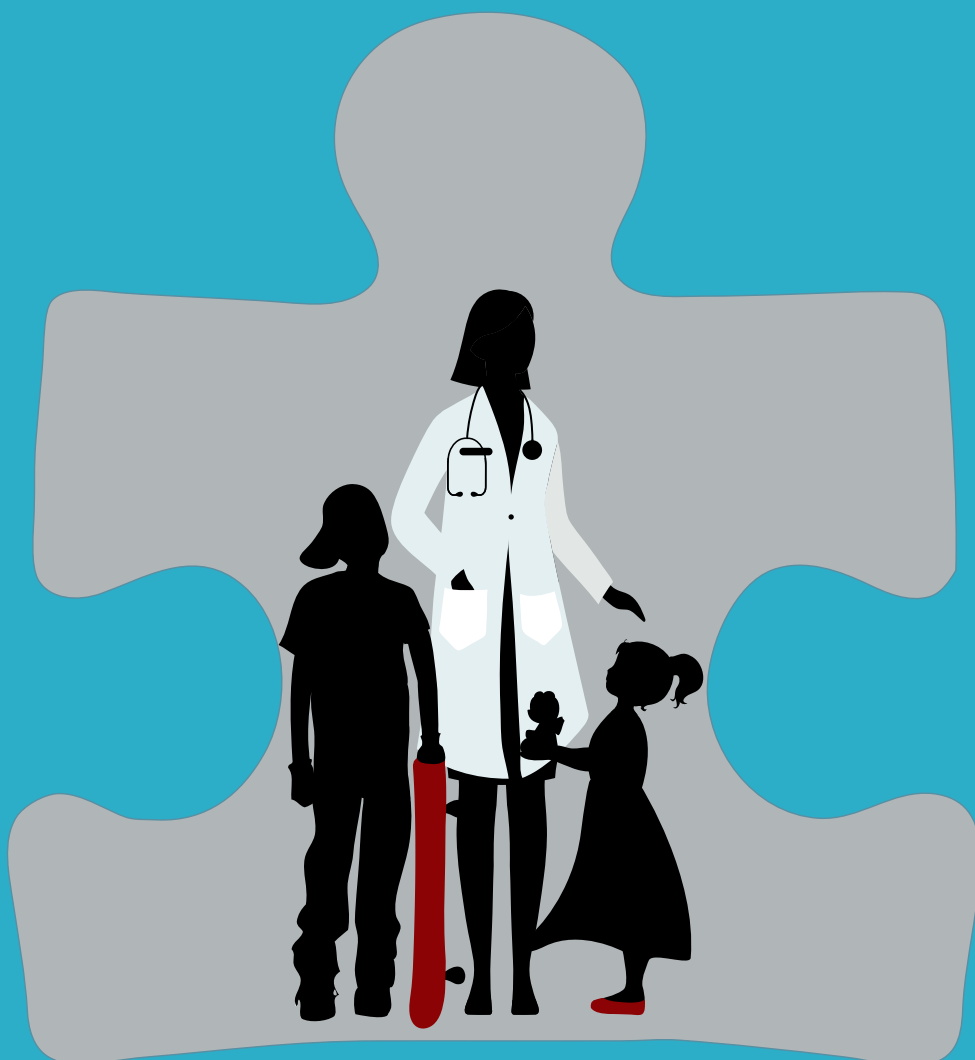


Dr. Vetró Ágnes

Dr. Pászthy Bea

Gyakori gyermek- és ifjúságpszichiátriai kórképek diagnosztikai és terápiás javaslatainak gyűjteménye



Sürgősség

Évésavarok

Pszichózisok

Szorongásos
zavarok

ADHD

Hangulat-
zavarok

Agresszív
gyermek

Autizmus

Bántalmazás

Tikkavarok

Szerhasználat

Viselkedés-
zavarok

Korlátozás

**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 Gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” elnevezésű projekt tervezésekor – felkérte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermekpszichiátriai 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 fiatalok szerhasználati és egyéb addiktív zavaraihoz kapcsolódó javaslatok	387
12. Gyermekkori viselkedészavarok ellátása	427
13. Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatalok 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 GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORI AKUT MENTÁLIS TÜNETEK ÉS/VAGY VISELKEDÉSI PROBLÉMÁK SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSÁRÓL

Kapornai Krisztina¹, Tényiné Csábi Györgyi², Pásztor Pál Zoltán³

¹ Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály

² Pécsi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály

³ Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

TARTALOMJEGYZÉK

A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	8
Diagnosztika és terápia	9
Általános megfontolások	9
A mentális tünetekkel jelentkező betegek belgyógyászati vizsgálata	14
Eszközös vizsgálatok	16
Mentális státusz vizsgálata	19
Agitáció/agresszivitás sürgősségi ellátása gyermek- és serdülőkorban	20
Agitáció/agresszivitás intoxikáció (alkohol/drogfogyasztás, gyógyszer) következtében	23
Agitáció/agresszivitás pszichózisban	24
Agitáció/agresszivitás hangulatzavarban – depressziós epizód pszichotikus tünetekkel	25
Agitáció/agresszivitás hangulatzavarban – mániás epizód pszichotikus tünetekkel	26
Agitáció/agresszivitás oppozíciós zavarban és magatartászavarban	26
Krízis (családi, serdülőkori, kapcsolati, negatív életeseményhez kötött) kapcsán jelentkező agitáció/agresszivitás	27
Öngyilkos magatartás sürgősségi ellátása gyermek és serdülőkorban	27
Nem-szuicidális önsértés	29
Zavart, szokatlan/bizarr, dezorganizált viselkedés sürgősségi ellátása gyermek- és serdülőkorban	30
Zavart, szokatlan/bizarr, dezorganizált viselkedés delírium miatt	30
Katatónia miatt kialakult zavart, szokatlan/bizarr viselkedés sürgősségi ellátása gyermek- és serdülőkorban	31
Disszociatív állapotokban észlelhető zavart, szokatlan/bizarr viselkedés sürgősségi ellátása gyermek- és serdülőkorban	32
Egyéb pszichiátriai kórképek, melyek sürgősségi ellátást igényelhetnek	32
Pánikzavar	32
Evészavar	32
Autizmuspektrum-zavar	33
Gyermekbántalmazás	33
Pszichiátriai kórképek gyógyszeres kezelésével összefüggő sürgősségi ellátást igénylő állapotok	34
Neuroleptikus malignus szindróma (NMS) a sürgősségi ellátásban	34
A szerotonin szindróma a sürgősségi ellátásban	35
Mellékletek	36
Ellenőrző kérdőívek, adatlapok	36
Paykel öngyilkossági skála (PSS-kérdőív)	36
Ottawa Önsértő Kérdőív (OSI-klinikai változat)	36
Rövid értékelés gyermekek és serdülők agresszió kockázatáról (BRACHA)	36

Rövidítések jegyzéke

AACAP:	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Amerikai Gyermek és Serdülőpszichiátriai Akadémia)
AAP:	American Academy of Pediatrics (Amerikai Gyermekorvosok Akadémiája)
APA:	American Psychiatric Association (Amerikai Pszichiátriai Társaság)
ADHD:	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Hiperaktivitás figyelemzavar betegség)
BMI:	Body Mass Index (Testtömeg index)
CBT:	Cognitive Behavioural Therapy (Kognitív viselkedésterápia)
CK:	Creatine Kinase (Kreatin kináz)
DKA:	Diabéteszes Ketoacidózis
ECT:	Electroconvulsive Therapy (Elektrosokk kezelés)
EEG:	Electroencephalogram
FDA:	Food and Drug Administration (Táplálék és Gyógyszerügyi Hatóság, USA)
GYIP:	Gyermek- és Ifjúságpszichiátria
IACAPAP:	International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Nemzetközi Gyermek- és Ifjúságpszichiáterek és Társszakmák Társasága)
IC:	Vérzés: intracraniális vérzés
LDH:	Lactate Dehydrogenase
NICE:	National Institute for Health & Clinical Excellence
NMS:	Neuroleptikus malignus szindróma
NMDA:	N-methyl-D-aspartate
„Off-label use”:	Indikáción túli gyógyszeralkalmazás
PANDAS:	Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (Gyermekekori streptococcus fertőzéshez társuló autoimmun neuropszichiátriai betegség)
SLE:	Systemic lupus erythematosus (Szisztémás lupus erythematosus)
SSRI:	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Szelektív szerotonin visszavétel gátló)

A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A gyermek vagy a serdülő és környezete számára is uralhatatlan mentális tüneteket vagy viselkedési problémát mutató, önmagára vagy környezetére veszélyt jelentő páciensek ellátása sürgősségi beavatkozást igényel. A nemzetközi irodalom azt mutatja, hogy világszerte a gyermekgyógyászati és gyermekpszichiátriai osztályokon a mentális sürgősségi állapotok száma az elmúlt 10 évben folyamatosan emelkedett, és ez a folyamat az előrejelzések alapján tovább folytatódik. További nemzetközi adatok azt mutatják, hogy a sürgősségi ellátásba kerülő páciensek 70%-ánál áll fenn legalább 1 mentális betegség és 23% meríti ki 2 vagy több pszichiátriai kórkép diagnosztikus kritériumait. Magyarországon nem állnak rendelkezésre pontos epidemiológiai adatok a fenti veszélyeztető viselkedési problémák és mentális tünetek miatti sürgősségi ellátás gyakoriságára vonatkozóan. Klinikai tapasztalat alapján elmondható, hogy a leggyakoribb sürgősséget indikáló állapotok az agresszivitással, és a szerhasználattal kapcsolatba hozható sürgősségi állapotok, a krízisszituációk, és az öngyilkos viselkedés.

Az agresszivitás hátterében előforduló kórképek közül a kóros szerhasználat előfordulási gyakorisága a 10-12 évesek körében és serdülőkorban növekszik, elsősorban az alkohol, és alkalmi vagy rendszeres droghasználat (pl: stimulánsok, designer drogok hallucinogének) miatt. Emellett gyakori a krízis, mely – meghatározás szerint – viszonylag rövid idő lefolyása alatt kifejlődő helyzet, melynek kialakulásához olyan körülmények és/vagy események vezetnek, melyek a gyermek és környezete alkalmazkodási képességét és megküzdési stratégiáit átmenetileg vagy

általában meghaladják. A sürgősségi veszélyeztető helyzet kezelése, a biztonság megteremtése – ami gyakran nagy szakmai kihívást és terhelést jelent az ellátók számára – mind a beteg, mind a személyzet számára alapvető fontosságú. Jelen közlemény az akut mentális tünetekkel vagy viselkedési problémákkal járó állapotok sürgősségi ellátására kíván szakmai ajánlást nyújtani. Ezen akut esetek jelentkezhetnek alapellátásban, illetve járóbeteg egészségügyi szolgáltatóknál, de a krízisben lévő vagy akut pszichiátriai tüneteket és/vagy viselkedési problémát mutató gyermekek és serdülők legbiztonságosabb és minőségi ellátása kórházi sürgősségi osztályon valósulhat meg.

Az akut mentális és/vagy viselkedési tünetek lehetnek valamely gyermekpszichiátriai rendellenesség tünetei, vagy állhat a háttérben krízishelyzet is; ennek differenciáldiagnosztikája gyermekpszichiátriai kompetencia. Ugyanakkor nagyon fontos, hogy a mentális tünetek (zavart, nyugtalan vagy meglassult/katatón viselkedés, öngyilkos magatartás, auto/heteroagresszió, hallucináció, bizarr magatartás, súlyos szorongás, stb.) hátterében állhatnak súlyos belgyógyászati vagy neurológiai történések. Ezek sürgősségi gyermekgyógyászati kivizsgálás során történő kizárása, esetleg legerősebb kezelése elengedhetetlen ahhoz, hogy megelőzzünk egy esetleges maradandó károsodást. Jelen közlemény az akut ellátást igénylő mentális tünetek/kórképek és viselkedési problémák ellátásával kapcsolatos javaslatokat a főbb tünet/viselkedészavar, vagyis a sürgősségi ellátást indokoló állapot (mentális vagy viselkedési probléma) szerint tárgyalja. Az akut mentális tünetek vagy viselkedési problémák oki tényezőinek ismertetésekor, amennyiben az adott kórkép/állapot egy korábban tárgyalt tünettől be-

mutatásra került, az esetleges specialitások bemutatásán túl, csak utalunk a megfelelő fejezetben elhangzottakra.

