

Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv -

A gyermekkori pszichózisok diagnosztikájáról és ellátásáról

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002089
Megjelenés dátuma:	2019. szeptember 10.
Érvényesség időtartama:	2019. szeptember 10. - 2022. augusztus 15.
Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárság
Megjelenés helye:	Egészségügyi Közlöny
Nyomtatott verzió:	http://kollegium.aEEK.hu
Elektronikus elérhetőség:	

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK	3
II. ELŐSZÓ	4
III. HATÓKÖR	4
IV. MEGHATÁROZÁSOK	5
1. Fogalmak	5
2. Rövidítések	5
3. Bizonyítékok szintje	6
4. Ajánlások rangsorolása	6
V. BEVEZETÉS	6
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	6
2. Felhasználói célcsoport	7
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel	7
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	8
VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ	23
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	23
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája	23
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok	23
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	24
IX. IRODALOM	24
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE	27
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja	27
2. Irodalomkeresés, szelekció	27
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja	27
4. Ajánlások kialakításának módszere	27
5. Véleményezés módszere	28
6. Független szakértői véleményezés módszere	28
XI. MELLÉKLET	28
1. Alkalmazást segítő dokumentumok	28

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat

Dr. Pászthy Bea PhD gyermekpszichiáter, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértők:

Dr. Csábi Györgyi PhD gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Dr. Herczeg Ilona gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Dr. Páli Eszter gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Dr. Szűcs Szabina gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Csecsemő és gyermekgyógyászat Tagozat

Prof. Dr. Balla György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

2. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat

Dr. Póta György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

3. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai Szakpszichológus

Dr. Császár-Nagy Noémi tagozatvezető, véleményező

4. Pszichiátria és pszichoterápia Tagozat

Dr. Németh Attila pszichiáter, tagozatvezető, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértettek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Magyar Gyermek és Ifjúságpszichiátriai és Társult Szakmák Társasága (MAGYIPETT)

Dr. Nagy Péter gyermek- és ifjúságpszichiáter, elnökhelyettes

Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT)

Dr. Molnár Károly pszichiáter, elnök

Magyar Gyermekorvosok Társasága

Dr. Velkey György csecsemő- és gyermekgyógyász, elnök

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. 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.

III. HATÓKÖR

Egészségügy kérdéskör:	bár az irányelv címében a pszichózis szerepel, elsősorban szkizofréria, szkizoaffektív zavar, szkizofreniform rendellenesség, attenuált pszichózis szindróma a gyermek- és serdülőkorban kérdéskört öleli fel, és nem tárgyalja az egyéb eredetű pszichózisokat. Azokat csak differenciál diagnosztikus szempontból említi
Ellátási folyamat szakaszai:	diagnosztika, kezelés, gondozás, rehabilitáció
Érintett ellátottak köre:	gyermekek, serdülők, akiknél fennáll a lehetősége a szkizofrén, szkizoaffektív ill., szkizofreniform zavarnak, attenuált pszichózis szindrómának
Érintett ellátók köre:	
Szakterület:	0500 csecsemő-és gyermekgyógyászat 1800 pszichiátria 1805 pszichoterápia 2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria 2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció 6302 házi gyermekorvosi ellátás 6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás 7104 pszichoterápia (klinikai szakpszichológusi képesítéssel)
Ellátási forma:	J1 járóbeteg-szakellátás, szakrendelés J7 járóbeteg-szakellátás,- gondozás F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg- ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás F4 fekvőbeteg-szakellátás, rehabilitációs ellátás A1 alapellátás, alapellátás E1 egyéb szolgáltatás, bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézményben szervezett egészségügyi ellátás E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások”
Progresszivitási szint:	I-II-III. szint.
Egyéb specifikáció:	Nincs.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Akatázia: motoros nyugtalanság, mozgáskényszer. [1]

Derealizáció: a külső valóság megváltozott észlelését jelentő pszichopatológiai tünet. [1]

Deperszonalizáció: a személy saját magára vonatkozó megváltozott észleléseit jelentő pszichopatológiai tünet. [1]

Disztónia: akaratlan izomösszehúzódások által kiváltott végtagmerevség vagy kóros testtartás, ami fájdalommal jár. [1]

Echolália: szavak vagy mondatok visszhangszerű ismétlése. [1]

Echopraxia: másik egyén mozdulatainak, akaratlan utánzása. [1]

Expressed Emotion; Kifejezett Érzelem: olyan családi interakciós mintázatok, illetve kapcsolati sajátságok, melyek legfőbb jellemzői a túlinvolváltság, érzelmileg túlfűtött viselkedés, kritikusság, ellenségeség, ambivalens elvárások a pszichiátriai zavarban szenvedő családtag irányában. [1]

Flashback: korábbi (gyakran traumatikus) emlékek akaratlan betörése a tudatba. [1]

Flexibilitas cerea: viaszhajlékonyság, mely a testhelyzet vizsgáló általi változtatásával szembeni enyhe, egyenletes ellenállás. A beteg, mint egy viaszbábu, minden külső impulzusnak engedve furcsa testtartást vehet fel. [1]

Inkoherencia: gondolkodás alaki zavara, a célképzet elvesztése miatti asszociációs zavar okozza. [1]

Mutizmus: némaság, mely nem magyarázható halláskárosodással, vagy beszédzavarral. [1]

Neologizma: új, jelentés nélküli szó alkotása. [1]

Pszichózis: tünettanilag diagnózissal, amelynek hátterében egymástól etiopatogenezisükben és kimenetelükben is jelentősen eltérő betegségek állnak. A pszichotikus állapot megjelölés ilyen módon összefoglaló jellegű, jellemző a realitáshoz való kapcsolat mélyreható zavara, pozitív tünetek és /vagy negatív tünetek fennállása, időben intermittáló lefolyás. [1]

Relapszus: visszaesés. [1]

Reziliencia: lelki rugalmasság. [1]

Stupor: pszichomotoros gátoltság legsúlyosabb formája, melyben a beteg negativisztikus és mutisztikus. [1]

Szkizofrénia: az elmeműködés zavara, melyet a különböző pszichés működések, mint pl. észrebevés, gondolkodás, érzelmi élet, motiváció, valóságérzékelés, magatartás kóros eltérései jellemeznek, változatos szociális működési problémák kíséretében. A jellegzetes tünetek legalább egy hónapon keresztül (sikeres kezelést követően rövidebb ideig), de egyes jegyek hat hónapon túl is fennállnak. [1]

Szkizofreniform zavar: a szkizofréniára jellemző tünettan legalább egy hónapon keresztül (sikeres kezelést követően rövidebb ideig) és legfeljebb 6 hónapon keresztül áll fenn. [1]

Szkizoaffektív zavar: a szkizofrénia tüneteinek fennállásával egyidejűleg major hangulati (major depressziós vagy mániás) epizód is jelen van. A téveszmék és hallucinációk legalább 2 héten keresztül fennállnak major (depressziós vagy mániás) hangulati tünetek nélkül is. [1]

Vulnerabilitás: sérülékenység, ami hajlamosít a betegség kialakulására. [1]

2. Rövidítések

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder - Hiperaktív-figyelemzavar

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome - Szerzett immunhiányos szindróma

BNO-10: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, verzió 10

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale - Rövid pszichiátriai értékelés skálája

CBT: Cognitive Behavioural Therapy - Kognitív viselkedés terápia

COMT: Catechol-O-methyltransferase - Katekol-O-metiltransferáz

CPK: Creatine phosphokinase - Kreatin-foszfokináz

CRT: Cognitive Remediation Therapy - Kognitív gyógyító terápia

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition - Diagnosztikai és statisztikai kézikönyv a mentális zavarokról, ötödik kiadás

DUP: Duration of Untreated Psychosis - A kezeletlen pszichózis időtartama

ECT: Electroconvulsive Therapy - Elektrokonvulzív terápia

EEG: Electroencephalogram

EKG: Elektrokardiográfia

Gyermek M.I.N.I.I.: Mini-International Neuropsychiatric Interview For Children And Adolescents (MINI Kid) - Mini-nemzetközi neuropszichiátriai interjú gyerekeknek és serdülőknek (MINI gyerek)

HbA1c: Hemoglobin A1c (glikohemoglobin)

im.: intramuszkuláris

MMPI-A: Minnesota Multiphasic Personality Inventory Adolescent - Minnesota többfázisú személyiségkészség-teszt tizenéveseknek

MRI: Magnetic Resonance Imaging - Mágneses rezonancia képalkotás

NICE: National Institute for Health And Care Excellence - Az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete
NMDA: N-methyl-D-aspartate - N-metil-D-aszpartát
NMS: Neuroleptikus Malignus Szindróma
PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale - Pozitív és negatív szindróma skála
PRIME-Study: Prevention Through Risk Identification, Management, and Education - Megelőzés kockázati azonosítással, kezeléssel és oktatással
PTSD: Post-traumatic Stress Disorder - Poszttraumás stressz zavar
RCT: Randomized Controlled Trial - Véletlenszerű szabályozott klinikai vizsgálat
TAT: Thematic Apperception Test - Tematikus apperception teszt
WHO - World Health Organization- Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

Jelen irányelv kidolgozásánál elsősorban a National Institute for Health and Care Excellence, „NICE” által meghatározott alapelveket és ajánlásokat fogadtuk el irányadóként, azonban törekedtünk egy a hazai viszonyokhoz leginkább illeszkedő szakmai konszenzus összefoglalására.

- 1++ Az eredmények olyan magas minőségű meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba lehetősége.
1+ Az eredmények jól kivitelezett meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba lehetősége.
1⁻ Az eredmények meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba lehetősége.
2++ Az eredmények jó minőségű kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatok szisztematikus irodalmi áttekintéséből, vagy olyan jó minőségű kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba és a zavaró hatások esélye, továbbá a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége nagy.
2+ Az eredmények jól kivitelezett kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége közepes.
2⁻ Az eredmények olyan kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti kapcsolat nagy valószínűséggel nem okozati jellegű.
3 Az eredmények nem kísérleti tanulmányból származnak, pl. esettanulmányok, esetsorozatok.
4 Az eredmények szakmai véleményen, (szakmai kollégium, kutatócsoport, vagy a szakterület vezető egyéniségeinek szakértői véleményén) alapulnak.

4. Ajánlások rangsorolása

- A:** Az ajánlások legalább 1 ++ fokozatú bizonyítéknak számító meta-analízisen, vagy rendszerezett irodalmi áttekintésen alapulnak, és a saját populációra jól adaptálhatók vagy legalább 1+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak.
B: Az ajánlások legalább 2++ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak, vagy 1++ és 1+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.
C: Az ajánlások legalább 2+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak vagy 2++ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.
D: Az ajánlások 3-4 szintű bizonyítékon vagy 2+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

A bemutatott bizonyítékbesorolást a 2013-as NICE bizonyítékértelmezése alapján, módosítás nélkül vettük át. Azokon a szöveghelyeken, ahol külön nem jelöltük az evidenciaszinteket, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás. Az ajánlásokat alátámasztó bizonyítékokat az ajánlások szakmai részletezésénél tárgyaljuk.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A gyermekkori pszichotikus állapotok előfordulási gyakoriságával kapcsolatban nem állnak rendelkezésre részletes vizsgálatokon alapuló hazai szakirodalmi adatok. Nemzetközi epidemiológiai vizsgálatok szerint a szkizofrénia incidenciája a populációban 0,22 ezrelék, az élettartam prevalencia 0,4-1,4% között mozog, átlagosan 1%. [14, 15]. Prepubertás korban a szkizofrénia nagyon ritkán fordul elő, 1,6-1,9 /100 000 [10, 11, 12, 13]. 14 éves kor után az adolezcens korban a prevalencia gyorsan nő. Az első pszichotikus tünetek az esetek 20-

40%-ában 20 éves kor előtt jelennek meg, a férfiak esetében a 15-25 éves kor, a nőknél a 25-35 éves kor elsősorban a jellemző [1, 2]. A gyermek-és serdülőkorú megbetegedésben megkülönböztetjük a 12 éves kor előtt kialakuló „igen korai kezdetű szkizofréniát”, valamint a 13-18 éves korban kezdődő „korai kezdetű szkizofréniát”. A szkizofrén megbetegedések összességét nézve 19 éves kor előtt kezdődik a szkizofrén megbetegedések 22%-a [3]. A szkizofrénia a preadoleszcens korban gyakoribb fiúkban, 2:1, az adoleszcens kortól az előfordulási gyakoriság kiegyenlítődik 1:1. A betegség kiemelt népegészségügyi jelentőségét az adja, hogy a beteg súlyos funkcióromlását idézi elő, gyakran élethosszig tartó gyógyszeres kezelést igényel. A WHO szerint a szkizofrénia a rokkantságot okozó leggyakoribb 10 betegség között szerepel [4]. A mortalitási arány jelentősen magasabb az átlagnépességhez viszonyítva, melyben a magas öngyilkossági arány (a betegek közel 10% halálozik el szuicidium miatt), a gyakoribb erőszakos halál és a belgyógyászati betegségek magasabb gyakorisága játszik szerepet. A szkizofréniában szenvedők esetében gyakoribb a dohányzáshoz köthető testi betegségek előfordulása, az obezitás és a diabetes mellitus. A betegség prognózisa szempontjából kiemelt fontosságú a diagnózis mielőbbi felállítása és a hatékony terápia elindítása.

2. Felhasználói célcsoport

Jelen irányelv célja, hogy a hazai gyermekpszichiátriai ellátást végző szakorvosi/szakorvosjelölti/szakpszichológusi/háziorvosi/házi gyermekorvosi kör számára egységes útmutató álljon rendelkezésre. Az intervenciók által célzott populáció a 18 év alatti gyermekek és serdülők, akiknél a legkülönbözőbb helyszíneken (otthon, nevelőintézet, iskola, egészségügy, stb.) pszichotikus magatartás jelenik meg. Az intervenciók alkalmazását végzők csoportja pedig mindazok a felnőttek, akik gyerekek felügyeletét, gondozását, oktatását, gyógyítását végzik.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2013. 52:976–990 [5]. https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(13)00112-3/abstract
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	- (APA), American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). American Psychiatric Association, San Francisco DC. 2013. [6]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777342/
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Starling J, Feijo I. - "Schizophrenia and Other Psychotic Disorders of Early Onset." In IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, by IACAPAP 2012. [7] http://iacapap.org/wp-content/uploads/H.5-SCHIZOPHRENIA-072012.pdf
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	NCCMH: National Collaborating Centre for Mental Health. 2010. - Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. Updated edition. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists 2010. [8]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20704054
Szerző(k): Tudományos szervezet:	- NICE: National Institute for Health and Care Excellence Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People:

Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Recognition and Management. NICE guideline, Published: 2013 https://www.nice.org.uk/guidance/CG1552013 (letöltés dátuma: 2017. 12.13.) [9]
---	---

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelvvel

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban

Cím:	002078 sz. Egészségügyi Szakmai Irányelv A gyermek- és serdülőkori akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról
Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Egészségügyi Közlöny 20:2406-2438 (2018) http://kollegium.aeek.hu
Cím:	002071 sz. Egészségügyi szakmai irányelv „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
Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Egészségügyi Közlöny: 20:2376-2405 (2018) http://kollegium.aeek.hu

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Szkizofrénia

Bevezetés

A szkizofrénia okai jelenleg még nem egyértelműek. Nincs egyetlen kiváltó ok, amely a betegség a genetikai, biológiai, pszichológiai és szociális faktorok komplex interakciójának eredményeképpen manifesztálódik. A szkizofrénia kialakulásának szempontjából elkülöníthetünk korai és késői idegfejlődési zavart [16, 17].

A korai idegfejlődési zavar esetében a prenatális és/vagy perinatális időszakban manifesztálódik valamilyen genetikai vagy epigenetikai ok, amely károsítja az agy fejlődését, elsősorban a neuronok migrációját és a szinapszisok proliferációját. A központi idegrendszeri strukturális eltérések a korai kezdetű szkizofréniában kifejezettek [18].

A késői idegfejlődési zavar esetében egy a kamaszkorban fiziológiásan megjelenő természetes folyamat, az ún. szinaptikus elimináció vagy szinaptikus kimetszés válik diszfunkcionálissá. Míg a hallucinációk, téveszmék jelentkezéséért a mezolimbikus struktúrák szinapszisainak magasabb dopamin koncentrációja felelős, addig a negatív tünetek és a kognitív tünetek háttérben a prefrontális lebeny alacsonyabb dopamin koncentrációja áll [19].

Kockázati tényezők

A szkizofrénia öröklődése nem mendeli jellegű, a fenotípus több gén összjátékának, illetve a genotípus és az epigenetikai tényezők interakciójának az eredménye.

Kendler 1986-ban nagyszámú ikervizsgálat eredményeit elemezte, mely alapján monoizigóta ikrek esetében 59,2%-os, dizigóta ikrek esetében 15,2%-os konkordanciát talált, mely eredmények megerősítik a gén-környezet interakció szerepét [20].

