

Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv -
A gyermekkori viselkedészavarok ellátásáról

Típusa:

Azonosító:

Megjelenés dátuma:

Érvényesség időtartama:

Kiadja:

Megjelenés helye:

Nyomtatott verzió:

Elektronikus elérhetőség:

Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
002077

2019. március 1.

2019. március 1. – 2022. február 15.

Emberi Erőforrások Minisztériuma
Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Egészségügyi Közlöny
<http://kollegium.aeek.hu>

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK	3
II. ELŐSZÓ	4
III. HATÓKÖR	4
IV. MEGHATÁROZÁSOK	4
1. Fogalmak	4
2. Rövidítések	5
3. Bizonyítékok szintje	6
4. Ajánlások rangsorolása	6
V. BEVEZETÉS	7
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	7
2. Felhasználói célcsoport	8
3. Kapcsolat hivatalos hazai és külföldi irányelvekkel	9
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	10
VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ	24
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	24
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája	25
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok	25
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	25
IX. IRODALOM	26
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE	31
1. Fejlesztőcsoport kialakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja	31
2. Irodalomkeresés, szelekció	31
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja	31
4. Ajánlások kialakításának módszere	31
5. Véleményezés módszere	31
6. Független szakértői véleményezés módszere	31
XI. MELLÉKLET	32
1. Alkalmazást segítő dokumentumok	32

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat

Dr. Pászthy Bea PhD gyermekpszichiáter, tagozatvezető, társszerző

A fejlesztőcsoport tagjai:

Dr. Halász József gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Dr. Ferenczi-Dallos Gyöngyvér gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Dr. Nagy Péter gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Dr. Páli Eszter 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. Háziorvostan Tagozat

Dr Szabó János háziorvos, tagozatvezető, véleményező

4. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Császár-Nagy Noémi klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus, tagozatvezető, véleményező

5. Pszichiátria és pszichoterápia Tagozat

Dr. Németh Attila pszichiáter, tagozatvezető, véleményező

6. Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat

Bábiné Szotzfried Gabriella védőnő, 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:

1. Magyar Gyermek és Ifjúságpszichiátriai és Társult Szakmák Társasága (MAGYIPETT)

2. Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT)

Dr. Molnár Károly pszichiáter, 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

Egészségügyi kérdéskör:	gyermekkori viselkedészavarok tüneteit mutató, gyermekeknél családban, közösségben, oktatási, gyermekvédelmi intézményekben és az egészségügyben alkalmazható intervenciók.
Ellátási folyamat szakaszai:	fokozott rizikójú csoportok azonosítása, esetleges betegségállapot azonosítása, ellátása, megelőzése.
Érintett ellátottak köre:	gyermekkori viselkedészavarok tüneteit mutató gyermekek és serdülők.
Érintett ellátók köre:	
Szakterület:	1805 pszichoterápia 2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria 2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció 0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat 0511 gyermekneurológia 6301 házi orvosi ellátás 6302 házi gyermekorvosi ellátás 6303 felnőtt és gyermek (vegyes) házi orvosi ellátás 6306 iskola- és ifjúságorvoslás 7104 pszichoterápia (klinikai szakpszichológusi képezéssel) 7202 gyógypedagógia (és annak szakágai) 7901 területi védőnői ellátás 7902 iskolai védőnői ellátás
Egyéb specifikáció:	köznevelésben, szociális és gyermekvédelmi alap- és szakellátásban dolgozó szakemberek.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Adherencia: A páciens együttműködése a terápiás folyamat során, melynél belső motivációra épülő terápiahűség fejeződik ki.

Agresszivitás: Az agresszivitás minden olyan viselkedés, amelynek célja, hogy fájdalmat vagy sérülést okozzon egy másik élőlénynek, aki ezt el akarja kerülni.

Bullying: Iskolai vagy iskolához kapcsolódó környezetben gyermekek bántalmazása más gyermekek vagy serdülők által. (Kortárs bántalmazás)

De-eszkaláció: Az agresszív viselkedés megnyilvánulásaira ható intervenciók, amelyek célja az agresszivitás tüneteinek mérséklése, ill. az agresszivitás további súlyosbodásának megelőzése.

Diszruptív viselkedés: Bomlasztó, romboló viselkedés (pl. agresszió, dührohamok, provokálás).

Erőszakos magatartás: Fizikai erő vagy hatalom fenyegetésként vagy ténylegesen történő, szándékos alkalmazása önmaga, másik személy, csoport vagy közösség ellen, amelynek tényleges vagy nagyon valószínű következménye sérülés, halál, pszichológiai ártalom, nem megfelelő fejlődés vagy depriváció.

Exploráció: Egyéni vagy csoportos helyzetben a verbális és non-verbális kommunikációs elemek, viselkedési minták megfigyelése.

Externalizáló: Az a személy, aki a benne felgyülemlett indulatot a külvilágra vetíti, és elsődlegesen a környezet érzékeli a vele kapcsolatos problémákat. (Az externalizáló kórképek közé tartoznak az oppozíciós zavar, a viselkedészavar és az ADHD)

Instrumentális/proaktív agresszió: Az agresszivitás tervezett, célirányos, külső jutalom által motivált formája.

Kognitív viselkedésterápia: A pszichológiai terápiák olyan formája, amely az egyes tünetek háttérben a valóságot torzító gondolati folyamatokat és maladaptív viselkedésformákat feltételez; a terápia ezek azonosítását és módosítását célozza.

Metaanalízis: Több vizsgálat adataiból készült összevont, átfogó elemzés.

Prevenció: Megelőzés - valamely káros következmény bekövetkezésének elkerülését vagy legalább a bekövetkezés esélyének a minimalizálását célzó lépésekből álló tevékenység.

Proszociális viselkedés: A viselkedés olyan megnyilvánulásai, amelyek másik egyén vagy a csoport előnyét, javát szolgálja. Ilyen pl. a segítségnyújtás, az együttműködés stb. Megjelenésében jelentős szerepet játszik az empátia.

Randomizált, kontrollált vizsgálat: A résztvevőket két csoportra osztják, az egyik csoportot kiteszik valamilyen beavatkozásnak, míg a másik csoportban nem végzik el az adott beavatkozást. Ezt követően egy meghatározott idő elteltével vizsgálják a beavatkozás következményeként kialakuló valamilyen kimenetelt. A randomizált, kontrollált vizsgálat mindig prospektív vizsgálat, hiszen a vizsgálat tervezése megelőzte a megfigyelni kívánt eseményeket. (A Cochrane definíciója, <http://hungary.cochrane.org/hu/fogalomt%C3%A1r>)

Reaktív agresszió: Az agresszivitás olyan formája, amely mások fenyegetőnek vagy szándékos ártalmat okozónak értelmezett viselkedésére való reakcióként jelenik meg.

Rideg-érzékeny vonás: Az empátia és a morális döntéshozatal érintettsége a viselkedészavarral diagnosztizált gyermekek egy csoportjában.

Szocioökonómiai státusz: Az egyén vagy csoport társadalmi helyzete vagy osztálya, amelyet többnyire az iskolázottság, a jövedelem és a foglalkoztatottság paraméterei alapján határoznak meg.

Time-out: Viselkedésterápiás módszer, amelynek lényege, hogy a diszruptív viselkedés megjelenése esetén a további eskalálódás elkerülése érdekében a környezeti megerősítő tényezőket kiiktatják azáltal, hogy a gyermeket átmenetileg, előre meghatározott, rövid időre a környezettől izolálják (pl. a szoba meghatározott részében vagy másik szobában kell tartózkodnia).

Vulnerabilitás: Sebezhetőség, sérülékenység, érzékenység egy adott fizikai vagy pszichikai behatásra.

