyeket.

A szupportív, támogató pszichoterápiás intervenciót – megfelelő empátiás készséggel rendelkező – háziorvos biztosíthatja a betegek részére. A speciális pszichoterápiás módszerek – pl.:

relaxációs terápia (autogén tréning, hipnózis), KVT, családterápia, pszichodinamikus terápiák – alkalmazása már képzett szakemberek (pszichiáterek, pszichológusok, pszichoterapeuták) feladata.

Gyermekeknél és serdülőknél elsődlegesen ambuláns kezelés javasolt, kórházi kezelésre nagyfokú szenvedésnyomás, magas szintű a funkcióromlás, öngyilkossági kockázat vagy ambuláns kezelésre nem reagáló esetekben kerül sor.

### Ajánlás 11

**A szorongásos zavarokkal társult (komorbid) betegségek kezelése szükséges.**

A szorongásos zavarok gyakran társulnak depresszióval, ADHD-val, kóros szerhasználattal, amelyek súlyosbítják az állapotot, és korlátozzák a beavatkozási lehetőségeket (pl.: pszichoterápia alkalmazása). A komorbid állapotok pontos diagnózisa és korai kezelésbe vétele döntő a prognózis szempontjából. A diagnózis felállítását nehezíthetik azok a tünetek, melyek több pszichiátriai betegségben is jelen vannak, mint például a koncentrációzavar (ADHD, depresszió, szorongás, szerhasználat tünete lehet). Amennyiben farmakoterápia szükségessé válik, a komorbid betegséget is javasolt figyelembe venni a gyógyszer kiválasztásakor. Komorbid major depresszív zavar jelenléte az életkorral gyakoribbá válik, a szorongásos zavar tüneteit súlyosbítja és jelentősebb funkcionális károsodást okoz. Ebben az esetben az MDD kezelése elsődleges (pszichoterápiával és/vagy SSRI-kezeléssel), mely a szorongásos tünetek csökkenését is eredményezheti. Figyelemzavar, hiperaktivitás (ADHD) és szorongásos zavar együttes jelenlétekor javasolt elsőként

az ADHD kombinált gyógyszeres és viselkedésterápiája a szülőket is bevonva. Serdülők esetében a szerhasználat (főleg alkohol) másodlagosan alakulhat ki a kezeletlen szorongásos zavarok mellett. Ebben az esetben az alkoholabúzus/dependencia kezelése mellett alkalmazott KVT csökkenti a szorongásos tüneteket. A szorongás esetében alkalmazható alternatív coping stratégiák kialakítása és megtanulása segíti az alkoholfogyasztás csökkentését is.

### Ajánlás 12

**Javasolt a magas rizikóval rendelkező fiatalok szűrése és szükség esetén prevenciósz beavatkozás. A relapszus megelőzése érdekében javasolt stratégiák kidolgozása, átbeszélése a gyermekkel és a szülővel, melyeknek célja, hogy a fiatal a tünetek megjelenésekor minél gyorsabban megfelelő kezelést kapjon.**

A szorongásos zavarok gyakran fordulnak elő gyermekkorban és serdülőkorban, és hátrányosan befolyásolják a társadalmi és családi kapcsolatokat, valamint az iskolai teljesítményt. A szorongásos zavarokkal küzdő gyermekeknel és serdülőknél nagyobb valószínűséggel fordul elő az öngyilkossági gondolat vagy az öngyilkossági kísérlet, mint az egészségeseknél.

Korai felmérés és beavatkozás megfontolandó a gyermekkori szorongásos zavarok kezelésére és megelőzésére. Idősebb korban a tünetek súlyossága fokozódik, a szülői pszichopatológia, a családi működés nehézségei a rosszabb kezelési eredmények prediktorai. A korai beavatkozás és a megelőzés proaktív módszert kínál a szorongásos tünetek enyhítésére. Ezek a tapasztalatokon alapuló kockázati tényezőket célozzák meg, amelyek alkalmasak a bizonyítékok ál-

tal támogatott beavatkozásra. A korai beavatkozás és a gyermekkori szorongásos rendellenesség megelőzésének lehetőségei: közösségek szűrése, korai felmérés, korai beavatkozás a közösségi környezetben, médiaalapú és közösségi alapú pszichoedukáció, osztálytermi alapú programok, szülői készségfejlesztő programok, valamint a szülői szorongásos rendellenességek szűrése és kezelése. A közösségek szűrésével (óvodákban, iskolákban) és a korai felméréssel ki tudjuk szűrni a magas rizikójú fiatalokat, rövid önkitöltős tesztvizsgálatokkal, és/vagy a tanár észrevétele alapján. Az iskolai és más közösségi környezetben alkalmazott csoportos beavatkozások KVT-vel hatékony korai kezelést biztosítanak azoknak a gyermekeknek, akiknek enyhe vagy közepesen súlyos szorongásos tünetei vannak és hosszútávú funkciójavulást eredményeznek. Szülői készségfejlesztő tréningprogramok során a szülőknél megtanítják a szorongás menedzselését. Az egészséges szülő-gyermek kapcsolat csökkentheti a szorongásos megbetegedések kialakulását a magas rizikójú fiatal gyermekeknel. Magyarországon szűrővizsgálatra használatos teszt a Spielberger-Gy állapot és vonás kérdőív. A Coping Cat KVT csoportosan használható közösségekben is, nemcsak terápiás, hanem preventív céllal is.

Az iskolai környezet olyan hely, ahol a serdülők életük nagy részét töltik, és az iskolai tantervnek magába kellene foglalnia a mentális egészség hatékony tanulását. Az ilyen pszichoedukáció különösen fontos az öngyilkossági gondolatok gyakorisága miatt. A „Thiswayup” Iskolai depresszió és szorongás tanfolyamok bizonyították a hasznosságukat. Az ausztráliai oktatási szolgáltatások keretében online tanárvezérelt programot használtak.



Számos vizsgálat igazolta a szorongáskezelési programok hatékonyságát iskolai populációkban. Ezek a programok hasonlóak a terápiás programokhoz, beleértve az edukációt, a relaxációt, a kognitív átalakítást és az in vivo expozíciót; gyakran tartalmazznak további készségeket, például kommunikáció és problémamegoldó készségfejlesztést. Az eredmények leginkább a szorongás csökkenését mutatták, általában alacsony hatékonysággal. A szelektív szorongási programok olyan gyermekekre vonatkoznak, akik mérsékelt vagy több szorongásos tünetet mutatnak, de nem feltétlenül felelnek meg a rendellenesség diagnosztikus kritériumainak. Ezek a gyermekek nagyobb kockázatot jelentenek a rendellenességek jövőbeli kialakulása szempontjából, és ezért a szorongáskezelési képességek oktatása egyértelmű módszert kínál a megelőzésre. A beavatkozások többsége iskolai populációban történik. Többféle módszerrel lehet kiválasztani a jelentős szorongással küzdő gyermekeket, a leggyakrabban a fiatalok önjellemzését és a tanári beszámolót használták. Egyes kutatások folyamatos javulást mutattak be a beavatkozás után két évig. Néhány tanulmány elkezdte vizsgálni az olyan programokat, amelyek a magas kockázati tényezőjű gyermekekre irányulnak. A gyermekeket leggyakrabban a temperamentum-gátlás magas szintje alapján és a szülői szorongás alapján választották ki. Az egyetlen hosszabb távú tanulmányban a Cool Kids-program módosított változatát fejlesztették ki, ez a Cool Little Kids. A program célja a gátolt óvodáskorú gyermekek szüleinek szól és 6 csoportos foglalkozást tartalmaz. A program a szülői túlélés csökkentésére és a gyermekek in vivo expozíciójára irányul. A 7. életévüket megelőzően azok a gyermekek, akiknek a szülői a programban részt vettek, szignifikánsan alacsonyabb szorongásos tüneteket és kevesebb szor-

gásos diagnózist mutattak, mint azok a gyermekek, akiknek a szülei nem részesültek képzésben.

## Kényszeres zavar speciális kezelése

### Ajánlás 13

**Az enyhe és középsúlyos kényszeres zavar (OCD) esetében a pszichoedukációt követően első választásként a kognitív-viselkedésterápiát (KVT) kell alkalmazni, és sikertelenség, illetve súlyosabb eseteknél az SSRI-kal kombinált kezelés javasolt.**

Enyhe tüneteknél vagy korai életkorban jelentkező kényszereknel a pszichoedukációval bővített vezetett öngyógyítás önmagában is hatékony lehet. Ha a pszichoedukáció és az öngyógyítás nem volt eredményes, illetve ha már középsúlyos esetről van szó, akkor mindenképpen javasolt az expozíció és válaszmegelőzésen (ERP) alapuló kognitív-viselkedésterápia alkalmazása. Számos jól kontrollált vizsgálat és egy meta-analízis is igazolta a hatékonyságát.