További ikerkutatások igazolták, hogy a szülőben előforduló szkizofrénia növeli a betegség rizikóját az utódokban különösen akkor, ha mindkét szülő érintett, illetve ha a nevelkedés során a külső környezeti tényezők is szuboptimálisak [21, 22]. A szkizofrénia rizikója jelentősen megnő az első fokú rokonok körében, így egy testvér rizikója a betegségre 10,1%, a gyermekeké 12,8% abban az esetben, ha szkizofrén testvére vagy szülője van a személynek összehasonlítva az átlagnépesség 0,85%-os kockázatával [23]. A szkizofréniában szenvedő prepubertális gyermekeknél magas arányban, közel 10%-ban találtak citogenetikai abnormalitásokat, mint deléción, duplikáción [17, 24].

Gyermekbántalmazás fontos környezeti rizikófaktor lehet a betegség kialakulásában, az összefüggés „dózis-hatás” jellegű, amelyet az ún. „traumatogén neurodevelopmentális modell” foglal össze [25].

A vizsgálatok szerint a drogfogyasztás rizikófaktornak tekinthető, különösen fiataloknál, 15 éves kor előtti droghasználat esetén. Abban az esetben, ha a dopamint bontó katekol-O-metil-transzferáz (COMT) valin-valin

funkcionális polimorfizmusa áll fenn, a cannabishasználat 15-szörösére emeli a szkizofrénia kialakulásának a kockázatát szemben a valin-metionin és metionin-metionin genotípusokkal [26].

Védőfaktorok

A magas genetikai rizikót hordozó betegekben a védő, támogató családi környezet protektív faktorként szerepel a pszichózis kifejlődése vonatkozásában [27]. Az alacsony „Expressed Emotion” a családtagok részéről szintén csökkenti a tünetek manifesztációját a rizikócsoporthoz, továbbá csökkenti a relapszus rátát.

Ajánlás1

A pszichózisok elkülönítéséhez, diagnózisához feltétlen szükséges a BNO-10 és a DSM-5 diagnosztikus rendszerek alapos ismerete [5, 6, 7, 69]. (C)

1. számú táblázat. A szkizofrénia diagnosztikus kategóriái a BNO-10 és a DSM-5 alapján [69, 6]

BNO-10 diagnosztikus kategóriák		DSM-5 diagnosztikus kategóriák	
F20.0	Paranoid szkizofrénia	293.89	Katatónia
F20.1	Hebefrénia	295.40	Szkizofreniform zavar
F20.2	Kataton szkizofrénia	295.70	Szkizoaffektív zavar
F20.3	Nem differenciálható szkizofrénia	295.90	Szkizofrénia
F20.4	Szkizofrénia utáni depresszió	297.10	Paranoid pszichotikus zavar
F20.5	Reziduális szkizofrénia	298.80	Rövid pszichotikus zavar
F20.6	Szkizofrénia simplex	301.22	Szkizotípiás zavar
F20.8	Egyéb szkizofrénia Coenaesthopatias szkizofrénia Szkizofreniform zavar k.m.n. Szkizofreniform pszichózis k.m.n.		Szer/gyógyszer kiváltotta pszichotikus zavar
Az egyes diagnosztikus kategóriák részletes leírását lásd a mellékletben			

Ajánlás2

Gyermek és serdülőkorban jelentkező pszichózisok esetén nem mellőzhetők a részletes anamnézis, valamint a belgyógyászati és neurológiai (szükség esetén) eszközös vizsgálatok [28]. (A)

Diagnózisalkotás

Az anamnézis és a beteg vizsgálata alapján a diagnózist a BNO-10 és a DSM-5 diagnosztikus kritériumrendszere alapján állítjuk fel (lásd XI. Melléklet: egyéb dokumentumok). A pszichotikus állapot fennállásának megállapításához alapvetően figyelembe kell venni a gyermek korának és fejlettségi szintjének befolyásoló szerepét, melyek erőteljesen színezik a gyermekkori pszichózis klinikai képét [28].

Anamnézis

A diagnózis felállításában elengedhetetlen a mindenre kiterjedő, részletes anamnézis felvétel, mely elsőként az akut állapot tüneteit és a bekerülés körülményeit célozza meg. Második lépésben fontos, hogy információt kapjunk a terhesség lefolyásáról, a születés körülményeiről, a pszichomotoros fejlődés mérföldköveiről, a szocializációról, a közösségbe kerülés körülményeiről és a tanulmányi eredményekről. A gyermekek többségénél premorbid pszichiátriai problémák észlelhetők, így ADHD, magatartászavar, autizmus spektrum zavar tünetei. A diagnózis felállításához szükséges a fejlődéstörténet részletes elemzése, különös tekintettel a premorbid zavarokra. A szülőknél/hozzátartozókon kívül célszerű adatokat gyűjteni - ha a szülő engedélyezi - a fiatal

mindennapi életének egyéb szereplőitől is, tanároktól, barátoktól. A korábban a gyermeket kezelőktől szerzett információk begyűjtése, dokumentálása fontos.

Fizikális vizsgálatok

Részletes belgyógyászati és neurológiai vizsgálat szükséges minden esetben. A mindenre kiterjedő fizikális vizsgálat során észlelt eltérések segíthetnek a pszichotikus állapot hátterében álló esetleges organikus okok kizárásában. Fontos a súly, magasság, vérnyomás és pulzus értékek rögzítése a terápia indítása előtt.

Laboratóriumi vizsgálatok, egyéb eszközös vizsgálatok

Teljes vércép, elektrolit, vese-májfunkció, prolaktin, pajzsmirigy hormonok, lipidek, HbA1C vizsgálat javasolt, szerhasználat gyanúja esetén toxikológiai vizsgálat is elvégzendő. Temporális epilepszia, encephalitis, kizárása céljából EEG vizsgálat indokolt. Koponya MR vizsgálat elvégzése javasolt az agy esetleges strukturális léziójának megítélése céljából. Kardiológiai vizsgálat szükséges az antipszichotikus kezelés bevezetése előtt az ismert kardiális mellékhatások miatt. Genetikai teszt elvégzése akkor indokolt, ha felmerül annak lehetősége, hogy a pszichotikus állapot hátterében valamely speciális genetikai meghatározottságú betegség áll (pl. DiGeorge szindróma 22q deléción, Wilson-kór, leukodystrophia). Ha a klinikai tünettől alapján felmerül infektív vagy autoimmun encephalitis lehetősége, szükséges a lumbál punctio és a specifikus antitestek meghatározása vérből és liquorból.

Tesztek

BPRS (rövid pszichiátriai beszélőskála), PANSS (pozitív és negatív tünetek skálája), Gyermek M.I.N.I. [29], MMPI-A, Rorschach teszt, Szondi teszt, TAT, Világjáték teszt, Neuropszichológiai tesztek.

Az akut pszichózisok diagnosztikájának menete

A diagnózis felállításánál követni kell BNO-10, és a DSM-5 kritériumokat. Az átfogó diagnosztikai értékelésnek tartalmaznia kell a korábbi egészségügyi dokumentációkat, és egyéb rendelkezésre álló információkat, a pszichotikus állapottal kapcsolatos megállapításokat: pl. pszichés státusz, tünetek jellege, betegség lefolyása. Ugyancsak tartalmaznia kell a befolyásoló tényezőket, pl. fejlődési rendellenességek, hangulati zavarok, trauma az előtörténetben, szerhasználat.

A tünetek súlyossága meghatározza az akut pszichózisok diagnosztikájának menetét. A pszichotikus tünetek súlyossága jelentős időbeni változékonyságot mutathat, „váratlan” felerősödésük, az agitáltság fokozódása, gyors, gyakran azonnali döntést igényel. Az agitált állapot predispozíciót jelent az auto- és heteroagresszív magatartás, a kifejezetten violens viselkedés kialakulására. Az agitált állapot nehezíti, illetve korlátozza a részletes, adekvát szomatikus és pszichiátriai betegvizsgálatot. Ezekben a sürgősségi helyzetekben nem a pontos pszichiátriai diagnózis felállítása az elsődleges cél, hanem a beteg állapotának gyors rendezése. A szomatikus fenyegetettség felmérése és a vitális jelek vizsgálata mindig alapvető jelentőségű az akut pszichotikus agitációban. A kockázatok felmérésekor külön figyelmet kell fordítani az előzményekben szereplő auto- és heteroagresszív magatartásra, komorbid alkohol és/vagy más pszichoaktív szer abúzusra, a beteg észlelésekor pedig az imperatív hallucinációkra és a szuicidalitásra utaló jelekre.

Differenciáldiagnózis

Első lépésként el kell dönteni, hogy a gyermek vagy serdülő által jelzett tünetek valóban pszichotikus betegség megnyilvánulásai-e, vagy valamely más zavarra utalnak (pl. depressziós serdülő negatív automatikus gondolatai, szorongásos zavarokhoz társuló félelmek) [7]. A felmerülő tünetek felmérése mindig a normál fejlődés kontextusában kell, hogy történjen. A pszichózissal járó betegségek gyermek- és fiatalkorban - különösen 12 év alatt - ritkák. Sok gyermek és serdülő jelez hallucinációkra és téveszmékre utaló tüneteket anélkül, hogy valóban fennállna pszichózis. Ez eredhet a gyermekek élénk fantáziájából, kognitív eltérésekből, vagy a kérdés egyszerű félreértéséből. Felmérések során PTSD, viselkedészavar és/vagy depresszió fennállása esetén a gyermekek és serdülők (különösen, ha bántalmazás szerepelt az anamnézisben) gyakrabban jeleztek pszichotikus jellegű tüneteket, mint a kontroll csoportok. Ez tükrözhet disszociatív tüneteket és/vagy szorongást (beleértve intruzív (betolakodó) gondolatokat/félelmeket, derealizációs vagy deperszonalizációs élményeket). Mindamellettszkizofrénia diagnózisa esetén is gyakori az anamnézisben a trauma jelenléte, így a traumához kötődő tünetek és a valódi pszichózis elkülönítése komoly és meghatározó diagnosztikus kihívást jelenthet [5].

Szkizofrénia és egyéb pszichiátriai zavarok differenciál diagnózisa a DSM-5 alapján [6]

Major depressziós zavar vagy bipoláris zavar pszichotikus vagy katatón tünetekkel:

A megkülönböztetés a hangulati zavar és pszichózis időbeli kapcsolatától függ, illetve a depresszív vagy mániás tünetek súlyosságától. Ha a téveszmék vagy hallucinációk kizárólag a major depressziós vagy mániás epizód során jelentkeznek, a diagnózis depressziós vagy bipoláris zavar, pszichotikus tünetekkel.

Szkizoaffektív zavar:

A szkizoaffektív zavar diagnózisa megköveteli, hogy a major depressziós vagy mániás epizód egyidejűleg legyen jelen az aktív fázis tüneteivel (de minimum 2 olyan hét szükséges, mikor a szkizofrén tünetek

hangulatzavar tünetei nélkül állnak fenn), illetve, hogy a hangulati tünetek az aktív periódusok teljes időtartamának nagyobb részében jelen legyenek.

Szkizofreniform zavar és rövid pszichotikus zavar:

Ezen zavarok rövidebb időtartamúak, mint a szkizofrénia („C kritérium”), amihez a tünetek 6 hónapos fennállása szükséges. Szkizofreniform zavarban az eltérések kevesebb, mint 6 hónapja állnak fenn, rövid pszichotikus zavar esetében pedig legalább 1 napig, de kevesebb, mint 1 hónapig.

Deluzív (téveszmés) zavar:

A deluzív zavar azáltal különíthető el a szkizofréniától, hogy a téveszmék mellett nem állnak fenn a szkizofréniára jellemző egyéb tünetek (pl. kifejezett hallási vagy vizuális hallucinációk, dezorganizált beszéd, nagymértékben dezorganizált vagy kataton viselkedés, negatív tünetek).

Szkizotípiás személyiség zavar:

A szkizotípiás személyiségzavar azáltal különíthető el a szkizofréniától, hogy a tünetek küszöb alattiak, és perzisztáló személyiségvonásokkal állnak összefüggésben.

Obszesszív-kompulzív zavar és test diszmorfiás zavar:

Obszesszív-kompulzív zavarral és test diszmorfiás zavarral élő egyéneknél is jelen lehet csekély vagy hiányzó belátás, és az aggodalmak elérhetnek deluzív mértéket. Azonban ezen zavarok megkülönböztethetők a szkizofréniától az előtérben álló obszessziók, kompulziók, a test megjelenésével vagy szagával kapcsolatos aggodalmak, gyűjtögetés vagy testre fókuszáló repetitív viselkedések révén.

Poszttraumás stressz zavar:

Poszttraumás stressz zavar esetén előfordulhatnak hallucinatoros jellegű flashback-ek, illetve a fokozott éberség (hipervigilancia) elérhet paranoid mértéket. Azonban a diagnózishoz szükséges egy traumatikus esemény és jellegzetes tünetek, amelyek az esemény újraéléséhez vagy újrajátszásához kapcsolódnak.

Autizmus spektrum zavar vagy kommunikációs zavarok:

Ezen zavarok szintén járhatnak pszichotikus epizódra emlékeztető tünetekkel, azonban megkülönböztethetők a társulói szociális interakciós deficitek, rugalmatlan viselkedések és egyéb kognitív és kommunikációs deficitek révén. A korábbi életkori kezdet, illetve a normál fejlődésmentet mutató időszak hiánya segíthet az elkülönítésben. A korai kezdetű szkizofréniára jellemző premorbid abnormalitások általában kevésbé pervazívak és súlyosak, mint autizmus esetében [5]. Az autizmus spektrum zavarral vagy kommunikációs zavarral élő egyénnél akkor diagnosztizálható komorbid betegségként szkizofrénia, ha a szkizofrénia teljes kritériumrendszerét teljesítik a tünetek, kifejezett hallucinációkkal vagy téveszmékkel legalább egy hónapon keresztül.

Egyéb pszichotikus epizóddal járó mentális zavarok:

Delírium esetén előfordulhatnak pszichotikus tünetek, de ezek időbeli lefolyása kapcsolatot mutat a zavarnak megfelelő kognitív változások kezdetével. Drog/gyógyszerindukálta pszichotikus zavar jelentkezhet a szkizofrénia „A kritériumainak” megfelelő tünetekkel, de általában elkülöníthető a szerhasználatnak megfelelő időbeli kezdettel, és a pszichózis remissziójával a szerhasználat megszűnésekor.

Lefolyás, prognózis

A szkizofrénia relapszusokkal járó betegség, amelyek között a beteg remisszióban van, a kórlefordulás során premorbid, prodromális szakasz, első epizód, relapszusok és remisszió különíthetők el.

A gyermekkori indulású szkizofrénia rosszabb prognózisú, mint a felnőttkori indulású. Azoknál a gyermekeknél, akik teljes remisszióba kerültek, a remisszió a pszichózis indulását követő 3 hónapon belül történt, míg, akiknél a pszichózisra utaló tünetek 6 hónapon túl is fennálltak, mindössze 15 % esélyük volt a teljes remisszió elérésére [18]. A rossz kimenetelt valószínűsíti a premorbid stádiumban jelen lévő szociális funkciózavar, a kognitív funkciók zavara, az első epizód elhúzódó időtartama, a nem kezelt pszichózis idejének az elhúzódó volta („extended duration of untreated psychosis DUP”) és a negatív tünetek jelenléte [30]. A szkizofréniában szenvedő betegek általános egészségi állapota rosszabb, mint egészséges társaiké, a várható élettartam 16-25 évvel kevesebb, melynek oka kb. 1/3 arányban öngyilkosság, 2/3 arányban kardiovaszkuláris, pulmonális ok valamint infekció [31]. A kardiovaszkuláris megbetegedések hátterében a szkizofrén betegeknek gyakori rizikófaktorok fellelhetők, így dohányzás, obesitás, diszlipidémia, csökkent glükóz tolerancia, hipertónia, mely utóbbi 4 rizikó faktor összefüggésbe hozható az antipszichotikumok metabolikus mellékhatásával is.

A szkizofrén pszichózisok kezelése

Kezelési kompetenciák az ellátás különböző szintjein

Ajánlás3

Sürgősséggel szakellátásba (gyermek- és serdülőpszichiátriai ellátás) kell utalni minden gyermeket és serdülőt, akinél első alkalommal jelentkező, tartósan fennálló pszichotikus tünetek észlelhetők. (A)

A házi orvosoknak legalább évente egyszer monitorozni kell a pszichotikus gyermekek és serdülők fizikális egészségét. Minél korábban azonosítani kell azon pszichotikus gyermekeket és serdülőket, akiknél dohányzás

vagy magasvérnyomás, emelkedett lipidszint vagy derékkörfogat áll fenn, és monitorozni kell őket kardiovaszkuláris betegségek és diabétesz megjelenése irányában.

A Terápiás intervenciók

A gyermek és a serdülő korban a szkizofrénia kezelése multimodális megközelítést kíván, azaz gyógyszeres, pszichoterápiás, pszichoszociális, család-orientált intézkedéseket és a kronicizálódó jellegű esetekben rehabilitációs eljárásokat.

Farmakológiai beavatkozások

Az akut pszichózisok gyógyszeres kezelése

Az akut pszichózisok heterogén etiopatogeneze miatt minden kórképet átfogó, egységes kezelési ajánlás megfogalmazása nem lehetséges. A legtöbb tudományos bizonyítékon alapuló adattal az akut szkizofrénia és rokon zavarok kezelésében rendelkezünk.