2. Rövidítések

AACAP: American Academy Child & Adolescent Psychiatry - Amerikai Gyermekek és Ifjúságpszichiáterek Akadémiája

AAP: American Academy of Pediatrics - Amerikai Gyermekorvosok Akadémiája

ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder - A figyelemhiány és hiperaktivitás zavar

APA: American Psychiatric Association - Amerikai Pszichiátriai Szövetség

BMJ: British Medical Journal - Brit Orvosi Újság

BSFT: Brief Strategic Family Therapy - Rövid stratégiai családterápia

CBT: Cognitive Behaviour Therapy - Kognitív viselkedésterápia

CD: Conduct Disorder - Viselkedészavar

CU: Callous-Unemotional - Rideg érzékeny

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai kézikönyve Ötödik Kiadása

EBFT: Ecologically Based Family Therapy - Ökológiai alapú családterápia

EFOP: Emberi Erőforrás Operatív Program

EPS: Extrapiramidal Symptoms - Extrapiramidális tünetek

Eütv: Egészségügyi Törvény

FFT: Functional Family Therapy - Funkcionális családterápia

ICU: Inventory of Callous-Unemotional Traits - Rideg-Érzékeny Vonást MÉRŐ Leltár

MAO-A: Monoaminoxidáz-A - Az agy működésében fontos szerepet játszó enzim, amely bizonyos neurotranszmitterek lebontását végzi

MDFT: Multidimensional Family Therapy - Multidimenzionális családterápia

MST: Multisystemic Therapy - Multiszisztémás terápia

MTFC: Multidimensional Treatment Foster Care - Multidimenzionális ápolás-gondozás

NASMHPD: National Association of State Mental Health Program Directors - Állami Mentális Egészségügyi Programigazgatók Országos Szövetsége

NICE: National Institute for Health and Care Excellence - Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete

ODD: Oppositional Defiant Disorder - Oppozíciós zavar

OGYÉI: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

PCIT: Parent-Child Interaction Therapy - A szülő- gyermek interakció terápia

PPP: Positive Parenting Program („Triple P”) - Pozitív gyermeknevelési program

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder - Poszt traumás stressz zavar

PMT: Parent Management Training - Szülői menedzsment képzés

RPA: Reaktív-Proaktív Agresszió Kérdőív

WHO: World Health Organisation - Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

Bizonyíték fokozata	Meghatározás
1 ⁺⁺	Az eredmények olyan magas minőségű meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba (bias) lehetősége.
1 ⁺	Az eredmények jól kivitelezett meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba (bias) 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 vizsgálatokból 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 és eset-kontroll vizsgálatokból 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 egyénisége(i)nek szakértői véleményén) alapulnak.

4. Ajánlások rangsorolása

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. A fejlesztőcsoport a hazai gyakorlatnak megfelelően a NICE (2013) protokoll alapján végezte az ajánlások rangsorolását.

A javaslatokat a következő fokozatok szerint osztályoztuk:

Bizonyítékszint	Meghatározás
A	Az ajánlások legalább egy 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.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A gyermekpszichiáternak számos esetben szükséges olyan gyermekekkel, családtagokkal, pedagógusokkal vagy a gyermekvédelmi rendszer résztvevőivel konzultálnia, ahol a probléma középpontjában a gyermek externalizáló viselkedése áll, a felnőttekkel vagy kortársakkal kapcsolatos viselkedés eltérése, a konvencionális, a normák átlépése miatt. Ennek legtipikusabb sztereotípiája a „rossz”, „neveletlen” gyermek, amely első megközelítésben is négy kérdéskört biztosan érint. Először, a nevelés torzulásai miatt pedagógiai kérdés; másodsor, a nem megfelelő individuális vagy szélesebb értelemben vett környezet miatt szociális kérdés; harmadsor, a jogi normák megsértése esetén jogi (kriminális ellátórendszerrel kapcsolatos) kérdés; negyedsor, amennyiben kezelést igényel a gyermek, egészségügyi kérdés. Amennyiben olyan kezelést igénylő gyermekpszichiátriai állapot áll a háttérben, amely a gyermek funkcionális eltéréssel társul, legalábbis részben egészségügyi kérdéstről beszélünk, ebben az esetben az állapot felismerése és a gyermek kezelése szükséges. A gyermekpszichiáter feladata az egészségügyi ellátórendszer döntéshozó szereplőjeként annak elbírálása, szükséges-e egyáltalán és milyen mértékben az egészségügyi ellátórendszer bevonása. Eddig Magyarországon hasonló tematikájú irányelv nem volt jelen, ez a dokumentum a gyermekkori viselkedészavarok körülhatárolásában, felismerésében és az érintett gyermekek klinikai menedzsmentjében szeretné támogatni a gyermekekkel foglalkozó ellátókat.

Klinikai szempontból a későbbiekben részletesen ismertetendő csoportosítás alapján két gyakori gyermekkori kórállapotot szeretnénk kiemelni, amelyek jelen szakmai irányelv gerincét képezik, ezek az enyhébbnek, jobb prognózisúnak tekintett oppozíciós zavar, és a súlyosabbnak tekintett viselkedészavar, amelyeket együttesen gyermekkori viselkedészavaroknak nevezünk.

Oppozíciós zavar esetében olyan visszatérő viselkedési mintázatról beszélünk, amely elsősorban a tekintélyszeméllyel (szülő, tanár, nevelő) szembeni lázadásként jelenik meg; míg a **viselkedészavar** az Amerikai Pszichiátriai Társaság kritériumai szerint a gyermekben és serdülőben megjelenő viselkedési mintázat, az életkornak megfelelő szociális normák visszatérő megszegése [1].

A viselkedészavarok gyakorisága

Az oppozíciós zavar pontos gyakorisága nehezen meghatározható, ez elsősorban a diagnosztikus kritériumok sérülékenysége miatt van. A DSM-5 3,3%-os keresztmetszeti gyakorisági adatról számol be (1-11%) [1], míg a NICE Guideline 2-15% közötti gyakoriságot jelez a közösségben [2]. A 16 éves korra meghatározott kumulatív prevalencia a Great Smoky Mountain Study gyakorisági adatai szerint 11,3% [3]. A DSM-5 enyhe fiú dominanciát jelez (1,4:1), hasonlóan a Great Smoky Mountain Study adatai (1,5:1) fiú túlsúlyt mutatnak (lányokban 9,1%, míg fiúkban 14,1%). Az externalizációs zavarokra jellemző fiú túlsúly oppozíciós zavar esetében gyermekkorban még jelen van, de serdülőkorra eltűnik [1, 3].

A viselkedészavar lényegesen gyakrabban jelenik meg fiúknál, a DSM-5 szerint az egy éves populációs prevalencia 4% (2-10%) [1], míg a NICE Guideline 5%-ra becsüli a funkcionális károsodással társuló viselkedési zavar gyakoriságát [2]. A „Great Smoky Mountain Study” longitudinális vizsgálat adatai szerint a kumulatív gyakoriság 16 éves korra 9% [3]. A fiúk túlsúlya jelentős, a NICE Guideline két-háromszoros fiú túlsúlyt dokumentált, míg a Great Smoky Mountain Study adatai három-négyszeres fiú túlsúlyra utalnak (lányok: 3,8%; fiúk: 14,1%) [3]. A viselkedési zavar esetében jelen levő rideg/érzéketlen vonás a viselkedési zavarral diagnosztizált gyerekek csak egy részében van jelen, 1%-ra valószínűsítik az együttes gyakoriságot [4]. Ez az utóbbi arány súlyos klinikai tüneteket mutató mintán magasabb, azonban populációs gyakorisági adatokat tekintve hasonlóságot mutat az antiszociális személyiségzavar gyakorisági kritériumaival.

A viselkedészavarokkal kapcsolatos legteljesebb magyarországi populációs becslést egy 2005-ben publikált, dunántúli serdülőket érintő tanulmány adja, ebben a serdülőkori gyakorisága a viselkedészavaroknak 7% [5], míg ez az arány klinikai depressziós serdülők esetében lényegesen magasabb [6].

A viselkedészavarok etiopatogenezise

Jelentős átfedés mutatható ki az oppozíciós zavar és a viselkedési zavar etiológiai tényezői között, azonban az oppozíciós zavar esetében kevésbé jelentős a genetikai predispozíció, és a környezeti változásokat a tünettan lényegesen gyorsabban követi [2].

A familiáris, illetve iskolai bántalmazás, konfliktusok szerepet játszhatnak az állapot kialakulásában. Jelentős a megélt frusztrációs helyzetek szerepe, amelyek mind otthoni, mind iskolai környezetben megjelenhetnek. Otthoni rizikófaktoroként nem pusztán a bántalmazás, illetve elhanyagolás különböző formái; de a gyermek környezetében kialakult családi konfliktusok, életesemények jelentős súllyal szerepelnek (válás, haláleset,

valamelyik szülő szerhasználat, szülő munkahelyének elvesztése, szülő pszichiátriai- betegsége). Az iskolai helyzetekben megjelenő bullying, csúfolódás, nehezített beilleszkedés, közösségváltás, háttérben álló részképeség-zavarok, illetve figyelmi problémák okozta kudarcélmények is a frusztráció forrását képezhetik [7]. A családi, vagy szülői büntetések, visszatérő negatív visszajelzések is okozhatják a tekintélyszemélyekkel kapcsolatos ellenállást. Serdülőkorban identitáskriszis részeként is megjelenhet oppozíció. Szélsőségesen nehéz szociális helyzet elősegítheti a tünetek megjelenését, illetve esetenként felerősítheti a tüneteket [1, 8].