A rövid, 12-20 hetes expozíció és válaszmegelőzésen alapuló (ERP) KVT-programok esetében, ahol a szorongáshierarchia mentén ERP jellegű feladatokat oldanak meg, 40-65%-os tünetredukció tapasztalható minden korosztálynál.

A National Institute of Mental Health Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) randomizált kontrollált vizsgálatban lefektették a terápiás protokollt, amely 12 hét alatt 14 vizitet jelent és öt szakaszra osztható: pszichoedukáció, kognitív tréning, a kényszeres tünetek feltérképezése, ingerexpozíció és válaszmegelőzés (ERP), általános gyakorlás. A 3. héttől kezdve az ülések közé egy-egy 10 perces telefonos interjút iktatnak.

A KVT-t csoportterápia keretében is eredményesen alkalmazzák, illetve súlyosabb esetekben intenzív formában is hatékony módszer.

A család bevonása a terápiába nagyon hasznos lehet, különösen, ha kiterjesztett kényszerek is fennállnak. McHugh és mtsai longitudinális vizsgálata szerint a családok csoportban történő pszichoterápiája ugyanolyan hatékony hosszútávon, mint a hagyományos családterápia, sőt a társuló depresszív tünetek jobban csökkentek a csoportos családterápiában résztvevőknél. Idősebb serdülők esetében a nehezebben felvállalható kényszerek (pl.: szexuális jellegű) miatt átgondolandó a szülők terápiába való bevonásának mértéke, azonban a szülőknek tartott pszichoedukáció minden esetben javasolt.

Az OCD kognitív-viselkedésterápiájában gyakran alkalmazott módszerek, mint például az ingerexpozició, válaszmegelőzés, kiselletetés, idő- és számcsökkentés, ceremóniaelemek csökkentése, túlceremonizálás, habituációs tréning, gondolatstop mind egyéni, mind csoportos formában egyaránt alkalmazhatók, a lényeg a fokozatosság és az, hogy a gyermeket minél több sikerélményhez juttassuk a kényszerrel szembeni küzdelem során. A súlyos, vagy a pszichoterápiára nem megfelelően reagáló esetekben, illetve ha a család képtelen együttműködni a kezeléssel, indokolt az SSRI-kal kombinált terápia.

A nagyon súlyos állapotot okozó kényszerek esetében a KVT-t csak a farmakoterápia elkezdését követően érdemes indítani, amikor a kliens szorongása már oly mértékben oldódott, hogy képes a kényszerek ellen bevethető technikák alkalmazására.

Ha semelyik kezelésre sem reagál a kliens, akkor a terápiás tervet újra kell gondolni, figyelembe véve a terápiarezisztenciát okozó egyéb tényezőket, mint például a fennálló komorbid betegségeket, az állandósult pszichoszociális kockázati elemeket (pl.: familiaris diszfunkciók, a szülő mentális problémája).

A gyermek- és serdülőkori OCD kezelésében az evidence based medicine (EBM) alapján a KVT hatékony, elsődlegesen választandó módszer, de a kezelés megválasztásánál adaptálni kell a gyermek fejlődési életkorához. Csak a nagyon fiatal kényszerbeteg gyermekek kezelését illetően nincs egyértelmű bizonyíték a kognitív-viselkedésterápia eredményessége mellett.

Ígéretesek a többféle komponensből álló terápiás programok, amelyek az általános viselkedésterápiás elemek mellett ingerexpoziációt és válaszmegelőzést (ERP), kognitív stratégiákat és relapszus prevenciót is tartalmaznak, illetve bevonják a családot is.

A bizonyítékokon alapuló orvoslás (EBM) szerint nem bizonyított a pszichodinamikus terápiák kizárólagos használatának hatékonysága OCD-ben, viszont sok szempont mentén közelíthet a kognitív-viselkedésterápiás irányzathoz. A sématerápiával kombinált kezelés segíthet a terápiát akadályozó korai maladaptív sémák korrekciójában (pl.: ambivalens mentális reprezentációk, sémák kényszerbetegségben betöltött szerepe).

OCD-ben elsősorban ambuláns kezelés javasolt, kórházi ellátást akkor igényel, ha erős a szenvedésnyomás, és/vagy magas szintű a funkcióromlás mértéke, vagy nem reagál megfelelően az ambuláns kezelésre, illetve öngyilkossági kockázat fennállása esetén.

## A PTSD speciális kezelése

### Ajánlás 14

**A PTSD pszichoterápiájában a szemmozgással történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás (EMDR) ugyanolyan hatásosnak bizonyult, mint a traumafókuszú kognitív-viselkedés-terápia (TF-KVT). Így a terapeuta képzettségétől függően az EMDR első vagy második választandó pszichoterápia a PTSD kezelésében.**

Az EMDR bizonyítékon alapuló integratív pszichoterápia a poszttraumásstressz-rendellenesség (PTSD) és más pszichiátriai rendellenességek esetén. PTSD során a pszichopatológiai tünetképződés a traumatikus vagy zavaró káros élettapasztalatok maladaptív kódolásának és/vagy hiányos feldolgozásának eredménye. A traumás események és/vagy a kedvezőtlen élettapasztalatok a memóriában rosszul kódoltak, mely elégtelen vagy gyengébb kapcsolatot eredményez a több adaptív információt tartalmazó memóriahálózatokkal. Az információ diszfunkcionálisan kapcsolódik az érzelmi, kognitív, szomatoszenzoros és időbeli rendszerekbe. Az emlékek ezáltal hajlamosak az idő, a hely és a környezet szempontjából diszfunkcionális visszahívásra, és széttördelt formában jelentkezhetnek. Az új információk, pozitív élmények és hatások nem képesek funkcionálisan kapcsolódni a zavaró memóriához. A károsodás hozzájárul a tünetek fennállásához, valamint hátráltatja a páciens azon képességét, hogy ezeket a tapasztalatokat adaptív módon integrálja. Az EMDR-terápia lehetővé teszi a normál információfeldolgozást és integrációt, ami a tünetek enyhítését, a zavaró emlékezet csökkenését vagy megszüntetését eredményezi bilaterális vizuális, hallási és/vagy tapintá-

si stimulációt alkalmazva. A folyamat aktiválja a zavaró életesemények memóriaelemeit és megkönnyíti az adaptív információfeldolgozást és az integrációt.

Az EMDR szabványos protokoll segítségével kerül alkalmazásra. A terápia során háromoldalú megközelítést alkalmaznak, amely magában foglalja a traumatikus esemény (múlt) etiológiáját, a PTSD tüneteinek jelen trigger tényezőit és a jövőbeni sablonok kidolgozását, a felbukkanó zavaró életeseményekkel való megküzdés megsegítésére. A gyermekek számára egy adaptált protokollt alkalmaznak, életkornak megfelelő módosításokkal.

Az EMDR hatékonyságát több vizsgálat igazolta a PTSD kezelésében. Van Etten és mtsai meta-analízisében ugyanolyan hatásosnak találták ezt a terápiát, mint az expozíciós terápiát és az SSRI-szereket. Két másik metaanalízis szintén arra a következtetésre jutott, hogy a hagyományos expozíciós terápia és az EMDR egyenértékű hatású mind a kezelés után, mind az utánkövetéses vizsgálat során. Egy további metaanalízis 38 randomizált, kontrollált vizsgálat adatait elemezte a PTSD kezelésében és mind a Trauma-Fókuszú KVT-t, mind az EMDR-t hatékonynak találták.

Egy további tanulmányban katasztrófa sújtotta gyermekek körében a KVT és az EMDR randomizált összehasonlítása történt. Mindkét kezelés szignifikáns mértékben csökkentette a tüneteket, és az eredmények 3 hónapos utánkövetésnél is megtartottak voltak. Az EMDR kevesebb üléssel ért el pozitív eredményt. Fontos a szülők kezelése is a gyermek terápiájának pozitív kimenetele érdekében.