A terápiás megfontolásokat elsősorban a NICE gyermek-és ifjúkori pszichózis kezelési irányelvei, valamint a Pszichiátriai Szakmai Kollégium Szkizofrénia szakmai irányelve és gyakorlati tapasztalatok alapján írjuk [2, 9]. Amennyiben a pszichotikus állapot organikus betegség, szerhasználat, vagy gyógyszerhatás következménye, az alap megbetegedés kezelése az elsődleges.

Antipszichotikus kezelés (lásd 1. számú ábra)

Ajánlás4

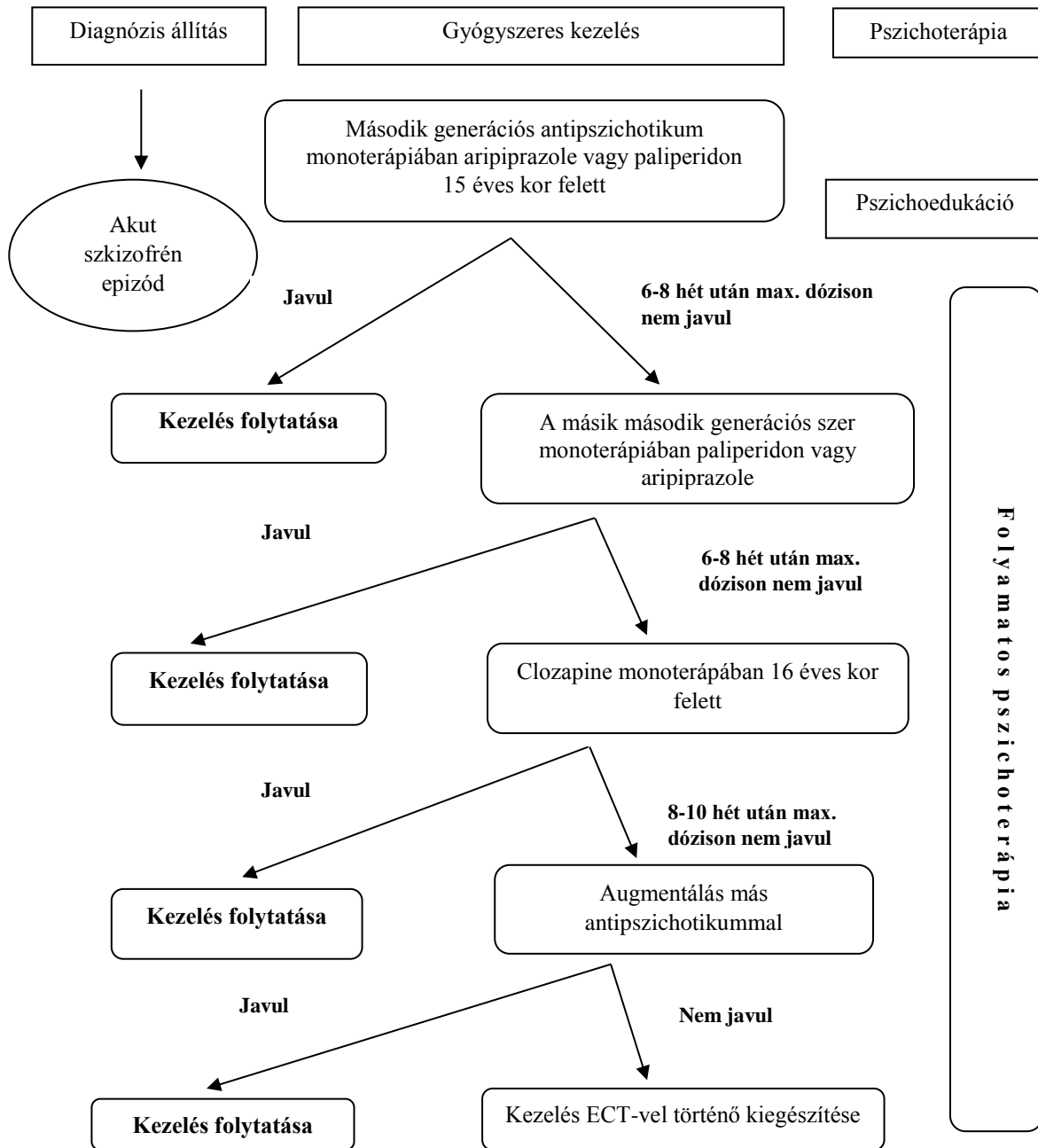
A gyermekkori szkizofrénia kezelésében a jelenlegi hazai szabályozás szerint aripiprazole és paliperidon adható. Mindkét szer csak 15 éves kor felett alkalmazható. 6-8 hét érdemi javulás nélküli időszak, terápia rezisztencia esetén 16 éves kor felett clozapine alkalmazása javasolt [32, 33, 34, 35, 36]. (A)

Ajánlás5

A kezdeti akut fázisban, súlyosan veszélyeztető magatartás esetén 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 [2, 9, 37]. (C)

1. számú ábra. A szkizofrénia kezelési algoritmus a serdülőkorban [34, 35, 36]

Haloperidol az OGYEI előírás szerint 13 éves kortól a kezelés bármelyik fázisában engedélyezett



Az akut pszichózisok kezelésének alappilléret az antipszichotikus kezelés képezi, amely csak ritka és kivételes esetekben nélkülözhető. Az antipszichotikus kezelést a beteg észlelése után többnyire azonnal meg kell kezdeni, mivel a terápia késedelmes bevezetése fokozza a veszélyhelyzetek kialakulásának rizikóját és meghosszabbíthatja a tüneti remisszió időtartamát. Kivételesen a kezelés megkezdése néhány nappal halasztható, ha a diagnózis megerősítése szükséges, vagy ha a betegnél gyors tüneti javulás jelentkezik a környezeti stressz hatásoktól való mentesítése után. A kezelés késedelmes megkezdése a kórkép hosszú távú kedvezőtlen kimenetelét okozhatja [32].

Akut szkizofrén epizódban elsődleges cél az agitáltság csökkentése, majd ennek mérséklődése, illetve megszűnése után a legfontosabb feladat a pozitív tünetek visszaszorítása. Az antipszichotikus kezelés elsődleges fontosságú a szkizofrénia és szkizofrénia szerű állapotok (spektrum zavarok) esetében a gyermek és serdülő korcsoportban. Az antipszichotikus farmakoterápia hatékonysága jól bizonyított a felnőtt korban megjelenő szkizofrénia akut szakaszának kezelésében. A második generációs szereket tekintik általánosan előnyösebbnek a gyógyszeres terápiában. Ugyanakkor nagy, felnőttek körében végzett vizsgálatok felvetik a lehetőségét, hogy a második generációs szerek hatékonysága nem minden esetben írja felül az első generációs szereket [33]. Az antipszichotikus szerek közül a második generációs gyógyszerek az elsőként választandó szerként ajánlottak a korai szkizofrénia és szkizofrénia-szerű zavarok kezelésében is. Kevés összehasonlító vizsgálat áll rendelkezésre a korcsoportban hatékonyság és biztonságosság szempontjából [34].

A hosszúhatású antipszichotikumokat nem vizsgálták a gyermek korcsoportban, a szerekkel járó hosszú távú mellékhatások miatt. A magyar gyógyszer törvény alapján csak abban az esetben alkalmazható egy szer, ha annak alkalmazási előírataiban szerepel. Ennek a ténynek a figyelembe vételével, valamint a NICE guideline alapján az első választandó szer atípusos, második generációs antipszichotikum, azon belül az **aripiprazole** és **paliperidon**. Megjegyzendő, hogy a jelenlegi magyar szabályozás szerint a serdülőkorban adható paliperidon interakciós potenciálja a korábban adható, de jelenleg már nem törzskönyvezett risperidonnal összehasonlítva alacsonyabb [35, 36]. A paliperidon és az aripiprazol csak 15 éves kor felett alkalmazható. 6-8 hét érdemi javulás nélküli időszak, terápia rezisztencia esetén 16 éves kor felett alkalmazható **clozapine**. Azon gyermekek és serdülők esetében, akiknél a betegség nem reagál megfelelően a clozapin optimalizált dózisára sem, multidiszciplináris átértékelés, a fenti ajánlások ismételt áttekintése szükséges (beleértve a gyógyszerek vérszintjének monitorozását is), mielőtt a clozapin kezelés augmentálására egy második antipszichotikum kerülne bevezetésre. Egy ilyen augmentáció megfelelő tesztelése akár 8-10 hetet is igénybe vesz. Olyan gyógyszert szükséges választani, amely nem fokozza a clozapin gyakori mellékhatásait.

A NICE ajánlása a típusos antipszichotikumok alkalmazásáról nem tesz említést. A hazai gyakorlatban a típusos magas potenciálú antipszichotikumokra jellemző módon - miszerint effektívek a pozitív tünetek, érzécsalódások, téveszmék visszaszorításában, és hatékonyak az agitáció, agresszió, feszültség szempontjából is - a jó hatáserősségű, 13 éves kor felett adható haloperidol gyakran használt szer a kezelés kezdeti időszakában. A jelenlegi hazai szabályozás szerint 18 év alatti életkorban nem alkalmazható atípusos szer parenterálisan. Súlyos pszichotikus állapot, veszélyeztető tünetek esetében az utóbbiak megakadályozására főképpen fizikai korlátozó intézkedések használatára szorul az ellátás, mely erőteljes etikai kérdéseket vet fel [37]. Ha erre kerül sor, vegyük figyelembe az „Egészségügyi szakmai irányelv 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” ajánlásait.

A második generációs szerek legalább annyira hatékonyak, mint az első generációs gyógyszerek, mellékhatásprofiljuk azonban kedvezőbb, kisebb valószínűséggel okoznak extrapiramidális mellékhatásokat. A második generációs szerek ezen túl hatékonyak olyan tünetek és funkciók javításában, melyekben az első generációs szerek nem: pl. negatív, depressziós tünetek, kognitív hiányosságok, életminőség. Hatásukban jelentőséget tulajdonítanak annak, hogy a dopamin receptor antagonizmus mellett a szerotonin receptorokon is szignifikáns hatást fejtenek ki, és a dopamin receptorokhoz való lazább kötődés miatt azokról könnyebben disszociálódnak [9].

Antipszichotikus farmakoterápia jellegzetességei

Az antipszichotikumok dózisának titrálása empirikus folyamat, cél a legkisebb hatékony dózis fenntartása, a mellékhatások minimalizálása céljából. A terápiás válasz megítélésénél a kezelőszemélyzet és a hozzátartozók információjára is támaszkodni kell. A kedvező terápiás válasz már az első két hétben kialakulhat, de a klinikai javulás hiánya esetén terápiás döntést a kezelés 6. hete előtt ne hozzunk. Ha a beteg állapota nem javul, érdemes megvizsgálni az alkalmazott dózis nagyságát, a beteg együttműködését és felszívódási zavar vagy szokatlan gyógyszer-metabolizmus lehetőségét. A fentiek kizárása után az új atípusos szerek csoportjából egy másikat ajánlott választani és azt hatékony dózisban, monoterápiában kell alkalmazni. Ha a második új atípusos szer alkalmazása sem jár eredménnyel, clozapine alkalmazása jön szóba. Az új atípusos antipszichotikumok akut pszichózisokban történő alkalmazása során - a hagyományos szerekkel szemben - csak ritkán jelentkeznek olyan

mellékhatások, melyek a kezelés megszakításához vezetnek. Az atípusos antipszichotikum kezelés mellett leginkább a szedáció, elhízás befolyásolhatja kedvezőtlenül a kezeléssel való együttműködést, de ezek a problémák inkább a hosszú távú kezelés során jelentkeznek [32]. Ha az alkalmazott antipszichotikus kezelés hatására a várható időtartamon belül nincs kielégítő tüneti és/vagy funkcióbeli javulás; és/vagy a kezelés mellékhatásait a beteg nem tolerálja, akkor terápia-rezisztencia áll fenn. A terápia-rezisztencia tartós fennállása a kórkép hosszú távú, rossz prognózisát és súlyos szövődmények kialakulását vetíti előre. Az előbbieken említett szerekre nem reagáló betegekben a clozapine hatásosságát a legerősebb tudományos bizonyítékok támasztják alá. A clozapine kedvezően befolyásolja a szkizofrén betegek szuicidalitását és violens magatartását is. Potenciális hematológiai mellékhatása miatt a rendszeres laboratóriumi vizsgálatokat külön előírás szabályozza. A görcs-küszöböt befolyásoló mellékhatása miatt EEG ellenőrzés is szükséges. A lehetséges mellékhatások miatt a clozapine általában harmadik választott szerként adható a rezisztenciára utaló bizonyítékok mellett. Clozapinnal történő kezelés esetén fontos a rendszeres vérkép ellenőrzés: a fehérvérsejt és abszolút neutrofil szám ellenőrzése, különösen az első 6 hónapban, az agranulocitózis elkerülése céljából.

A folyamatos gyógyszeres kezelés biztosítja a legtöbb esetben a funkciók javítását és a relapszus megelőzését a korcsoportban. A megszakított antipszichotikus kezelés szignifikánsan emeli a visszaesés kockázatát. Hosszú remissziós időszak esetén, néha felmerül a gyógyszerelés fokozatos megszüntetése. Feltétlen indokolt az időszakos ellenőrzés az esetlegesen kialakuló újabb epizód megelőzése érdekében.

Antipszichotikumok mellékhatásai (lásd. 2. számú táblázat)

2. számú táblázat. Az antipszichotikumok mellékhatásai [2, 5, 9, 32, 34, 37, 38]

Név	Mellékhatások	Ellenőrzést igényel
Haloperidol Aripiprazole Paliperidon	<p>extrapiramidális mellékhatások</p> <p>szedáció, elhízás, metabolikus szindróma</p> <p>hosszú távon diabétesz, hiperlipidémia, koleszterin és/vagy triglicerid emelkedés</p> <p>kardiovaszkuláris problémák</p> <p>hyperprolactinaemia</p>	<p>Neurológiai vizsgálat izomtónus, tremor, akatíziás tünetek akut disztónia</p> <p>testsúly, testtömeg index, éhgyomri vércukor, triglicerid, koleszterin érték követése, vérnyomás, haskörfogat mérése májfunkciós értékek</p> <p>EKG (QT megnyúlás)</p> <p>prolactin szint</p>
Clozapine	<p>szedáció, elhízás, agranulocitózis görcsküszöb emelkedése hyperprolactinaemia</p>	<p>testsúly, testtömeg index mérése, fehérvérsejtszám rendszeres követése, EEG prolactin szint</p>

Metabolikus és kardiológiai mellékhatások

Antipszichotikus szerek alkalmazásakor folyamatos monitorizálás szükséges - eleinte havonta, később 2-3 havonta - a második generációs szerek alkalmazása esetén a súlygyarapodás és metabolikus funkciók ellenőrzése szempontjából. Hosszú távon diabétesz és hiperlipidémia jelentkezhet. Az egyes vizsgálatoknál tapasztalt (risperidon, quetiapin, aripiprazole) koleszterin és/vagy triglicerid emelkedés előrevetíti a metabolikus és kardiovaszkuláris problémák kockázatát. Testsúly ellenőrzés, testtömeg-index, éhgyomri vércukor, triglicerid, koleszterin érték figyelemmel kísérése, vérnyomás, haskörfogat mérése szükséges. A beteg és hozzátartozói figyelmét fel kell hívni a testmozgás és az egészséges életmód fontosságára. Amennyiben a betegnél jelentős súlygyarapodás vagy metabolikus szindróma - elhízás, magas vérnyomás, diszlipidémia, inzulin rezisztencia - alakul ki, felmerül egy alacsonyabb metabolikus kockázatú szer alkalmazása, vagy kiegészítő szer (pl. metformin) beállítása. Kardiológiai mellékhatásként értékelendők az EKG elváltozások (QT intervallum

megnyúlása). Felnőtt betegeknel hagyományos és atípusos antipszichotikumok alkalmazásához kapcsolódóan emelkedik a hirtelen halál kockázata. Gyermek populációban a hirtelen halál nagyon ritka, mindazonáltal tisztában kell lenni az antipszichotikumok kardiális mellékhatásaival, beleértve a QT intervallum megnyúlását és annak megfelelő nyomonkövetését [5].

Endokrinológiai mellékhatások

A hyperprolactinaemia nőkben galactorrheát, menstruáció zavarokat, hyperandrogenismust, férfiakban gynecomastiát, libidócsökkenést, impotenciát okozhat. A második generációs szerek közül a clozapine indukál legkevésbé prolaktinszint emelkedést.

Az antipszichotikus kezeléshez gyakran társul testsúlygyarapodás, a második generációs alkalmazható szerek közül a clozapine szedése mellett van legnagyobb rizikója a testsúlygyarapodásnak. Az életmódbeli változások csökkenthetik az antipszichotikus terápiával járó testsúlynövekedést.