Felhasználói célcsoport

A közlemény útmutató kíván lenni a gyermek-, serdülőkori mentális sürgősségi állapotok diagnosztizálásában és kezelésében résztvevő szakmák (házi orvosok, házi gyermekorvosok, gyermekorvosok, sürgősségi orvosok, mentőorvosok, mentőtisztek/ápolók, gyermekpszichiáterek, pszichológusok, pszichoterapeuták) számára. A közlemény célja a szakmai kompetenciák biztonságos növelése, ezáltal a diagnosztika és a felismerés javítása, a korszerű kezelési lehetőségek elsajátításával pedig a terápiás hatékonyság növelése. A közlemény igyekszik rámutatni a szakmák közötti együttműködés szükségességére, a betegutak fontosságára. A közlemény hasznos lehet a szakmai döntéshozók, ellátásszervezők számára is, korszerű, bizonyítékon alapuló orvoslásra támaszkodó ismeretanyagával a nemzetközileg elfogadott és követendő megközelítést képviselve. A közlemény célja továbbá, hogy a betegek, betegképviseltek és egyéb civil szervezetek számára az ellátás szabályaiba betekintést nyújtson.

Diagnosztika és terápia

Általános megfontolások

Ajánlás 1

A gyermek/család feszültségének, izgalmanak csökkentése és a helyzet mihamarabbi felismerése érdekében a megnyugtató segítő, az agresszivitást megelőző és/vagy csökkentő és a releváns, több forrásból származó információszerzést segítő technikák alkalmazása javasolt.

Ajánlás 2

Elsődleges cél az életet veszélyeztető/ károsodást okozó háttér kizárása, vagy ehhez megfelelő intézménybe/osztályra juttatása, illetve a gyermek és környezete biztonságának biztosítása. A vitális jelek ellenőrzése mellett, elsődleges a beteg és környezete, illetve a szakszemélyzet biztonsága, a kárt okozó tárgyak, fegyverek eltávolítása, a gyermek állandó felügyeletének biztosítása.

A szakember elsődleges feladata a gyermek/család feszültségének, izgalmanak lehetőség szerinti csökkentése, a helyzet mihamarabbi felismerése, nyugodt és szisztematikus felmérése. Cél annak megállapítása, hogy:

- o a páciens tünetei/magatartása következtében fennáll-e veszélyeztető, vagy közvetlen veszélyeztető állapot,
- o a kialakult probléma hátterének minél pontosabb tisztázása,
- o akut ellátást igénylő organikus háttér felmérése, kizárása/kezelése,
- o a páciens további kezelését illető döntések meghozatala.

A fizikális és mentális státusz felmérésekor a kérdések feltétele során arra kell törekedni, hogy a fennálló probléma hátteréről a lehető legtöbb, releváns információt gyűjtsük. Ennek érdekében érdemes a tünetekről/viselkedésproblémáról/kρίζisről a helyszínen tartózkodók mindegyikét külön-külön is megkérdezni. A releváns információnyerés érdekében a szakember lehet direktív, irányíthatja a beszélgetést a szülő/információadó félbeszakításával, adekvát kérdés feltevésével/ismétlésével. Érdemes a szülőkkal, majd egyéb felnőtt személlyel kezdeni kisebb gyermekek esetén, akiknél általában nem szerencsés a szeparáció. Serdülőknél lehetőséget kell biz-

tosítani arra, hogy őt külön is meghallgassuk. Amennyiben az anamnesis felvétele során nem merül fel az öngyilkosság vagy súlyos depresszió témája, minden esetben kérdezzünk erre rá.

A vitális jelek ellenőrzése mellett elsődleges szempont a beteg és környezete, illetve a szak-személyzet biztonsága (pl. kárt okozó tárgyak, fegyverek eltávolítása), az agresszív magatartás kockázatának felmérése. A gyermek állandóan látható helyen legyen, semmi esetre se hagyjuk felügyelet nélkül a helyszínre érkezés után. Javasolt az agresszivitást megelőző/csökkentő, a megnyugtatót a releváns információszerzést segítő kommunikációs technikák, de-eszkalációs módszerek alkalmazása:

- a beteghez egyszerre egy ember beszéljen, a kezelőorvos (vagy a helyzetet irányító szakember) mutatkozzon be, s mutassa be a személyzetet is,
- a gyermeket kérdezzük meg, hogyan szólíthatjuk,
- nyugodt, de határozott, magabiztos hangvétel, szemkontaktust tartva beszéljünk, rövid, tömör és egyszerűen megfogalmazott mondatokban. Az agitált beteg verbális információ-feldolgozó képessége sérült lehet,
- a testtartás legyen barátságos, nem fenyegető (csípőre vagy karba tett kéz kerülendő), kerüljük a hirtelen mozdulatokat is,
- tartsuk tiszteletben a beteg személyes terét - 2 karnyi távolság,
- lehetőség szerint ingerszegény környezet (kevés fény/zaj/személyek) biztosítása,
- mindig magyarázzuk el röviden, egyszerűen, mi fog történni, erősítsük meg, hogy a segítségére, a biztonsága érdekében vagyunk itt,
- fontos az empátiát, megértést és elfogadást tükröző verbális és non-verbális kommunikáció, melyhez a páciens helyzetének elfogadása, megértése, nézőpontjának átgondolása szükséges,
- hallgassuk meg a mondanivalóját empatikusan, kerüljük a kritikát és bíráló megjegyzéseket,
- ajánljunk jutalmat, csábító, érdekes játékot amennyiben együttműködik; ez a figyelem-elterelés eszköze is lehet,
- magyarázzuk el, mit szeretnénk elérni és kapcsoljuk hozzá, mi az, amit tőle várunk el ennek eléréséhez, miért lesz az együttműködés számára is kedvező,
- az agresszivitást/hosztilitást a család vagy a gyermek részéről soha ne tekintsük ellenünk irányulónak,
- kerülendő a viszont-agresszió, a beteg kritizálása, becsmérése, megszégyenítése, a parancsoló vagy fölényes hangnem és a beteg sérelmeinek, problémáinak bagatellizálása,
- nyerjük meg a szülők együttműködését, mely a gyermek együttműködését is facilitálja,
- ha a személyes szabadságot korlátozó intézkedésre sor kerül, annak feloldását követően a beteggel és a személyzettel annak feldolgozó ülésen való megbeszélése javasolt.

A sürgősségi differenciál diagnosztika során az első számú prioritás a viselkedésváltozás/mentális tünetek hátterében álló bármely (nem pszichiátriai) organikus ok kizárása (lásd: A mentális tünetekkel jelentkező betegek belgyógyászati vizsgálata fejezetben). Számos organikus zavar (neurológiai, endokrin, gyulladásos betegség, autoimmun kórkép, intoxikáció, táplálkozási hiánybetegségek, stb.) járhat viselkedésváltozással, illetve mentális/pszichiátriai tünetekkel (részletesen lásd: 1. táblázat).

1. táblázat: Szomatikus kórképek, melyek mentális tünetekkel járhatnak

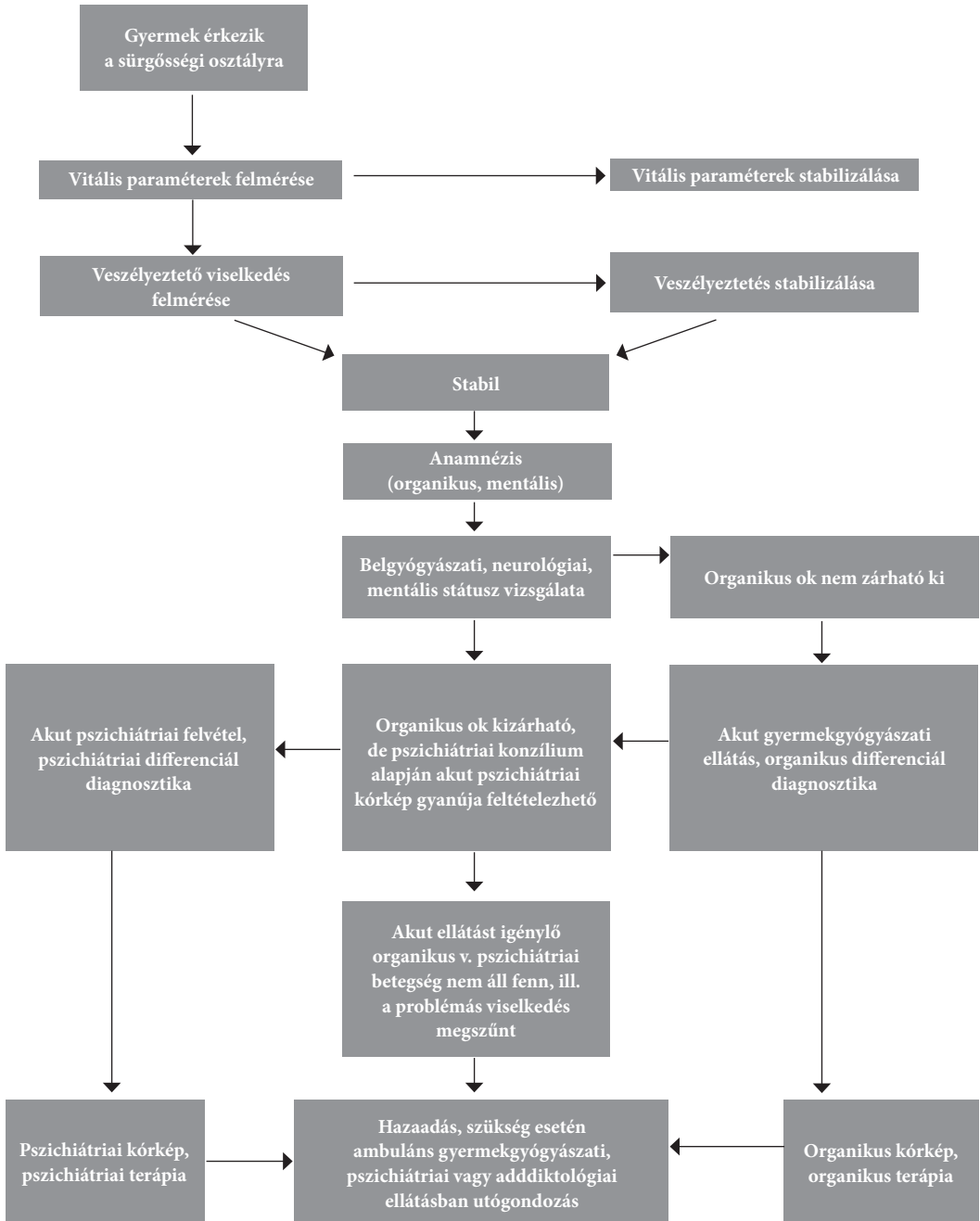
Neurológiai	Fej sérülése (kontúzió, posttraumás epidurális hematoma) Epilepszia (különösen a komplex partial görcs) Narkolepszia Agytumороk (elsődleges vagy metasztatikus) Normál nyomású hydrocephalus Parkinson betegség Sclerosis multiplex Huntington chorea Alzheimer kór Metachromáziás leukodystrophia Migraine
Endokrinológiai kórképek	Hypothyroidismus Hyperthyroidismus Hypoadrenalismus Hyperadrenalismus Hypoparathyroidismus Hyperparathyroidismus Hypoglycemia Hyperglycemia Diabetes mellitus Panhypopituitarismus Pheochromocytoma Gonadotropin hormonzavarok Graviditás
Metabolikus és szisztémás zavarok	Folyadék és elektrolit háztartás (e.g., antidiuretic hormon szekréció) zavarai Hepatikus encephalopathia Uraemia Porphyria Hepatolenticularis degeneráció (Wilson kór) Hypoxémia (krónikus pulmonáris betegségek) Hypotenzió Hypertensive encephalopathia
Mérgezéssel, gyógyszerhatással összefüggő állapotok	Drog, alkohol intoxikáció, vagy drog-alkohol abuzusnál elvonási tünetek Felírt gyógyszerek mellékhatása, vagy túladagolása Környezeti toxinok (illékony anyagok, ólom, szénmonoxid, szerves foszfátok) Krónikus ciklosporin kezelés

Táplálék/nyomelem hiány állapotok	Vitamin B12 hiány (anemia perniciosa) Nicotinsav hiány (pellagra) Fólsav hiány (megaloblastic anemia) Thiamine hiány (Wernicke–Korsakoff syndroma) Nyomelemek hiánya (cink, magnesium) Nemspecifikus malnutricio és dehydratio
Fertőző betegségek	AIDS Neurosyphilis Vírus meningitisek and encephalitisek (e.g., herpes simplex) Agytályog Virus hepatitis Mononucleosis Infectiosa Tuberculosis Szisztémás bakterialis fertőzések (különösen pneumonia) és virémia Streptococcus infekciók Fertőzések által kiváltott autoimmun neuropsychiatriai betegségek
Autoimmun kórképek	Systemás lupus erythematosus Anti-NMDA-receptor encephalitis PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders)
Neoplazmák	Központi idegrendszer elsődleges és metasztatikus tumorai Endokrin tumorok Paraneoplasma szindrómák

Amennyiben nem tisztázható egyértelműen az etiológia, és az organikus vagy a kevert (organikus és pszichiátriai okok) eredet legkisebb gyanúja felmerül, a szomatikus kivizsgáláshoz kell ragaszkodni. A vizsgálat során fontos szem előtt tartani, hogy **kezelés alatt álló vagy újonnan induló pszichiátriai kórkép mellett is fennállhat – akár életet veszélyeztető, vagy**

kezelés hiányában maradandó károsodás veszélyét rejtő – gyermekgyógyászati sürgősség. Ennek megfelelően a sürgős ellátást igénylő mentális tüneteket vagy viselkedési problémákat mutató gyermek és serdülő páciensek akut ellátása és szükség esetén a megfelelő intézménybe történő felvétele az 1. ábrán bemutatott algoritmus szerint javasolt.