Viselkedészavar esetében az anyai szerhasználat, elhanyagolt várandósság (és ennek következményei: alacsony születési súly, perinatális történések) önmagukban kockázatot jelentenek. Továbbiakban a közvetlen egyedi környezetben az elhanyagolás/bántalmazás, kötődési mintázat, a szülői viselkedésminták, inkonzisztens nevelés, valamint nehezített szociális körülmények szerepet játszanak [9, 10]. Mindezekre épül fel a kortársközösség (a szerhasználat, devialódás szintjén is jelentősen megerősítő) hatása, és a szélesebb társadalom által közvetített normarendszer, amely az iskolai közeggel együtt fejti ki hatását. A megjelenő pszichoszociális tényezők a limbikus rendszer szintjén is leképeződnek, funkcionális változásokat létrehozva a prefrontális kéreg és az amygdala működésében [11, 12, 13].

Viselkedészavarok prognózisa

Az oppozíciós zavar, ellentétben a viselkedészavarral, nem tekinthető hosszú távon stabil állapotnak [7, 14]. Míg a viselkedési zavar esetében spontán javulásra nem számíthatunk, az esetek nagyjából harmadában az oppozíciós zavar spontán is rendeződik, az esetek többi részében a hangulati érintettség, illetve a viselkedési zavar felé tolódik el a kórállapot [7]. Rossz prognózist a rideg-érzékeny vonás jelenléte és tartósan fennálló családi bántalmazás jelent, ilyen esetekben a viselkedési zavar irányába történő eltolódás esélye magasabb [2].

Az oppozíciós zavar önmagában hosszútávon hangulati-szorongásos körképekkel társul felnőttkorban, míg a viselkedési zavar elsősorban az antiszociális személyiségfejlődés irányában jelent veszélyeztetést [14, 15, 16].

Bár a korábbi becslések felvetették annak lehetőségét, hogy a viselkedészavarral diagnosztizált gyermekek akár 40%-a antiszociális személyiségzavar diagnózist kap a későbbiekben, jelen irányelv szerzői a mértéktartóbb és sokkal nagyobb elemszámú epidemiológiai becslések adatait fogadják el, mely szerint kb. minden ötödik-hatodik viselkedészavarral diagnosztizált gyermek lesz antiszociális személyiségzavarral diagnosztizált felnőtt [17]. Ezt több longitudinális tanulmány adatai is alátámasztják. Az igazán veszélyeztetett populációt a tartósan (életkortól függetlenül) magas viselkedésprobléma tüneteinek jelzi, ez általában rideg-érzékeny vonással társul [18, 19, 20]. Rossz prognózist jelent a korai kezdet; rideg/érzékeny vonás jelenléte; durva, erőszakos cselekedetek; alacsony intellektus; hiperaktivitás-impulzivitás jelenléte; szülői kriminalitás és szerhasználat; bántalmazó, érzelmileg elhanyagoló családi környezet; a család súlyos anyagi nehézsége, kriminalizáció [9, 10, 5]. Fontos a preventív szemlélet, támogató attitűd széleskörű biztosítása [2].

A klinikusnak nagyon fontos mérlegelnie a gyermek fejlődési útját, mert a gyermekek veszélyeztetettek lehetnek a későbbiekben az antiszociális személyiségzavarra. Az antiszociális személyiségzavar gyakorisága a DSM-5 leírása szerint kb. 1,5% [1], a NICE Guideline 1-3%-ra becsüli [17], gyakori a kriminális érintettség, továbbá ez a leggyakoribb, felnőttkori börtönpopulációt érintő elváltozás [21], melynek kezelésével kapcsolatban klinikai evidenciával nem rendelkezünk, ezért különösen fontos ennek a kórállapotnak a megelőzése, a gyermek-serdülőkorban diszruptív állapotoknak a megfelelő ellátása [17].

Társadalmi terhek, költségek elemzése

Közvetlen magyarországi költségvonatkozásokról nincsenek adataink, de részletes angolszász elemzések és hasonló gyakorisági adatok felvetik a hasonló nagyságrendű vonatkozásokat. Scott és munkatársai 2001-es, BMJ-ben megjelent elemzése szerint az Egyesült Királyságban 28 éves életkorra a gyermekkori viselkedészavarral diagnosztizált gyermekek, illetve felnőttek ellátásának költsége mintegy 10-szerese a viselkedészavarral nem diagnosztizált személyeknek, és több, mint háromszorosa a viselkedészavar egyes tüneteinek mutató, de viselkedészavarral nem diagnosztizált gyermekek költségeinek [22]. A viselkedészavarral diagnosztizált csoport esetében, az átlagos ellátási költségek közel 25 millió Ft-nak felelnek meg személyenként, mely költségnek a legjelentősebb része a kriminális ellátórendszerrel érintő költségek, majd a járulékos oktatási költségek és gyermekvédelemmel kapcsolatos költségek, a tényleges orvosi költségek csak egy töredékét képeznek.

Foster és munkatársai által 2005-ben közzétett tanulmány adatai szerint a viselkedészavarral diagnosztizált gyermekek és serdülők ellátási költsége az átlagosan fejlődő gyermekekhez képest lényegesen magasabb (az általuk vizsgált 7 éves időszakra vonatkoztatva ezt 70000 USD körüli összegre teszi), de lényegesen magasabb az oppozíciós zavarral diagnosztizált gyermekekre vonatkozó költségeknél is. A publikáció szerint viselkedészavar tünetek megjelenése, már a diagnózis kritériumainak megjelenése nélkül, magasabb költségeket jelent, mint az oppozíciós zavar jelenléte [23].

A magas gyakorisági adatok, a prognózis értelmezése és a költséghatékonysági adatok szükségessé teszik a problémakörrel kapcsolatos magyar irányelv kidolgozását.

2. Felhasználói célcsoport

Jelen dokumentum célja, hogy az ellátórendszerben dolgozók számára egyértelműsítse a gyermekkori viselkedészavarok kritériumait, egyértelmű segítséget nyújtson a gyermekeket érintő oppozíciós és viselkedészavar diagnosztikájához, differenciáldiagnosztikájához, ellátásához és megelőzéséhez. Az intervenciók által célzott populáció a 18 év alatti gyermekek és serdülők, akiknél a legkülönbözőbb helyszíneken (otthon, nevelőintézet, iskola, egészségügy, stb.) diszruptív magatartás jelenik meg. Az intervenciók alkalmazását végzők csoportja pedig mindazok a felnőttek, akik gyerekek felügyeletét, gondozását, oktatását, gyógyítását végzik. Az irányelv javasolható továbbá minden olyan, 0-18 éves gyermek nevelésével foglalkozó felnőttnek (szülők, nevelőszülők, hozzátartozók stb.), akik az irányelv elolvasásával összefoglaló szakmai tájékoztatást kaphatnak a hazai ellátásról.

3. Kapcsolat hivatalos hazai és külföldi irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

Azonosító:	002048
Cím:	A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismezéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban.
Megjelenés adatai:	Érvényesség: megjelenést követő hónap 1. napjától -2018. december 31.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:

Jelen irányelv készítése során támaszkodtunk a hatályban levő angolszász irányelvekre, elsősorban a NICE Guideline irányelvére [2], továbbá az Amerikai Gyermekpszichiátriai Társaság két ajánlására, az oppozíciós zavarral [24] és a viselkedészavarral [25] kapcsolatban, valamint az Új-Zélandi Szociális Fejlődés Minisztériumának [26] ajánlására.

Szerző(k):	National Institute for Health and Care Excellence [2]
Tudományos szervezet:	National Collaborating Centre for Mental Health
Cím:	Antisocial Behaviour and Conduct Disorders in Children and Young People
Megjelenés adatai:	National Clinical Guideline Number 158, 2013
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/cg158
Szerző(k):	Steiner H, Remsing L, Work Group on Quality Issues [24]
Tudományos szervezet:	AACAP
Cím:	Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder
Megjelenés adatai:	J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 46: 126-141
Elérhetőség:	https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)61969-9/abstract
Szerző(k):	Steiner H, Work Group on Quality Issues [25]
Tudományos szervezet:	AACAP
Cím:	Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Conduct Disorder
Megjelenés adatai:	J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36: 122S-139S, 1997
Elérhetőség:	https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)62597-1/abstract
Szerző(k):	Ministry of Social Development, New Zealand [26]
Tudományos szervezet:	Ministry of Social Development, New Zealand
Cím:	Conduct Disorder Guidelines
Megjelenés adatai:	Ministry of Social Development, New Zealand, 2015
Elérhetőség:	https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/service-guidelines/conduct-disorder-services-guidelines.pdf

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel:

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvel.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

1. Diagnosztika, differenciál diagnosztika

Ajánlás1

Az oppozíciós zavar és a viselkedészavar diagnosztikai klasszifikációja és a differenciál diagnózis a BNO-10 és a DSM-5 alapján történjen.