A jelenlegi farmakoepidemiológiai vizsgálatok szerint a diabetes prevalenciája magasabb súlyos mentális betegségekben szenvedőknél. A szkizofrén betegek a 2-es típusú diabetes kialakulása szempontjából fokozottan veszélyeztetett populációt alkotnak. Változatlanul tisztázatlan, hogy a diabetes incidenciájának és kockázatának növekedése intrinsic (pl. genetikai fogékonyág) vagy extrinsic (pl. kezeléssel összefüggő) tényezőkkel, vagy magukkal az antipszichotikumokkal kezelt pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos. A diabetes kialakulásának rizikóját szkizofrén betegekben leginkább a clozapine növelheti.

Extrapiramidális mellékhatások

A hagyományos antipszichotikumok által okozott mellékhatások között a leggyakoribbak az extrapiramidális mellékhatások: az akut disztónia, parkinsonizmus és az akatízia. Krónikus formájuk a tardív diszkinézia. Az akut disztónia jelensége több mint 90%-ban a kezelés első 4 napján jelenik meg, elsősorban fiatal férfi páciensek esetében, főleg, ha korábban már tapasztaltak akut disztóniás reakciót, valamint akkor, ha a beteg még nem kapott típusos magas-potenciálú antipszichotikumot.

A Parkinson szindróma jellegzetes tünetei közé tartozik a mimikátlan arc, merev testtartás, a csoszogó járás, a nyálcsorgás. Az akatíziát nyugtalanság, feszültség, járkálás, az egy helyben maradásra képtelenség jellemzi. A disztóniás, parkinsonos tünetek antikolinerg hatásmechanizmusú szerekkel (pl. biperiden) csökkenthetők.

Extrapiramidális mellékhatások időnként előfordulhatnak második generációs szerek alkalmazása esetén is. Az akut extrapiramidális mellékhatások elkerülése érdekében antiparkinson szerek profilaktikus alkalmazása célszerű lehet, különösen azon alkalmakkor, amikor az az előtörténetben szerepel. Az akut szak lezajlása után, alacsonyabb dózisú antipszichotikus kezelés mellett újra kell értékelni ezen szerek szükségességét, hosszútávú kezelés esetén sok betegnél szükségtelenek. A második generációs szerek közül a risperidone indukálhat leginkább extrapiramidális tüneteket, de ez általában csak magasabb dózisoknál fordul elő. A clozapine kezelés mellett volt legkisebb az extrapiramidális tünetek incidenciája.

Egyéb lehetséges mellékhatások

Egyéb lehetséges mellékhatás a szedáció, ortosztatis hipotonia, szexuális diszfunkció, emelkedett máj transzamináz értékek

Neuroleptikus malignus szindróma

Az antipszichotikus kezelés potenciálisan életveszélyes mellékhatása a neuroleptikus malignus szindróma. Tünetei: izomfeszülés, magas láz, szapora szív működés, tudatzavar. A dopamin rendszer egyensúlyának felborulása miatti jelentős izomfeszülés az izmok károsodásával jár együtt, a CPK megemelkedik, vesekárosodás, veseelégtelenség alakulhat ki. Ezen tünetek észlelése esetén intenzív terápiás ápolás válik szükségessé. Az antipszichotikus terápiát le kell állítani, benzodiazepin kezelés indítása mellett. Lázcsillapítás, súlyosabb esetben dopamin agonista bromokriptin és izomrelaxáns dantrolen kiegészítő terápia indokoltá válik. Nagyon súlyos esetben légzés-, keringéstámogatás, dialízis is szükségessé válhat.

A katatónia és a neuroleptikus malignus szindróma tünetei között számos átfedés mutatkozik, mely sokszor differenciáldiagnosztikai problémát okozhat [38].

Kiegészítő gyógyszeres kezelések

A szkizofrénia spektrum megbetegedések egyes eseteiben jótékony hatásúak lehetnek a kiegészítő gyógyszeres kezelések az antipszichotikumok esetleges mellékhatásaként jelentkező tünetek miatt (pl. agitáció, hangulati labilitás, depresszív tünetek). A klinikai gyakorlatban gyakran használt szerek az antiparkinson gyógyszerek (extrapiramidális mellékhatások), béta-blokkolók (akatízia), hangulatstabilizálók, antidepresszívumok vagy benzodiazepinek szorongás, inszomnia, akatízia esetén. A benzodiazepinek általánosan használtak első választandó szerként katatónia fennállásakor. Nem állnak rendelkezésre olyan szisztematikus vizsgálatok, melyek módszeresen javasolnák a kiegészítő gyógyszeres kezeléseket a szkizofréniaszerű kórképekben, korcsoportban. A gyógyszerelésre vonatkozó általános javaslatok a polipragmaziát kiemelten elkerülendőként kezelik. A szkizoaffektív kórképekben természetesen szükséges lehet hangulatstabilizáló, vagy antidepresszív szer beállítása, de szisztematikus vizsgálat nem áll rendelkezésre [5].

Elektrokonvulzív terápia

Gyermek és serdülő korcsoportban, hazánkban nem alkalmazott módszer az ECT (elektrokonvulzív terápia), mely gyógyszer rezisztens esetekben, katatóniában és neuroleptikus malignus szindróma (NMS) kezelésében jöhet szóba [9].

Pszichológiai és pszichoszociális intervenciók, rehabilitáció

Ajánlás6

A pszichoedukáció a rutin ellátás részét kell, hogy képezze. Ennek során a gyermeknek és a szülőnek részletes, strukturált tájékoztatást kell adni a betegséggel kapcsolatos tudnivalókról [7]. (B)

Compliance, adherencia

A szkizofrénia kezelésében alapvető fontosságú a páciens és családjának együttműködése a kezeléssel. Az együttműködést korábban a compliance fogalmával írták le, manapság az adherencia, a terápiás hűség fogalma az elfogadottabb, mely a korábbi alá-fölérendeltségi viszony helyett az orvos-páciens együttműködést hangsúlyozza, az utasítások betartásán túl figyelembe veszi a beteg szükségleteit is [39, 40]. A korai pszichoszociális felépülést specifikusan célzó beavatkozások kiemelt jelentőséggel bírnak [41].

Pszichoedukáció

A sikeres terápia elengedhetetlen feltétele, hogy a páciens és családja minél több ismeretet szerezzen a betegség természetéről. A képzés a családdal való munkával, családterápiával egészülhet ki, melynek célja elsősorban a családi kommunikáció javítása. A képzés folyamatos, végig kíséri a betegség minden fázisát [2].

A pszichoedukáció a rutin ellátás részét kell, hogy képezze. Ennek során a gyermek vagy serdülő, illetve a szülő/gondviselő részletes, strukturált tájékoztatást, oktatást kap a betegséggel kapcsolatos tudnivalókról [7, 42].

A pszichoedukáció történhet egyéni vagy csoportos formában. Hatékony pszichoedukáció esetén csökken a relapszusok előfordulása, mivel javul a gyógyszeres kezeléshez való adherencia, csökkennek a maladaptív viselkedések (pl. káros szerhasználat), és lehetővé válik a tünetek korai felismerése [43].

Adaptív coping készségek elsajátítása és problémamegoldó tréning szintén részét képezheti a pszichoedukációs folyamatnak. Fontos kitérni - a pszichiátriai kórképek, így a szkizofrénia relapszusok kapcsán is figyelmet érdemlő adverbz családi milió, ezen belül az - 1970-80-as évek óta vizsgált „expressed emotion” szerepére [44, 45]. Az „expressed emotion” egy sor különféle minőségű családi interakciós mintázatként, illetve kapcsolati jellemzőként határozható meg, melynek legfőbb jellemzői a túlinvolvált, érzelmileg túlfűtött viselkedés, kritikusság, ellenségesség, ambivalens elvárások [46]. Gyermek- és serdülőkori pszichózisok és szkizofrénia esetén meglepően kevés tanulmány foglalkozik a kérdéssel [47]. Mindazonáltal a felnőttkori evidenciák alapján az „expressed emotion” csökkentése (a pszichoedukáció, illetve családi intervenciók részeként) csökkenti a relapszusok és ismételt kórházi felvételek arányát.

Művészetterápiák

Ajánlás7

Minden gyermek- és serdülőkori pszichózis esetén mérlegelni kell a művészetterápiás lehetőségeket (mint például tánc/mozgás-, zene-, képzőművészeti vagy drámaterápia), elsősorban a negatív tünetek csökkentése érdekében. A terápia megkezdhető akár az akut fázisban vagy a későbbi ellátás során [9]. (B)

A művészetterápiák olyan komplex terápiás eljárások, amelyek a pszichoterápiás technikákat a kreatív kifejezőkészséget ösztönző tevékenységekkel kombinálják.

Minden művészetterápiában a kreatív folyamatot egy specifikus terápiás keretben történő önkifejezés elősegítésére használják. A cél az, hogy az egyén képes legyen más formában megtapasztalni önmagát és új kapcsolódási módokat kialakítani mások felé.

Klinikai evidencia: 18 év alatti korcsoportra vonatkozóan csupán egy RCT készült, így javasolt a felnőttekre vonatkozó evidenciák figyelembe vétele: 6 RCT alapján azt találták, hogy a művészetterápiák hatékonyak a negatív tünetek csökkentésében [8, 48].

Mindezek alapján ajánlott a művészetterápiák alkalmazása gyermek- és serdülőkori pszichózisok akut epizódjának kezelésére. Ennek megvalósítását pszichotikus gyermekekkel és serdülőkkel való munkában jártas, regisztrált művészetterapeuták végezhetik.

Kognitív-viselkedésterápia (CBT)

Ajánlás8

CBT ajánlott minden pszichotikus gyermek vagy serdülő részére, kiemelt tekintettel a tünetek redukciójára. Ez elkezdhető az akut fázisban, beleértve a kórházi ellátás idejét is, vagy a későbbi ellátás során. CBT ajánlott a felépülés támogatására perzisztáló pozitív és negatív tünetek és remisszió esetében is [9]. (B)

Olyan specifikus pszichológiai intervenció, ahol a kliens összefüggéseket tárhat fel a gondolatai, érzései és cselekedetei között, valamint újraértékeli az észleléseit, hiedelmeit vagy következtetéseit a céltünetek vonatkozásában.

Klinikai evidencia: 25 év alatti gyermekek és fiatalok esetében kevés tanulmány (6 RCT) alapján alacsony szintű evidenciákat találtak, melyek alapján a CBT nem hatékonyabb, mint az egyéb ellátások. A felnőtt evidenciák figyelembe vétele javasolt, melyek több vonatkozásban (ismételt hospitalizáció, valamint a tünetek gyakoriságának és időtartamának csökkentése) effektívnek találták a CBT-t (31 RCT) szkizofrénia kezelésében [8].

A NICE guideline döntése szerint ajánlott a CBT az antipszichotikus gyógyszerelés kiegészítésére pszichotikus gyermekek és serdülők esetén, mind tünetcsökkentés, mind relapszus prevenciós céllal. Különösen fontos a gyermek vagy serdülő kognitív fejlettségét figyelembe venni, és a CBT-t ennek megfelelően a korosztály jellemzőire szabni.

Családi intervenciók

Ajánlás9

Családi intervenció antipszichotikus gyógyszeres kezeléssel együtt alkalmazva ajánlott minden pszichotikus gyermek vagy serdülő részére, kiemelt tekintettel a relapszusok prevenciójára és csökkentésére. Ez elkezdhető az akut fázisban, vagy a későbbi ellátás során is [9]. (B)

Olyan specifikus pszichológiai intervenciók, ahol a családi üléseknek specifikus szupportív, edukatív vagy terápiás szerepe van.

Klinikai evidencia: 25 év alatti gyermekek és fiatalok esetében nem áll rendelkezésre evidencia (2 RCT szerint a családi intervenció nem hatékonyabb, mint a kontroll módszer). A felnőtt evidenciák (32 RCT) figyelembe vétele javasolt, melyek jelentős evidenciát találtak a családi intervenciók hatékonyságára vonatkozóan (csökkent a visszaesések aránya, kórházi felvételek száma, tünetek súlyossága, javult a szociális funkcionalitás és a páciens tájékozottsága a zavarra vonatkozóan) [8].

A NICE guideline hangsúlyozza a család bevonásának kiemelt fontosságát a gyermek és serdülő páciensek esetében, tekintettel a függő helyzetükre és fejlődésbeli sajátoságaikra. Ajánlja a családi intervenciót antipszichotikus gyógyszeres kezeléssel együtt alkalmazva tünetredukció és relapszus prevenció céljából. A családi intervenció a pszichotikus gyermekkel együtt történik, 3 hónap és 1 év közötti időtartam során kerül kivitelezésre, legalább 10 ülésből áll. Különösen azon családok esetében javasolt a családi intervenció, ahol a pszichotikus gyermeknél vagy serdülőnél relapszus következett be, vagy magas annak rizikója, hogy perzisztálnak a tünetek.

Oktatás

Ajánlás10

A pszichózissal diagnosztizált gyermekeket speciális oktatási szükségletűeknek kell tekinteni, és egyénre szabott oktatási tervet kell kidolgozni számukra. A cél érdekében fel kell venni a kapcsolatot a gyermek pedagógusaival és a Pedagógiai Szakszolgálattal, melyet optimális esetben a Gyermekjóléti Szolgálat szociális munkása végez [9]. (D)

A korai kezdetű pszichózissal diagnosztizált gyermekeket speciális oktatási szükségletűnek kell tekinteni, és egyénre szabott oktatási tervet igényelnek. A gyermek iskolájával és Pedagógiai Szakszolgálattal való kapcsolatfelvétel meg kell, hogy történjen a szükségleteinek megfelelő terv kialakítása érdekében. Alap felmérések hasznosak lehetnek, így a gyermek vagy serdülő tanulmányi előrehaladása nyomon követhető, és lehetővé teszi a megfelelő tervezést. Azon gyermekek és serdülők számára, akik a pszichotikus epizód kapcsán nem tudják a normál iskolát látogatni, alternatív oktatási lehetőségeket kell keresni.

Klinikai evidencia: Tanulmányok nem állnak rendelkezésre, a NICE guideline-ban szakmai konszenzus alapján történt az ajánlások kidolgozása.

Pszichotikus tünetekkel járó belgyógyászati és neurológiai zavarok [49]

Ajánlás11

A szkizofrénia diagnózis felállítása előtt gondoljunk arra, hogy hasonló tüneteket mérgezők és organikus betegségek is okozhatnak, ezek kivizsgálása - gyanú esetén - feltétlen javasolt. (C)

- Pszichoaktív szerek által indukált pszichotikus zavar (kannabisz, amfetamin, kokain, fenciklidin (PCP), hallucinogének, alkoholos hallucinózis, antikolinerg szerek, barbiturát megvonás, belladonna alkaloidok, kortikoszteroidok, antiparkinson szerek)
- Epilepszia (temporális lebeny)
- Cerebrális tumor (frontális vagy limbikus)
- Központi idegrendszer fertőzései (herpesz encephalitis, neuroszifilisz, Creutzfeldt-Jakob betegség, AIDS)
- Autoimmun encephalitiszek (elsősorban az NMDA-receptor ellenes encephalitisz [50])
- Normál-nyomású hydrocephalus
- Szisztémás lupus erythematosus
- Akut intermittáló porfiria
- Endokrinopátiák (hipoglikémia, hipertireózis, Cushing-szindróma, pheochromocytoma)
- B12-hiány, pellagra
- Szénmonoxid mérgezés, nehézfém mérgezés (arzén, ólom, higany)
- Anyagcsere-zavarok (homocystinuria, Wilson-kór, Niemann Pick-kór (C típus), Fabry-betegség, stb.)
- Genetikai szindrómák (pl. velokardiofaciális [22q11] szindróma)

Ajánlás12

Ha a páciens gondolkodása vagy viselkedése feltűnő, bizarr, - a sedülőkorban megszokott konvencionális elutasító magatartást erősen meghaladja -, gondoljunk a pszichózist megelőző állapotokra [51, 52, 53, 54]. (C)

Nagy rizikót jelentő mentális állapotok/pszichózis rizikó szindróma

Az elmúlt mintegy két évtizedben egyre növekvő hangsúly került a korai felismerésre és intervencióra, a pszichózis megjelenésének késleltetése és lehetőség szerinti megakadályozása céljából. Fontos a pszichózis korai felismerése, hogy csökkenjen a kezeletlen pszichózis időtartama (DUP: duration of untreated psychosis), mely a pszichózis kritériumainak megfelelő pozitív tünetek megjelenésétől a megfelelő kezelésig tartó időperiódust jelenti. A késve kezdett kezelés a betegség kedvezőtlenebb kimenetelét okozhatja, hat hónapos késés esetén szignifikánsan rosszabbnak találták a korai felépülés esélyét [51, 52].

A prodroma-kutatások sorában kiemelendő az Ausztráliában, Yung, McGorry és munkatársai által vezetett PACE-Study (Personal Assessment and Crisis Evaluation) és az USA-ban, a Yale egyetemen, Miller, McGlashan és munkatársai által koordinált PRIME-Study (Prevention Through Risk Identification, Management, and Education) [53, 54].