1. ábra: A gyermek és serdülőkori akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásnak folyamata



A mentális tünetekkel jelentkező betegek belgyógyászati vizsgálata

Ajánlás 3

A mentális tünetekkel a sürgősségi osztályra érkező betegek esetében mindenképpen szükséges a minden részletre kiterjedő, pontos anamnézis felvétele, illetve fizikális vizsgálat elvégzése.

Ajánlás 4

Eszközös vizsgálatok rutinszerű elvégzése nem tűnik indokoltnak, de mindenképpen szükségesek, amennyiben anamnesztikus adat, vagy fizikális eltérés valószínűsít organikus eredetet.

A gyermek sürgősségi osztályon dolgozó gyermekgyógyászok elsődleges feladata a tünetek hátterében álló belgyógyászati kórképek (1. táblázat, lásd: 13. oldalon) tisztázása és ezek kezelésének mielőbbi megkezdése. Ez az angolszász irodalomban „**medical clearance**”-ként emlegetett folyamat (a továbbiakban belgyógyászati vizsgálat), mely részletes anamnéziszelfvételt, fizikális vizsgálatot, illetve szükség esetén eszközös vizsgálatokat (képalkotók, labordiagnosztika, stb.) és mentális státusz vizsgálatot foglal magában. Sajnálatos módon – tekintettel a mentális zavarok hátterében esetleg meghúzódó organikus problémák sokféleségére – egységes protokoll, illetve ajánlás létrehozására nincs lehetőség. Jelen fejezet célja a nemzetközi irodalom és gyakorlat áttekintése, a mindennapi betegellátásban jól használható ajánlás megfogalmazása, hogy a fenti esetekben a lehető legnagyobb segítséget nyújtson a sürgősségben dolgozó gyermekgyógyászoknak az organikus és pszichés kóreredit elkülönítésében.

Anamnéziszelfvétel:

Több multicentrikus, nagy esetszámú vizsgálat igazolta, hogy az organikus és pszichés eredet elkülönítésében a legfontosabb eszköz a pontos és részletes anamnézis. Ahhoz, hogy megfelelően hozzáférhessünk a beteghez, szükség van az esetleges agitáció/agresszió minél hatékonyabb kezelésére, megelőzésére (lásd: még Általános megfontolások fejezet). Így tehát a belgyógyászati vizsgálaton kívül a kezelés első fázisa is a sürgősségi osztályon zajlik. Ennek három fő csoportja van.

- o Az első a környezet, mely lehetőleg bizalomkeltő, a beteg számára megnyugtató, illetve biztonságos kell, hogy legyen.
- o A második a vizsgáló személy viselkedése. Nagyon fontos, hogy ilyen esetekben a vizsgáló orvosnak nem tiszte megítélni a beteg viselkedését társadalmi vagy illetmáni szempontból. Igyekezzünk nyugodt hangon kommunikálni, figyeljünk oda a beteg, illetve a szülők panaszaira. Ezekkel az eszközökkel megnyugtathatjuk a beteget, elnyerhetjük bizalmát, mely a későbbiek során jó és könnyebb együttműködést eredményez.
- o A harmadik, és egyben utolsó választandó eljárás a (önkéntes, vagy kényszerű) gyógyszeres nyugtatás. Amennyiben a beteg viselkedésével akutan veszélyeztetni saját magát, vagy másokat, szükséges lehet a fizikai korlátozás.

A veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartású betegek törvényes keretek között történő elkülönítésére és korlátozására, illetve ennek dokumentálására vonatkozó szakmai javaslatok részletezése meghaladja a jelen közlemény kereteit, erre vonatkozóan utalunk a témában elérhető nemzetközi és hazai szakmai útmutatókra (lásd: Egészségügyi szakmai irányelv 002071 – Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatar-

tást mutató 0-18 év közötti fiatakorúak esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei, valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben – különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra).

Az anamnézisben számos olyan elem található, melyek segítenek egy-egy tünetcsoport organikus, vagy pszichés eredetének elkülönítésében. Az anamnézis ki kell, hogy terjedjen a tünetek kezdetének idejére, vizuális, taktilis, vagy auditív hallucinációk meglétére. Volt-e a betegnek görcse, érte-e bármilyen trauma. Észlelt-e bármilyen egyéb tünetet (fejfájás, fogyás, láz, tremor, stb.). Részletes múltbeli eseményekre is kiterjedő anamnézisre van szükség, fel kell deríteni, hogy a beteg szed-e gyógyszert, ha igen, mit, szedi-e rendszeresen, volt-e a közelmúltban dózisváltoztatás. Van-e a betegnek ismert, diagnosztizált mentális betegsége. Fel kell deríteni a beteg szociális státuszát is, beleértve a családi állapotot, barát/barátnő meglétét, stb. Az alábbiakban felsorolt néhány, az organikus vagy pszichés háttér valószínűségét sejtető anamnesztikus adat segíthet a differenciáldiagnosztikában.

Organikus eredetre utaló anamnesztikus adatok:

Fiatal kor (<10-13 év); a tünetek akut kezdete; vizuális (látási) vagy taktilis (tapintási) hallucinációk; szerhasználat; gyógyszerhasználat (új gyógyszer bevezetése, vagy akár meglévő gyógyszer esetén dózisváltás); görcsök; mentális szempontból negatív családi anamnézis.

Pszichés eredetre utaló anamnesztikus adatok:

Ismert pszichiátriai betegség; a tünetek fokozatos eszkalálódása; auditív (hallási) hallucinációk; negatív anamnézis szerhasználat, vagy gyógyszereszedés, dózisváltás szempontjából; egyéb organikus eredetre utaló tünetek (pl.: gör-

csök, láz) hiánya; mentális betegségre vonatkozóan pozitív családi anamnézis.

Fizikális vizsgálat:

A mentális tünetekkel érkező betegek esetében sem maradhat el a pontos és igen részletes fizikális vizsgálat, melynek során a vitális paraméterek rögzítése mellett teljes belgyógyászati és neurológiai státuszt kell felvenni. A vitális paraméterek rögzítése, bár sok, nem kooperáló beteg esetén késést szenved, elengedhetetlen. Az eltéréseket mindig dokumentálni kell, bár specificitásuk alacsony, mégis számos esetben segítenek belgyógyászati okok felderítésében (tachycardia, hyperpyrexia, magas vérnyomás, stb.) A részletes fizikális vizsgálat során talált leletek, melyek az organikus eredetet valószínűsíthetik:

Magas vérnyomás:

agynomás-fokozódás, hypertenzív encephalopathia, intracraniális vérzés, vagy intoxikáció (pl.: szerotonin szindróma);

Alacsony vérnyomás:

shock, intoxikáció, hypovolaemia;

Tachycardia:

intoxikáció, sepsis, thyreotoxikus krízis, hypoxia, szermegvonás;

Bradycardia:

intoxikáció, agynomás-fokozódás, hypothyreózis;

Tachypnoe:

thyreotoxicosis, metabolikus ok (DKA), intoxikáció;

Bradypnoe:

intoxikáció, agynomás-fokozódás;

Láz:

infekciók, sepsis, intoxikáció, szermegvonás;

Alacsony hőmérséklet:

sepsis, hypoglycaemia, hypothyreózis;

Kültakaró:

zúzódások, vérzés: trauma, bántalmazás; túszúrásnyomok: szerhasználat; petechiák/purpurák: sepsis;

Neurológia fokális deficit:

stroke, IC vérzés, térfoglaló folyamat; tarkókörtöttség: meningitis; görcsök: epilepsia, IC vérzés, agynyomásfokozódás, metabolikus, vagy elektrolitzavarok; Papillaoedema: agy-nyomásfokozódás, térfoglaló folyamat; Retina vérzés: trauma;

Eszközös vizsgálatok:

Az ilyen esetekben leggyakrabban elvégzett laboratóriumi vizsgálatok a következők: elektrolitok, máj- és vesefunkció, gyulladásos paraméterek, vérkép-, illetve vércukor- és vizelet-drogtesztek. A rutinszerűen elvégzett elektrolit, máj- és vesefunkció, illetve vérképvizsgálatok nem javasoltak. A vér-, illetve vizeletdrogtesztek szükségessége szintén erősen kérdéses. Egyrészt, mert pontos anamnézist és fizikális vizsgálatot követően az eredmény prognosztizálható (szóba jöhet persze az egyértelműsítés eszközeként), másrészt, mert a vizsgálatok csak limitált számú szert képesek kimutatni, így egy esetleges negatív eredmény egyáltalán nem zárja ki a szerabúzust. Az agy mellett elvégezhető tesztek közül a vércukor-, illetve vérgázellenőrzés jön szóba, mivel ezek egy ujjbegyes vérvételből elvégezhetők, képet adnak a beteg elektrolit-háztartásáról (ezen eredményeket fenntartással kell kezelni), metabolikus állapotáról, következtethetünk anaemiára. A vércukor-el-

lenőrzés mindenképpen ajánlott, hiszen a gyermek-sürgősségi osztályon észlelt viselkedészavarok közel 10%-ának hátterében a hypoglycaemia, az egyik leggyakoribb gyermekkori pszichés tüneteket eredményező organikus ok áll. Összességében elmondható, hogy a rutinszerűen elvégzett laborvizsgálatok az esetek túlnyomó többségében nem juttatnak többlet információhoz és nem változtatják meg a beteg menedzsmentjét. A részletes és pontos anamnézis és fizikális vizsgálat az esetek több mint 90%-ában elégségesnek bizonyul az organikus, illetve pszichés eredet elkülönítésében. Általános irányelvként azt fogalmazhatjuk meg, hogy a fizikális vizsgálat során esetleg felmerülő organikus eredet kizárására, vagy megerősítésére kérjünk célzott eszközös vizsgálatokat. Fontos szempont továbbá, hogy a fölöslegesen megrendelt, a beteg további sorsát nem befolyásoló vizsgálatok szükségtelenül több órával elnyújthatják a beteg sürgősségi osztályos tartózkodását, késleltetve a definitív ellátóhelyre történő transzportot, mely pszichés betegek esetében különösen érzékeny probléma lehet. A képalkotó vizsgálatokkal hasonló a helyzet, rutinszerű elvégzésük nem javasolt. Nem szabad azonban késlekedni, ha az anamnézis, vagy a fizikális vizsgálat felveti például központi idegrendszeri kórfolyamat lehetőségét (pl.: agynyomás-fokozódás, koponyaűri térfoglalás gyanúja, fokális neurológiai jelek, stb.).

Kiemelt figyelmet kell szentelni az esetleg szedett gyógyszerek dózisára, a mellékhatás spektrumára, illetve több gyógyszer szedése esetén az esetleges interakciókra. A 2. táblázat a jellemző tünetegyüttesek/kórképek és viselkedési problémák jeleinek és jellemző vizsgálati leleteinek áttekintését nyújtja, melyek figyelembe vétele javasolt a sürgősségi differenciál diagnosztika során.