Ajánlás rangsorolása: A

A gyermekek szociális fejlődése, viselkedésének repertoárja széles keretek között mozoghat, még a társadalom által olyan veszélyesnek minősített agresszió is - bizonyos keretek és feltételek mellett - részét képezi egy átlagos gyermek fejlődésének. Egy gyermek felnőttekkel és kortársakkal való viselkedése életkoronként, földrajzi régióként és egy földrajzi régió belül különböző szociokulturális csoportokban is lényegesen különböző lehet.

Mielőtt a szociokulturális normák megsértésének klinikai szintjéről beszélnénk, a következő alapvető négy szempontot szükséges a klinikusnak mérlegelnie [27].

1. **Intenzitás.** Az antiszociális jellegű cselekedetek súlyossága és gyakorisága, összehasonlítva hasonló korú és nemű átlagos fejlődésű gyerek esetében megfigyelhető cselekményekkel.
2. **Mintázat.** A cselekedetek változatossága, illetve az a kontextus, amelyben megjelennek.
3. **Időbeli stabilitás.** Az időbeli kritériumok később részletezett megléte.
4. **Következmény.** A gyermek által megélt distressz, illetve károsodás a szociális funkcionalitásban; továbbá a környezet által megélt károk, károsodások.

A gyermekkori viselkedészavarok csoportja a DSM-5 klasszifikáció szerint két nagy gyakoriságú kórképpel jellemezhető, nevezetesen az oppozíciós zavar (oppositional defiant disorder - ODD) és a viselkedészavar (conduct disorder - CD) kategóriákkal. Egyes kutatók azt a nézetet képviselik, mely szerint egyfajta súlyossági folytonosság van jelen a két kórkép között [28], de ezt a koncepciót a legújabb klasszifikációs rendszer, a DSM-5 nem támogatja.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) diagnosztikai kritériumokat tartalmazó kézikönyve, a DSM-5 szerint a jelzett két kórképet a „Diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavarok” kategóriába sorolja (együtt a következő kórképekkel: intermittáló explozív zavar; antiszociális személyiségzavar; pirománia; kleptománia; egyéb meghatározott diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavar; nem meghatározott diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavar) [1]. A DSM-IV-ben, DSM-5-ben, illetve BNO 10-ben (ICD-10 [29]) szereplő „conduct disorder” kifejezést és diagnózist a hivatalos magyar DSM fordítás viselkedészavarként, míg a BNO-10 fordítás magatartászavarként jelöli [30]. A BNO-10 leírásában a „Magatartási zavarok” (F91) és a „Kevert magatartási és emocionális zavarok” (F92), illetve a „Hiperkinetikus magatartászavar” (F90.1) kategóriák „A viselkedés és az érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermek- vagy serdülőkorban jelentkező zavarai” fejezetben találhatóak. A BNO-10 az F91 kategórián belül az F91.0 A családi körre korlátozódó magatartászavar; F91.1 Kortárs csoportba sem beilleszkedettek magatartászavara (Nem szocializált magatartászavar); F91.2 Kortárs csoportba beilleszkedettek magatartászavara (Szocializált magatartászavar); F91.3 Nyílt (kihívó) oppozíciós zavar; F91.8 Egyéb magatartászavar; F91.9 Nem meghatározott magatartászavar kategóriákat használja. Ehhez társulnak még a F90.1 Hiperkinetikus magatartászavar; F92.0 Depressziós magatartászavar; F92.8 Egyéb kevert magatartás és emocionális zavar; F92.9 Nem meghatározott kevert emocionális és magatartászavar diagnózisok. Tekintettel arra, hogy az elérhető angol nyelvű kontinentális és angolszász dokumentáció döntő többsége mind az oppozíciós zavar, mind a „conduct disorder” esetében a DSM-en alapuló kategorizációt használja, ezért az irányelvben a későbbiekben mi is ezt tartjuk irányadónak, és a „conduct disorder” kifejezés viselkedészavar fordítását használjuk.

1.1. Oppozíciós zavar felismerése

Klinikai kép

Az oppozíciós zavar felismeréséhez elengedhetetlen a megfelelő mélységű adatgyűjtés, a családi és közösségi körülmények, fejlődésmenet, premorbid és familiáris pszichopatológiák tisztázása. Javasolt mind közös, mind a szülővel és gyermekkel külön-külön explorációs helyzetet teremteni. Továbbá fontos az óvodai, iskolai helyzet felmérése (pedagógusok bevonása, konzultáció, vélemény kérése), esetleges bullying, intrafamiális vagy közösségi bántalmazás feltárása, és ha szükséges, a gyermekvédelmi ellátórendszerrel való kapcsolatfelvétel.

Az oppozíciós zavar a BNO-10 diagnosztikus leírása szerint a következő: „Általában kisebb gyerekeknél előforduló magatartászavar, elsősorban kifejezett dacos, engedetlen, kötekedő (bomlasztó) viselkedéssel jellemezhető, amibe nem tartoznak bele garázda cselekedetek, vagy agresszív vagy disszociális viselkedés sokkal extrémebb formái. A diagnózishoz szükséges, hogy az F91.- általános kritériumai teljesüljenek. Durvább gyerekcsínyek vagy engedetlen viselkedés önmagában nem elegendő a diagnózishoz. Óvatosnak kell lenni ennek a diagnózisnak a használatakor, különösen idősebb gyerekek esetében, mert klinikailag szignifikáns magatartászavar általában disszociális vagy agresszív viselkedéssel társul, ami lényegesen meghaladja az engedetlen, dacos, vagy bomlasztó magatartást.” [30].

A DSM-5 részletesebb iránymutatást ad az oppozíciós zavar diagnózisához, a diagnosztikus kritériumok a következők (1. számú táblázat).

<p>A. Az elmúlt félévben legalább négy tünet az alábbiakból egy tekintélyszeméllyel szemben</p> <p>Dühös/irritált hangulat</p> <p>(1) önmérséklet gyakori elvesztése</p> <p>(2) gyakran érzékeny és sértődékeny</p> <p>(3) gyakran dühös és neheztel másokra</p> <p>Vitatkozó/dacos viselkedés</p> <p>(4) gyakori vitatkozás felnőttekkel (vagy tekintélyszeméllyel felnőtteknél)</p> <p>(5) gyakran aktívan szembeszegül a felnőttek elvárásaival vagy normáival</p> <p>(6) gyakran szándékosan bosszant másokat</p> <p>(7) gyakran hibáztat másokat a hibáiért</p> <p>Haragtartó/bosszúálló viselkedés</p> <p>(8) rosszindulatú, haragtartó vagy bosszúálló viselkedés legalább kétszer az elmúlt félévben</p>
<p>B. A gyermeknél/serdülőnél (esetleg felnőttél) vagy a közvetlen szociális környezetben (család, kortársak, munkahely) viselkedési nehézségek vannak jelen, vagy a funkcionalitást negatívan befolyásolja ezeken a területeken.</p>
<p>C. A viselkedés nem kizárólag pszichotikus állapot, szerhasználat, hangulati érintettség, bipoláris zavar tüneteként jelenik meg. Diszruptív hangulatszabályozási zavar nem állhat fenn.</p>

1. számú táblázat: Az oppozíciós zavar karakterizációja a DSM-5 alapján

Fontos továbbá, hogy a viselkedés állandósága és gyakorisága alapvető szempont a kórállapot elkülönítésében, a gyermek esetében funkcionális károsodás jelenléte elengedhetetlen, és nem pszichotikus állapot, szerhasználat, bipoláris érintettség talaján vannak jelen a tünetek. Kisebb életkorban (5 év alatt), a jelzett viselkedési mintázatoknak a napok többségében szükséges jelen lennie (kivéve az A8 kritérium esetében). Nagyobb gyermekeknél (5 év felett), a viselkedési elemek gyakorisága heti szintű kell, hogy legyen (kivéve az A8-as kritériumot). A gyakorisági kritérium mellett az intenzitás mérlegelését a diagnosztikus rendszer a klinikusra bízta. A súlyosság megítélése a következőképpen történik: enyhe, amennyiben a tünetek csak egy kontextusban jelennek meg (pl. otthon, óvodában, iskolában, munkahelyen [a DSM-5 szerint a diagnózis akár felnőtt korban is adható], kortársközösségben); közepes, ha két kontextusban; súlyos, ha három vagy több kontextusban jelennek meg a jelzett viselkedési problémák [1].