## Mellékletek

### Betegtájékoztatók

#### Szorongásos zavarokról szülőknek

A szorongásos kórképek a normál félelmi reakció eltúlzott formái. Kialakulásukban genetikai hajlam, környezeti hatások és a nevelés is szerepet kapnak. Fontos, hogy már a gyermekkor félelemtől mentesen, kielégítő szociális körülmények között és irreális szülői elvárások nélkül, szeretetteljes légkörben teljen. Nagyon fontos, hogy a szülők olyannak fogadják el gyermeküket, amilyen. Ne állítsanak elé elérhetetlen célokat, követelményeik összhangban legyenek a gyermek értelmi-érzelmi-fizikális teljesítőképességével. Fontos, hogy a gyermek tanuljon meg félelem nélkül élni, legyen önbecsülése, tudjon büszke lenni arra, amiben tehetséges, és ne okozzon számára sérülést, ha nem tud minden elvárásnak megfelelni. Arra is figyeljünk, hogy mekkora jelentőséget tulajdonítunk gyermekünk félelmének! A gyermeket az előtte lévő feladatok megoldásában jelentősen hátráltathatjuk, ha a problémát felnagyítjuk. Ugyanakkor a helyzet elbogatellizálása sem válik előnyére. A legjobb először együtt megbeszélni a helyzetet. Érdeemes először megismerni a gyermek álláspontját: Mit érez egy ilyen helyzetben? Szerinte mikor, milyen körülmények között alakulhatott ki a szorongása? Hogyan próbálta a gyermek oldani a szorongását? Ezekhez a kérdésekhez szükség van a szülő nyitottságára, kíváncsiságára, érdeklődésére. A beszélgetés során a saját vélemény hangoztatása helyett bátorító, biztató kérdésekkel tudhat meg minél többet a gyermek helyzetéről.

#### Milyen szorongásformák jelentkezhetnek?

Sokféle szorongástípus létezik.

**Szeparációs szorongás:** a gyermek szorong a szeretett személytől való elválástól, fél az egyedüllétől.

**Szociális fóbia:** a gyermek szorong, hogy a figyelem középpontjában kell lennie, fél a megszégyenüléstől.

**Specifikus fóbia:** irreális félelem állatoktól, természetben előforduló eseményektől: sötétség, mennydörgés, betegség stb.

**Agórafóbiánál** a zsúfolt helyektől tart, szorong, hogy nem tud elmenekülni.

**Pánikzavar** esetében rohamokban jelentkezik a szorongás. A levegőt kapkodja, szédül, nem tud a helyzeten uralkodni.

Ha generalizált a szorongása folyamatosan aggódik.

**Kényszerbetegségben** a visszatérő gondolat, vagy cselekvés zavarja a gyermeket a napi életvitelében. Akaratuk ellenére rendszeresen gondolatok, képek „törnek be” a tudatukba, melyektől képtelenek szabadulni. Ez a kényszeres gondolkodás. Illetve valamilyen cselekvéssort kell újra és újra végrehajtanunk, melyet akaratuk ellenére meg kell tennünk, ez a kényszer-cselekvés.

**Poszttraumasztressz-zavar** esetén a gyermekkel történt trauma után szorongás jelentkezik, vagy ha szemtanúja volt egy traumának, utána jelentkezik túlzott szorongás. Legtöbbször bal-

esetek, testi, vagy nemi erőszak után megjelenő tünetegyüttes.

### Milyen tünetek utalhatnak a gyermek szorongására?

- **Óvodáskorban** ósi félelmek, szeparációs szorongás, mutizmus (amikor a gyermek egyáltalán, vagy valamilyen speciális helyzetben nem beszél), ujjszopás, körömrágás, bepisilés (5 év felett), bekakilás (4 év felett), tartós dadogás (5 év felett).
- **Iskolás korban** testi panaszokra hivatkozva többször távol marad az iskolától feleléstől való félelem, gyakori hasfájás, fejfájás, testi tünetek (hányás, hasmenés), indulatosság, éjjeli felriadások, alvászavar, étkezési zavarok: pszichogén (lelki eredetű) étvágytalanság, soványság, vagy elhízás.
- **Serdülőkorban** fejfájások, alhasi panaszok, különböző étkezési zavarok, iskolafóbia, hirtelen rosszullétek szervi ok nélkül, kényszeres tünetek (pl.: kézmosás).

Ha a fenti tünetek közül akár csak egyet is észrevesz a gyermekénél és az tartósan (néhány héten keresztül) fennáll, keresse fel háziorvosát, gyermekpszichiátert, vagy pszichológust, mert gyermekének támogatásra van szüksége.

A szorongás terápiája elsősorban pszichoterápia, beszélgetésen, életkornak megfelelő játékon alapuló kezelés, különböző stresszoldó módszerek elsajátítása. A beszélgetések során a terapeuta segít gyermekének azonosítani azokat a gondolatokat, melyek a pszichés stresszt váltják ki, és szorongást idéznek elő. Meg fogják tanítani, hogyan észlelje reálisan a környezetében levő hatásokat, és hogyan tekintsen pozitívabban élete eseményeire. Gyógyszeres terápia is szóba jöhet a tünetek és a súlyosság függvényében. Ahhoz, hogy javulás történjen, több hét folyamatos terápia szükséges. Lehet, hogy az első hetekben nem lát javulást, van, hogy a kezelést hónapokig, vagy tovább is kell folytatni a probléma súlyosságától függően.

## Szorongásos zavarokról gyermekeknek

A szorongás azt jelenti, hogy sokszor izgulsz, legszívesebben nem mennél iskolába, inkább otthon maradnál, vagy jobban szeretnéd, ha lát-hatatlan lennél. Gyorsabban dobog a szíved, ki-szárad a szád, izzad a tenyered és remeg. Ne-héz levetkőzni a tornaórához, nehéz bemenni az osztályterembe, mert már sokan ott vannak.

### **Szólj a szüleidnek, beszélj meg velük és kérj segítséget, ha**

- szorongsz, hogy szerepelned kell az iskolában,
- ha hangosan kell beszélned mások előtt,
- ha nem mersz bemenni olyan helyekre, ahol sokan vannak,
- ha folyamatosan izgulsz, félsz valamitől, amit te sem tudsz, hogy mi,

- ha attól félsz, hogy beteg leszel és ezért sok-szor kell pl. kezet mosnod.

Fontos, hogy beszélj az érzéseidről egy felnőttel, akivel jóban vagy, az iskolában pl. az osztály-főnököddel vagy egy pszichológussal, vagy ott-hon a szüleiddel, akik tudnak segíteni. Megfelelő segítséggel jobban fogod magad érezni.

A kezelésnek több fajtája lehet, vannak beszél-getős terápiák, ezeket nevezzük pszichoterápiá-nak. Ez lehet egyéni és csoportos, amikor több, hasonló problémával küzdő gyermek van jelen. Lehet olyan terápia is, ahol az egész családod ott van. Van gyógyszeres terápia is. Ha ezt javasol-ja neked az orvos, fontos, hogy pontosan szedd a gyógyszert. Ha elfogadod a kezelést, a segítséget, hamarosan jobban fogod magad érezni.

## Szorongásos zavarokról serdülőknél

Az egyik leggyakoribb, elviselhetetlennek tűnő tüneteket okozó lelki jelenség serdülőkorban a szorongás. A szorongás természetesen lehet adaptív, jó értelemben vett vizsgadrukk, de gyakrabban okozhat olyan fokú problémát, ami akadályozza a mindennapi életvitelt, gátló, bénító, mely diszkomfortérzéssel jár és az életminőséget rontja.

### A szorongásos kórképek vezető tünetei:

- állandó feszültség, visszahúzódság,
- rettegés a lehetséges büntetéstől vagy sikerelenségtől,
- pesszimizmus,
- önbizalom hiánya, negatív önkép,
- teljesítménybeli elmaradások, kudarckerülő magatartás,
- testi tünetek (alvászavar, fejfájás, hasfájás, izzadás, arcpír, sóhajtozás).

A szorongó serdülő állandó feszültségben él, retteg a lehetséges büntetéstől vagy sikertelenségtől, nem bízik magában, teljesítménye általában tényleges képessége alatt marad. Ha lehet, elkerüli azokat a helyzeteket, ahol kudarcra számít, így visszahúzódsó, kevés barátja van. Testi tünetek is jelentkehetnek, pl.: alvászavar, fejfájás, hasfájás, izzadás, arcpír, sóhajtozás. Ez a fajta szorongásérzés akkor is elhatalmasodhat, ha éppen nincsen konkrét oka. Pl.: aggodás szeretetinkért, vagy félelem attól, hogy valami szörnyűség fog bekövetkezni.

### A szorongás jellemző tünetei:

- Állandó aggodás, zaklatottság a legapróbb dolgok miatt is
- Nyugalanságérzés, izgatott, felhúzott állapot
- Fáradtság érzés
- Koncentrációs nehézségek
- Ingerlékenység
- Izomfeszülés, izomfájdalom
- Remegés, ijedség
- Alvászavarok
- Fokozott izzadás, hányinger, hasmenés
- Légyszomj, gyorsabb pulzus.