2. táblázat: Akut ellátást igénylő gyermek- és serdülőkori tünetegyüttesek/kórképek és viselkedési problémák jeleinek és jellemző vizsgálati leleteinek áttekintése, differenciál diagnosztikai megfontolások

Diagnózis	Jelek, tünetek	Vizsgálati leletek	Megjegyzés
Pszichotikus tünetek Szkizofrénia Akut átmeneti pszichotikus zavar	- o agitáció, agresszivitás - o hosztilitás - o együttműködés hiánya - o auto és heteroagresszivitás - o extrém szorongás - o furcsa magatartás - o nem oda illő viselkedési/érzelmi reakciók - o lehet extrém szorongás - o inkohereus beszéd - o hallucináció (általában auditoros) - o negativizmus - o katatónia	- o normál vitális paraméterek, de - o tachycardia lehet - o tudati vigilitás megtartott - o orientáció általában megtartott - o gondolkodás tartalmi és alaki zavarai - o perceptuális zavarok - o hangulati nívó általában megtartott	első shubos szkizofrénia és az akut és átmeneti pszichotikus zavar lehet teljesen hasonló megjelenésű, a szkizofrénia kivizsgálás és hosszabb lefolyás alapján diagnosztizálható. Akut átmeneti pszichózisnál gyakoribb a negatív életesemény
Hangulatzavar Major depresszió Bipoláris zavar (mániás fázis)	- o szomorúság; gyerekeknél lehet ingerlékenység, magatartásproblémák - o teljesítményromlás - o pszichotikus tünetek - o hirtelen hangulatváltozások - o agitáció - o agresszivitás - o szuicid viselkedés (gyakran a mánia depresszióba történő átcsapásakor!) - o viselkedésváltozás (grandiozitás, költekezés, csökkent alvásigény) - o bipoláris beteg a családban	- o normális vitális paraméterek - o falcolás jelei	
Disszociatív zavar	- o megváltozott, bizarr viselkedés - o memóriaproblémák - o éjjeli vagy hosszabb kimaradás otthonról - o pszichotrauma időnként azonosítható - o súlyos visszahúzódás	- o normál vitális paraméterek - o tudati vigilitás megtartott - o dezorientáltság - o téves eszme, percepciózavar előfordulhat - o súlyos szorongás - o kognícióban memóriazavar (retrográd)	differenciál diagnosztikai szempontból fontos kizárni a temporális epilepsziát

Katatónia	- o fluktuálóan jelentkező sztereotíp mozgások, cselekedetek - o flexibilitas cerea - o lehet teljes motoros retardáció - o mutizmus, stupor - o heves agitáltság - o teljes negativizmus (étkezés, ivás, vizeletürítés elutasítása) - o incontinenencia	- o nehezen vizsgálható beteg az együttműködés teljes hiánya miatt - o emelkedett testhő - o tachycardia - o iv. benzodiazepinre átmeneti javulás	- o háttérében lehetnek pszichiátriai (hangulati zavarok, szkizofrénia, autizmus), és szomatikus kórképek (neurológiai betegségek, metabolikus zavarok) - o Neuroleptikus malignus szindróma (NMS): neuroleptikum/ szerotonerg szer mellékhatás/ túladagolás - o potenciálisan életet veszélyeztető (általában lázzal jár)
Pánikroham	- o hirtelen, kiváltó tünet nélkül jelentkező extrém szorongásos állapot, mely szubjektív tünetei általában: - o szédülés - o ájulásérzés, hányinger - o mellkasi nyomásérzés - o szívdobogásérzés - o végtagi zsibbadás - o légszomj - o halálfélelem, stb,	- o tachycardia, hyperventilláció előfordul - o EKG eltérés nélkül - o mentálisan vigilitás, orientáció megtartott - o súlyos szorongás	o differenciál diagnosztika fontos az akut miokardiális infarktushoz hasonló tünetek miatt
Anorexia nervosa	- o leromlott szomatikus állapot - o étkezés, ivás visszautasítása, vagy minimális szintje - o gyakran szövődik depresszióval - o lehet szuicid késztetés - o opponáló magatartás - o betegségbelátás hiánya	- o bradycardia (extrém is lehet) - o amenorrhoea - o lanugo - o mentálisan vigil, orientált - o alacsonyabb fekvésű alaphangulat, vagy depresszió	o sürgősségi ellátást a vitális paraméterek eltérése esetén igényel
Agresszivitás Magatartászavar	- o irritábilis, hosztilis magatartás - o verbális/fizikális agresszió - o szülőkkel, nevelőkkel, társakkal szembeni oppozíció, agresszió - o mentális retardáció lehet	- o fizikálisan általában eltérés nélkül - o mentálisan: irritábilis, csökkent frusztrációs tolerancia, verbális vagy fizikális agresszió - o szuicid fenyegetőzés előfordul - o alkohol- és drog fogyasztás gyakran társul hozzá	o major pszichiátriai kórkép kizárását követően terápiája szociális jellegű

Mentális státusz vizsgálata

Ajánlás 5

Ha (amennyiben arra szükség volt) a beavatkozást igénylő organikus eltérés rendezését követően, a mentális tünetek továbbra is fennállnak, a beteget gyermekpszichiátriai szakemberhez kell irányítani, aki dönt a további GYIP-ellátás szükségességéről és annak szintjéről.

A mentális státusz vizsgálata ideális esetben a fizikális vizsgálattal és az anamnézis felvételével párhuzamosan történik. Ennek elemei:

- Megjelenés, általános viselkedés felmérése.
- Tudati vigilitás (éberség) megítélése, párhuzamosan felmérhető a külső megjelenés, higiénés állapot.
- Orientáció megállapítása (helyet, időt, saját és egyéb személyt illetően).
- Hangulati/érzelmi állapot (jelen és korábbi), felmérése, hangulatváltozása, hangulatingadozás, annak gyakorisága, szuicid késztetés, érzelmi igénybevehetőség, szorongásos tartalmak.
- Gondolkodási zavarok felmérése. Alaki és tartalmi zavarok felmérése – a beszéd alapján, egyszerű műveletek, közmondás-magyarázat, a téma és annak összefüggősége alapján a spontán beszédben és kérdésekre. A gondolkodás felgyorsulása, inkoherens, követhetetlen beszéd, bizarr vagy irreális gondolati tartalmak (paranoid, grandiózus téveszmék).
- Érzékelés, észlelés. Hallucinációkra, illúziókra rákérdezni.
- Kognitív funkciók rövid tájékoztató vizsgálata. Memória (rövid és hosszú távú), betegségbelátás, kooperáció felmérése.

A tudat vigilitási (világosságbeli) zavarainál pszichés státusz csak igen korlátozott mértékben vehető fel, ezért a gyermekpszichiátriai konzíliummal várjunk, míg a beteg tudata feltisztul.

A sürgősségi vizsgálat során nyilvánvalóan nincs lehetőség részletesebb gyermekpszichiátriai/pszichológiai vizsgálatok elvégzésére. Mindazonáltal, a páciens további sorát illető döntésekhez, illetve a magas kockázattú, egyébként nehezen elérhető mentális problémákkal küzdő gyermekgyógyászati populációk szűrésére és azonosítására rövid szűrőtesztek alkalmazása kívánatos lenne. 2 szűrőteszt bizonyult hasznosnak a rizikópopuláció azonosításában, egyik a depresszió felmérése, a másik a problémás serdülőkorú alkoholfogyasztásban alkalmazott szűrőtesztek. A nemzetközi irodalom továbbá javasolja a szuicid rizikó mérését, melyhez megfelelő pszichometriai adatokkal rendelkező 4 kérdéses kérdőív az Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) teszt. (A tesztről részletesebben lásd: Szuicid magatartás sürgősségi ellátása gyermek- és serdülőkorban – fejezetben.) Tudomásunk szerint ezek a mérőeszközök magyar nyelven nem elérhetőek, bár használatuk segítséget nyújthatna a sürgősségi ellátásban. Ugyancsak nem validált gyermek-, serdülő populációra a felnőtt pszichiátriai ellátásban kidolgozott „Rövid kockázatbecslő skála”, mely néhány perc alatt kitölthető teszt az öngyilkossági rizikó és az agresszió kockázatának tájékoztató felmérésére. Jelenleg gyermek/serdülőpopulációban való használatával kapcsolatosan nincs tapasztalat, ezért alkalmazása minden esetben csak tájékoztató jellegű lehet, szűrésre vagy diagnosztikus célra nem javasolt.

Felvétele azonban a részletes öngyilkos és/vagy agresszió rizikófelmérés részeként lehet hasznos és dokumentálható eszköz.

A közlemény szerzői itt szeretnék hangsúlyozni, hogy az ellátási hely adottságaitól függően a részletes gyermekpszichiátriai vizsgálat megvalósulhat az adott gyermekszükségességi vagy gyermekgyógyászati osztályon, amennyiben azon az ellátó helyen a szakmai team tagja gyermekpszichiáter vagy elérhető gyermekpszichiátriai konzílium. Amennyiben ez nem lehetséges és a beavatkozást igénylő organikus eltérés rendezését követően a pszichiátriai tünetek továbbra is fennállnak, a beteget gyermekpszichiátriai szakemberhez kell irányítani, aki dönt a további GYIP-ellátás szükségességéről és annak szintjéről. Pszichiátriai indikációval akut gyermekpszichiátriai osztályos felvétel, veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás fennállása esetén magas biztonságú kórteremben történő elhelyezéssel javasolt.

Agitáció, agresszivitás sürgősségi ellátása gyermek- és serdülőkorban

Ajánlás 6

A zavart, agresszív beteg ellátása során elsődleges a beteg, illetve az ellátó személyzet testi épségének biztosítása. A beteg esetlegesen agresszív viselkedése esetén mihamarabb közbe kell avatkozni, hogy a definitív kivizsgálás/ellátás ne szenvedjen késedelmet. Ehhez először mindig a legkevésbé korlátozó beavatkozást, technikákat alkalmazzuk, majd ezek sikertelensége, elégtelensége esetén a korlátozóbb beavatkozások (gyógyszeres, fizikális) jönnek szóba.

Ajánlás 7

Korlátozó intézkedés csak abban az esetben alkalmazható, ha a beteg aktívan törekszik arra, hogy ártson önmagának vagy másoknak, és a verbális technikák nem eredményesek. Amennyiben a verbális megnyugtató nem eredményes, a farmakális megnyugtató preferálandó, a mellékhatások figyelembe vétele mellett, elsőként az orális adagolás felajánlásával. Ha fizikai korlátozás elkerülhetetlen volt, a páciens megnyugvása után azonnal fel kell oldani, és az intézkedést megfelelően dokumentálni kell.

Az agitált, agresszív beteg kezelése (1. ábra lásd: a 13. oldalon).