Megbízható és valid vizsgálatokkal meghatározásra kerültek az ún. "Pszichózis rizikó szindróma" jellegzetességei és tünetei, melyek alapján a betegséget megelőző rizikó-állapotok 3 formája körvonalazódott a következő kritériumokkal [55]:

- Attenuált (szubklinikai) pozitív tünetek szindrómája
Gyanakvó, vonatkoztatásos gondolatok, furcsa hiedelmek, mágikus gondolkodás, perceptuális eltérések (árnyak, morajlások érzékelése), furcsa, zavaros gondolkodás vagy beszéd, furcsa megjelenés, viselkedés van jelen, de enyhébb formában, a pszichotikus zavar szintjét nem éri el.
- Rövid intermittáló pszichózis
Valódi pszichotikus szintű abnormális gondolati tartalom, gyanakvás, grandiozitás, perceptuális eltérések, inkoherens beszéd jelenik meg rövid ideig, spontán rendeződő, de visszatérő jelleggel.
- Genetikai kockázat és funkcionális romlás kombinációja

Első fokú rokonok között pszichotikus zavar fordul elő, vagy szkizotípiás személyiségzavar áll fenn az egyénnél, és emellett az elmúlt évben jelentős általános pszichoszociális funkcionális hanyatlás következett be.

Ezek az állapotok több évvel előzhetik meg a pszichózis kialakulását. A szaksegítségért kérők körében a pszichózis irányába történő konverziós ráta a vizsgálatokban alkalmazott módszerek különbözősége (retrospektív, prospektív, a követés eltérő időtartama) miatt eltérő. Zuschlag és munkatársai 43,4 %, Fusar-Poli és munkatársai 27 tanulmány adataiból nyert összesítéssel 29,2%, nagyságúnak találták [56]. Nelson és munkatársai egy hosszú távú követéses vizsgálatban a 10 évre becsült konverziós rátát 34,9 %-ban állapították meg [57]. A legnagyobb kockázatot az első két év jelenti, de 10 év elteltével is megfigyeltek pszichózisba való átmenetet.

A legtöbb Pszichózis rizikó szindrómával azonosított gyermeknél más mentális problémák vegyes képe is megfigyelhető (pl. depresszió, szorongás, szerhasználat, személyiségzavar irányába mutató fejlődés), melyek célzott intervenciókat igényelhetnek.

Az Attenuált pszichózis szindróma bekerült a DSM-5 egyéb meghatározott szkizofrénia spektrum és egyéb pszichotikus zavarok (F28) kategóriájába, és a további vizsgálatokat igénylő állapotokról szóló (III.) fejezetébe.

Attenuált pszichózis szindróma

A DSM-5 szerint javasolt kritériumok [6]:

- A.** Legalább egy az alábbi tünetekből jelen van, gyengített formában, relatíve intakt realitás-teszteléssel, és eléggé súlyos vagy gyakori ahhoz, hogy klinikai figyelmet kapjon:
 - 1. Téveszmék
 - 2. Hallucinációk
 - 3. Dezorganizált beszéd
- B.** A tünetek az elmúlt hónapban legalább heti egyszer jelen voltak.
- C.** A tünetek az elmúlt évben kezdődtek vagy rosszabbodtak.
- D.** A tünetek eléggé zavaróak vagy akadályozóak az egyén számára ahhoz, hogy klinikai figyelmet kapjanak.
- E.** A tünetek nem magyarázhatóak jobban más mentális betegséggel, köztük pszichotikus tünetekkel járó depresszív vagy bipoláris zavarral, és nem tulajdoníthatók valamilyen szer vagy más medikális állapot fiziológiai hatásának.
- F.** Semmilyen pszichotikus zavar kritériumai soha nem teljesültek.

A DSM-5 részletezése szerint az Attenuált pszichózis szindróma fontos jellemzője, hogy pszichózis-szerű állapot, de a pszichotikus zavar szintjét nem éri el [6]. A tünetek kevésbé súlyosak, átmenetiek, és az azokra való rálátás relatíve megtartott. Olyan zavar, mely manifeszt patológián, észlelhető károsodott funkcionáláson és disztrezsen alapul. Az egyén, vagy környezete olyan változásokat észlelnek, melyek a megváltozott mentális állapotra utalnak.

Az attenuált téveszmék jellegük szerint különböző tartalmúak lehetnek. Vonatkoztatásos, üldöztetéses, gyanakvó gondolatok lehetnek jelen, kevésbé súlyos formában másokat megbízhatatlannak, rosszindulatúnak feltételeznek, súlyosabb esetben veszélyes vagy ellenséges intenciókat feltételezhetnek, ezek a téveszmék azonban nem fix természetűek, ellentétben a pszichózisban észleltekkal. Jelen lehetnek grandiózus jellegű gondolatok, melyek enyhébb esetben tehetségességről, speciális képességekről szóló elképzelések dédelgetéséről szólnak, súlyosabb esetben felsőbbrendűséggel kapcsolatos meggyőződést jelenthetnek, melyek nem reális tervekhez, befektetésekhez vezethetnek.

Az attenuált hallucinációk esetében auditoros vagy vizuális jellegű szenzoros percepcióváltozások jelenhetnek meg. Enyhébb foknál alakatlan képek (pl. árnyak, nyomok, fények) vagy nem jól definiált hangok (pl. morajlás, dörgés) vannak jelen, melyek szokatlannak, vagy rejtélyesnek tűnnek, súlyosabb formánál élőbbé, zavaróbbá válnak az élmények (pl. visszatérő látomások vagy hallucinációk, melyek elvonják a figyelmet, akadályozzák a koncentrációt), de valóságosságukkal kapcsolatosan még kiváltható kételkedés.

A beszéd dezorganizáltsága adódhat furcsaságából (bizonytalan, túlkomplikált, metaforikus, sztereotipizált), fókusztalanságából (zavaros, túl gyors vagy túl lassú, irreleváns tartalom vagy irány megjelenése), vagy összefüggéstelen jellegéből (körülményes, érintőleges), melyek következtében enyhébb formánál furcsa, de érthető, kérdésekkel könnyen tisztázható mondanivalójú beszéd érzékelhető, súlyosabb esetben nehéz eljutni segítség nélkül a mondanivalóig, laza asszociációk is megjelenhetnek néha, főleg akkor, ha az illető nyomás alatt van, de visszazökkentő kérdésekkel gyorsan helyreáll a beszélgetés strukturáltsága.

Az egyén észreveszi, és megfelelő rálátást tart fenn a pszichózis-szerű élményekre, általában helyesen látja, hogy a megváltozott percepciók nem reálisak, a mágikus gondolatok pedig nem ellenállhatatlan jellegűek. Ugyanakkor a tünetek szenvedést okoznak, akadályozzák a társas funkcionálást, a környezet aggodását váltják ki, felvetve orvosi segítség kérését. A fenti jellemzőkön kívül a képhez gyakran kapcsolódik szorongás, szociális visszahúzóds és az alvás-ébrenlét ciklus felborulása. Egyéb negatív tünetek és károsodott kognitív funkciók is gyakran megfigyelhetők. Idegrendszeri képalkotó vizsgálatokkal az Attenuált pszichózis szindrómások csoportjában a szkizofréniaiban talált mintákhoz hasonló, de kevésbé súlyos eltéréseket találtak.

Prevalencia

Hallucinatoros élmények és téveszmés gondolkodás az orvosi látótérbe nem került populációban 8-13 %-ban fordul elő.

Lefolyás

Az Attenuált pszichózis szindróma kezdete általában a középső- és késői serdülőkor közötti, vagy a kora felnőttkorra tehető, leggyakrabban 15-35 éves kor között diagnosztizálható. A megelőző fejlődésmenet lehet

normális, de megjelenhetnek károsodott kognitív- vagy szociális fejlődés jelei, észlelhetők lehetnek negatív tünetek. A segítséget kérő csoportban a tüneti progresszió pszichózis diagnózist kimerítő mértéke 18%-ban 1 éven belül, 32%-ban 3 éven belül következik be. A hosszú távú kimenetelt még nem írták le. Az érintettek jelentős része idővel javul, sokaknál a tünetek csökkenése esetén is fennmaradhatnak enyhe-, közepes károsodások a szociális funkciókban, azonban sokan teljesen felépülnek.

Prognosztikai faktorok

A negatív tünetek jelenléte, a kognitív károsodás és a szegényes funkcionálás, valamint a pszichózisra pozitív családtörténet függ össze leginkább gyenge kimenetellel és a pszichózisba való átmenet emelkedett kockázatával.

Differenciál diagnózis

Az Attenuált pszichózis szindróma felállításánál fontos gondosan mérlegelni a tüneteket, és megállapítani, hogy azok nem teljesítik a valódi pszichózisok kritériumait. Ezen kívül differenciál diagnosztikai szempontból mindazokat a kórállapotokat kell mérlegelni, amelyek a valódi pszichózisok esetében is elkülönítő diagnosztikus feladatot jelentenek [6].

A magas kockázatú mentális állapotok és korai pszichotikus tünetek kezelése

Szükség van hatékony intervenciókra a pszichózisba való átmenet lehetőség szerinti megakadályozása vagy késleltetése céljából, a konverzióhoz kapcsolódó jelentős személyes, szociális és anyagi terhek miatt. Számos randomizált kontrollált vizsgálat (RCT) történt, hasonló definíciókat használva a mentális rizikóállapotokat illetően, melyek adatokat közöltek az antipszichotikus gyógyszeres kezelés és a pszichológiai intervenciók kimenetelére vonatkozóan. Vizsgálatok folytak többek között Ausztráliában [58, 59], Észak-Amerikában [60, 61] és az Egyesült Királyságban [62].

A létező ajánlások azt a megközelítést támogatják, hogy „szelíd”, veszélytelen intervenciókat kell alkalmazni (úgy, mint a mentális állapot monitorizálása, eset-menedzselés, társas támogatás és pszichológiai intervenciók), mielőtt olyanokat mérlegelnénk, amelyek jelentősebb mellékhatással járnak, mint pl. az antipszichotikumok, vagy korlátozóak, pl. a hospitalizáció [63, 64]. Mindemellett a helyi lehetőségek és egészségügyi ellátási rendszerek, az orvosi attitűdök és az ajánlások tudatos használatában meglévő különbségek miatt, a mai klinikai gyakorlat úgy tűnik, nagyon változatos, mely egyértelműen látszik a mostanában megjelent nagy nemzetközi kohort vizsgálatokban [65, 66]. Egy Magyarországon történt vizsgálat szerint, 6 hónapig tartó, kis dóziszú antipszichotikus kezelést pszichoterápiával kombinálva, minimális mellékhatások mellett a pszichózis megjelenésének kockázata harmadára-felére csökkenthető 1 év távlatában [67].

Továbbküldés az alapellátásból [9]

Ajánlás13

Ha egy gyermek vagy serdülő átmeneti vagy gyengített pszichotikus tüneteket vagy egyéb olyan élményt él át, amely pszichózis lehetőségét felveti, az alapellátásból késedelem nélkül küldjék el vizsgálatra gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvoshoz járóbeteg szakrendelésre. (B)

Állapotfelmérés a gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakrendelésen [9]

Ajánlás14

Ha a szakrendelésen nem állítható fel egyértelmű diagnózis, a tünetek és a funkcionálás változásait rendszeresen monitorizálni kell 3 éven keresztül. Az elbocsájtás után követéses találkozásokat ajánljunk fel, ezután pedig még saját jelentkezési lehetőségeket. A mentális állapotokban bekövetkező további változások monitorizálásának folytatása a háziorvos feladata. (C)

Terápiás lehetőségek olyan tünetek esetében, amik nem merítik ki a pszichózis vagy szkizofrénia fogalmát

Ajánlás15

Attenuált pszichózis szindróma esetén [9] mérlegelni kell egyéni kognitív viselkedésterápia (CBT) végzését családdal együtt, vagy család nélkül. A fennálló szorongásos zavar, hangulatzavar, személyiség zavar, szerhasználat kezelése szükséges.

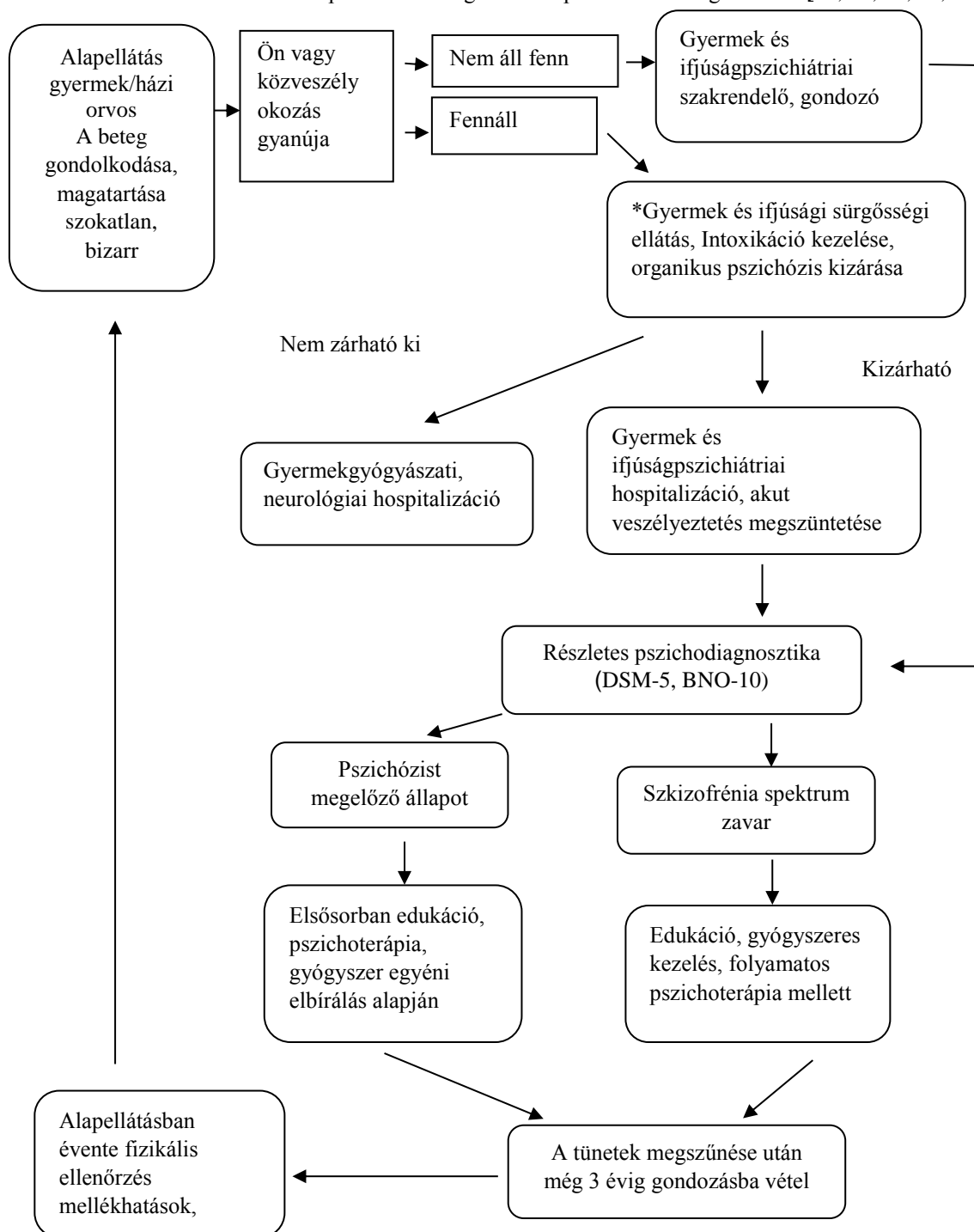
(C)

Ajánlás16

Az antipszichotikus kezelés rutinszerű alkalmazása nem ajánlható a pszichózis kockázatának csökkentésére illetve attenuált pszichózis szindróma kezelésére. Figyelembe véve azonban azokat a vizsgálatokat, amelyek egyértelműen jótékony hatásról számolnak be prodromális állapotokban alkalmazott atípusos szerek alkalmazásáról, ajánlásunk szerint attenuált pszichózis szindróma esetén az antipszichotikus kezelés megkezdése individuális mérlegelést (családi anamnézis, tünettani sajátosságok, droghasználat) és döntést igényel [54, 59, 61, 67, 68]. (D)

Ellátási folyamat algoritmus (ábrák)

2. számú ábra. A szkizofrénia és a pszichózist megelőző állapotok ellátási algoritmus [54, 59, 61, 67, 68].



* Egészségügyi Szakmai Irányelv: A gyermek- és serdülőkori akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról <http://kollegium.aEEK.hu>

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

A hazai gyakorlatban a gyermekpszichiátriai ellátóhelyek és szakorvosok alacsony száma miatt a pszichotikus serdülők osztályos és járóbeteg ellátása gyakran a felnőtt pszichiátriai ellátóhálózatra szorul. Az európai gyakorlathoz viszonyítva az OGYEI előírások miatt kicsi a korszerű antipszichotikumok választéka. Fontos lenne a gyermek és ifjúságpszichiátriai ellátóhelyek és szakorvosok számának növelése, és a korszerűbb antipszichotikumok alkalmazásának engedélyezése.

1.1 Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvos: a szkizofrénia diagnózisának felállítása, a beteg gyógyszeres kezelése, gondozása, pszichoedukáció nyújtása.