Fontos tünete lehet a szorongásnak a halállal vagy öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok megjelenése. Ha a fenti tüneteid, gondolataid vannak, beszélj róla egy felnőttel, szüleiddel, iskolapszichológussal. Ezek a gondolatok a betegség tünete, ha jobban leszel, el fognak múlni.

Ha szakemberhez kerülsz, több alkalommal fog beszélni veled, szüleiddel, együtt és különkülön is. A kezelés állhat rendszeres beszélgetésből, ezt pszichoterápiának nevezzük, mely során megtanulsz megküzdni a problémáiddal és képes leszel legyőzni a szorongásodat. Fontos, hogy őszinte legyél. Ha pszichoterápiában részesülsz, a kezelés hetekig, hónapokig tarthat. Másik lehetséges terápia, ha gyógyszert kapsz, azt is több hónapig kell pontosan, előírás szerint alkalmazni. Néhány hét után már jobban fogod érezni.

## Tájékoztató házi orvosoknak, gyermekorvosoknak, iskolaorvosoknak

A szorongásos zavarok a leggyakoribb gyermek- és serdülőpszichiátriai mentális betegségek. Gyermek- és serdülőkorban szorongás gyakran jelenik meg a normál fejlődés részeként. A csecsemők megriadnak az erős hangoktól, az idegenektől. Az óvodások félhetnek kitálatl teremtényektől, sötétől, az anyától való szeparációtól, sérülésektől, természeti jelenségektől. Iskolás gyermekeknek a legtipikusabb félelmeik az iskolával, saját teljesítményükkel és a kortársakkal kapcsolatban vannak.

Ha a szorongás, félelem túlzott (az egészséges gyermek életkorához képest) és a gyermek korának megfelelő életvitelét gátolja, az beavatkozást tesz szükségessé. Ha pl. egy kamasz fél elmenni az iskolába és ezért azt tartósan elutasítja, vagy egy gyermek hosszú távon aggódik ok nélkül azon, hogy az édesanyja súlyos beteg lesz, és emiatt nem tud aludni, romlik a tanulmányi eredménye, akkor ezek nem tudhatók be korspecifikus félelmeknek és így beavatkozást igényelnek.

Szorongásos zavar esetén a gyermekek félelmekről és aggodalmakról számolnak be, melyek eltúlzottak és nincsenek arányban vagy nem magyarázhatóak a kiváltó okkal. Sokszor megmagyarázhatatlan aggodás formájában jelentkeznek, sírással, irritabilitással, veszekedéssel, dühös reakciókkal és/vagy testi tünetekkel, melyek leggyakrabban visszatérő fejfájások, hasfájások, végtagfájdalmak. A betegek gyakran próbálják meg elkerülni a szorongást kiváltó helyze-

teket, tárgyakat, jelenségeket. A gyakori testi panaszok miatt a betegek többnyire az alapellátásban jelentkeznek és a szorongásos zavarok gyakran nem kerülnek felismerésre, testi betegségnek vagy az irritabilitás miatt viselkedési problémának diagnosztizálják őket.

Szorongásos zavarok esetén **jellemző, hogy érzelmi, testi és viselkedéses tünetek vannak jelen, és ezek a tünetek jelentősen zavarják a gyermek mindennapi tevékenységét, normál életvitelét és/vagy jelentős szenvedést okoznak számára.**

Érzelmi tünetek: kifejezett, szituációfüggő vagy állandó félelem, aggodás, aggodalmaskodás. Az élet minden területére vagy bizonyos szituációkra kiterjedő fokozott és indokolatlan veszélyérzet, jövőbe vetített szorongás, mely jelentősen zavarja a gyermek mindennapjait. A betegek egyrésze felismeri, hogy félelmei túlzottak, akár irracionálisak, de képtelenek ezt kontrollálni. A már megtörtént eseményeken való rágódás és az emelkedett szorongásszint miatt koncentrációs zavar gyakori, mely rontja az iskolai teljesítményt. Gyakori az alvászavar, kifejezetten elalvási nehézség. A kialvatlanság és az aggodások miatt gyakran ingerlékenyek, irritábilisak, melyet „idegességként” panasznak, előfordulhatnak dühreakciók is. Fáradékonyság, kisebb pszichés és szomatikus terhelhetőség is gyakori tünet.

Szomatikus tünetek: gyermek- és serdülőkorban leggyakrabban bizonytalan fájdalom formájában jelennek meg. Fejfájás, mely leggyakrabban frontális és occipitális lokalizációjú. Hasfájás, hátfájás, végtagfájdalmak, izomfájdalmak.



Gyakori a finom hullámú kéztremor, izomfeszülés érzése, ellazulási képtelenség, fokozott izzadás, tachycardia, tachypnoe, szédülés, szájszárazság, hasmenés, emésztési panaszok. A tünetek általában nem súlyosak, azonban a panaszok halmozottan fordulnak elő, kifejezett diszfóriát okozva. Tipikus forma a pánikbetegség, amikor pánikrohamok alkalmával számos testi tünet (részletesen lásd lentebb) jelentkezik rohamszerűen és a betegek gyakran élnek meg halálfélelmet vagy megőrüléstől való félelmet a rohamok kapcsán, és szinte minden alkalommal az alapellátásban kerülnek először észlelésre. FON-TOS megjegyezni, hogy a testi panaszokat minden esetben kötelező kivizsgálni és csak abban az esetben tekinthetőek pszichésnek, ha nem igazolódik organikus elváltozás a háttérükben!

A szorongásos állapot felismerésében a *non-verbális kommunikációs jelek* is segítenek. A beteg beszéd közben elpirul, ennek tudatában van, ez gyakran zavarja, eritrofóbia is kialakulhat. A betegek keze általában hideg, nyirkos, csökken a nyáltermelés, a száj gyakran kiszárad. A beszéd halk, gyakori a torokköszörülés. Ritka szemkontaktus, gyakori pillacsapások jellemzőek. Emelkedett légzési frekvencia, esetleg hiperventilláció, fokozott izzadás, verejtékezés, szegényes mimika és gesztikuláció tipikus lehet. A beteg sokszor nyugtalan, fészkelődik, nehezen koncentrálni.

A szorongásos zavarok jelentős része gyermek- és serdülőkorban kezdődik, és gyakran jár

együtt más gyermekpszichiátriai kórképekkel, leggyakrabban depresszióval, pszichoaktív szerhasználattal és növeli a szuicid rizikót, ezért fontos a korai felismerés és hatékony kezelésbevetel. Ehhez segítséget nyújt a tünetek pontos feltérképezése, a tünetek háttérében lévő gondolatok, érzések, a tünetek kialakulásához hozzájáruló események vagy tevékenységek összegyűjtése, a szomatikus panaszok jelentkezésének körülményei. A gyermekek sokszor nem képesek verbalizálni szorongásaikat, a háttérben lévő gondolatokat, hiedelmeket, ezért fontos a szülő/olykor még a pedagógus megfigyeléseit is összegyűjteni. A tünetek felméréséhez jól használható az SDQ önkítöltős kérdőív, melynek van gyermek, serdülő, szülői és tanári változata, rövid, gyorsan, könnyen kitölthető és értékelhető (lásd: Gyermek- és serdülőkori szorongásos zavarok szakmai szabályozó anyag mellékletében).

A korai felismerés és a megfelelő, hatékony kezelés képes csökkenteni a szorongásos zavarok negatív hatását a tanulmányi, szociális funkciókra és a szorongásos zavarok felnőttkori előfordulására. A pontos diagnózis felállítása és a differenciáldiagnosztikus megfontolások gyermekpszichiáter feladatai. A terápiás tervet a tünetek súlyossága és a komorbiditások határozzák meg, mely leggyakrabban pszichoterápia, súlyosabb tüneti kép esetén gyógyszeres és pszichoterápia kombinációja. A szülők edukációja a gyermek tüneteivel kapcsolatban és bevonásuk a terápiába minden esetben szükséges.

## Gyermek- és serdülőkori szorongásos zavarok – részletes DSM-5 diagnosztika

**Szeparációs szorongás** iskoláskorban jelentkezik. A gyermek nem képes elválni a számára fontos személyektől (leggyakrabban a szülők), mert attól tart, hogy a szeparáció alatt baj történik vagy a szülővel vagy saját magával (pl.: a szülőt baleset éri, őt magát elrabolják), emiatt elutasítják az iskolába járást és a szeparáció gondolatára is heves szorongással, sírással reagálnak.

A fóbiák jellemzője a nagyon erős félelem és a félelmet kiváltó inger elkerülése.