Általában véve fontos szem előtt tartani, hogy az agitált, esetleg agresszív beteg mindaddig **nem tekinthető pszichiátriai betegnek, míg a potenciális organikus okokat elfogadható biztonsággal ki nem zárjuk és ezt dokumentáljuk.** Fenti magatartásformákat így tünetként kell kezelni. Az agresszív magatartás legsúlyosabb megjelenési formája a saját maga, vagy az ellátó személyzet elleni agresszió, tettlegesség. Mind az ellátó személyzet, mind a beteg érdeke ennek megelőzése az agresszió jeleinek felmérése, de-eszkaláció és a belgyógyászati okok felderítésének mielőbbi megkezdése. Az ilyen helyzetek kezelése a legkevésbé korlátozó ténykedésekkel kezdődjön, de adott esetben komolyabb korlátozó intézkedésekre is szükség lehet (itt utalunk a veszélyeztető/közvetlen veszélyeztető állapot kezelésére vonatkozó szakmai ajánlásokra). Ezekkel párhuzamosan – a lehető legminimálisabb késedelemmel – igyekezni kell a definitív ellátás és keze-

lés megkezdésére. Az agitált, agresszív beteget a többiektől elkülönítve kell elhelyezni, egy biztonságos és lehetőleg a beteg számára kényelmes, megnyugtató környezetben. Az esetleges veszélyforrások, illetve triggererek kiiktatása is fontos (pl.: sérülést okozó, vagy fegyverként használható tárgyak eltávolítása, lásd még: Általános megfontolások fejezet). Az ellátó személynél viselkedése szintén meghatározó ilyen esetekben. Fontos, hogy a beteg érezze, hogy figyelünk rá, megértjük és látjuk a problémáját, illetve, hogy célunk az, hogy segítsünk rajta. A bizonytalanság sokszor okozhatja és fokozhatja a beteg agitáltságát. Magyarazzuk el nyugodtan, a beteg számára érthető nyelvezettel, hogy mi fog történni, milyen esetleges vizsgálatokat tervezünk, stb. Amennyiben fentiek nem hoznak eredményt, további korlátozás, farmakológiai nyugtatás (elsőként a páciensnek felajánlott önként per os adagolás preferálandó) vagy fizikális korlátozás válhat szükségessé. (Korlátozó intézkedések alkalmazásánál vegyük figyelembe az „Egészségügyi szakmai irányelv 002071 – Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatalok esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei, valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben – különös tekintet-

tel az emelt biztonságú ágyakra” című irányelv ajánlásait.). Sürgősségi osztályokon speciális ágy és felszerelés biztosítása szükséges, állandó felügyelet és a vitális paraméterek rendszeres ellenőrzése mellett. A páciens megnyugvása után a korlátozó intézkedést azonnal fel kell oldani, és az intézkedést megfelelően dokumentálni Magyarországon az agitáció, agresszió, akut pszichózis esetében midazolam, benzidiazepinek (clonazepam, diazepam), illetve haloperidol használható. Amennyiben erre kerül sor, fokozott elővigyázatosság szükséges, hiszen előállhat olyan helyzet, amikor nem áll rendelkezésre információ a beteg által esetleg rendszeresen szedett gyógyszerekről, gyógyszerallergiáiról, vagy a tünetek hátterében feltételezhető intoxikációt okozó szer-mibenlétéről. Farmakoterápia alkalmazása esetén a gyermekek/serdülők adagját valamennyi területen egyedileg kell megállapítani az életkor, fejlettség, általános állapot és az egyéni reakció figyelembevételével. Fontos megemlíteni, hogy elsőként a per os (PO) adagolásra kell törekedni. Diazepam intramusculáris adása nem javasolt. Vegyük figyelembe, hogy egyidejű detoxikálás az adagolt antiagresszív szer felezési idejét is lecsökkenti, így hatástartama rövidebb. A nemzetközi ajánlások alapján javasolható terápiás adagokat a 3. táblázatban foglaltuk össze.

3. táblázat: Agitált/agresszív beteg gyógyszeres kezelése

Hatóanyag	Dózis	Mellékhatás
Lorazepam	0,05-0,1 mg/kg PO/IM/IV 30-60 perc után ismételhető	Szedáció Légzésdepresszió Hipotenzió Paradox nyugtalanság (különösen kisebb gyerekeknél és mentális elmaradásnál)
Diazepam	0,04-0,2 mg/kg max: 10mg	
Midazolam	0,5 mg/kg po 0,1 mg/kg IM/IV	
Haloperidol	0,025-0,075 mg/kg IM/PO	QT megnyúlás Ritmuszavar (Torsades de pointes) Hipotenzió Dystonia/EPS NMS
Risperidon	0,025-0,05 mg/kg PO/IM	QT megnyúlás Ritmuszavar (Torsades de pointes) Hipotenzió Dystonia/EPS NMS Hyperprolactinaemia
Olanzapin	0,1 mg/kg PO/IM	QT megnyúlás Ritmuszavar (Torsades de pointes) Hipotenzió Dystonia/EPS NMS Szedáció
Ziprasidone	12-16 éves – 10 mg PO/IM >16 éves – 10-20 mg PO/IM max: 40 mg/die	QT megnyúlás Ritmuszavar (Torsades de pointes) Hipotenzió Dystonia/EPS NMS

Rövidítések: PO = per os; IM = intramusculáris; IV = intravénás

Agitáció/agresszivitás intoxikáció (alkohol-/drogfogyasztás, gyógyszer) következtében

Ajánlás 8

Intoxikált beteg ellátása esetén, a különböző dekontamináló eljárások (hánytatás, aktív szén, gyomormosás) indikációs köre jelentősen beszűkült, rutinszerű alkalmazásuk hiba. Amennyiben nem a bizonyítottan a toxikus ágens bevételeét követő egy órán belül vagyunk, hatásosságuk erősen kérdéses, alkalmazásuk pedig a rizikó és az előnyök alapos megfontolása után, különös körültekintéssel jön csupán szóba.

Intoxikáció akut ellátásának általános szempontjai

A gyermeksürgősségi osztály beteganyagának egy jelentős részét mérgezéses esetek teszik ki. Az utóbbi 10-20 évben a mérgezések spektruma jelentősen megváltozott. Míg korábban a növényi részek, háztartási vegyszerek, szén-monoxid okozta mérgezések tették ki az esetek többségét, az utóbbi években a gyógyszerek, drogok okozta mérgezéseké a főszerep (akár véletlen, akár szándékos).

A mérgezéseknek több típusa lehet. Balesetszerű mérgezés az, amikor a beteg nem szándékosan (örömszerzési, vagy szuicid céllal) intoxikálódik. Ez jellemzően fiatalabb betegek (2-5 éves) esetében fordul elő. Szándékos túladagolásról beszélünk, amikor a beteg tudatosan intoxikálja magát. Ezzel általában idősebb korban, serdülők-nél, tinédzsereknél találkozunk. Meg kell említeni, hogy a szándékos túladagolás egyre gyakrabban fordul elő a fiatalabb populációban is (akár 10 éves kor alatt is). Tinédzser korban igen gyakori az örömszerzési céllal elkövetett szerabúzus is. Az intoxikáció a fentiekén túl lehet iatrogén

is, például beállított gyógyszer adagolási hibája, vagy adverz reakció.

Az intoxikált beteg akut ellátása

A részletes fizikális vizsgálat során számos intoxikációra, szerabúzusra utaló jelet észlelhetünk, melyeket a 4. táblázatban foglaltunk össze.

4. táblázat: Intoxikációra, szerabúzusra utaló tünetek és a tünetet okozó szerek

Tachypnoe	aspirin, theophyllin, CO
Bradypnoe	alkohol, ópiátok, barbiturátok, egyéb sedatívumok
Metabolikus acidosis	alkohol, etilén-glikol, CO
Tachycardia	antidepresszánsok, amfetamin, kokain
Bradycardia	β-blokkolók, digoxin
Hypotenzió	barbiturátok, benzodiazepinek, β-blokkolók, ópiátok, triciklikus antidepresszánsok
Hypertenzió	amfetamin, kokain
Tühegy pupillák	ópiátok, organofoszfátok
Dilatált pupillák	amfetamin, atropin, kannabisz, kokain, triciklikus antidepresszánsok
Görcsök	organofoszfátok, triciklikus antidepresszánsok
Hypothermia	barbiturátok, alkohol
Heperthermia	amfetamin, kokain, ecstasy, szalicilátok

Általánosságban elmondható, hogy az anamnéziszfelvétel, illetve a fizikális vizsgálat határozzák meg az elvégzett eszközös vizsgálatokat,

a felmerült gyanú igazolására, vagy kizárására. Amennyiben intoxikáció gyanúja merül fel, azonnal a területileg illetékes toxikológiai központtól kérjünk iránymutatást!

A mérgezéses esetekben a mérgezést okozó ágens eltávolítását célzó, korábban rutinszerűen alkalmazott dekontamináló eljárások indikációs köre mára jelentősen beszűkült. Bizonyos esetekben, a további felszívódást megakadályozandó aktív szén adása szóba jöhet, leginkább akkor, ha a mérgezés bizonyíthatóan egy órán belül történt. Legtöbbször azonban az eszméletén levő beteg esetén már a beadás is nehézségekbe ütközik (nem jó ízű, nem kooperál a beteg). Eszméletlen, vagy akár csak szomnolens beteg esetén az aktív szén adása csak szoros légútvédelem mellett javasolt, mivel az aktív szén a légutakba kerülve súlyos tüdőkárosodást okoz! A forszírozott hánytatás szintén csak a mérgezéstől számított egy órán belül lehet szükséges, és akkor is csak a lenyelt mérgeanyag mintegy 30%-a távolítható el ezen módszerrel. A gyomormosás indikációs köre mára csak kivételes esetekre szűkült. A fentiekhez hasonlóan szintén fontos, hogy időkorláton belül legyünk, de még akkor is komolyan mérlegelendő, amennyiben a rizikó legtöbbször bőven meghaladja az esetleges előnyök mértékét.

Agitáció/agresszivitás pszichózisban

Ajánlás 9

A szkizofrénia sürgősségi ellátása során súlyosan veszélyeztető magatartásetén vagy 15 éves kor alatt a hazai gyakorlat alapján haloperidol adható, esetenként benzodiazepinnel kiegészítve. Ezen kívül veszélyeztető állapot esetén fizikai korlátozás is indokolt lehet. Az antipszichotikus kezelés extrapiramidális mellékhatásainak kivédése céljából biperiden javasolható.

Ajánlás 10

A gyermekkori szkizofrénia sürgősségi kezelésében a második generációs szerek az elsőként választandók. A jelenlegi hazai szabályozás szerint aripiprazol és paliperidon adható. Mindkét szer csak 15 éves kor felett alkalmazható.

Pszichotikus állapotban a valósággal való adekvát kapcsolat megszakad, a beteg elveszíti realitáskontrollját. Az erre az állapotra jellemző perceptív zavarok és téveszmék következtében a beteg viselkedése kiszámíthatatlan. Ön- és közveszélyes állapot alakulhat ki, mely sürgősségi pszichiátriai ellátást tesz indokolttá (lásd még: A gyermekkori pszichózisok diagnosztikájának és ellátásának szakmai irányelve).

Agitáció/agresszivitás organikus eredetű pszichózisban

Pszichózisra utaló tünetek megjelenhetnek belgyógyászati, neurológiai betegségek részeként, illetve intoxicatio vagy drogmegvonás tünetei is lehetnek (1. táblázat, lásd: 13. oldalon). Ezekben a heterogén etiológiájú kórképekben közös, hogy legtöbbször a tudat világosságának zavara észlelhető, melyeket az éberségi és integritási zavarok párhuzamos és különböző arányú károsodása jellemez. A tudat vigilitásának és integritásának együttes zavarai súlyossági fokozat szerint elkülönítendőek: kusszaság, oneroid állapot, tenebrositas, delírium. A delíriumban szenvedő beteg viselkedése kiszámíthatatlan, ön- és közveszélyes, folyamatos orvosi felügyeletet igényel. A delírium súlyos, életveszélyes állapot, mely az esetek jelentős részében intenzív terápiás ellátást tesz szükségesé. A háttérrel tisztázandó diagnosztikus vizsgálatok (labor, EEG, lumbál punctio, MR) elvégzése és az ezen alapuló oki kezelés mellett fontos a keringés, a légzés, folyadék- és elektro-

lit-háztartás monitorizálása. A nagyfokú nyugtalanság miatt benzodiazepineket (diazepam, clonazepam) alkalmazhatunk, a pszichotikus tünetek antipszichotikus kezelést (haloperidol) tesznek szükségessé.

Agitáció/agresszivitás korai kezdetű szkizofréniában

A szkizofrénia az elmeműködés zavara, melyet a percepció, gondolkodás, érzelmi élet, motiváció és magatartás zavarai jellemezhetnek (lásd: „A gyermekkori pszichózisok diagnosztikájának és ellátásának szakmai irányelve”). Az észlelhető tünetek közül a percepció zavarok döntően akusztikus hallucinációk, melyek lehetnek elemi hanghallások, gondolatfelhangosodások, továbbá kommentáló vagy imperatív hanghallások. Ez utóbbiak különösen veszélyesek az öngyilkosság, illetve a heteroagresszív megnyilvánulások szempontjából. A téveszmék többnyire bizarra, de előfordulhatnak nem bizarra téveszmék, amelyek közül sürgősségi pszichiátriai szempontból a perszekutoros (üldöztetési) doxasmák emelhetők ki. Az ilyen téveszmék hatása alatt álló beteg gyakran elzárkózik környezete elől, vagy a vélt veszély elhárítása céljából támadóvá válhat. Serdülőkorban a drog-intoxikációk, a drog-indukálta pszichózisok, a temporális epilepszia, az autoimmun encephalitisek (leggyakrabban az anti-NMDA receptor ellenes encephalitis) jelenthetnek nehézséget az elkülönítő diagnózisban.