Komorbiditás, differenciáldiagnosztika

A leggyakoribb komorbid kórállapot maga a viselkedészavar, a komorbiditás lehetőségét a DSM-5 nyitotta meg, korábban - DSM-IV - mindkét kórállapot együttes fennállása esetén csak a viselkedési zavar diagnózis volt adható [1]. A viselkedészavarnál mind a felnőttek, mind a kortársak irányában megjelenhet jelentős konfliktus, azonban az oppozíciós zavar esetében szinte mindig felnőttel, tekintélyszeméllyel szemben megjelenő viselkedésről van szó. Továbbá a rideg-érzéketlen vonás és a társuló proaktív agresszív viselkedési zavarban jelen lehet (részletesen a viselkedészavar alfejezetben) [8].

A hiperaktivitás-figyelmesség zavar (ADHD, Attentional-Deficit/Hyperactivity Disorder) gyakori komorbid kórállapot, mintegy 30% körüli gyakorisággal [3], azonban a klinikai tünetprofil jelentősen elkülönül [31], általában nem okoz differenciáldiagnosztikai problémát. Az ADHD jelenléte mindig veszélyeztető oppozíciós zavarra, és mint a Terápia részben erre utalunk, az ADHD megfelelő kezelése és menedzsmenete kiemelt fontosságú, mert szerepet játszhat a tünetek fenntartásában [2].

A hangulati érintettség differenciáldiagnosztikai problémát eredményezhet. Hangulati érintettség tünete lehet 18 éves kor alatt a megjelenő ingerlékenység, ráadásul ebben az esetben is egy gyakori komorbiditás-állapotról van szó. Az ingerlékenység leggyakrabban oppozíciós zavarban előforduló tünet [1, 32], azonban megjelenhet major depresszió, depresszív epizód, de bipoláris zavar (mánia, hipománia, kevert epizód) esetén is. A néhány hete

fennálló ingerlékenység elsősorban hangulati érintettségre utal, míg a kifejezetten felnőttekkel szemben fennálló, tartósan fennálló viselkedési mintázat oppozíciós zavart jelez. Hangulati érintettség esetén szomatikus tünetek is megjelennek (alvás, étvágy, fáradékonyság), bipoláris kórformáknál pedig manifom tünetek lehetnek jelen, amik nincsenek jelen oppozíciós zavarban önmagában [2, 14, 32].

A DSM-5 a hangulati érintettségek között egy új kórformát is bevezetett diszruptív hangulatszabályozási zavar néven. Ebben az állapotban az ingerlékenység nem epizódikus (mint a bipoláris zavaroknál), és elsősorban nem a tekintélyszeméllyel szemben jelenik meg [1]. A diszruptív hangulatszabályozási zavar diagnózisa esetén oppozíciós zavar diagnózisa nem adható. A diszruptív hangulatszabályozási zavar esetében a legfontosabb differenciáldiagnosztikai irány az atípusos bipoláris kórformák elkülönítése [33].

Felmerül még a differenciáldiagnosztikában a bántalmazás, esetleg poszttraumás stressz zavar (PTSD) elkülönítése, oppozíciós zavarban önmagában nincsenek vegetatív tünetekkel járó éjszakai felriadások, flash-élmények sem jelennek meg. Bántalmazás nélkül is lehetnek otthoni konfliktusok, esetleg a szülő(k) betegsége, vagy rendezett familiáris viszonyok esetében iskolai bántalmazás (bullying), amely az oppozíciós viselkedés magyarázatául szolgálhat [1, 34].

Felismerést támogató mérőeszközök

Az oppozíciós zavar diagnózisához nem társul sem laboratóriumi, sem a központi idegrendszerre vonatkozó célzott vizsgálat.

Az oppozíciós zavar diagnózisának felállítása a gyermekpszichiáter feladata. A diagnosztikai eljárás során az anamnézis és a viselkedés megfigyelése mellett használhatóak átfogó interjúk (pl. Interview Schedule for Children and Adolescents - ISCA, MINI International Neuropsychiatric Interview Kid [35, 36, 37]. Továbbá kérdőívek, mint a Child Behavior Checklist (Gyermekviselkedési Kérdőív, CBCL), a Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire használhatóak [38, 39, 40, 41, 42, 43, 44]. A gyermek életminőségének felmérésére az Inventar Lebensqualität für Kindern und Jugendlichen mérőeszköz javasolt [45, 46].

1.2. Viselkedészavar felismerése

Klinikai kép

A viselkedészavar felismeréséhez az oppozíciós zavarnál leírtak szerint nagy jelentőséggel bír a megfelelő mélységű adatgyűjtés, a családi és közösségi körülmények, fejlődésmenet, premorbid és familiáris pszichopatológiák tisztázása. Javasolt mind közös, mind a szülővel és gyermekkel külön-külön explorációs helyzetet teremteni. Továbbá fontos az óvodai, iskolai helyzet felmérése (pedagógusok bevonása, konzultáció, vélemény kérése), esetleges bullying, intrafamiáris vagy közösségi bántalmazás feltárása, és ha szükséges, a gyermekvédelmi ellátórendszerrel való kapcsolatfelvétel. Az oppozíciós zavarnál nem jeleztük, de a viselkedészavarnál alapvető az esetleges korábbi kriminális érintettség, kriminális veszélyeztetettség feltárása, empátiával kapcsolatos jellemzők feltárása, és a szerhasználattal kapcsolatos vulnerabilitás miatt ez irányú exploráció.

A viselkedészavar típusait (magatartászavarokat) összességében a BNO-10 diagnosztikus leírása a következőképpen jellemzi: „Jellemzői a visszatérő és tartós disszociális, agresszív vagy dacos magatartássémák. A viselkedés egészen a kornak megfelelő szociális normák erős áthágásához vezethet, sokkal súlyosabb lehet, mint egy hagyományos gyereksíny, vagy egy serdülőkori lázadás, és elég hosszan kell tartania (hat hónap vagy annál hosszabb ideig). A magatartászavar része lehet egy meglévő pszichiátriai szindrómának, ebben az esetben ezt a diagnózist kell előnyben részesíteni. A diagnózis olyan viselkedéseken alapszik, mint például: extrém mértékű harc, fenyegetés, emberekkel, állatokkal, tárgyakkal való durva bánásmód, tulajdonnal szembeni extrém destrukció (rombolás), tűzokozás, lopás, ismételt hazudozás, iskolakerülés, gyakori elszökés otthonról, gyakori és súlyos indulatkitörések, szófogatatlanság. Bármelyek a fentiek közül, elegendő a diagnózishoz ha kellően markáns, de az izolált disszociális cselekedetek nem.” [30]. Ebben a diagnosztikus rendszerben az időbeli keret nem megfelelően körülírt, és a következményt (akár az egyénre, akár a környezetre nézve) nem jelzi.

Emberek és állatok felé irányuló agresszió (1) gyakran terrorizál, fenyeget vagy megfélemlít másokat (2) gyakran kezdeményez verekedést (3) olyan fegyvert használ, amely komoly fizikai sérülést okozhat másoknak (4) fizikailag kegyetlen másokkal (5) fizikailag kegyetlen állatokkal (6) rablótámadásokban vesz részt (7) valaki mást szexuális tevékenységre kényszerít
Vagyonrongálás (8) szándékos gyújtogatás (9) szándékos vagyonrongálás
Csalás vagy lopás (10) házak, autók feltörése (11) valótlan tények állítása (előnyszerzés miatt) (12) adatok meghamisítása, illetve dolgok eltulajdonítása
Szabályok súlyos megsértése (13) szülői tiltás ellenére kimaradás (13 éves kor előtt) (14) éjszaka otthonról elszökés (15) iskolai csavargás (13 éves kor előtt)

2. számú táblázat: A viselkedési zavar karakterizációja a DSM-5 alapján

Ezzel szemben, a BNO-10 kutatási kritériumai már tételesen jeleznek 15 viselkedést (2. számú táblázat), és jelen van a másokkal kapcsolatos következmény/hatás (de a gyermekre saját magára vonatkozó következmény nincs jelen). A diagnózis megalkotásához 3 szimptomának kell teljesülnie, egynek legalább fél éven keresztül kell tartania. Három altípust különít el, a családi körre lokalizálódó, a nem-szocializált és a szocializált típust. Ajánlja a kezdet megjelölését, korainak a 10 év alatti kezdet minősül. Amennyiben komorbid zavar is jelen van, a BNO-10 kombinált diagnózis lehetőségét veti fel, és nem a két (komorbid) diagnózist írja le, ilyen a depressziós és a hiperkinetikus viselkedés/magatartászavar.