**Szociális fóbia** esetén a gyermek/serdülő fél az olyan helyzetektől, amikor mások figyelmének van kitéve (pl.: szóbeli felelés az iskolában, félhet mások előtt enni, átöltözni, másokkal közös WC-t használni). Az ilyen helyzetek heves szorongást váltanak ki és igyekeznek elkerülni őket.

**Specifikus fóbia** esetében a gyermek/serdülő intenzív félelmet él át valamitől, ami lehet egy helyzet, tárgy, állat, természeti jelenség, orvosi beavatkozás stb., a félelem tárgyát igyekeznek elkerülni és ez jelentősen zavarja a mindennapi normál életvitelét. Fontos megjegyezni, hogy a gyermekek sokféle félelemről számolnak be, de ezek jelentős része nem zavarja a mindennapi működésüket, ezért nem tekintünk rájuk betegségként (pl.: ha egy gyermek retteg a vadállatoktól, az nem okoz neki napi szinten problémát, viszont ha a kutyáktól fél, az problémás is lehet a mindennapokban).

**Agorafóbia** esetén a gyermekek és serdülők félnek az olyan helyektől ahol sok ember van, és úgy gondolják, hogy ha rosszul érzik magu-

kat, akkor nem tudnak segítséget kérni, pl.: félnek egyedül elmenni bevásárlóközpontba, moziba, színházba, piacra, felszállni zsúfolt járműre. Az ilyen helyeket elkerülik, és ez jelentősen beszűkíti életterületüket, problémát okoz a mindennapokban. Súlyos esetben egyáltalán nem hagyják el az otthonukat.

**Pánikbetegség** egy vagy több pánikrohamból áll, melyek után a gyermek/serdülő fél egy következő rohamtól. A pánikrohamok hirtelen alakulnak ki, ok nélkül, melyek során intenzív félelmet, diszkomfortérzést élnek át a betegek, melynek intenzitása pár perc alatt tetőzik. A következő tünetek közül legalább 4 jelentkezik a pánikroham alatt: heves szívverés, izzadás, remegés vagy reszketés, légszomj, fulladásérzés, mellkasi fájdalom, hányinger vagy hasi diszkomfort, szédülés, hidegrázás vagy hevülés, paresztéziák, derealizációs vagy depersonalizációs élmények, megőrüléstől való félelem, halálfélelem. Legalább egy rohamot követően félelem érzése jelentkezik újabb rohamoktól és ennek következtében a viselkedés jelentős, maladaptív változása (pl.: elkerüli az olyan helyzeteket, ahol pánikroham kialakulásától tart).

**Generalizált szorongásos zavar** (GAD) esetében a gyermek/serdülő túlzott aggodalmat vagy szorongást él át számos eseménnyel vagy tevékenységgel kapcsolatban (a múltban törtétekkel, a jövővel, saját kompetenciával) legalább 6 hónapon át, szinte minden nap, a napok nagyrésében. A gyermek nem képes aggodalmait kontrollálni. Jellemző a nyugtalanság, felhúzotttság, feszültségérzés, fáradékonyság, koncentrációs nehézség (semmi nem jut az eszébe), irritabilitás, izomfeszülés, alvászavar (nehéz elalvás vagy nem kielégítő alvás).

**Kényszeres zavar** esetében *kényszergondolatok*, *kényszercselekvések* vagy mindkettő jelen van. A *kényszergondolatok*: visszatérő, tartósan fennálló gondolatok, készletések vagy képek, melyeket a gyermek/serdülő betolakodónak, nem kívánatosnak él meg és amelyek intenzív félelemmel, szorongással töltik el. A gyermek megkísérli a *kényszergondolatokat* elnyomni, figyelmen kívül hagyni vagy semlegesíteni pl. *kényszercselekvésekkel* (tipikus a megfertőződési *kényszergondolat* semlegesítésére végzett kézmosás). A *kényszercselekvések*: visszatérő viselkedések (pl.: kézmosás, rendezgetés, ellenőrzés) vagy mentális tevékenységek (pl.: imádkozás, számolás stb.), melyeket a gyermeknek/serdülőnek meg kell tennie vagy a *kényszergondolat*ra adott válaszként, vagy olyan szabályok szerint, melyeket mereven be kell tartania. A viselkedés vagy mentális tevékenység célja a szorongás megelőzése vagy enyhítése, valamilyen rettegett esemény bekövetkeztének megakadályozása, azonban a fentiek nem kapcsolódnak reálisztikusan ahhoz, amivel kapcsolatban a gyermek végzi őket és egyértelműen túlzó mértékűek. Kisgyermek nem mindig képesek a tevékenységek célját meghatározni! A *kényszeres tevékenység* legalább 1 órát vesz igénybe napon-ta.

**Poszttraumásstressz-zavar (PTSD)** Valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy testi/szexuális erőszak megtapasztalása közvetlen átéléssel vagy szemtanúként, vagy közeli családtagot/barátot ért traumatikus esemény híre által, a traumatikus események averzív részleteinek megtapasztalása által (pl.: a helyszínen lévő maradványok látványa stb.).

A traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó, visszatérő, akaratlan, nyomasztó emlékek, visszatérő rémálmok (gyermekek esetében lehetnek ijesztő álmok, felismerhető tartalom nélkül), disszociatív reakciók (flashbackek), melyek során az illető úgy érez, és úgy viselkedik, mintha az esemény megismétlődne (gyermekek esetében a traumatikus esemény ismételt eljátszása játéktevékenység során), intenzív és hosszan fennálló pszichológiai szenvedés a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén. A traumatikus eseménnyel összefüggő ingerek tartós kerülése. Jelentősen csökkent érdeklődés a fontos tevékenységek iránt, másoktól való elidegenedés vagy közönyösség érzése, tartósan fennálló képtelenség pozitív érzelmek megélésére, irritabilitás vagy dühkitörések, féktelen vagy öndestruktív viselkedés, túlzott megriadási reakció, koncentrációs nehézségek, alvászavar.

## Ellenőrző kérdőívek, adatlapok

### Gyermekkori Spielberger-teszt

#### Spielberger-Gy „Hogyan érzem magam?” (STAI-T kérdőív)

Utasítás: Néhány olyan megállapítást olvashatsz ezen a lapon, amelyekkel a gyermekek önmagukat szokták jellemezni.

Figyelmesen olvasd el valamennyit, és minden esetben dönts el, hogy az egyes állítások: „szinte soha”, „néha” vagy „gyakran” illenek-e rád.

Minden sorba oda tegyél jelet a körbe, amelyik állítást leginkább jellemzőnek tartod magadra. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok.

Ne gondolkozz túl sokat. Arra válaszolj, hogy **általában** hogy szoktad magad érezni.

1. Félek attól, hogy hibát követek el.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
2. Előfordul, hogy sírok .	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
3. Szerencsétlennek érzem magam.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
4. Nehezen tudom összeszedni magam.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
5. Nehezen tudom elmondani, ami bánt.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
6. Ok nélkül is félek.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
7. Otthon zaklatott a hangulat.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
8. Könnyen megijedek.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
9. Rosszul érzem magam.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
10. Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
11. Félek az iskolától.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
12. Ha választanom kell, nehezen tudok dönteni.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
13. Hevesebben szokott verni a szívem.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
14. Titokban tartom, hogyha félek.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
15. Túl szigorúak a szüleim.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
16. Megizzad a tenyerem.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
17. Kicsit félek, ha holnapra gondolok.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
18. Előfordul, hogy nem tudok aludni.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
19. Remeg a gyomrom.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran
20. Félek attól, hogy mit gondolnak rólam mások.	<input type="radio"/> Szinte soha	<input type="radio"/> Néha	<input type="radio"/> Gyakran

Spielberger-Gy „Hogyan érzem magam?”  
(STAI-S kérdőív)

**UTASÍTÁS:** Néhány olyan megállapítást olvashatsz ezen a lapon, amelyekkel a gyerekek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvasd el valamennyit és dönts el, hogy **ebben a pillanatban**

*ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZED MAGAD!*

Minden sorban tegyél jelet a körbe az elé a mondat elé, amelyik érzésed szerint legjobban kifejezi mostani állapotodat. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozz túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseidet legjobban kifejező választ jelöld meg.