Az akut pszichotikus tüneteket mutató gyermeknél, veszélyeztető magatartás esetén az organikus háttér tisztázását követően gyermekpszichiátriai osztályos kezelés megkezdése indokolt, még akkor is, ha a beteg és/vagy a szülő a hospitalizációt visszautasítja. Ebben az esetben bírói szemle elvégzése szükséges, mely dönthet

a kötelező gyógykezelésről. Az antipszichotikus szerek közül a második generációs szerek az elsőként választandóak a gyermekkori szkizofrénia kezelésében. A jelenlegi hazai szabályozás szerint aripirazol és paliperidon adható. Mindkét szer csak 15 éves kor felett alkalmazható. A kezdeti akut fázisban, súlyosan veszélyeztető magatartás esetén vagy 15 éves kor alatt a hazai gyakorlat alapján haloperidol adható, esetenként benzodiazepinnel kiegészítve. Az elsőgenerációs antipszichotikumok alkalmazása mellett számolni kell extrapiramidális mellékhatások megjelenésével, melyek kezelése és/vagy kivédése céljából biperiden javasolható.

Agitáció/agresszivitás hangulatzavarban – depressziós epizód pszichotikus tünetekkel

Ajánlás 11

A gyermekkori bipoláris depresszió vagy az unipoláris major depresszió pszichotikus tünetekkel kórképek esetében antidepresszáns kezelés (fluoxetin) és antipszichotikus kezelés (aripirazol, paliperidon) együttesen alkalmazandó. Bipoláris depresszió esetén az antidepresszív monoterápia kontraindikált. Bipoláris kórkép esetén hangulatstabilizáló lítium terápia bevezetése is indokolt.

A súlyos depresszió tünetei (hypothymia, pszichomotoros gátoltság, gondolkodás meglassultsága, inszomnia, étvágycsökkenés) mellett érzéksaladások és téveszmék léphetnek fel, vagy stupor (mutizmus, negativizmus) alakulhat ki. A téveszmék típusosan holotím doxasmák, melyek tartalma a hangulattal kongruens. Pl.: bűnösségi, hypochondrias, nihilisztikus téveszmék (Cotard-tünet), ez utóbbi esetében a beteg úgy érzi, már nem is él, vagy valamelyik életfontosságú szerve (szí-

ve, tüdeje, veséje) állítása szerint nem működik, leállt. A kórkép legnagyobb veszélyét a szuicid magatartás jelenti, pszichotikus depresszió esetén a beteg hospitalizációra szorul, s a terápia során az antidepresszív medikáció antipszichotikummal is kiegészítendő az öngyilkossági rizikó csökkentése és a szuicídium megelőzése céljából. Mivel az elsőgenerációs antipszichotikumok farmakogén depressziót okozhatnak, második generációs szerek javasolhatók. Az öngyilkossági rizikó felmérése során fontos szempont az esetlegesen már azonosítható korábbi szuicídium, valamint hangsúlyozni kell a családi anamnézis feltárásának fontosságát mind az affektív kórképek, mind az öngyilkos magatartás szempontjából.

Agitáció/agresszivitás hangulatzavarban – mániás epizód pszichotikus tünetekkel

Ajánlás 12

Az esetek legnagyobb részében antipszichotikum (haloperidol, aripiprazol) és benzo-diazepin adagolása válhat szükségessé, majd az organikus okok kizárását követően gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályra való áthelyezés javasolt a terápia folytatására.

A mániás állapotok, amelyek bipoláris betegség esetében észlelhetők, sürgősségi pszichiátriai szempontból gyakran jelentős kihívást és nehézséget jelentenek. A mániás beteg pszichomotorosan nyugtalan, hyperthym, gondolkodása felgyorsult, inszomniás, étvágya és szexuális aktivitása fokozott, s különösen jelentős, hogy ezen betegek egy része kifejezetten irritábilis és hosztilis, amely akár súlyos agresszióhoz is vezethet. Gyakori nehézség az is, hogy a mániás/ hipomániás állapotban levő serdülők alkoholt és/vagy drogot is gyakrabban fogyaszt-

tanak (örömszerző tevékenységek fokozódása), amely mind az elkülönítő kórismézés, mind a bevezetendő farmakoterápia szempontjából kihívást jelent. A sürgősségi ellátás kapcsán a tünetek súlyosságára való tekintettel az esetek legnagyobb részében antipszichotikum (haloperidol, aripiprazol) és benzodiazepin adagolása válhat szükségessé, majd az organikus okok kizárását követően gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályra való áthelyezés javasolt a terápia folytatására (lásd: „A Gyermekkori Hangulatzavarok Diagnosztikájának és Ellátásának Szakmai Irányelve”-ében).

Agitáció/agresszivitás oppozíciós zavarban és magatartászavarban

Agitált, hosztilis, agresszív magatartás, a korábban diszruptív viselkedészavarok csoportjába tartozó oppozíciós zavar, viselkedészavar és figyelemhiányos hiperaktivitás zavar esetén is előfordulhat. Oppozíciós zavar esetén a fejlődési szintnek nem megfelelő opponáló, veszekedős, hosztilis magatartás az autoritás személy (leggyakrabban szülő, nevelő) ellen irányul, legalább 6 hónapja fennáll és jelentősen rontja a gyermek mindennapi funkcióját, s gyakorta áll a nevelési nehézségek, családi krízisek hátterében, vagy rontja azt. Ezeknek a gyerekeknek vagy serdülőknek a szabálytartása nehezített, frusztrációs toleranciájuk alacsony, könnyen elvesztik önuralmukat, dühüket nehezen kezelik. Ugyancsak jellemző a dühkezelési nehezítettség a viselkedészavar esetén, ahol a szociálisan elfogadott normák és társadalmi szabályok megsértése társul az agresszív, erőszakos cselekedetekhez. Veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás esetén a sürgősségi ellátás során a korábban leírt ellátás javasolt (lásd: Az agitált, agresszív beteg kezelése szakasz).

Krízis (családi, serdülőkori, kapcsolati, negatív életeseményhez kötött) kapcsán jelentkező agitáció/agresszivitás

A krízishelyzet olyan szituáció is, melyben a veszélyt jelentő viselkedésváltozás valamely élethelyzeti szituációra adott maladaptív reakció. A sürgősségi osztályra kerülő, agresszív magatartást mutató páciensek egy jelentős részénél szülő-gyermek konfliktus igazolódik a háttérben, melyben a probléma megoldására a család nem rendelkezik megfelelő erőforrásokkal, a gyermek viselkedése uralhatatlanná válik. A szülő-kkel/nevelőkkel való súlyos konfliktusok bármely életkorú gyermeknél vezethetnek agresszivitáshoz, erőszakos magatartáshoz, szuicid fenyegetőzéshez és legsúlyosabb esetben önmagára vagy környezetére veszélyeztető magatartás kialakulásához. Sürgősségi osztályon a cél annak megállapítása, hogy fennáll-e valamilyen súlyos szomatikus vagy mentális kórkép a viselkedési probléma háttérben és annak megállapítása, hogy a gyermek visszanyerte-e önuralmát, s otthonába/biztonságos környezetbe hazabocsátható, illetőleg szorul-e bármilyen szomatikus vagy pszichiátriai kezelésre. Meg kell említeni, hogy krízis szituáció és ennek kapcsán agresszív vagy egyéb akut ellátást igénylő állapot (súlyos szorongás, pánikroham, öngyilkos magatartás, stb.) kialakulhat egyéb akut stressz talaján (szeretett személy elvesztése, szülők válása, költözés, iskolaváltás, romantikus kapcsolat megszűnése, bullying, családból való kiemelés) is, az arra vulnerábilis gyerekekben, serdülőkben. Az ilyen esetek ellátása lényegében nem különbözik a vonatkozó fejezetekben bemutatott ellátástól. Kiemelendő, hogy a krízisszituáció és az akut stresszt jelentő események átbeszélése (lehetőség szerint gyermekpszichiátriá-

ban, krízisintervencióban jártas szakember által) és a szuicid rizikó felmérése minden esetben javasolt. Amennyiben nem áll fenn fenyegető veszély, további felmérés és tanácsadás céljából javasolt a páciens/családot járóbeteg-ellátás felé terelni és ezt dokumentálni.

Öngyilkos magatartás sürgősségi ellátása gyermek- és serdülők korban

Ajánlás 13

Amennyiben a sürgősségi ellátás oka öngyilkos viselkedés, vagy az ellátás során ez felmerül, biztosítani kell, hogy a páciens birtokában vagy a környezetében lévő, önsértésre alkalmas eszközök eltávolításra kerüljenek, a beteg biztonságos helyre kerüljön, folyamatos felügyeletet kapjon. A pszichiátriai felmérést lehetőség szerint mentális problémákban jártas szakember végezze. A páciens és hozzátartozóját együtt és külön-külön is meg kell hallgatni.

Ajánlás 14

Amennyiben az akut kezelést igénylő organikus eltérés kizárása vagy kezelése (intoxikáció, törések, stb.) megtörtént, fenyegető szuicid veszély esetén azonnali gyermekpszichiátriai vizsgálat és/vagy hospitalizáció szükséges.

Öngyilkos magatartás fogalmán a halál vágyát, az öngyilkossági gondolatokat és tervet, a megkísérelt és a befejezett öngyilkosságot értjük. A legnagyobb rizikót jelentő pszichiátriai sürgősségi állapotok között szerepel. A befejezett öngyilkosság a 2-3. vezető halálok gyermek- és serdülők korban. Az öngyilkossági kísérletek száma különböző tanulmányok alapján 10-100-szorosa a befejezett öngyilkosságoknak. A lányok gyakrabban kísérelnek meg ön-

gyilkosságot, viszont a fiúknál gyakoribb a súlyosabb kísérlet és a befejezett öngyilkosság is.

Öngyilkos magatartás, illetve nem szuicidális önsértés (vágás, égetés, szurkálás, ütögetés nem meghalási szándékkal) kialakulhat különféle pszichiátriai kórképek, illetve élethelyzeti krízisek talaján, melyet a sürgősségi osztályon sok esetben – különösen serdülőknél – az intoxikált állapot (alkohol és/vagy drog) komplikál. Fontos azonban, hogy a sürgősségi ellátó helyen tapasztalt bánásmód nagyban befolyásolja a páciens és a család együttműködését a további akut, illetve szükség esetén a hosszútávú pszichiátriai kezelés során, így igen jelentős szerepe lehet a visszatérő szuicid magatartás vagy ismételt szuicid kísérlet prevenciójában. Az öngyilkos magatartás kialakulásában legjelentősebb rizikófaktor a fel nem ismert és kezeletlen mentális betegség. A leggyakrabban fennálló kórképek öngyilkos magatartású fiataloknál a hangulatzavarok (major depresszív zavar, dysthymia, bipoláris zavar), a pszichoaktív szerhasználat és a viselkedészavarok, és kiemelt kockázatot jelent a több pszichiátriai zavar egyidejű fennállása. Sürgősségi osztályon a szomatikus okok vagy komplikációk (detoxikálás, sebkezelés) ellátása mellett legfontosabb a szuicid veszély felmérése. A háttérben esetlegesen fennálló pszichiátriai ok tisztázása, differenciál diagnózisa gyermekpszichiátriai kompetencia.

Amennyiben a sürgősségi ellátás öngyilkos viselkedés miatti, vagy az ellátás során ez felmerül, biztosítani kell, hogy a páciens birtokában vagy a környezetében lévő, önsértésre alkalmas eszközök eltávolításra kerüljenek, a beteg biztonságos helyen, folyamatos felügyeletet kapjon. A pszichiátriai felmérést lehetőség szerint mentális problémákban jártas szakember végezze. A páciens és hozzátartozóját együtt és külön-kü-

lön is meg kell hallgatni (lásd: általános megfontolásoknál). Nincs egyértelmű és egységes protokoll a szuicid veszély nagyságának meghatározására és a javasolt ellátás szintjére vonatkozóan, de szakmai konszenzus alapján, magas kockázatúnak tekintendő, és – bár nincs arra vonatkozó randomizált vizsgálat, hogy a kórházi kezelés életmentő lehet/csökken a befejezett öngyilkosságok számát.

Gyermekpszichiátriai hospitalizációt igényel, amennyiben a beteg:

- o továbbra is öngyilkossági szándékot, meghalási vágyat hangoztat,
- o ha továbbra is nyugtalan és/vagy reménytelennek látja helyzetét,
- o nem bevonható a további biztonságossági tervek kidolgozásával kapcsolatban,
- o a környezetében nincs megfelelő támasz,
- o ha a szuicid kísérletet súlyos, vagy erőteljes meghalási vágy vezérelte,
- o további rizikótényező a férfi nem, a komorbid szerhasználat és az agresszív/impulzív magatartás.