Gyermek-és ifjúság pszichiáter szakorvos jelölt: szakorvos utasítására és felügyelete mellett a szkizofrénia diagnózisának felállítása, a beteg gyógyszeres kezelése, gondozása, pszichoedukáció nyújtása.

Klinikai szakpszichológus: pszichodiagnosztikai tesztek elvégzésével segíti a diagnózis felállítását és a differenciáldiagnózis folyamatát.

Gyermekorvos, háziorvos, házi gyermekorvos: A szkizofrénia szövődményes állapotának és kezelésének követése, valamint a szakellátás felkérésére meghatározott gondozási feladatokban való részvétel.

Gyermekpszichiátriai és addiktológiai konzultáns: részt vesz a betegség felismerésében, kezelés irányában motivációs interjú végzés, indikált prevenció keretében ill. relapszus profilaxisként CBT alkalmazása.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Hazai helyzet jelenleg nem teljesíti az optimális betegellátási feltételeket. Nem minden régióban áll rendelkezésre gyermekpszichiátriai osztály, illetve ott ahol van, jelenleg nem biztosított a magas biztonsági fokozatú kórtermek elérhetősége, mely a nyugtalan, pszichotikus betegek ellátása szempontjából nélkülözhetetlen.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai heterogének, tendenciaszerűen elmondható, hogy a betegség gyakoribb az alacsony szociális státuszúak körében. Megfigyelhető, hogy a pszichotikus állapot mellett gyakran egyéb társuló betegségek is fennállnak, mint tanulási zavarok, intellektuális fejlődés zavara.

1.4. Egyéb feltételek

Nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

- Útmutató a pszichózisról

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nincs

2.3. Táblázatok

1. számú táblázat: A szkizofrénia diagnosztikus kategóriái a BNO-10 és a DSM-5 alapján

2. számú táblázat: Az antipszichotikumok mellékhatásai

2.4. Algoritmusok

1. számú ábra: A szkizofrénia kezelési algoritmus a serdülőkorban

2. számú ábra: A szkizofrénia és a pszichózist megelőző állapotok ellátási algoritmus

2.5. Egyéb dokumentumok

- A szkizofrénia diagnosztikus kritériumai a BNO -10 alapján

- A szkizofrénia diagnózisa a DSM-5 szerint

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A mindennapi klinikai gyakorlatban a beteg állapotának javulását becsülőkálakkal tudjuk értékelni. A terápia hatékonyságát szolgáló lehetséges statisztikai paraméter a kórházi kezelés időtartama, a relapszusok száma, a

rehospitalizációs ráta, az iskolából való távolmaradás időszaka, a suicid kísérletek és befejezett szuicidium aránya.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv tervezett felülvizsgálata érvényességének lejártá előtt fél évvel kezdődik el. A frissítés megkezdésére a Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat aktuális irányelvfejlesztő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztő csoport minden tagját illetve a Tagozatvezetőt, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt. A fejlesztőcsoport Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat által megbízott vezetője folyamatosan követi, hogy az irányelv alapjául szolgáló külföldi szakmai irányelvek/releváns szakirodalmi források, illetve az irányelvben, a (közvetlen) veszélyeztető állapotú betegek ellátásával, illetve az ún. „korlátozó intézkedésekkel” kapcsolatos jogszabályi háttér frissült-e, és ezek változása esetén a változásokat összegyűjtve prezentálja azokat a fejlesztőcsoportnak, amely konszenzus alapján eldönti, hogy szükséges-e bármilyen mértékű hivatalos változtatás kezdeményezése az érvényességi idő lejártá előtt. A változtatás mértékéről a fejlesztőcsoport konszenzus alapján dönt.

IX. IRODALOM

1. Füredi J, Németh A, Tariska P. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina könyvkiadó 2009.
2. Fekete S, Herold R, Tényi T, Trixler M. Pszichiátria Szkizofrénia szakmai protokoll. Szakmai irányelv tervezet. In: Pszichiátriai útmutató. Pszichiátriai irányelvek és terápiás javaslatok (szerk. Németh A.). Medition Kiadó, Budapest, 2010;7-53.
3. Herczeg I, Széll K. Szkizofrénia és szkizofréniaszerű kórképek. In: Gyermek és ifjúságpszichiátria (Vetró Á szerk.), 2008 pp. 120-121 Medicina, Budapest
4. World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organisation 1992.
5. (AACAP), American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2013; 52:976–990.
6. (APA), American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). 2013.
7. (IACAPAP), Starling J, and Feijo I. "Schizophrenia and Other Psychotic Disorders of Early Onset." In IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, by IACAPAP. 2012.
8. (NCCMH), National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. Updated edition. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. 2010.
9. NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence): Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. National Clinical Practice Guideline Number 155. National Collaborating Centre for Mental Health; commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG155> 2013 (letöltés dátuma: 2018. 12.13.)
10. Burd L, Kerbeshian J. A North Dakota prevalence study of schizophrenia presenting in childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26: 347–350.
11. Gillberg C. Infantile autism and other childhood psychoses in a Swedish urban region. Epidemiological aspects. J Child Psychol Psychiatry 1984; 25: 35–43.
12. Gillberg C. Epidemiology of early onset schizophrenia. In Schizophrenia in Children and Adolescents (ed. H. Remschmidt). Cambridge: Cambridge University Press 2001 pp. 43–59.
13. Hellgren L, Gillberg C, Enerskog I. Antecedents of adolescent psychoses: a population-based study of school health problems in children who develop psychosis in adolescence. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1987; 26: 351–355.
14. Hafner H, Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. Can J Psychiatry 1997; 42:139–151.
15. Jablensky A. The 100-year epidemiology of schizophrenia. Schizophr Res. 1997; 28:111–125
16. Tényi T, Trixler M. Az idegfejlődés és a felnőttkor pszichopatológiája Psyciatr Hung 1999; 14:319-334.
17. Rapoport JL, Addington AM, Frangou S. The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005. Mol Psychiatry 2005; 10: 434–449.
18. Rapoport JL, Gogtay N. Childhood onset schizophrenia: support for a progressive neurodevelopmental disorder. Int J Dev Neurosci 2011; 29(3):251-8.

19. Tényi T. A pszichopatológiai állapotok genetikai háttere. In: Gének, gondolkodás, személyiség. Bevezetés a humán viselkedésgenetikába. (szerk. Bereczkey T., Hoffmann Gy.) Akadémiai Kiadó, Budapest, 2012; 343-359.
20. Kendler KS. Genetics of schizophrenia In: Frances AJ, Hales RE. American Psychiatric Association, Annual Review Vol. 5. Washington, American Psychiatric Press 1986.
21. Gottesman II, Laursen TM, Bertelsoen A, et al. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch. Gen Psych* 2010; 67: 252–257.
22. Wahlberg KE, Wynne LC, Oja H, et al. Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 355–362.
23. Trixler M, Herold R. és mtsai Pszichiátriai genetika In: Németh A, Füredi J. A pszichiátria magyar kézikönyve Medicina 2009; pp 28-45.
24. Walsh T, McClellan J M, McCarthy SE, et al. Rare structural variants disrupt multiple genes in neurodevelopmental pathways in schizophrenia. *Science* 2008; 320: 539–543.
25. Trixler M, Tényi T. Szerk: A szkizofrénia pszichoterápiája Medicina, Budapest 2006.
26. Caspi A, et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1117-1127.
27. Tienari P. Interaction between genetic vulnerability and family environment. The Finnish adoptive study of schizophrenia *Acta Psych Scand* 1991;84:460-465.
28. Kolvin I. Psychoses in childhood- a comparative study, in infantile autism: concepts, Characteristics and Treatment. Ed: Rutter M. Edinburgh 1971. 7-26.
29. Balázs J, Bíró A, Dálnoki D, Lefkovivis E, Tamás Zs. A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése. *Psychiatria Hungarica* 2004; 19:(4) 358-364. http://www.matarika.hu/cikk_list.php?fusz=17969 (isPartOf) (letöltés dátuma: 2018. 12.13.)
30. Hollis C, Rapoport J. Child and adolescent schizophrenia. In: Schizophrenia (3rd edn) (eds D. Weinberger & P. Harrison), 2011 pp. 24–46. Wiley: London.
31. Brown S, Kim M, Mitchell C, et al. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia *Br J Psychiat* 2010; 196: 116–121.
32. Aramanteros JL, Davis M. Antipsychotics in early onset Schizophrenia Systematic Review and meta-analysis *Eur. Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15:141-148.
33. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, et al. European First-episode Schizophrenia Trial studyis: Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008; 371:1085-1097.
34. Findling RL, Johnson JL, McClellan J, et al. Double-blind maintenance safety and effectiveness findings from the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum Study (TEOSS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2010; 49:583-594.
35. Singh J, Robb A, Vijapurkar U, et al. A randomized double-bind study of paliperidone extended-release in treatment of acute schizophrenia in adolescents. *Biol Psychiatry* 2011; 15:70(12) 1179-87.
36. Savitz AJ, Lane R, Nuamah I, et al. Efficacy and safety of paliperidone extended release in adolescents with schizophrenia: a randomized, double-blind study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54(2): 126-137.
37. Balázs J, Miklósi M. A gyermek-és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve, Budapest, Semmelweis kiadó 2015.
38. Asztalos Z, Egervári L, Andrassy G. Katatónia és neurolpetikus malignus szindróma a pszichopatológiai és patofiziológiai átfedések tükrében: rövid összefoglaló tanulmány *Neuropsychopharmacol Hung* 2014; XIV:1. 19-27.
39. Velligan DI, Weiden PJ, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009; 70.(Suppl.4.):1-46.
40. Perkins DO, Hongbin G, Weiden PJ. et al. Predictors of treatment discontinuation and medication non-adherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, flexible-dose, multicentre study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:106–113.
41. Álvarez-Jiménez M, Parker AG, Hetrick SE et al. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first -episode psychosis. *Schizophr Bull* 2011; 37:619–630.
42. Xia, J, Merinder BL, Belgamwar, MR. Psychoeducation for schizophrenia *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; 6,CD002831.
43. Sin J et al. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017; 56:13-24.

44. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15(2):157-65.
45. Peris TS, Miklowitz, David J. Parental Expressed Emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. *Child Psychiatry Hum Dev* 2015; 46(6):863–873.
46. Venkatasubramanian G, Amaresha AC. Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian J Psych Med* 2012; 34(1):12-20.
47. Schimmelmann BG, et al. Expressed emotion and the outcome of child and adolescent psychiatric disorders. *Fortschr Neurol Psych* 2003; 71(10):517-26.
48. Apter A, Sharir I, Tyano S, et al. Movement therapy with psychotic adolescents. *Br J Med Psychol* 1978; 51:155–159.
49. Kapornai K, Vetró Á. Pszichiátriai sürgősség a gyermekgyógyászatban. *Gyermekgyógyászat* 2015; 66: (3) 185-192
50. Hau L, Csábi G, Tényi T. Anti-N-methyl-D aspartate receptor encephalitis - guideline to the challenges of diagnosis and therapy. *Psychiatr Hung* 2015; 30(4):402-8.
51. McGlashan TH. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *Br J Psychiatr* 1998; 172:3-6.
52. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, et al. Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatr* 1992; 149:1183-1188.
53. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, et al. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996;22(2):283-303.
54. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL et al. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull* 2003; 29: 703-715.
55. Zuschlag Z, Kennedy A, Korte J, et al. DSM-5–defined attenuated psychosis syndrome and conversion to full-scale schizophrenia spectrum disorders: An institution-wide retrospective review *Ann Clin Psychiatr* 2016; 28: 4 pp. 246-255.
56. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al. Predicting psychosis: a metaanalysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatr* 2012; 69: 220–229.
57. Nelson B, Yuen HP, Wood SJ, et al. Long-term Follow-up of a Group at Ultra High Risk (“Prodromal”) for Psychosis The PACE 400 Study *JAMA Psychiatry* 2013; 70(8):793-802 doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1270
58. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 921-8.
59. Phillips LJ, Nelson B, Yuen HP, et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: study design and baseline characteristics. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43:818–829.
60. Addington J, Epstein I, Liu L, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res* 2011;125: 54–61.
61. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, et al. (2006) Randomized, doubleblind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatr* 2006; 163: 790–799.
62. Morrison AP, French P, Parker S, et al. Three-year follow-up of a randomize controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophr Bull* 2007; 33: 682–687.
63. International Early Psychosis Association Writing Group International clinical practice guidelines for early psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 187,s120–s124.
64. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, et al. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 616–622.
65. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 28–37.
66. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RKR, et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the Prospective European Prediction of Psychosis Study. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 241–251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.206
67. Kéri Sz, Kelemen O, Janka Z. A pszichózis szempontjából nagy kockázatú mentális állapotok és kezelésük: Első hazai eredmények *Orv Hetil* 2006; 4:201-204.
68. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. „Closing in”: what features predict the onset of first- episode psychosis within an ultrahigh-risk group? in *The Early Stages of Schizophrenia* Ed: Zipursky 2002; pp3-31.
69. BNO-10 zsebkönyv DSM-IV-TR meghatározásokkal Animula Kft (2004) ISBN:9789639410619

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfajlesztői csoportok kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése.

A munkafolyamatok során alkalmazott kötelező dokumentáció: Témaválasztási Javaslat, Tagozatok Nyilatkozata részvételi szintről és a delegáltokról, Irányelv-fejlesztő csoport összeállítása, Kapcsolattartó és helyettesének delegálása, Egyéni Összeférhetlenségi Nyilatkozatok és azok Összefoglalója, Csoportos Összeférhetlenségi Nyilatkozat, Módszertani értékelések, konzultációk: szűrő- és részletes értékelés, konzultációs feljegyzés(ek), Tagozatvezetői Nyilatkozatok a szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről.

2. Irodalomkeresés, szelekció

A célzott irodalomkutatáshoz a PubMed adatbázist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), a <http://www.nice.org.uk> irányelv adatbázist használtuk. Az irodalomkeresés 2018. januárjában kezdődött és 2018. júliusában fejeződött be. A következő keresőszavakat, illetve ezek kombinációit alkalmaztuk a keresésnél: "psychosis"; "schizophrenia"; "childhood"; "schizoaffective disorder"; "treatment"; "guideline". A jelen szakmai irányelv elkészítéséhez a Bevezetés fejezetben említett külföldi irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő irányelv készíthető.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Jelen irányelv kidolgozásánál elsősorban a National Institute for Health and Care Excellence, „NICE” által meghatározott alapelveket és ajánlásokat fogadtuk el irányadóként, azonban törekedtünk egy a hazai viszonyokhoz leginkább illeszkedő szakmai konszenzus összefoglalására.

1++ Az eredmények olyan magas minőségű meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba lehetősége.

1+ Az eredmények jól kivitelezett meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba lehetősége.

1⁻ Az eredmények meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba lehetősége.

2++ Az eredmények jó minőségű kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatok szisztematikus irodalmi áttekintéséből, vagy olyan jó minőségű kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba és a zavaró hatások esélye, továbbá a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége nagy.

2+ Az eredmények jól kivitelezett kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége közepes.

2⁻ Az eredmények olyan kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti kapcsolat nagy valószínűséggel nem okozati jellegű.

3 Az eredmények nem kísérleti tanulmányból származnak, pl. esettanulmányok, esetsorozatok.

4 Az eredmények szakmai véleményen, (szakmai kollégium, kutatócsoport, vagy a szakterület vezető egyéniségeinek szakértői véleményén) alapulnak.

4. Ajánlások kialakításának módszere

A: Az ajánlások legalább 1 ++ fokozatú bizonyítéknak számító meta-analízisen, vagy rendszerezett irodalmi áttekintésen alapulnak, és a saját populációra jól adaptálhatók vagy legalább 1+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak.

B: Az ajánlások legalább 2++ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak, vagy 1++ és 1+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

C: Az ajánlások legalább 2+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak vagy 2++ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

D: Az ajánlások 3-4 szintű bizonyítékon vagy 2+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

A bemutatott bizonyítékbesorolást a 2013-as NICE bizonyítékértelmezése alapján, módosítás nélkül vettük át. Azokon a szöveghelyeken, ahol külön nem jelöltük az evidenciaszinteket, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás. Az ajánlásokat alátámasztó bizonyítékokat az ajánlások szakmai részletezésénél tárgyaljuk.

5. Véleményezés módszere

A különböző fejezetek megírása, valamint a részfolyamatok befejezése során a szerzők egymás munkáit többlépcsős folyamat során véleményezték és módosításokra tettek javaslatot. Az irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a kapcsolattartó megküldte a dokumentumot a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó Szakmai Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőkkel kialakított konszenzusnak.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem működött közre.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

- ÚTMUTATÓ A PSZICHÓZISRÓL

KIKNEK SZÓL EZ AZ ÚTMUTATÓ?

- azoknak, akik azt gondolják, lehet, hogy pszichózisuk van
- azoknak, akiknél pszichózist állapítottak meg
- és az ő családtagjaiknak és barátaiknak

MI A PSZICHÓZIS?

A pszichózis az agy működésének zavara, mely serdülőkorban, gyakrabban fiatal felnőtteknél jelenik meg. Az egyén elszakad a realitástól, és gyakran lát, hall és hisz olyan dolgokat, amik nem valóságok. Zavaros gondolkodás és beszéd, furcsa viselkedés és érzelmi reakciók jelenhetnek meg.