A DSM-5 (és korábban a DSM-IV) ugyanazt a 15 szimptomát sorolja fel, mint a BNO-10 diagnosztikai kritériumai, azonban kiterjeszti az időbeliséget egy évre (egy tünetnél az elmúlt félévre), és szükséges, hogy a gyermek funkcionáltsága családi, iskolai vagy egyéb szociális közegben érintett legyen. A komorbiditásokat a DSM-5 külön entitásként kezeli, és a kutatásokat illetően gyakorlatilag csak erre a kategóriára támaszkodhatunk [1].

A DSM-5 a súlyosságot a BNO-10-hez hasonlóan három szinten: enyhe-közepes-súlyos határozza meg, jelöli a kezdetet (korai vagy serdülőkori kezdet). A DSM-5 kritériumok egy módosító sajátosság kivételével teljesen megegyeznek a DSM-IV kritériumokkal. Az új diagnosztikus rendszer bevezette a **korlátozott proszociális érzelmekkel** való társulás jelölését [1]. Az utóbbi évtizedben számos adat támasztotta alá a viselkedési zavarral diagnosztizált gyermekek és serdülők esetében a fenti jellemző alapjául szolgáló rideg/érzéketlen vonás jelenlétének fontosságát [4, 10, 47, 48].

Megbánás / büntudat hiánya
Ridegség - empátia hiánya
Teljesítménnyel kapcsolatos közöny / érdektelenség
Sekélyes / hiányzó érzelmek

3. számú táblázat: Korlátozott proszociális érzelmek (rideg-érzéketlen vonás jelenléte) a DSM-5 viselkedési zavar diagnózisánál

A vonás négy alapvető jellemzője a következő: (I) büntudat érintettsége, (II) empátia érintettsége, (III) saját teljesítménnyel/moralitással kapcsolatos érdektelenség, (IV) érzelmi reakciók érintettsége; a rideg-érzéketlen vonás (korlátozott proszociális érzelmek) jelöléséhez a felsorolt négy jellemző közül (3. számú táblázat) legalább kettőnek a folyamatos megnyilvánulása szükséges, különböző kapcsolatokban és helyzetekben legalább 12 hónapon keresztül [1]. Ezen klinikai jellemző vizsgálatára Frick 2003-ban kidolgozott egy mérőeszközt (Inventory of Callous Unemotional Traits, ICU, amelyet 2008-ban validáltak [49]), melynek létezik szülői, tanári és önkitöltős változata is.

A viselkedési zavar esetében a fizikai agresszivitás különösen markáns tünetként jelenik meg [2]. A fizikai agresszió klinikai szempontból leghasznosabb csoportosítása a reaktív/proaktív agresszió elkülönítése. Vélt vagy

valós provokációra kialakuló reaktív agresszivitás gyakorlatilag bármely (gyermek)pszichiátriai kórképben megjelenhet, de az agresszivitás megerősítő, jutalmazó szerepéért létrejött proaktív agresszió szinte kizárólag csak viselkedési zavarban, illetve 18 éves kor felett antiszociális személyiségzavarban fordul elő [10, 50, 51]. Különösen fiúkban magas a társuló kriminális érintettség [9].

Komorbiditás, differenciáldiagnosztika

Mind az externalizáló, mind az internalizáló kórképekkel való jelentős komorbiditás lehet jelen [2]. A viselkedészavar tünettanilag leggyakrabban az oppozíciós zavarral együtt jelenik meg. Magas a komorbiditás az ADHD-val, a szerhasználattal és a hangulati zavarokkal is [3,31]. Chan és munkatársai közleménye alapján a serdülőkori marihuána-használók 72%-a két vagy több pszichiátriai szindrómával rendelkezett a terápiába kerüléskor, amelyek közül az ADHD és a viselkedészavar (CD) volt a leggyakoribb kórkép. Alkoholfüggő serdülők esetében is az ADHD, a CD, a PTSD és a major depresszív zavar voltak a leggyakoribbak. Az önmédikalizációs hipotézisnek megfelelően, az externalizáló kórképek megelőzték a marihuána használatot serdülők esetében [52]. Ezeknek különösen nagy a jelentősége, hiszen a viselkedési zavarral diagnosztizált gyermekek és serdülők kezelésében kiemelt jelentőségű a komorbid kórállapotok menedzsmentje.

A társuló ADHD diagnózisának felállítása általában kevésbé okoz problémát, esetleg nagyobb serdülőknél az együttműködés hiánya nehezítheti a kórállapot feltárását. Ismert, hogy a kezeletlen ADHD gyakran társul viselkedési zavarral, amely a későbbi prognózist is jelentősen módosíthatja [53].

Gyermek- és serdülőkorban (18 éves kor alatt) a hangulati érintettség kritériumai közé sorolható az irritált hangulat. Az irritabilitás differenciáldiagnosztikája (lásd az oppozíciós) kiemelt jelentőséget nyert az utóbbi években, és a DSM-5 rendszerébe bekerült a diszruptív hangulatszabályozási zavar is, ahol reaktív agresszióra utaló elemek jelennek meg [1, 33].

Az intermittens explozív zavar esetében is főként reaktív agresszióra utaló elemek jelennek meg. A diagnózis 6 éves kortól adható, de a gyakorlatban ez inkább fiatal felnőttkori diagnózis. Kriminális viselkedés az indulatkezelési nehézség miatt megjelenhet, de az események miatti megbánás és a betegségtudat is jelen van, egyéb szándékos bűnesetek (lopás, csavargás) nincsenek jelen [1].

A kleptománia és a pirománia is felmerülhet a kriminalitással kapcsolatban, azonban mindkét kórállapot esetében egyik legjellemzőbb tulajdonság, hogy a tüzgyújtás, illetve a lopás jelensége önmagában egy időleges kielégítettség-érzetet, „jutalmat” jelent, míg ez a specifikus jelenség nincs jelen viselkedési zavarban [1].

Felismerést támogató mérőeszközök

A viselkedészavar diagnózisához, az oppozíciós zavarhoz hasonlóan, nem társul sem laboratóriumi, sem a központi idegrendszerre vonatkozó célzott vizsgálat.

A viselkedészavar diagnózisának felállítása szintén gyermekpszichiátriai kompetencia. A diagnosztikai eljárás során az anamnézis és a viselkedés megfigyelése mellett használhatóak átfogó interjúk (pl. Interview Schedule for Children and Adolescents - ISCA, MINI International Neuropsychiatric Interview Kid [35, 36, 37]. Továbbá kérdőívek, mint a Child Behavior Checklist (Gyermekviselkedési Kérdőív, CBCL), a Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties and Questionnaire használhatóak [38, 39, 41, 42, 43, 44]. A gyermek életminőségének felmérésére az Inventar Lebensqualität für Kindern und Jugendlichen mérőeszköz javasolt [45, 46].

Viselkedészavar esetében különösen fontos az esetleges társuló agresszió karakterizációja, ennek felmérésére a Reaktív/Proaktív Agresszió Kérdőív javasolt [54, 55]. A rideg-érzékeny vonás felmérésére a Rideg-Érzékeny Vonást MÉRŐ Leltár (ICU, Inventory of Callous/Unemotional Traits) használata javasolt [49, 55, 56].

2. Gyermekkori viselkedészavarok – pszichoszociális intervenciókra vonatkozó ajánlások

A fentiekben már részletezték szerint a viselkedésproblémákkal járó gyermekpszichiátriai zavarok rendkívül heterogén csoportot képeznek. Ha két DSM-5 diagnózisra szűkítjük a kört, az oppozíciós zavarra és a viselkedészavarra, a heterogenitás továbbra is jelentős marad. A viselkedészavar összesen 15 potenciális tünete közül elég 3 a diagnózishoz, így a játszótéri kukákat gyűjtogató, emellett otthonról gyakran távolmaradó és iskolát kerülő fiatal ugyanolyan diagnosztikus csoportba kerülhet, mint az, aki másokat fizikálisan és szexuálisan bántalmaz és kedvtelésből állatokat kínozza. Kiemelendő a terápiás vonatkozások kapcsán a feljebb már részletezett rideg-érzékeny vonások gyermekkori megjelenésének felismerése - a viselkedészavaros gyerekek ezen csoportját különösen súlyos tünetek jellemzik és a terápiás próbálkozások hatékonyságát az ilyen vonások jelentősen rontják [57]. Tekintettel arra, hogy az életkor előrehaladtával a viselkedészavarokkal diagnosztizált gyermekek motivációja a változásra jelentősen lecsökken, állapotukkal kapcsolatos belátásuk pedig tartósan alacsony, ezért a terápiás intervenció részét képezi iskolás kortól kezdődően egy motivációt felmérő, azt elősegítő interjú is.