Tévhitnek bizonyult az a feltevés, hogy a szuicid gondolatokra történő rákérdezés ötletet ad, vagy növeli a szuicid magatartás esélyét. A szuicid rizikó mérésében a nemzetközi irodalomban megfelelő pszichometriai adatokkal rendelkező kérdőív az Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) teszt. A teszt négy kérdésből áll:

- o Kíváncsi-e az elmúlt néhány hétben azt, hogy bárcsak meghalnál?
- o Érezted-e azt az elmúlt néhány hétben, hogy neked vagy családnak jobb lenne, ha meghalnál?

- Az elmúlt héten, gondoltál-e arra, hogy megölnöd magad?
- Megpróbáltad-e valaha megölni magad?

A 4 kérdés bármelyikére adott igen válasz esetén a jelen szuicid gondolat felmérése szükséges: Most gondolsz-e arra, hogy megölnöd magad? Pozitív ASQ-teszt esetén osztályos gyermekpszichiátriai kivizsgálás javasolt. Enyhébb esetben a járóbeteg-ellátás felé történő terelés a választandó, de minden esetben javasolt, hogy a sürgősségi osztály szakembere (gyermekgyógyász, sürgősségi orvos) közvetlenül vegye fel a kapcsolatot a gyermekpszichiátriai szolgáltatóval és a további kezelési tervet, annak dokumentálása mellett, egyeztessék.

A további öngyilkos magatartás megelőzésében jótékony hatású lehet egy ún. biztonságosság terv egyeztetése a szülővel/ felnőtt gondozóval és a pácienssel, az alábbi pontok szerint:

- potenciális figyelmeztető jelek, kiváltó faktorok azonosítása,
- ismételten jelentkező szuicid gondolatok esetén használandó megküzdő stratégiák megbeszélése,
- olyan egészséges/figyelemelterelő tevékenységek végzése, melyek a szuicid gondolatokat csökkentik, vagy arról a figyelmet elterelik,
- a szociális támaszt biztosító személy/környezet azonosítása az ismételten jelentkező szuicid gondolatok esetére,
- annak tisztázása, hogy amennyiben fokozódik az öngyilkossági rizikó, azonnali segítségért kérjenek,
- szakmai segítség kéréséhez kapcsolat (telefon, email) megadása.

Becslés lehetősége gyermekkorban még: Paykel öngyilkossági skála (PSS-kérdőív)

Nem-szuicidális önsértés

Az öngyilkos magatartás tárgyalásánál ki kell térnünk a nem-szuicidális önsértésre (vágás, égetés, szurkálás, ütögetés), mely jellegzetesen a serdülőkorban kezdődő jelenség és sürgősségi ellátásban igen gyakran találkozunk vele a szakember. Prevalenciája a nemzetközi adatok alapján serdülőkorban 15-46% és lányokban kétszer-háromszor gyakoribb, mint fiúknál. Klinikai mintákon a nemzetközi prevalencia- adatok még magasabbak: 40-80%. Hazai adatok 25%-ot mutattak klinikai mintában. Elkülönítése fontos az öngyilkos magatartástól (az illető csak maximum közepes mértékű károsodást okoz magának, hátterében nem a meghalásvágy, hanem valamely rossz érzéstől/interperszonális nehézség okozta feszültségtől való megszabadulás áll), de fontos tudni, hogy nem független jelenségekről van szó. A nem-szuicidális önsértés és öngyilkos magatartás együttes előfordulása 50-70%-os, gyakran tapasztaljuk, hogy a korábban önsértő serdülőnek öngyilkos gondolatai, kísérlete következnek be. Sürgősségi ellátás során tehát ilyen esetben is mindig javasolt az öngyilkossági rizikó felmérése, annak erőssége szerinti döntés a további ellátást illetően. Amennyiben az öngyilkosság kockázata nem követeli meg, egyéb veszélyeztető/közvetlen veszélyeztető magatartás nem áll fenn – ideális esetben gyermekpszichiátriai konzílium kizárja a sürgős gyermekpszichiátriai felvétel szükségességét –, a páciens elektív fekvőbeteg- vagy járóbeteg-ellátás, illetve pszichológiai segítség felé terelendő.

Becslés lehetősége: Ottawa Önsértő Kérdőív (OSI-klinikai változat).

Zavart, szokatlan/bizarr, dezorganizált viselkedés sürgősségi ellátása gyermek- és serdülőkorban

Zavart, szokatlan/bizarr, dezorganizált viselkedés pszichózisban

Zavart viselkedést leggyakrabban a különböző eredetű (drogabúzus, mániás epizód, szkizofrénia okozta) pszichotikus állapotokban tapasztalunk. A különböző eredetű pszichotikus állapotok tárgyalását és sürgősségi ellátásukkal kapcsolatos ajánlásokat illetően utalunk jelen közlemény korábbi fejezeteire.

Zavart, szokatlan/bizarr, dezorganizált viselkedés delírium miatt

Ajánlás 15

A delírium súlyos, életveszélyes állapot, mely az esetek jelentős részében intenzív terápiás ellátást tesz szükségessé. Kezelése alapvetően a kiváltó ok kezeléséből áll, azonban sok esetben tüneti kezelésre is szükség lehet, hiszen a zavart beteg magatartása sokszor megnehezíti a diagnosztikát/definitív terápiát. A nagyfokú nyugtalanság miatt benzodiazepineket (diazepam, clonazepam) alkalmazhatunk, a pszichotikus tünetek antipszichotikus kezelést (haloperidol) tesznek szükségessé.

Delíriumnak nevezzük azt az akut állapotot, melyet átmeneti agyi működészavar jellemez. Klinikai megjelenésére jellemző az akut kezdetű figyelemzavar, tudatzavar, illetve ezek fluktuálása. A delírium, mint tünetcsoport, vala-

mely organikus ok következtében alakul ki, súlyos, sok esetben a beteg életét veszélyeztető állapot. A gyermekpopulációban leggyakoribb okok a következők: fertőzés (nem kizárólag központi idegrendszeri fertőzés), szerhasználat (iatrogén, vagy szerabúzus), vagy alkohol-, drogmegvonás, autoimmun betegségek, malignus kórképek, illetve szervelégtelenség. A delírium mortalitása, a hátterében feltehetően meghúzódó súlyos problémának köszönhetően, 20% körül van, így korai felismerése és kezelése kritikus fontosságú. A delírium felismerése gyermekkorban nehézkes lehet, hiszen míg a serdülőkori delírium megjelenésében a felnőtt populációban jól leírt tünetekkel jár, a fiatal gyermekkor, illetve a preverbális kor tüneteit gyakran igen nehéz észlelni. A főbb tünetek közé tartozik a figyelem zavara (nehezen kontaktusba vonható beteg), zavartság, érzelmi labilitás, agitáltság. A pre-verbális korban legjellemzőbb az apátia, vagy éppen agitáltság, a kisdied nehezen megnyugtatható. Amint azt korábban említettük, a delírium súlyos, életveszélyes állapot, mely az esetek jelentős részében intenzív terápiás ellátást tesz szükségessé. A nagyfokú nyugtalanság miatt benzodiazepineket (diazepam, clonazepam) alkalmazhatunk, a pszichotikus tünetek antipszichotikus kezelést (haloperidol) tesznek szükségessé. A haloperidollal van a legtöbb tapasztalat gyermekkorban és tekintettel alacsony anticholinerg és hypotensív mellékhatásspektrumára megglehetősen biztonságosan használható. Egyre több adat támasztja alá azonban egyéb szerek létjogosultságát a delírium tüneti kezelésében, mint például az olanzapin, vagy risperidon. Bizonyos felmérések szerint a hiperaktív tünetekkel járó delírium haloperidolra jobban reagál, míg a kevert, vagy hipoaktív forma esetében a risperidon részesítendő előnyben.

Katatónia miatt kialakult zavart, szokatán/bizarr viselkedés sürgősségi ellátása gyermek- és serdülőkorban

Ajánlás 16

Gyermekkorban katatónia esetén elsődlegesen alkalmazandó szer a benzodiazepin (diazepam). Amennyiben az antipszichotikus kezelés elkerülhetetlen, aripirazol vagy paliperidon adandó. Ineffektivitás esetén elektrokonvulzív terápia (ECT) alkalmazható.

A katatónia a pszichomotorium zavarát jelenti, előfordulhatnak izgalmi és gátlásos tünetek. Míg korábban a katatóniát a pszichiátriai klasszifikáció a szkizofrénia egy altípusa számára tartotta fenn, az újabb klasszifikációkban a katatónia alatt valamennyi stuporos állapottal járó tüneti manifesztációt értjük, legyen annak szkizofrénias, depressziós vagy organikus háttere. A katatónia differenciáldiagnosztikája során itt is fel kell hívnunk a figyelmet az anti-NMDA receptorelles encephalitis differenciálására, mivel ez az elsősorban serdülőkorban és inkább lányokban manifesztálódó autoimmun agyvelőgyulladás gyakran katatón tünetekkel is jár. Katatónia diagnózisát állíthatjuk fel, ha a klinikai képet az alábbiak közül 3 vagy több tünet uralja. Stupor (pszichomotoros aktivitás hiánya, nem viszonyul aktívan a környezethez); katalepszia (gravitáció ellenében kitarzott pozíció passzív indukciója); viaszhajlékonyság (a testhelyzet vizsgáló általi változtatásával szembeni enyhe, egyenletes ellenállás, majd a beteg, mint egy viaszbábu, minden külső impulzusnak utána enged. A legfurcsább testhelyzetet is felveheti, és esetleg ezt meg is tartja (cristallisatio); mutizmus (némaság); negativizmus (instrukciókkal vagy külső inge-

rekkel szembeni ellenállás vagy azokra adott reakciók hiánya); pózolás (valamilyen póz gravitációval szembeni spontán vagy aktív fenntartása); manierizmus (a normális cselekvések furcsa, körülményes karikatúrája); sztereotípiák (repetitív, nem célirányos mozdulatok abnormális frekvenciával); agitáció, melyet külső ingerek nem befolyásolnak; grimaszolás; echolália (hallott szavak visszamondása); echopraxia (látott mozdulatok ismétlése). A katatón állapot (akkor is ha pszichiátriai betegség tünete) sürgősségi ellátást igényel, intenzív osztályos felvétel is indokolt lehet. Súlyos negativizmus, a táplálkozás elutasítása esetén szükség lehet szondatáplálásra, vagy parenteralis táplálásra, ezen kívül benzodiazepinek adása javasolt. Katatón betegnél előfordulhat hirtelen tünetváltás, a stuporos állapot szélsőséges agitált állapotba mehet át. Fennáll a veszélye a minden előzmény nélküli drasztikus auto- és heteroagresszív viselkedésnek. Mindegyik állapot fatális kimenetelű is lehet a vegetatív funkciók súlyos zavara miatt. Ritkán előfordulhat centrális láz és tachycardia is, amely akár az életet veszélyeztető ún. Stauder-féle letális katatónia tüneti képét is mutathatja. Katatónia kezelésében elsőként választandó szer a benzodiazepin (lorazepam). Katatóniában az antipszichotikumok kerülendők, mivel a tüneteket súlyosbíthatják. Abban az esetben, ha mégsem elkerülhető az adásuk, akkor az antipszichotikumok közül a második generációs szerek alkalmazhatók, paliperidon, s különösen hatékony a parciális dopaminagonista hatással rendelkező aripirazol.

Az elektrokonvulzív kezelés (ECT) felnőttkorban jól bevált kezelési módozata a súlyos katatóniának, mely gyermekkorban is hatékonyan bizonyult.

Disszociatív állapotokban észlelhető zavart, szokatlan/bizarr viselkedés sürgősségi ellátása gyermek- és serdülőkorban

A disszociatív állapotok között a disszociatív identitászavar ún. abortív formái jelentik a legjelentősebb sürgősségi problémát. A korábbi pszichotraumák kapcsán a disszociatív elháritást működtető, önsértő vagy heteroagresszív magatartást mutató páciens viselkedése gyors változásokat mutat, látszólag minden értelmezhető ok nélkül hirtelen jelenik meg a magatartás megváltozása, a skarifikáció, vagy a heteroagresszív támadó viselkedés. A jelenség kapcsán akár „mikropszichotikus epizódok” is megjelenhetnek. Klinikai ritkaságnak számít a disszociatív fúga jelensége, amikor elkóborlás, motiválatlan elutazás hátterében disszociatív mechanizmusok állhatnak. Ez utóbbi esetében organikus tényezők is húzódnak (patológiás részegség, epilepszia), amelyek kizárása fontos. A disszociatív amnézia kellemetlen emlékek elfelejtését jelenti. Ilyen páciens jelentkezhet a sürgősségi ellátásban. Szupportív, humanisztikus pszichoterápiás alapú ellátói attitűd (empátia, tolerancia, kongruencia), súlyos esetekben benzodiazepin vagy antipszichotikum (haloperidol, risperidon) adása is indokolt lehet.