Arra válaszolj, hogy ebben a pillanatban, hogy érzed magad:

1. O Nagyon nyugodt vagyok.	O Nyugodt vagyok.	O Nem vagyok nyugodt.
2. O Nagyon aggódom.	O Aggódom.	O Nem aggódom.
3. O Nagyon jól érzem magam.	O Jól érzem magam.	O Nem érzem jól magam.
4. O Nagyon ideges vagyok.	O Ideges vagyok.	O Nem vagyok ideges.
5. O Nagyon izgulok.	O Izgulok.	O Nem izgulok.
6. O Nagyon friss vagyok.	O Friss vagyok.	O Nem vagyok friss.
7. O Nagyon meg vagyok ijedve.	O Meg vagyok ijedve.	O Nem vagyok megijedve.
8. O Nagyon kipihent vagyok.	O Kipihent vagyok.	O Nem vagyok kipihent.
9. O Nagyon félek.	O Félek.	O Nem félek.
10. O Nagyon elégedett vagyok.	O Elégedett vagyok.	O Nem vagyok elégedett.
11. O Nagyon nyugtalan vagyok.	O Nyugtalan vagyok.	O Nem vagyok nyugtalan.
12. O Nagyon szerencsés vagyok.	O Szerencsés vagyok.	O Nem vagyok szerencsés.
13. O Nagyon bízom magamban.	O Bízom magamban.	O Nem bízom magamban.
14. O Nagyon jó nekem.	O Jó nekem.	O Nem jó nekem.
15. O Nagyon fáradt vagyok.	O Fáradt vagyok.	O Nem vagyok fáradt.
16. O Nagyon bosszús vagyok.	O Bosszús vagyok.	O Nem vagyok bosszús.
17. O Nagyon figyelmes vagyok.	O Figyelmes vagyok.	O Nem vagyok figyelmes.
18. O Nagyon rémült vagyok.	O Rémült vagyok.	O Nem vagyok rémült.
19. O Nagyon zavarban vagyok.	O Zavarban vagyok.	O Nem vagyok zavarban.
20. O Nagyon vidám vagyok.	O Vidám vagyok.	O Nem vagyok vidám.

**Spielberger-Gy STAI kérdőív értékelése:**

**Az állítások értékelése 3 pontos skálán történik, a pontok 1-től 3-ig terjednek.**

**STAI-T (állapot szorongás)**

**szinte soha: 1 pont, néha: 2 pont, gyakran: 3 pont**

**STAI-S (vonásszorongás)**

**2, 4, 5, 7, 9, 11, 15, 16, 18, 19 tételek: nem: 1 pont, középső tétel: 2 pont, nagyon: 3 pont**

**1, 3, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 20 tételek: nagyon: 1 pont, középső tétel: 2 pont, nem: 3 pont**

**(fordított pontozás)**

**STAI-T és STAI-S összpontszám: 20–60 pont**

**Erőteljes szorongást jelez:**

**STAI-T (állapot szorongás) 38 pont felett**

**STAI-S (vonásszorongás) 35 pont felett**

Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Montuori, J., Lushene, R.: *State-Trait Anxiety Inventory for Children*, 1973.  
Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press.

Sipos K., Sipos M.: *A „State-Trait” Anxiety Invenoty for Children” standardizálása és validizálása magyar nyelven*. Elméleti-Módszertani Tanulmányok. Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Intézete, 1979.

## Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ)

A magyar verziók a <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Hungarian> weboldalról letölthetők

Rövid verzió a nehézségek hatásának vizsgálata nélkül

- o Rövid verzió szülők és gondozók számára 2-4 éves korban
- o Rövid verzió szülők és tanárok számára 4-17 éves korban
- o Rövid önkitöltős gyermek verzió 11-17 éves korban

Bővített verzió a nehézségek hatásának vizsgálatával

- o Bővített verzió a nehézség kihatásának vizsgálatával szülők számára 2-4 éves korban
- o Bővített verzió a nehézség kihatásának vizsgálatával szülők számára 4-17 éves korban
- o Bővített verzió a nehézség kihatásának vizsgálatával gondozók számára 2-4 éves korban
- o Bővített önkitöltős verzió a nehézség kihatásának vizsgálatával 11-17 éves korban
- o Bővített verzió a nehézség kihatásának vizsgálatával tanárok számára 4-17 éves korban

Utánkövetéses verzió

- o Utánkövetéses kérdések a nehézség hatásának vizsgálatával szülők számára 2-4 éves korban
- o Utánkövetéses kérdések a nehézség hatásának vizsgálatával szülők számára 4-17 éves korban
- o Utánkövetéses kérdések a nehézség hatásának vizsgálatával gondozók számára 2-4 éves korban
- o Utánkövetéses kérdések a nehézség hatásának vizsgálatával tanárok számára 4-17 éves korban

Értékelés

- o A szülő és tanár SDQ-kérdőívek kiértékelése 4-17 éves korban
- o Önértékelő SDQ-kérdőív kiértékelése 11-17 éves kor között

## Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL SZÜLŐI KÉRDŐÍV)

Az alábbiakban gyermekekre jellemző kijelentéseket olvashat. Kérjük, jelezze, hogy a kijelentés milyen mértékben jellemzi gyermekét!

	nem	kissé	nagyon tartósan
1. Sokat vitatkozik.	0	1	2
2. Nehezeére esik koncentrálni, figyelmét semmi nem köti le.	0	1	2
3. Nem tud nyugton ülni, nyughatatlan, túlmozgékony.	0	1	2
4. Csüng a felnőtteken, önállótlan.	0	1	2
5. Panaszolja, hogy magányos.	0	1	2
6. Kuszán vagy zavarosan viselkedik.	0	1	2
7. Gyakran sír.	0	1	2
8. Kegyetlenkedik, piszkálódik.	0	1	2
9. Nagyon kell rá figyelni.	0	1	2
10. Rongálja saját vagy mások holmiját.	0	1	2
11. Otthon vagy az iskolában szófogatatlan.	0	1	2
12. Nem jön ki a többi gyerekkel.	0	1	2
13. Úgy tűnik, nem érez büntudatot, ha rosszat tesz.	0	1	2
14. Gyakran fél attól, hogy esetleg valami rosszat tesz vagy gondol.	0	1	2
15. Úgy érzi vagy arról panaszodik, hogy senki sem szereti.	0	1	2
16. Úgy érzi, hogy mindenki őt akarja bántani.	0	1	2
17. Értéktelennek vagy kisebrendűnek érzi magát.	0	1	2
18. Gyakran keveredik verekedésekbe.	0	1	2
19. A többiek sokszor csúfolják.	0	1	2
20. Könnyen keveredik rossz társaságba.	0	1	2
21. Indulatos, meggondolatlanul cselekszik.	0	1	2
22. Szívesebben van egyedül, mint mások társaságában.	0	1	2
23. Gyakran füllent vagy hazudik.	0	1	2
24. Gyakran ideges, feszült, egzaltált.	0	1	2
25. A többi gyerek nem nagyon kedveli.	0	1	2
26. Túlságosan féltős, szorongó.	0	1	2
27. Gyakran olyan, mintha szédülne.	0	1	2
28. Kimerültnek néz ki.	0	1	2
29. Fejfájás ismert egészségügyi ok nélkül.	0	1	2
30. Hányinger ismert egészségügyi ok nélkül.	0	1	2
31. Hasfájás vagy hasgörcs ismert egészségügyi ok nélkül.	0	1	2



32.	Hányás vagy felbőfögés ismert egészségügyi ok nélkül.	0	1	2
33.	Testileg bántalmaz másokat.	0	1	2
34.	Iskolai teljesítménye gyenge.	0	1	2
35.	Nem szeret beszélgetni.	0	1	2
36.	Szégyenlős, gátlásos.	0	1	2
37.	Bamba, könnyen elbambul.	0	1	2
38.	Előfordul, hogy otthon vagy otthonán kívül lop.	0	1	2
39.	Sokat duzzog.	0	1	2
40.	Könnyen káromkodik, trágár szavakat használ.	0	1	2
41.	Dührohamai vannak, vagy könnyen indulatossá válik.	0	1	2
42.	Csavarog, kerüli az iskolát.	0	1	2
43.	Boldogtalan, szomorú vagy lehangolt.	0	1	2
44.	Rombol, értelmetlenül tönkretesz dolgokat.	0	1	2
45.	Visszahúzódo, nem barátkozik a többiekkel.	0	1	2
46.	Aggodalmaskodó.	0	1	2

Achenbach, T.M.: *Manual for the Child Behavioral Checklist 4/18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, 1991.

Gádos J.: *Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával*. Psych Hungarica, 1996;11(2):147-166.

## Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL TANÁRI KÉRDŐÍV)

Az alábbiakban gyermekekre jellemző kijelentéseket olvashat. Kérjük jelezze, hogy a kijelentés milyen mértékben jellemzi a tanulót!

	nem	kissé	nagyon
1. Sokat vitatkozik.	0	1	2
2. Nehezeére esik koncentrálni, figyelmét semmi nem köti le tartósan.	0	1	2
3. Nem tud nyugton ülni, nyughatatlan, túlmozgékony.	0	1	2
4. Csüng a felnőtteken, önállótlan.	0	1	2
5. Panaszolja, hogy magányos.	0	1	2
6. Gyakran sír.	0	1	2
7. Kegyetlenkedik, piszkálódik másokkal.	0	1	2
8. Álmodozó vagy túlságosan elmerül saját gondolataiban.	0	1	2
9. Nagyon kell rá figyelni.	0	1	2
10. Nehezen követi az utasításokat.	0	1	2
11. Az iskolában szófogadatlan.	0	1	2
12. Zavarja a többieket.	0	1	2
13. Nem jön ki a többi gyerekkel.	0	1	2
14. Úgy tűnik, nem érez büntudatot, ha rosszat tesz.	0	1	2
15. Gyakran fél attól, hogy esetleg valami rosszat tesz vagy gondol.	0	1	2
16. Úgy érzi vagy arról panaszkodik, hogy senki sem szereti.	0	1	2
17. Úgy érzi, hogy mindenki őt akarja bántani.	0	1	2
18. Értéktelennek vagy kisebrendűnek érzi magát.	0	1	2
19. Gyakran keveredik verekedésbe.	0	1	2
20. A többiek sokszor csúfolják.	0	1	2
21. Könnyen keveredik rossz társaságba.	0	1	2
22. Indulatos, meggondolatlanul cselekszik.	0	1	2
23. Szívesebben van egyedül, mint mások társaságában.	0	1	2
24. Gyakran füllent vagy hazudik.	0	1	2
25. Gyakran ideges, feszült, egzaltált.	0	1	2
26. A többi gyerek nem nagyon kedveli.	0	1	2
27. Túlságosan félős, szorongó.	0	1	2
28. Gyakran olyan, mintha szédülne.	0	1	2
29. Kimerültnek néz ki.	0	1	2
30. Testi fájdalmak egészségügyi ok nélkül.	0	1	2
31. Fejfájás ismert egészségügyi ok nélkül.	0	1	2
32. Hányinger ismert egészségügyi ok nélkül.	0	1	2
33. Hasfájás vagy hasgörcs ismert egészségügyi ok nélkül is.	0	1	2

34. Testileg bántalmaz másokat.	0	1	2
35. Iskolai teljesítménye gyenge.	0	1	2
36. Nem szeret beszélgetni.	0	1	2
37. Rontja a fegyelmet.	0	1	2
38. Szégyenlős, gátlásos.	0	1	2
39. Előfordul, hogy lop.	0	1	2
40. Sokat duzzog.	0	1	2
41. Könnyen káromkodik, trágár szavakat használ.	0	1	2
42. Alulteljesít, nem használja ki képességeit.	0	1	2
43. Dührohamai vannak, vagy könnyen indulatossá válik.	0	1	2
44. Csavarog, kerüli az iskolát.	0	1	2
45. Boldogtalan, szomorú vagy lehangolt.	0	1	2
46. Visszahúzódo, nem barátkozik a többiekkel.	0	1	2
47. Aggodalmaskodó.	0	1	2

Achenbach, T.M.: *Manual for the Child Behavioral Checklist 4/18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, 1991.

Gádos J.: *Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával*. Psych Hungarica, 1996;11(2):147-166.

## Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL ÖNÉRTÉKELŐ KÉRDŐÍV)

Az alábbiakban gyermekekre jellemző kijelentéseket olvashatsz.  
Kérjük jelezd, hogy a kijelentés milyen mértékben jellemez Téged!

	nem	kissé	nagyon
1. Sokat vitatkozom.	0	1	2
2. Nehezemre esik koncentrálni, figyelmemet semmi nem köti le tartósan.	0	1	2
3. Nem tudok nyugton ülni, nyughatatlan, túlmozgékony vagyok.	0	1	2
4. Túlzottan a felnőttekre hagyatkozom, önállótlan vagyok.	0	1	2
5. Magányosnak érzem magam.	0	1	2
6. Kuszán, zavarosan viselkedem.	0	1	2
7. Gyakran sírok.	0	1	2
8. Tapintatlan, durva vagyok másokkal.	0	1	2
9. Gyakran álmodozom, elmerülök gondolataimban.	0	1	2
10. A figyelmet gyakran megpróbálom magamra vonni.	0	1	2
11. Rongálom saját vagy mások holmiját.	0	1	2
12. Otthon vagy az iskolában szófogatlan vagyok.	0	1	2
13. Nem jövök ki a társaimmal.	0	1	2
14. Gyakran félek attól, hogy esetleg valami rosszat teszek vagy gondolok.	0	1	2
15. Úgy érzem, hogy senki sem szeret.	0	1	2
16. Úgy érzem, hogy mindenki ellenem van.	0	1	2
17. Értéktelennek vagy kisebrendűnek érzem magam.	0	1	2
18. Gyakran keveredem verekedésekbe.	0	1	2
19. A többiek sokszor csúfolnak.	0	1	2
20. Könnyen keveredem rossz társaságba.	0	1	2
21. Indulatosan, meggondolatlanul cselekszem.	0	1	2
22. Szívesebben vagyok egyedül, mint mások társaságában.	0	1	2
23. Gyakran füllentek vagy csalogok.	0	1	2
24. Gyakran ideges, feszült vagyok.	0	1	2
25. A többiek nem nagyon kedvelnek.	0	1	2
26. Túlságosan félős, szorongó vagyok.	0	1	2
27. Gyakran szédülök.	0	1	2
28. Könnyen elfáradok.	0	1	2
29. Gyakran fáj a fejem ismert egészségügyi ok nélkül.	0	1	2
30. Gyakran van hányingerem ismert egészségügyi ok nélkül.	0	1	2

31. Gyakran van hasfájásom vagy hasgörcsöm ismert egészségügyi ok nélkül is.	0	1	2
32. Gyakran hányok ismert egészségügyi ok nélkül is.	0	1	2
33. Testileg bántalmazok másokat.	0	1	2
34. Iskolai teljesítményem gyenge.	0	1	2
35. Szívesebben választom nálam idősebb gyermekek társaságát.	0	1	2
36. Vannak helyzetek, mikor nem vagyok hajlandó beszélgetni.	0	1	2
37. Szégyenlős, gátlásos vagyok.	0	1	2
38. Előfordul, hogy otthonról vagy máshonnan lopok.	0	1	2
39. Könnyen káromkodom, trágár szavakat használok.	0	1	2
40. Indulatos vagyok.	0	1	2
41. Lógok, kerülöm az iskolát.	0	1	2
42. Boldogtalan, szomorú vagy lehangolt vagyok.	0	1	2
43. Visszahúzódom vagyok, nehezen barátkozom.	0	1	2
44. Aggodalmaskodó vagyok.	0	1	2

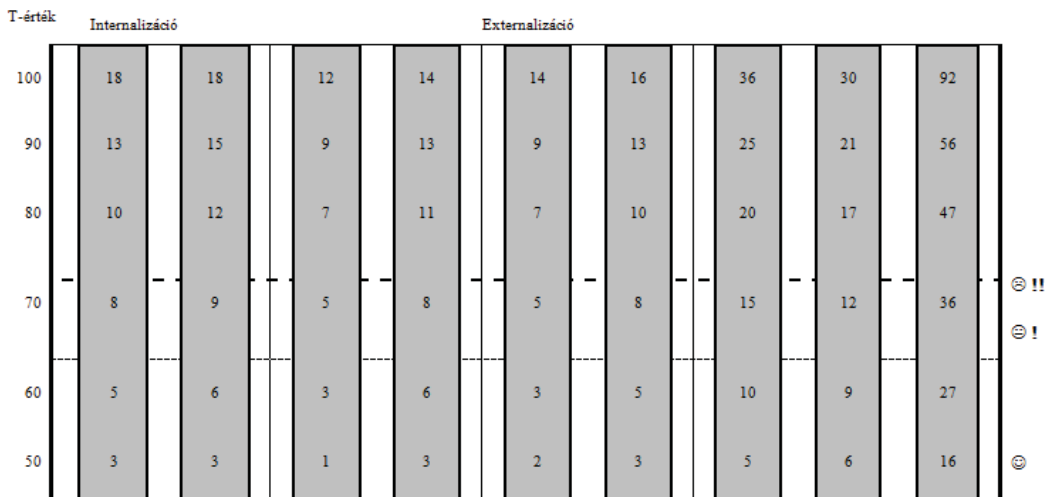
Achenbach, T.M.: *Manual for the Child Behavioral Checklist 4/18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, 1991.

Gáboros J.: *Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával*. Psych Hungarica, 1996;11(2):147-166.