Mindezzel együtt néhány pszichológiai intervenció egyértelműen hasznosnak bizonyult a problémás viselkedés enyhítése és a későbbi kimenetel pozitívabb irányba terelése szempontjából. Az ilyen intervenciókat többnyire kézikönyvben rögzített programok keretében biztosítják; ezek a programok két fő csoportra oszthatók. Az egyik

csoportban egyféle intervencióra kerül sor (pl. szülőtréning, csoportos viselkedésterápia), a másik csoportban pedig többféle intervenció kombinációjával igyekeznek a problémákat enyhíteni; az utóbbi csoportba tartozó programok irodalma és evidenciája szélesebb körű. A leggyakrabban hatékonynak talált intervenció módszereket az alábbiakban ismertetjük. Megjegyzendő, hogy az olvashatóság kedvéért nem soroljuk fel minden alkalommal a gyermekről gondoskodó felnőtt összes potenciális minőségét (pl. szülő/nevelő/gondviselő stb.), de ahol az alábbiakban a „szülő” kifejezés szerepel, az értelemszerűen arra a felnőttre vonatkozik, aki a gyermek életében a szülői szerepkört betölti.

Ajánlás2

Óvodás korban szülőtréning a választandó intervenció, későbbi életkorokban mind a szülőkre, mind a gyermekekre vonatkozó komplex intervenció javasolt. A szülőtréningek körül a Triple P és Incredible Years programok hazai bevezetése javasolt.

Ajánlás szintje: A

Számos adat támasztja alá, hogy a szülőtréning óvodás korban kifejezetten hatékony a viselkedésproblémák enyhítésében, később azonban a kizárólag a szülőkre irányuló intervenciók kevésbé képesek a gyermek viselkedését kedvező irányba terelni. Ilyenkor a gyermekekre irányuló vagy komplex intervenciók szükségesek (pl. MST).

1. Elsősorban a szülőkre irányuló intervenciók.

- a. Szülő-gyermek interakciós terápia (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT). Ebben a megközelítésben a terápia során egy szülő és a problémás gyermek vesz részt a terápiás ülésen, amelynek során a terapeuta egy detektív-tükör mögül figyeli a szülő és a gyermek interakcióját, és valós idejű utasításokat ad a szülőnek. Az ülések hetente zajlanak, addig, amíg az előre meghatározott területeken a szülő el nem sajátítja a szükséges készségeket. A PCIT intervenciót több vizsgálat hatékonyabbnak találta a viselkedésproblémák enyhítésében [58], elsősorban óvodás korban (lásd később).
- b. Szülőtréning. A szülőtréninget előtérbe helyező intervenció programok egész sorát dolgozták ki az elmúlt évtizedekben. Ezek mindegyike a szülők gyermeknevelési viselkedésének javítását tűzik ki célul; a programok az oppozíciós tünetek és más viselkedésproblémák terén többnyire hatékonynak bizonyulnak. Az intervencióban célzott szülői kompetenciák általában az alábbiak (ld. a NICE irányelvet) [2]:
 - I. **Játéktevékenység és pozitív kapcsolat támogatása:** Viselkedészavarban kialakul egy rossz kör, amelyben a viselkedésprobléma retorziót, ez pedig újabb viselkedésproblémát eredményez. Ebbe a körbe igyekszik beavatkozni ez az intervenció azzal, hogy megtanítja a szülőket játéktevékenységgel, nem ellenségesen, nem támadóan közeledni a gyermekük felé.
 - II. **Dicséret és jutalom a proszociális viselkedésért:** A szülőket megtanítják pozitívan, a kívánt viselkedés megfogalmazásával és annak megerősítésével reagálni a nem kívánt viselkedés kritizálására helyett. Ha a kívánt viselkedés megjelenése azonnali dicsérettel jár, és ez naponta sokszor ismétlődik, a kívánt viselkedés gyakoribbá válik. Ha a kívánt viselkedést a szülő nem veszi észre, vagy a dicséret nehezebbre esik, a kívánt viselkedés ritkább lesz.
 - III. **Egyértelmű szabályok és utasítások:** A szabályoknak egyértelműnek, világosnak, konkrétnek és következetesnek kell lenniük. Az utasítások legyenek rövidek, határozottak és pozitív tartalmúak. Nem megfelelő utasítás az, hogy „ne rosszkodj” vagy „viselkedj rendesen”. Jó utasítás az, hogy „játssz csendben”.
 - IV. **A nem kívánt viselkedés járjon következetes és nyugodt következménnyel:** Az engedetlenségre és agresszivitásra határozottan és nyugodtan kell reagálni – time out (vagyis az eszkalálódó feszültségből a gyermek eltávolítása, a környezeti megerősítések lehetetlenné tétele átmeneti, rövid idejű izolációval) alkalmazásával. A kisebb, zavaró viselkedésre (pl. nyafogás, kiabálás) lehetőség szerint ignorálással kell reagálni. Mind a határozott és nyugodt reagálás, mind az ignorálás kifejezetten nehéz, sok gyakorlást igényel.
 - V. **A gyermek napjának átszervezése a bajok megelőzése érdekében:** Vannak a napban olyan tipikus problémagócok, amelyek kis átszervezésre jól reagálnak. Pl. iskola után a testvéreket külön szobába küldeni, hogy ne alakuljon ki vita; tévénezést reggel addig nem engedni, amíg nem öltözött fel, stb. Általában 8-10, hetente tartott ülés szükséges, mint pl. Forehand és munkatársai leírásában [59]. A szülőtréning egy speciális formája képes volt a rideg-érzékeny vonásokat is enyhíteni [60]. Ennek kapcsán két megjegyzés szükséges. Az egyik, hogy hasonlóan a legtöbb, hatékonynak bizonyult szülőtréninghez, jelentős eredmények elsősorban óvodás korú gyerekek viselkedése terén érhetők el. Ha a vizsgált gyerekek túlnyomó része iskoláskorú, a szülőtréning hatékonysága objektívan már nem támasztható alá [61, 62]. A másik, hogy a rideg-érzékeny vonások jelenléte a fent említett [60] vizsgálatban is mérsékelte az intervenció hatékonyságát, más vizsgálatokban pedig az ilyen jellemzők magas szintje mellett a szülőtréning nem volt hatékony [63]. A hatékonynak bizonyuló, szülőtréningre épülő programok közül az evidenciák bősége okán név szerint is kiemelendő az Incredible Years [64]

és a Positive Parenting Program (Triple P) [65], melyek hazai bevezetése szakmailag feltétlenül alátámasztott és sürgető.

2. Elsősorban a gyermekekre irányuló intervenciók

Az ilyen pszichológiai intervenciók során a problémás viselkedést mutató gyermeket vonják terápiába, a cél pedig adaptív dühkezelés és szociális készségek tanítása. A legtöbb, gyermekekre irányuló intervenció kognitív viselkedésterápiás alapokon nyugszik. Közös elemeik a következők:

- a. az impulzív reakció lassítása - „állj meg és gondolkozz”
- b. saját fiziológiai arousal szint és a saját érzelmi állapot felismerése
- c. problémák felismerése és definiálása
- d. alternatív reakciók generálása
- e. a következmények átgondolásával a legjobb reakció kiválasztása
- f. a választott reakció végrehajtása
- g. a kontroll gyakorlása kapcsán saját teljesítményének elismerése, és a reakció utólagos értékelése
- h. barátkozáshoz szükséges készségek (skillek) tanítása
- i. a szociális kapcsolatokhoz szükséges készségek kialakítása (pl. kölcsönös, reciprok kommunikáció, megosztás stb.)
- j. nézőpontok megfelelő módú kifejezésre juttatása, másokra figyelés.

Az ilyen programok iskoláskorú gyermekeknél többnyire hatékonyan csökkentik az agresszív vagy diszruptív magatartást [66].

3. Komplex, több célra irányuló intervenciók

Ezekben a programokban az intervenció célja nem csupán a nevelési stratégiák javítása vagy a gyermek különböző készségeinek fejlesztése; a komplex programok a problémás viselkedéshez hozzájáruló komplex tényezőkhez igazodnak.