Egyéb pszichiátriai kórképek, melyek sürgősségi ellátást igényelhetnek

Pánikzavar

Visszatérő, súlyos szorongással járó rohamok, melyek hirtelen, minden kiváltó ok nélkül jelentkeznek, a beteg számára bejósolhatatlanul. Főbb tünetei a szédülés, ájulásérzés, remegés, végtagzsibbadás, hányinger, hasi diszkomfort,

mellkasi fájdalom, szívdobogásérzés, légszomj, deperszonalizáció, derealizáció, megőrüléstől és haláltól való félelem. A súlyos szorongás, illetve a pánikroham a beteg számára jelentős szenvedést okoz, mely miatt ezek a betegek gyakran kerülnek a sürgősségi betegellátásba. Fontos, hogy a háttérben álló organikus eredetű gyermekgyógyászati kórképeket kizárjuk, így súlyos szorongás, mellkasi panasz, légszomj, palpitáció esetén gondolnunk kell pneumothoraxra, szívritmuszavarra, hyperthyreosisra, intoxikációra (koffein, kannabisz, amfetamin), drogelvonnásra is. Természetesen egyéb pszichiátriai betegségek részjelensége is lehet a szorongás, így pszichózisban, hangulatzavarokban is előfordulhatnak. A szorongásos zavarok és pánikbetegség kezelésében a kognitív viselkedésterápia (CBT) és az SSRI-szerek („off-label”) javasolhatóak a gyermekeknél, ugyanakkor a sürgősségi ellátás keretében a benzodiazepinek adása az esetek egy részében nem nélkülözhető. A rövid időtartamú benzodiazepin-kezelés lehetővé teszi az akut tünetek redukcióját, hozzáférhetővé teszi a gyermeket a CBT számára.

Évészavar

Évészavar (anorexia nervosa, bulimia nervosa) következtében súlyos szomatikus és pszichiátriai komplikációk jelentkezhetnek, melyek szükségessé teszik a beteg kórházi kezelését. Veszélyeztető állapot esetén a beteg/hozzátartozó akaratára ellenére is indikálható a kórházi kényszergyógykezelés (72 órán belül bírósági szemle). Szomatikus veszélyeztetettségre utal az alacsony BMI ($<14 \text{ kg/m}^2$), hipokalémia, 45/perc alatti pulzusszám, kontrollvesztett táplálékfelvétel, étel-ital elutasítása. Pszichiátriai szempontból súlyos kockázati tényezőnek minősül a szuicid veszély, a súlyos depresszió és a társuló impul-

zuskontroll-zavarok. Ha a gyermekpszichiátriai osztályon gyermekgyógyász végzettségű kolléga is dolgozik, a gyermek kezelhető pszichiátriai osztályon a visszatáplálási időszakban, ha ilyen végzettségű kolléga nem elérhető, akkor a kezdeti fázisban intenzív osztályon vagy belgyógyászati osztályon kezelendő a beteg pszichiátriai kontroll mellett. Fontos kiemelni, hogy az újratáplálási szindróma részeként súlyos ioneltérések, következményes kardiális szövődmények és központi idegrendszeri komplikációk jelentkezhetnek.

Autizmuspektrum-zavar

Ajánlás 17

Autizmussal élő gyermek vagy serdülő agresszív magatartásának sürgősségi ellátása során különösen fontos a nyugodt, ingerszegény környezet és/vagy szenzoros megnyugtató segítő eszközök és az ún. vizuáliskártya-rendszer használata.

Ajánlás 18

Autizmussal élő, agresszív gyermek vagy serdülő agresszív magatartásának sürgősségi ellátása során haloperidol, mentális retardáció társulása esetén risperidon adható.

Sürgősségi pszichiátriai ellátás szükséges lehet autizmuspektrum-zavarral élő gyermekek esetében, ahol leggyakrabban pszichomotoros nyugtalanság, súlyos auto- és heteroagresszív viselkedés adja a kórházi felvétel indokát. Számos, az autizmussal élőkre jellemző faktor nehezítheti a sürgősségi osztályon dolgozó személyzet dolgát ilyen páciens ellátása esetén. Jellemzően nehezen, rugalmatlanul alkalmazkodnak a környezet bármely változásához, nyelvi nehézségeik lehetnek, vagy egyáltalán nem be-

szélnek és az állapothoz gyakorta társul kognitív deficit is. Nem utolsó sorban azok a szakemberek, akik a gyermekgyógyászati sürgősségi ellátásban dolgoznak, általában kevés specifikus ismerettel rendelkeznek az autista gyermekkel vagy serdülőkkel való kommunikációról. A megnyugtatót és a kommunikációt segítheti a minél ingerszegényebb, nyugodt, csendes környezet, a vizuális kártyák használata, szünetek, étkezés beiktatása a vizsgálat során, szenzoros játékok, médiaeszközök felajánlása. Fontos, hogy a hozzátartozót kikérdezzük azal kapcsolatban, hogy mi a feltételezett kiváltó oka az agresszív viselkedésnek, mivel gyakran a sztereotip magatartási mintázatok megzavarása, megváltoztatási kísérlete húzódik annak hátterében. Sokszor elegendő ezen kiváltó ok beazonosítása és eliminálása, az esetek egy jelentős részében azonban szükség van a gyógyszeres intervencióra. Nem állnak rendelkezésre randomizált, kontrollált vizsgálati eredmények a bizonyítottan hatékony pszichoaktív szerek alkalmazásával kapcsolatban autista betegek agresszivitásának kezelésében, s a hazai szabályozás szerint haloperidol, mentális retardáció társulása esetén risperidon adható. „Off-label” aripiprazol terápia is megkísérélhető. Érdemes figyelemmel lenni a korábban alkalmazott szerekkel kapcsolatos tapasztalatokra, ugyanis egyes szakértők szerint a nem tipikus reakciók (idioszinkrázia, paradox reakciók) gyakoribbak ebben a populációban.

Gyermekbántalmazás

Ajánlás 19

Az akut mentális tüneteket és/vagy viselkedési problémákat mutató páciensek sürgősségi ellátása során minden esetben fel kell mérni a bántalmazásra utaló jeleket, tüneteket.

A gyermekbántalmazás a szomatikus következmények mellett pszichiátriai tüneteket is eredményezhet, alkalmazkodási zavar szorongásos és/vagy depresszív tünetekkel és viselkedésváltozással jelentkezhet, szuicid magatartás jelenhet meg. Ismétlődő és/vagy súlyos esetekben poszttraumás stresszszavar tünettana is kialakulhat. Ezekben az esetekben a sürgősségi ellátás nem különbözik a fent leírtaktól, pszichiátriai betegség gyanúja esetén a pontos diagnózis felállítása és kezelése gyermekpszichiátriai ellátásban kell, hogy történjen. A fontos az, hogy a sürgősségi ellátás szakembere felismerje a bántalmazásra utaló jeleket, illetve a sürgősségi ellátás során a szomatikus következmények ellátása mellett szükség esetén krízisintervenció alkalmazandó.

Pszichiátriai kórképek gyógyszeres kezelésével összefüggő sürgősségi ellátást igénylő állapotok

Neuroleptikus malignus szindróma (NMS) a sürgősségi ellátásban

Ajánlás 20

NMS fennállása esetén az antipszichotikus kezelést le kell állítani. Szupportív terápia mellett és bromokriptin és dantrolen iv. adása indokolt.

Az antipszichotikus kezelés potenciálisan életveszélyes mellékhatása a neuroleptikus malignus szindróma, mely tünetegyüttes ki-

alakulhat dopamin agonista szerek elvonnásakor is. Megjelenése az első generációs antipszichotikumok alkalmazása mellett jóval gyakoribb volt, azonban ritkán második generációs szerek mellett is számítani kell a kialakulására. Tünetei hyperthermia, izzadás, rigor, tremor, izomfeszülés, akinézia, szapora szív-működés és légzés, hipertenzió, hyporeflexia, dilatált pupilla, tudatzavar. Az izmok károsodása miatt megemelkedik a kreatinin-kináz (CK), májenzimek és LDH szintje, emellett leukocitózis és metabolikus acidózis is megfigyelhető. Myoglobulinuria miatt vesekárosodás, veseelégtelenség alakulhat ki. A tünetek fokozatosan, néhány nap alatt fejlődnek ki. Ezen tünetek észlelése esetén intenzív terápiásápolásválik szükségessé. Az antipszichotikus terápiát le kell állítani, benzodiazepin-kezelés indítása javasolt. Lázcsillapítás, súlyosabb esetben dopamin agonista bromokriptin és izomrelaxáns dantrolen kiegészítő terápia indokoltá válik. Nagyon súlyos esetben légzés-, keringéstámogatás, dialízis is szükségessé válhat.

Az NMS differenciáldiagnosztikája kapcsán óvatos, de körültekintő klinikai megközelítés hangsúlyozandó. A katatónia és a neuroleptikus malignus szindróma tünetei között számos átfedés mutatkozik, mely sokszor differenciáldiagnosztikai problémát okozhat. Míg katatóniára jellemző a stupor és katalepszia mellett, hogy a betegek képesek egy adott mozgássorozat elindítására és végrehajtására, ugyanakkor a mozgássorozat lezárása már nem sikerül. NMS-ben

a súlyos izomrigiditás miatt a beteg nem tudja beindítani a mozgásokat, de nincsenek kényszerartások és motoros anozognózia. Ezen kívül a katatóniára jellemzőek még az affektív tünetek és a súlyos szorongás, valamint viselkedésszerű tünetek, mint sztereotípiák, perszeveráció, negativizmus, melyek NMS-ben nem típusosak. A klinikai hasonlóság, a patofiziológiai átfedések, a benzodiazepin és ECT-terápia hatékonysága alapján feltételezhető, hogy a két betegség ugyanazon spektrumba tartozó kórkép. A sürgősségi pszichiátriai gyakorlat szempontjából fontos felhívni a figyelmet arra, hogy míg mérsékelt CK-emelkedés súlyos pszichomotoros nyugtalanság, intramuszkuláris injekciós kezelés vagy rögzítés és konvulziók kapcsán is kialakulhat, addig a hyperthermia NMS-ben igen jelentős és a CK-emelkedés is igen kifejezett.

A szerotonin szindróma a sürgősségi ellátásban

Ajánlás 21

Szerotonin szindróma esetén az antidepresszáns-kezelést (SSRI) le kell állítani. Cypro-heptadin- és bezodiazepin (diazepam)-kezelés javasolt.

Az SSRI-szerek alkalmazása során jelentkező, ritka, súlyos mellékhatás a szerotonin szindróma. A szerotonin szindróma tünetei sok hasonlóságot mutatnak az NMS tüneteivel. Jellemző a hipertermia, hidegrázás, profúz izzadás, hányinger, hányás, hasmenés, tremor, izomrigiditás, hiperreflexia, mozgáskordinációs zavar, hipertónia, tachycardia, tachypnoe, tudatzavar. A tünetek rapidan, néhány óra leforgása alatt fejlődnek ki. A szerotonin szindróma és NMS elkülönítésében fontos, hogy míg szerotonin szindrómában hiperreflexia, hasmenés és főleg alsó végtagi izomrigiditás figyelhető meg, NMS-ben a reflexek csökkennek, a bélműködés enyhe. A szerotonin szindróma kezelésében fontos az SSRI leállítása, a folyadék- és elektrolitháztartás rendezése, lázcsillapítás, szerotonin antagonistá ciproheptadin és benzodiazepin adása.

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 diagnosztikai besorolása a BNO-10 klasszifikációs rendszer alapján történik.

Mellékletek

Ellenőrző kérdőívek, adatlapok

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

Paykel öngyilkossági skála
(PSS-kérdőív)

Ottawa Önsértő Kérdőív
(OSI-klinikai változat)

Rövid értékelés gyermekek és serdülők
agresszió kockázatáról (BRACHA)