KI LESZ PSZICHOTIKUS?

A szkizofrénia az a pszichiátriai betegség, ahol a pszichózis tünetei a legkomplexebb formában, és időben is tartósan fennállnak. Ezen kívül vannak olyan testi betegségek, vagy agyi sérülések, melyek okozhatnak pszichotikus állapotot, de kiválthatják ezt külső kémiai anyagok, drogok (leggyakrabban marihuána, LSD), vagy bizonyos gyógyszerek is. Nagy, intenzív trauma átélése szintén okozhat átmeneti pszichotikus állapotot. Különböző pszichiátriai betegségekhez (például hangulatzavarokhoz) is kapcsolódhatnak pszichotikus tünetek.

MIK A PSZICHÓZIS TÜNETEI?

Gondolkodás/Észlelés:

- **téveszmék:** hamis meggyőződések, amikhez makacsul ragaszkodik (pl. üldözik őt, megfigyelik, fenyegetik, vagy üzeneteket kap a TV-n keresztül, vagy éppen valamilyen különleges erő vagy képesség birtokosa);
- **memória problémák,** komoly koncentrációs nehézségek, melyek miatt nem tudja végezni az iskolai vagy munkahelyi feladatokat;
- összefüggéstelen gondolatok és beszéd, érthetetlen szavak használata;
- **hallucinációk:** hangokat hall, vagy lát olyan dolgokat, esetleg szagokat érez, amiket más nem;
- összezavarodottság érzése, hogy mi a valóság és mi nem az.

Érzelmek:

- gyakran szomorú, ingerlékeny vagy szorong;
- indokolatlanul sír vagy nevet;
- ok nélkül haragot vagy félelmet érez a családtagokkal szemben;
- az is előfordulhat, hogy kevés vagy semmilyen érzése nincs.

Viselkedés:

- beszél vagy mosolyog magában;
- elhanyagolta a megjelenése;

- bizarr viselkedés, furcsa testtartások;
- nyugtalan, agitált viselkedés;
- súlyos alvási nehézség.

Társas kapcsolatok:

- nagyon megromlik a családtagokkal a kapcsolata;
- kerüli a kontaktust másokkal, izolálttá válik;
- érzékeny vagy ingerült lesz érintésre.

HOGYAN JELENTKEZIK A PSZICHÓZIS?

A pszichózis kialakulhat hirtelen, vagy fokozatosan, néhány hét vagy hónap alatt is. Megelőzően gyakran észlelhetők olyan jelek, melyek még nem pszichotikus tünetek, de felkelthetik a gyanút.

KORAI FIGYELMEZTETŐ JELEK

- alvászavar, szorongás, ingerlékenység, fáradtság, depressziós hangulat;
- zavar jelentkezik a világos gondolkodás és a koncentráció területén;
- aggasztóan romolhatnak az iskolai osztályzatok vagy a munkateljesítmény;
- túlkomplikált vagy bizonytalan beszéd jelenhet meg;
- gyanakvás, nyugtalanság érződhet másokkal szemben;
- nem reális képességekről szóló elképzelések jelenhetnek meg;
- alakatlan képek, árnyak látása, morajló hangok hallása – de kétkedés van valóságosságukról;
- a személyi higiénében hanyatlás látszik;
- kiesés a szokásos aktivitásokról;
- több a magányos időtöltés, mint korábban;

Mi ilyenkor a teendő? Mit tehet a beteg, a szülő?

MIT TEHETNEK A CSALÁDTAGOK ÉS A BARÁTOK?

A beteg fiatal valóságosnak éli meg a hallucinációkat vagy a téveszméket, sokszor hiányzik a betegségbelátás, ő maga nem érzi, sőt, elutasíthatja a segítségkérést. Ilyenkor a családtagok, a barátok oldaláról fontos a beteg fiatal meggyőzése, motiválása a szaksegítség elfogadására, és az aktív részvétel annak megszervezésében.

MIÉRT FONTOS A KORAI KEZELÉS?

Minél korábban ismerik fel a pszichózist, annál nagyobb esély van a gyorsabb és teljes felépülésre. A korai kezelés megelőzi a betegség súlyosbodását, csökkenti a mentális és szociális káros hatások mértékét, a visszaesések kockázatát.

HOGYAN TÖRTÉNIK A PSZICHÓZIS KEZELÉSE?

A leghatékonyabb forma a kombinált kezelés, ahol a gyógyszeres kezelés a pszichológiai terápiákkal és közösségi támogatással egészül ki. A gyógyszerek folyamatos és tartós adása javasolt a kezelőorvossal egyeztetett formában és ideig. Az akut szakasz terápiája gyakran kórházi osztályos körülmények között kezdődik, főként veszélyeztető körülmények fennállásánál. Egyéni pszichoterápia a betegséggel való megküzdést segíti. A családtagokra nehezedő terhek miatt az ő pszichés támogatásuk is része a terápiás folyamatnak.

KITŐL LEHET SEGÍTSÉGET KÉRNI?

Pszichózis tüneteinek észlelésekor gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvoshoz kell fordulni. A megfelelő ellátó helyre való irányításban a házi gyermekorvosnak fontos szerepe van.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőző kérdőívek, adatlapok

Nincs

1.3. Táblázatok

1. számú táblázat: A szkizofrénia diagnosztikus kategóriái a BNO-10 és a DSM-5 alapján

BNO-10 diagnosztikus kategóriák		DSM-5 diagnosztikus kategóriák	
F20.0	Paranoid szkizofrénia	293.89	Katatónia
F20.1	Hebefrénia	295.40	Szkizofreniform zavar
F20.2	Kataton szkizofrénia	295.70	Szkizoaffektív zavar
F20.3	Nem differenciálható szkizofrénia	295.90	Szkizofrénia
F20.4	Szkizofrénia utáni depresszió	297.10	Paranoid pszichotikus zavar
F20.5	Reziduális szkizofrénia	298.80	Rövid pszichotikus zavar
F20.6	Szkizofrénia simplex	301.22	Szkizotípiás zavar
F20.8	Egyéb szkizofréniák Coenaesthopatias szkizofrénia Szkizofreniform zavar k.m.n. Szkizofreniform pszichózis k.m.n.		Szer/gyógyszer kiváltotta pszichotikus zavar
Az egyes diagnosztikus kategóriák részletes leírását lásd a mellékletben			

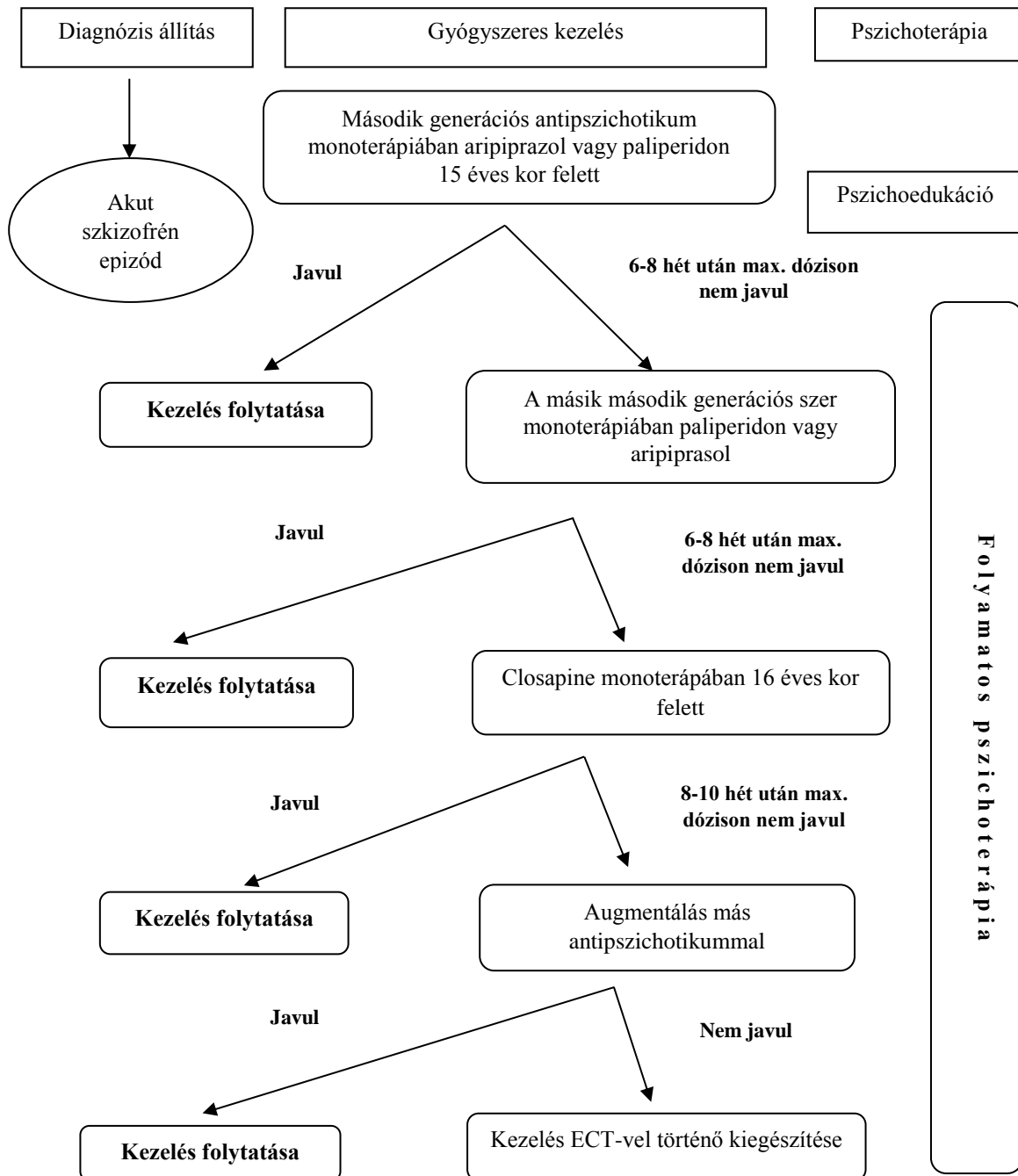
2. számú táblázat: Az antipszichotikumok mellékhatásai

Név	Mellékhatások	Ellenőrzést igényel
Haloperidol Aripiprasol Paliperidon	extrapiramidális mellékhatások szedáció, elhízás, metabolikus szindróma hosszú távon diabétesz, hiperlipidémia, koleszterin és/vagy triglicerid emelkedés kardiovaszkuláris problémák hyperprolactinaemia	Neurológiai vizsgálat izomtónus, tremor, akatíziás tünetek akut disztónia testsúly, testtömeg index, éhgyomri vércukor, triglicerid, koleszterin érték követése, vérnyomás, haskörfogat mérése májfunkciós értékek EKG (QT megnyúlás) prolactin szint
Clozapine	szedáció, elhízás, agranulocitózis görcsküszöb emelkedése hyperprolactinaemia	testsúly, testtömeg index mérése, fehérvérsejtszám rendszeres követése, EEG prolactin szint

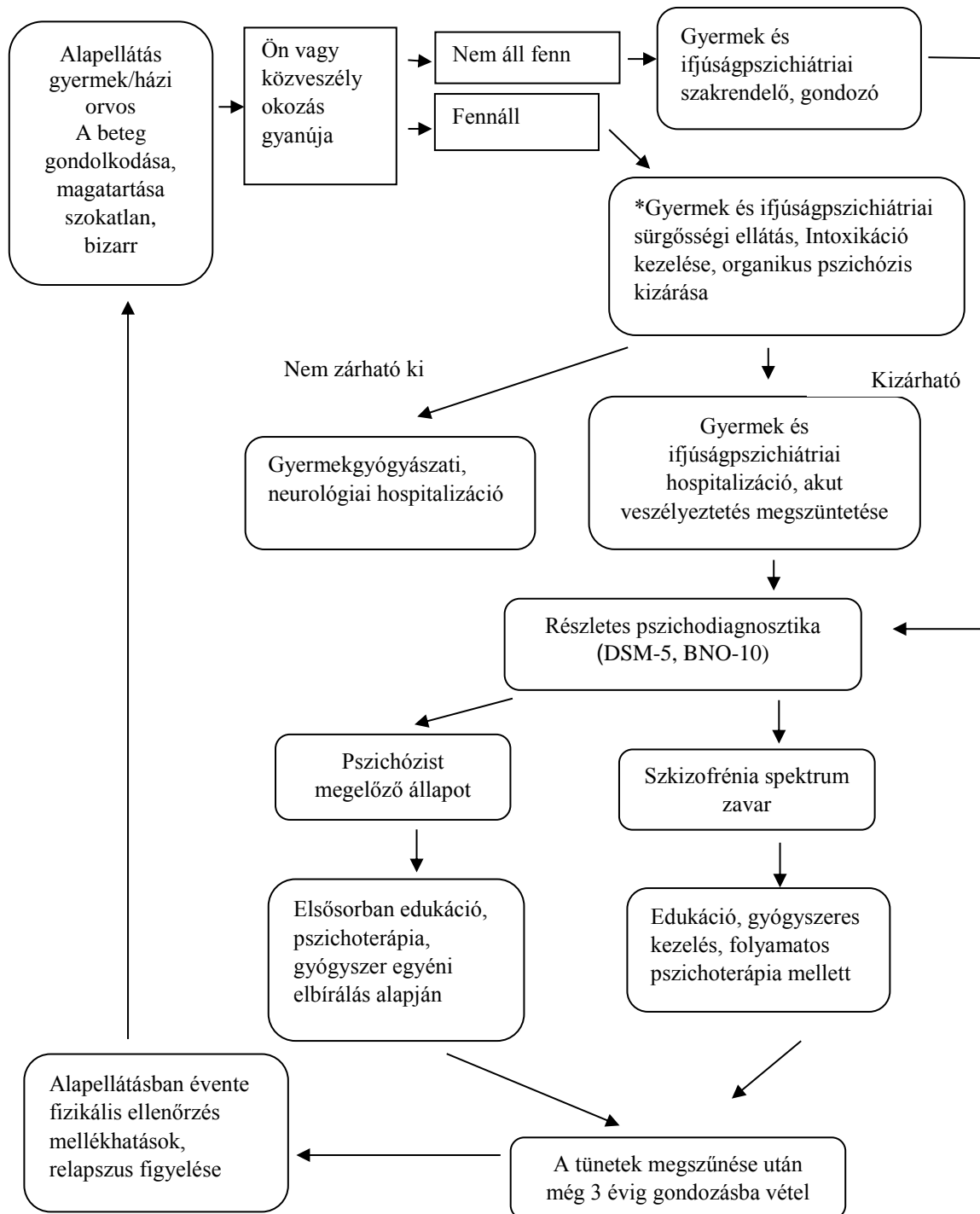
1.4. Algoritmusok

1. számú ábra: A szkizofrénia kezelési algoritmus a serdülőkorban

Haloperidol az OGYEI előírás szerint 13 éves kortól a kezelés bármelyik fázisában engedélyezett



2. számú ábra: A szkizofrénia és a pszichózist megelőző állapotok ellátási algoritmus



* Egészségügyi Szakmai Irányelv A gyermek- és serdülőkorai akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról <http://kollegium.aek.hu>

1.5. Egyéb dokumentumok

A szkizofrénia diagnosztikus kritériumai a BNO -10 alapján [69]

A szkizofréniát általánosságban a gondolkodás, a percepció torzulása (széttöredezése), nem megfelelő és/vagy elsivárosodott affektusok jellemzik. A tudat tiszta, az intellektuális képességek megtartottak, de meghatározott kognitív deficit kialakulhat a lefolyás során.

Legfontosabb pszichopatológiai tünetek:

- gondolatok: a gondolatok visszhangosodása, gondolatok betoldása vagy elvonása, a gondolatok szétsugárzása (telekommunikációs eszközzel);
- külső irányítottságról, befolyásolásról vagy passzivitásról való meggyőződöttség, ami egyértelműen a test vagy testrész mozgására vagy meghatározott gondolatokra, cselekedetekre vagy érzésekre vonatkozik; a percepció kóros értelmezése;
- akusztikus hallucinációk, a hangok egyes szám 3. személyben beszélnek a páciensről, vagy folyamatosan kommentálják viselkedését, vagy más akusztikus hallucinációk a test különböző részéből;
- állandó téveszmék, melyek az adott kultúrkörben elfogadhatatlanok és teljesen lehetetlenek (bizarr). Pl: emberfeletti képességek és erők, (képessé válik arra, hogy kontrollálja az időjárást, vagy földönkívüli lényekkel áll kapcsolatban);
- bármely fajtájú állandó hallucináció, ha társul doxasma-töredékkel vagy átmeneti téveszmékkel affektív komponens nélkül, vagy ha állandó túlértékelt eszmékkel, vagy ha a hét vagy hónap minden napján előfordul;
- szünetek és betoldások gyakoriak a gondolatmenetben, aminek következtében a beszéd inkoherenssé (összefüggéstelenné) és érthetlenné válik, vagy neologizmákkal tarkított.
- kataton viselkedés, mint a nyugtalanság, pózolás, flexibilitás cerea, negativizmus, mutizmus, és stupor;
- negatív tünetek, mint kifejezett apathia, szűkszavúság, az érzelmi válasz szintelensége, vagy inkongruens (bizarr) volta, általában szociális visszahúzódság, és a közösségi tevékenység csökkenése; egyértelműnek kell lennie, hogy a fent említett tünetek nem neuroleptikum mellékhatásai vagy depresszió következménye;
- jelentős és állandó változás a személy viselkedésének minőségében, ami közönyösségben, céltalanságban, munkátalanságban, elmagányosodásban és ön-központúságban fejeződik ki.