### CBCL-kérdőívek kiértékelése

Gyermekviselkedési kérdőív (7-14 év; Szülői változat)

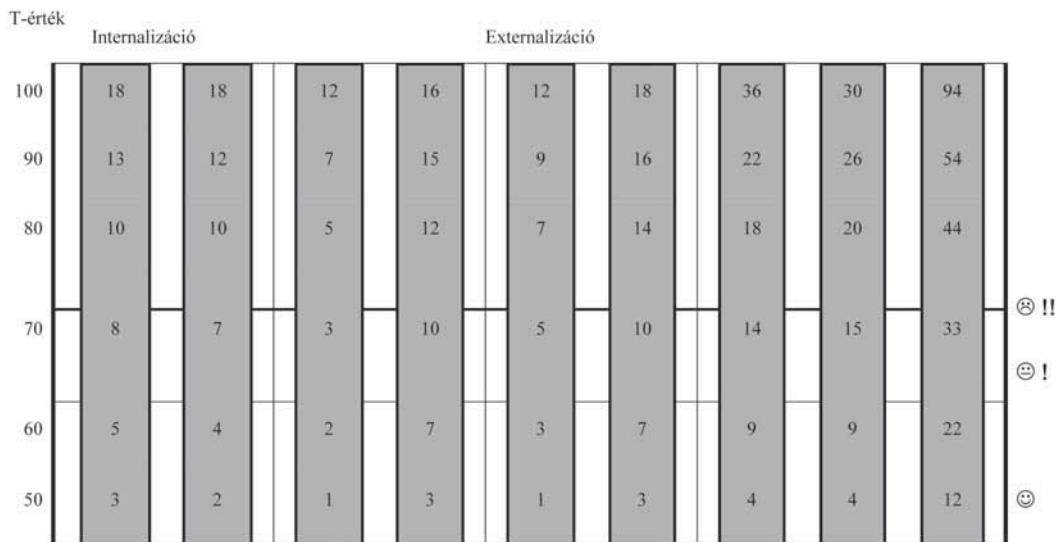
A gyermek neve: ..... Életkora: ..... A kitöltés időpontja: .....



	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.			
	Társkapcsolati problémák	Szorongás, depresszió	Szomatizáció	Figyelem-problémák	Deviáns viselkedés	Agresszivitás	Internalizáció	Externalizáció	Összprobléma
4. ....	5. ....	27. ....	2. ....	13. ....	1. ....	I. + II.	V. + VI.	I. + II. + III. + IV. + V. + VI.	
12. ....	7. ....	28. ....	3. ....	20. ....	8. ....				
19. ....	14. ....	29. ....	6. ....	23. ....	9. ....				
22. ....	15. ....	30. ....	21. ....	38. ....	10. ....				
25. ....	16. ....	31. ....	24. ....	40. ....	11. ....	Össz.: ....	Össz.: ....	Össz.: ....	
35. ....	17. ....	32. ....	34. ....	42. ....	18. ....				
36. ....	26. ....	Össz.: ....	37. ....	44. ....	33. ....				
39. ....	43. ....		Össz.: ....	Össz.: ....	41. ....				
45. ....	46. ....				Össz.: ....				
Össz.: ....	Össz.: ....								

Gyermekviselkedési kérdőív (7-14 év; Tanári változat)

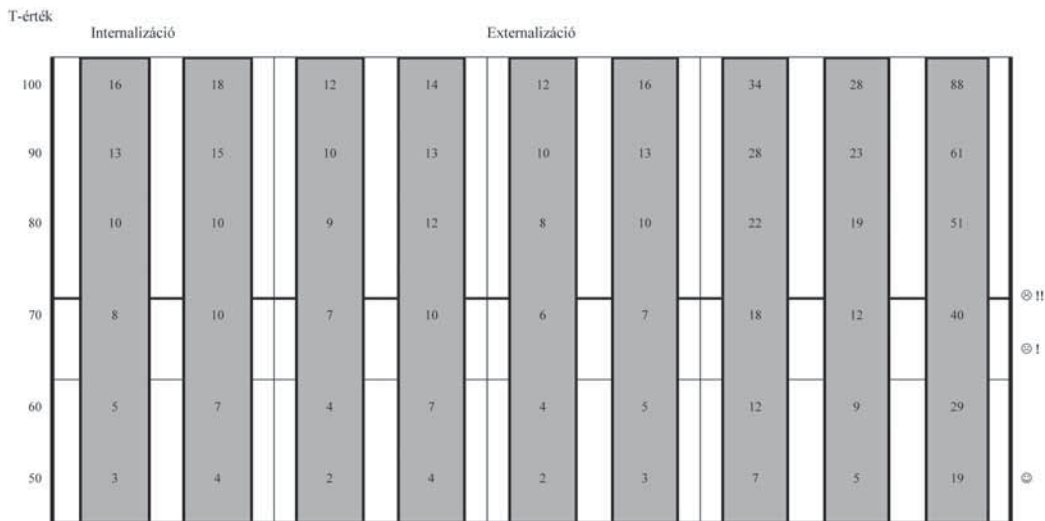
A gyermek neve: ..... Életkora: ..... A kitöltés időpontja: .....



	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.			
Társkapcsolati problémák	Szorongás, depresszió	Szomatizáció	Figyelem-problémák	Deviáns viselkedés	Agresszivitás	Internalizáció	Externalizáció	Összprobléma	
4. ....	5. ....	28. ....	2. ....	14. ....	1. ....	I. + II.	V. + VI.	I. + II. + III. + IV. + V. + VI.	
13. ....	6. ....	29. ....	3. ....	21. ....	7. ....				
20. ....	15. ....	30. ....	8. ....	24. ....	9. ....				
23. ....	16. ....	31. ....	10. ....	39. ....	11. ....				
26. ....	17. ....	32. ....	22. ....	41. ....	12. ....	Össz.: .....	Össz.: .....	Össz.: .....	
36. ....	18. ....	33. ....	35. ....	44. ....	19. ....				
38. ....	27. ....	Össz.: .....	42. ....	Össz.: .....	34. ....				
40. ....	45. ....		Össz.: .....		37. ....				
46. ....	47. ....				43. ....				
Össz.: .....	Össz.: .....				Össz.: .....				

Gyermekviselkedési kérdőív (10-14 év; Önjellemző változat)

A gyermek neve: ..... Életkora: ..... A kitöltés időpontja: .....



I.	II.	III.	IV.	V.	VI.			
Társkapcsolati problémák	Szorongás, depresszió	Szomatizáció	Figyelem-problémák	Deviáns viselkedés	Agresszivitás	Internalizáció	Externalizáció	Összprobléma
4. ....	5. ....	27. ....	2. ....	20. ....	1. ....	I. + II.	V. + VI.	I. + II. + III. + IV. + V. + VI.
13. ....	7. ....	28. ....	3. ....	23. ....	8. ....			
19. ....	14. ....	29. ....	6. ....	35. ....	10. ....			
22. ....	15. ....	30. ....	9. ....	38. ....	11. ....			
25. ....	16. ....	31. ....	21. ....	39. ....	12. ....	Össz.: ....	Össz.: ....	Össz.: ....
36. ....	17. ....	32. ....	24. ....	41. ....	18. ....			
37. ....	26. ....	Össz.: ....	34. ....	Össz.: ....	33. ....			
43. ....	42. ....		Össz.: ....		40. ....			
Össz.: ....	44. ....				Össz.: ....			
	Össz.: ....							



Az alábbi kérdőíveket lásd: Rózsa S., Tárnok Zs., Nagy P.: "A gyermekpszichiátriában alkalmazott kérdőívek, interjúk és tünetbecslő skálák" (2020), ÁEEK, Budapest.

**Obszesszív-kompulzív Kérdőív Gyermekeknek**  
(Children's Obsessional Compulsive Inventory, CHOCI)

**Yale-Brown Kényszer Skála gyermek változata**  
(Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, CY-BOCS)

**Észlelt Stressz kérdőív**  
(Perceived Stress Scale, PSS)

**Penn State Aggodalmaskodás Kérdőív**  
(Penn State Worry Questionnaire, PSWQ)

**Állapot-Vonás Szorongás kérdőív-Y**  
(State-Trait Anxiety Inventory, STAI-Y)

**Depresszió, szorongás és stresszskála**  
(Depression Anxiety Stress Scale, DASS)

**Képességek és nehézségek kérdőív**  
(Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ)

**Kérelem indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére**

Magyarországon több antidepresszáns és szorongásoldó gyógyszer bizonyos életkoron alul vagy diagnózis mellett indikáción túli alkalmazásnak számít, ezért elrendeléséhez egyéni OGYI-engedély szükséges.

Eljárásmenet és beküldendő anyagok letölthetők:

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