A szkizofrénia lefolyása lehet folyamatos vagy epizodikus, progresszív vagy stabil deficitekkel. Lehet egy vagy több epizód teljes vagy részleges remisszióval.

Szkizofrénia nem diagnosztizálható igen kifejezett mániás vagy depressziós tünetek esetén, csak ha egyértelműen korábban kezdődtek a szkizofrén tünetek. Nem diagnosztizálható, idegrendszeri megbetegedés, valamint drog intoxikáció vagy megvonás esetén.

Szkizofrénia alcsoportok

Paranoid szkizofrénia F20.0

Stabil, gyakran paranoid téveszmék észlelhetők, amikhez általában akusztikus hallucinációk, valamint egyéb percepciózavarok társulnak. Az affektusok, az akarati élet és beszéd zavara, valamint a kataton tünetek vagy teljesen hiányoznak vagy enyhék.

Hebefrénia F20.1

A szkizofrénia azon fajtája, melyben a hangulatzavar kifejezett, a téveszmék és a hallucinációk átmenetiek és fragmentáltak, a viselkedés felelőtlen (meggondolatlan) és kiszámíthatatlan, valamint a manierizmus (gesztikuláció) általános. A hangulat sekélyes, nem odaillő, a gondolatok dezorganizáltak, a beszéd inkoherens. Szociális izolációs tendencia figyelhető meg. A prognózis rossz, mert viszonylag gyorsan alakulnak ki a negatív tünetek, különösen az affektusok elsivárosodása és az akarat-szegénység (közömbösség). Hebefrénia általában csak serdülőknél és fiatal felnőtteknél lehet diagnosztizálni.

Kataton szkizofrénia F20.2

A kataton schizofrenia klinikai képét a pszichomotorium szélsőséges zavarai uralják, ami változhat az extrém hiperkinezistől a stuporig, vagy az automatikus engedelmességtől a negativizmusig. A kényszerű pozíciók és attitűdök hosszú időn át fennállhatnak. A heves izgatottság feltűnő jellegzetessége ennek a szindrómának. A katatonia kombinálódhat élénk szcenikus hallucinációkkal kísért oneiroid (álomszerű) állapottal. A szkizofrénia általános kritériumainak teljesülnie kell (lásd F20). Átmeneti és izolált kataton tünetek a szkizofrénia egyéb altípusaiban is előfordulhatnak, de a katatonia diagnózisához egy vagy több viselkedésnek dominálnia kell a klinikai képet:

- stupor (jelentős csökkenése a válaszkészségnek, a spontán mozgásoknak és tevékenységnek) vagy mutizmus;
- nyugtalanság (egyértelműen céltalan motoros aktivitás, amit külső ingerek nem befolyásolnak);
- pózolás (akaratlagosan kivitelezett, felvett és fenntartott, a helyzethez nem illő vagy bizarr pózok);
- negativizmus (látszólag értelmetlen ellenállás minden utasításnak és mozgatási kísérletnek, vagy ellenkező irányba mozog, mint ahogy az utasítás vagy a kísérlet szól);

- rigiditás (a merev testhelyzet fenntartása mások akaratlagos megváltoztatásával szemben);
- flexibilitás cerea (a végtagokat abban a helyzetben tartja meg, amelyikbe valaki elmozgatta);
- egyéb tünetek, mint a parancs automatizmus (a felszólításoknak, utasításoknak azonnali feltétel nélküli végrehajtása).

A nem kommunikáló páciensnél a szkizofrénia diagnózisa mindaddig provizórikus marad, míg a többi szükséges tünet egyértelműen be nem bizonyosodik. Fontos megérteni, hogy a **kataton tünetek nem specifikusak szkizofrénia**ra. Kataton tünet(ek)et okozhatnak a központi idegrendszer betegségei, anyagcsere-zavar vagy alkohol és drog, valamint hangulat (affektív) zavarban is előfordul.

Nem differenciálható (differenciálatlan) szkizofrénia F20.3

Olyan pszichotikus állapot, amelyik megfelel a szkizofrénia általános kritériumainak, de nem illik bele az F20.0-F20.2 altípusokba, vagy több mint egy altípus tüneteit mutatja, anélkül, hogy bármelyik tisztán meghatározó volna.

Szkizofrénia utáni depresszió F20.4

Szkizofréniát követő depresszió, amely elhúzódhat. A szkizofrénia "negatív" vagy "pozitív" tünetei közül néhánynak meg kell lennie, de már nem uralják a klinikai képet. Ebben az állapotban magas az öngyilkosság veszélye.

Reziduális szkizofrénia F20.5

A szkizofrénia krónikusan progrediáló típusa, melyet (nem feltétlenül irreverzibilis), negatív tünetek jellemeznek, mint pl.: meglassult pszichomotorium, érzelmek elsivárosodása, passzivitás, indítékszegénység, a beszéd elsivárosodása, szegényes, nem verbális kommunikáció (az arckifejezésekkel, a szemkontaktus fenntartásával, a hanglejtésekkel és testtartással), elhanyagoltság, és szegényes közösségi (társas) aktivitás.

Szkizofrénia simplex F20.6

A tünetek szinte észrevétlenül alakulnak ki, de fokozatosan egyre kifejezettebb külön magatartás észlelhető, a közösségi, szociális elvárásoknak nehezen tud megfelelni, és az összes teljesítménye hanyatlik. A reziduális szkizofrénia jellemző negatív tünetek kifejezett pszichotikus epizód jelentkezése nélkül alakulnak ki.

Egyéb szkizofrénia F20.8

Coenaesthopatias szkizofrénia

Szkizofreniform zavar k.m.n.

Szkizofreniform pszichózis k.m.n.

Szkizofrénia diagnózisa DSM-5 alapján [6]

A DSM-5 megszüntette a szkizofrénia altípusokat, bevezetésre került a szkizofrénia spektrum zavar fogalma.

Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok

Szkizofrénia 295.90

A. Az alábbiak közül kettő (vagy több) jelen van egy egy hónapos (vagy sikeres kezelés esetén rövidebb) időszak jelentős részében. Ezek közül legalább az egyik az 1., 2., vagy 3.

1. Téveszmék.
2. Hallucinációk.
3. Inkoherens beszéd.
4. Durván szétesett vagy kataton viselkedés.
5. Negatív tünetek.

B. A zavar kezdete óta eltelt idő jelentős részében a tevékenység színvonala egy vagy két olyan fő területen, mint munka, tanulás, interperszonális kapcsolatok vagy öngondoskodás jelentősen alacsonyabb a zavar kezdetét megelőző színvonalnál, gyermeknél nem éri el az elvárt színvonalat.

C. A zavar jelei legalább 6 hónapon át folyamatosan fennállnak, mely időszak alatt legalább 1 hónapig (vagy sikeres kezelés esetén rövidebb ideig) jelen kell lennie az A kritérium tüneteinek. Előfordulhatnak prodromális vagy reziduális tünetek, melyek lehetnek negatív tünetek vagy az A kritériumok közül legalább 2 tünet attenuált formában jelentkeznek.

D. A szkizoaffektív zavar, a pszichotikus jegyekkel jelentkező depresszió és bipoláris zavar kizárásra került.

E. A zavar nem tulajdonítható valamely szer vagy más egészségi állapot élettani hatásának.

F. Ha a kórelőzményben autizmus spektrum zavar vagy gyermekkorban kezdődő kommunikációs zavar szerepel, a szkizofrénia kiegészítő diagnózisa csak akkor adható, ha a szkizofrénia egyéb szükséges tünete mellett szembetűnő téveszmék vagy hallucinációk vannak jelen legalább 1 hónapon (vagy sikeres kezelés esetén rövidebb időn) keresztül.

Jelölendő: Első epizód, jelenleg akut epizód, Első epizód, jelenleg részleges remisszióban, Első epizód, jelenleg teljes remisszióban, Több epizód, jelenleg akut epizód, Több epizód, jelenleg részleges remisszióban, Több epizód, jelenleg teljes remisszióban, Katatóniával való társulás, Súlyosság.

Rövid pszichotikus zavar 298.8

Az alábbiak közül egy vagy több jelen van. Ezek közül legalább az egyik az 1., 2., vagy 3.

1. Téveszmék.
2. Hallucinációk.
3. Inkoherens beszéd.
4. Durván szétesett vagy katatón viselkedés.

Megjegyzés: A kulturálisan elfogadott reakciók nem számítanak tünetnek.

B. A zavar egy epizódjának időtartama legalább 1 nap, de kevesebb, mint 1 hónap és a premorbid funkciók végül maradéktalanul visszatérnek.

C. A zavar nem magyarázható jobban pszichotikus jegyekkel jelentkező major depresszív vagy bipoláris zavarral vagy egyéb pszichotikus zavarral, nem tulajdonítható valamely szer vagy más egészségügyi állapot élettani hatásának.

Jelölendő: Jelentős stresszorral vagy stresszor nélkül, Poszpartum kezdettel, Katatóniával való társulás, Súlyosság.

Szkizofreniform zavar 295.40

A. Az alábbiak közül kettő (vagy több) jelen van egy egy hónapos (vagy sikeres kezelés esetén rövidebb) időszak jelentős részében. Ezek közül legalább az egyik az 1., 2., vagy 3.

1. Téveszmék.
2. Hallucinációk.
3. Inkoherens beszéd.
4. Durván szétesett vagy katatón viselkedés.
5. Negatív tünetek.

B. A zavar egyes epizódjai legalább 1 hónapon, de legfeljebb 6 hónapon át állnak fenn.

C. A szkizoaffektív zavar, a pszichotikus jegyekkel jelentkező depresszió és bipoláris zavar kizárásra került.

D. A zavar nem tulajdonítható valamely szer vagy más egészségi állapot élettani hatásának.

Jelölendő: Jó prognózisra utaló jegyekkel, Jó prognózisra utaló jegyek nélkül, Katatónia társulása, Súlyosság.

Szkizoaffektív zavar 295.70

A. A szkizofrénia „A kritériumának” fennállásával egyidejűleg major hangulati (major depressziós vagy mániás) epizód is jelen van.

B. Téveszmék és hallucinációk a betegség teljes időtartama során legalább 2 héten keresztül fennállnak major (depressziós vagy mániás) hangulati epizód nélkül.

C. A major hangulati epizód kritériumainak megfelelő tünetek a betegség teljes időtartama során jelentkező aktív és reziduális szakaszok legnagyobb részében fennállnak.

D. A zavar nem tulajdonítható valamely szer vagy más egészségügyi állapot élettani hatásának.

Jelölendő: Bipoláris típus, Depresszív típus, Első epizód, jelenleg akut epizód, Első epizód, jelenleg részleges remisszióban, Első epizód, jelenleg teljes remisszióban, Több epizód, jelenleg akut epizód, Több epizód, jelenleg részleges remisszióban, Több epizód, jelenleg teljes remisszióban, Katatóniával való társulás, Súlyosság.

Szkizotípiás zavar 301.22

A. Különbféle helyzetben megnyilvánuló társas és interperszonális deficitek mindent átható mintázata, melyre a szoros kapcsolatok által kiváltott akut diszkomfortézés és az irántuk való csökkent kapacitás, valamint kognitív és perceptuális torzítások és viselkedésbeli különbségek jellemzőek. Az alábbiak közül legalább 5 kritériumnak kell teljesülnie:

- vonatkoztatásos gondolatok,
- viselkedést befolyásoló és a szubkulturális normákkal nem egybevágó szokatlan hiedelmek és mágikus gondolkodás, bizarr fantáziák, gondolatok,
- szokatlan perceptuális élmények, testi illúziók,
- szokatlan gondolkodás és beszéd,
- gyanakvás vagy paranoid gondolatok,
- nem helyénvaló vagy beszűkült affektusok,

- szokatlan, excentrikus, különc vagy furcsa, sajátos viselkedés vagy megjelenés,
 - közvetlen rokonokat leszámítva nincsenek barátai vagy bizalmasai,
 - társas helyzetekben túlzott szorongás, mely barátságosság és bizalmasság hatására sem csökken, és ami inkább paranoid félelmekkel, semmint önmaga negatív megítélésével függ össze.
- B. Nem kizárólag szkizofrénia, bipoláris zavar vagy pszichotikus jegyekkel jelentkező depresszív zavar, másik pszichotikus zavar vagy autizmus spektrum zavar során jelentkezik.

Paranoid pszichotikus zavar 297.1

- A. Egy vagy több téveszme van jelen legalább 1 hónapon keresztül.
- B. A szkizofrénia „A kritériuma” soha nem teljesül.
- C. A tevékenység nem károsodott jelentősen és a viselkedés nem nyilvánvalóan bizarr vagy furcsa.
- D. Ha mániás vagy major depresszív epizód is előfordult, ezek időtartama a téveszmés időszakok hosszához képest rövid volt.
- E. A zavar nem magyarázható valamely szer vagy más egészségügyi állapot élettani hatásának és nem magyarázható jobban más mentális zavarral, például testdiszmorfiás zavarral vagy kényszeres zavarral.

Jelölendő: Erotomán típus, Grandiózus típus, Féltékenységi típus, Üldöztetési típus, Szomatikus típus, Kevert típus, Nem meghatározott típus, Bizarr tartalommal, Első epizód, jelenleg akut epizód, Első epizód, jelenleg részleges remisszióban, Első epizód, jelenleg teljes remisszióban, Több epizód, jelenleg akut epizód, Több epizód, jelenleg részleges remisszióban, Több epizód, jelenleg teljes remisszióban, Súlyosság

Szer/gyógyszer kiváltotta pszichotikus zavar

- A. Az alábbi tünetek egyikének vagy mindkettőnek jelenléte
 - Téveszmék
 - Hallucinációk
- B. A kórelőzmények, fizikális vizsgálat vagy laboreredmények alapján az A kritérium tünetei szerintoxikáció vagy –megvonás vagy gyógyszerhatás során alakulnak ki, és a kérdéses szer képes az A kritérium tüneteinek produkálására.
- C. A zavar nem magyarázható jobban valamely pszichotikus zavarral.
- D. A zavar nem kizárólag delírium során jelentkezik.
- E. A zavar jelentős szenvedést és funkcióromlást okoz.

Jelölendő: Intoxikáció alatti kezdettel, megvonás alatti kezdettel.

Pszichotikus zavar más egészségi állapot következtében

- A. Szembetűnő hallucinációk, téveszmék.
- B. A kórelőzmények, fizikális vizsgálat vagy laboreredmények alapján a zavar egy másik egészségi állapot következménye.
- C. A zavar nem magyarázható jobban valamely pszichotikus zavarral.
- D. A zavar nem kizárólag delírium során jelentkezik.
- E. A zavar jelentős szenvedést és funkcióromlást okoz.

Jelölendő: Téveszmékkel jár 293.81, Hallucinációkkal jár 293.82

Egyéb meghatározott szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavar 298.8

Nem teljesülnek a szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok csoportba tartozó egyetlen zavar kritériumai sem. A klinikus úgy dönt, hogy megadja a konkrét okot, mely miatt nem teljesülnek ezek a kritériumok.

Nem meghatározott szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavar 298.9

Nem teljesülnek a szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok csoportba tartozó egyetlen zavar kritériumai sem. A klinikus úgy dönt, hogy nem adja meg a konkrét okot, mely miatt nem teljesülnek ezek a kritériumok.

Katatónia 293.89

- A. A klinikai képet az alábbiak közül 3 vagy több tünet uralja.
 1. Stupor (pszichomotoros aktivitás hiánya, nem viszonyul aktívan a környezethez).
 2. Katalepszia (gravitáció ellenében kitartott pozíció passzív indukciója).
 3. Viaszhajlékonyság (a testhelyzet vizsgáló általi változtatásával szembeni enyhe, egyenletes ellenállás, majd a beteg, mint egy viasz bábu, minden külső impulzusnak utána enged. A legfurcsább testhelyzetet is felveheti, és esetleg ezt meg is tartja (cristallisatio)).

4. Mutizmus.
5. Negativizmus (instrukciókkal vagy külső ingerekkel szembeni ellenállás vagy azokra adott reakciók hiánya).
6. Pózolás (valamilyen póz gravitációval szembeni spontán vagy aktív fenntartása).
7. Manierizmus (a normális cselekvések furcsa, körülményes karikatúrája).
8. Sztereotípiák (repetitív, nem célirányos mozdulatok abnormális frekvenciával).
9. Agitáció, melyet külső ingerek nem befolyásolnak.
10. Grimaszolás.
11. Echolália.
12. Echopraxia.

Más mentális zavarral társuló katatónia.

Katatóniás zavar más egészségi állapot következtében.

Nem meghatározott katatónia.