- a. Egy részükben a fent már leírt stratégiák kombinálása és egyéni szükségletekhez igazítása teszi komplexsége a programot; ilyen például a Fast Track elnevezésű program, amely az első osztálytól egészen a 10. osztályig követi a gyerekeket, és minden évben más tartalmú egyéni vagy csoportos intervenciót és szülőtréninget biztosít [67]. Ez a program hatékonyan csökkenti az évek során a viselkedészavar előfordulását, az elemzések szerint elsősorban azért, hogy a szülőtréning komponens révén csökken a durva fegyelmezés (pl. testi fenytetés vagy durva, túlzott intenzitású szidás) gyakorisága.
- b. A komplex programok másik része az egyéni készségdeficitekre fókuszálás helyett ill. mellett több rendszerben igyekszik változást elérni (egyéni, családi, kortárskapcsolati és kétszemélyes kapcsolatok terén). A legtöbbet vizsgált ilyen megközelítés az ún. multiszisztémás, vagyis több rendszerre ható terápia (Multisystemic Therapy, MST). A multiszisztémás terápia hatékonysága viselkedészavarban egyértelmű, és jelentős előnye, hogy későbbi életkorokban is elérhető javulás a viselkedésproblémák, az antiszociális viselkedés, sőt, a szuicidalitás terén [68, 69]. A multiszisztémás terápia rendre hatékonyabbnak bizonyul, mint az ún. szokványos kezelés („treatment as usual”). Megjegyzendő, hogy a rideg-érzéketlen vonások ebben az esetben is jelentősen csökkentik a terápia hatékonyságát [70]. A multiszisztémás terápia elemei a következők [71]:

- I. **Terv kialakítása.** Az első lépésben az MST terapeuta a család és más fontos szereplők bevonásával felméri, hogy mik az átfogó, elérni kívánt célok. Ezután a terapeuta a lehető legtöbb információforrásra támaszkodva igyekszik megérteni, hogy a problémás viselkedés hogyan illeszkedik a gyermeket körülvevő kontextusba, vagyis hogy melyek a viselkedés hajlamosító, provokáló és fenntartó tényezői. Ezután a terápiás team és a család megállapítják az azonosított problémákat generáló tényezők prioritási sorrendjét, és az egyes tényezőkre intervenciókat alakítanak ki. Az intervenciókat ezt követően megvalósítják, ezzel együtt azonosítják a megvalósítás útjában álló akadályokat. Ezután újraértékelik, hogy a tervezett és megvalósított intervenció elérte-e a célját. Ha nem, a folyamat során szerzett információkat felhasználva új hipotéziseket és módosított intervenciókat alakítanak ki. Fontos alapelv a terv készítése, majd megvalósítása során, hogy az MST team soha nem adja fel - mindent megtesznek azért, hogy a család elérhesse a kívánt célokat (pl. 24 órás elérhetőséget biztosítanak). Ha pedig az intervenció sikertelen, azért a team a felelős, nem pedig a család.
- II. **Családi intervenciók.** Első lépésben a családi kapcsolatok feltérképezése zajlik, bizonyos előre definiált paraméterek mentén, pl. a szülő-gyermek kapcsolat melegsége, a szülői kontroll minősége, a nevelés stílusa (pl. autoriter, engedékeny, elhanyagoló), a család struktúrája vagy a házastársi kapcsolat minősége. Ezután az azonosított problémákra a fent említett prioritás meghatározását követően intervenciókat kezdenek. Ez lehet a fegyelmezési stratégiák módosítása, a családi viszonyok vagy a házastársi kapcsolat javítása.
- III. **Kortárskapcsolati intervenciók.** Ezen a téren is első lépésben a kortárskapcsolatok felmérése történik, főként az antiszociális kortársak hatásának megítélése érdekében. Ezt követően az intervenciók célja a

deviáns kortársakkal való kapcsolatok visszaszorítása és a proszociális kortársakkal való kapcsolatok bővítése. Ehhez egy fontos lépés, hogy a szülő fokozottabb kapcsolatba kerüljön a kortársakkal és az ő szüleikkel; ennek érdekében pl. segítik a szülőket abban, hogy hogyan tudják otthonukat befogadó, kortársak szabadidős tevékenységeinek teret adó helyszínné tenni. Segítik továbbá a szülőket abban, hogy hogyan tudják azonosítani és támogatni a gyermek kompetenciáit és érdeklődési köreit és ezeknek megfelelő tevékenységekhez lehetőséget biztosítani, vagy milyen módon tudják szankcionálni a deviáns fiatalokkal való kapcsolattartást, és megerősíteni a proszociális társakkal való kapcsolatokat. Ide tartozhatnak olyan intervenciók is, amelyek a szociálisan ügyetlen, periférián lévő, magányos fiatalnak szociális készségeket tanítanak.

- IV. **Az iskolai és munkahelyi sikeresség elősegítése.** Ezen a területen a problémák felmérésébe és az intervenciók megvalósításába az iskolát is bevonják. Ide tartozhat például az osztályban megjelenő viselkedésszorongás kiváltó tényezőinek azonosítása és módosítása, az iskola és a család közötti kommunikáció facilitálása, az iskolából való kimaradás vagy kicsapás megelőzése vagy megfelelő szakmai képzési program keresése.
- V. **Egyéni intervenciók.** Az MST keretein belül bizonyos esetekben a szülő vagy a gyermek egyéni terápiájára is sor kerül. Ilyen helyzet lehet például a szülő depressziója vagy a gyermek agresszív viselkedése vagy egyéni kezelést indokló gyermekpszichiátriai zavara (pl. ADHD).
- VI. **A család szociális támaszainak kialakítása.** Az MST arra a felismerésre épít, hogy még két szülő sem, egyedülálló szülő pedig végképp nem rendelkezik a gyermekről való optimális gondoskodáshoz szükséges erőforrásokkal, tehát szociális támaszokra lesz szükségük. Az ide tartozó intervenciók a meglévő szociális támaszok felmérését, a potenciális, de jelenleg nem aktív szociális támaszok azonosítását, és a szülők ezek megkereséséhez és fenntartásához szükséges készségeinek javítását jelentik.

Ajánlás3

A legjobb eredmény érdekében komplex, a gyermek viselkedésszorongásainak kialakulásáért és fennmaradásáért felelős minél több tényező módosítását célzó programok alkalmazása javasolt.

Ajánlás rangsorolása: A

A rendelkezésre álló adatok alapján a komplex, a viselkedésszorongásokhoz hozzájáruló összes tényezővel foglalkozó intervenciók a problémák enyhítésében, ezt minden jelentős nemzetközi irányelv megerősíti [2, 24, 25]. Ahogy a fentiekben jeleztük, az óvodás kor után a gyermekekre irányuló specifikus intervencióra is szükség van.

Ajánlás4

A viselkedésszorongás kezelését ill. kialakulásának megelőzését rizikócsoportokban minél korábbi életkorban meg kell kezdeni.

Ajánlás rangsorolása: A

Minél korábban - lehetőség szerint óvodás korban - kezdődnek meg a megfelelő intervenciók, annál valószínűbb, hogy a tünetek később enyhülnek és a súlyosabb prognózis elkerülhető. Felvetődik annak a lehetősége, hogy egy drága, prevenció szemléletű, viszonylag hosszan tartó viselkedésterápiás eljárás, vagy szülőtréning tovább növeli a viselkedésszorongások amúgy is magas költségét. 2005-ös adatok még bizonytalanok voltak a megtérülés lehetőségével kapcsolatban [72], de a későbbi metaanalízisek bizakodóak, nem csupán a terápiás hatékonyság, hanem a megtérülés tekintetében is. Pl. az Incredible Years programra vonatkozó analízisek szerint 2000 Euro-nak megfelelő összeg nagyságrendileg fedezi egy Angliában vagy Európa nyugati részén élő gyermek esetében a program egy gyermekre vonatkoztatott költségeit, és markáns tünetcsökkentéssel társul [73]. A korán, 3 éves korban, vagy előtte indított intervenció a Képességek és Nehézségek Kérdőív pontszámokban fél éves utánkövetésre vonatkoztatva jelentős csökkenésekkel társult az összprobléma-pontszám tekintetében, de különösen figyelemreméltó a környezet által megélt viselkedésváltozás funkcionális dimenziójában történő változás [74]. Hasonló pozitív tapasztalatokat tudtak az Early Years intervenció hat hónapos utánkövetésekor is megfogalmazni [75]. Bár a PPP (Triple P) program költséghatékonyságát a Svédországban bevezetett adaptáció alapján kimutatni nem tudták individuálisan [76], populációt tekintve pozitívak a tapasztalatok, különösen a csoportos intervenció esetében [77].

Furlong és munkatársai által közölt Cochrane Review a 3-12 év közötti korosztályra fókuszálva a szülőtréning, illetve a társuló viselkedésterápiás programok költséghatékonyságát elemezték. Az elemzés tanulsága szerint viselkedésszorongás esetében a hatékony korai komplex terápiás intervenció személyre szabott, kb. 600.000 Ft-nak megfelelő költsége nemcsak orvosilag, társadalmilag, hanem gazdaságilag is nagyon erősen indokolható [78].

4. Gyermekkori viselkedészavarok – farmakoterápiás ajánlások

Előjáróban fontos hangsúlyoznunk, hogy a viselkedészavar kezelésében nem a gyógyszeres kezelésnek, hanem a pszichoszociális intervencióknak van elsődleges szerepe [2].

A gyermekpszichiátriai klinikai gyakorlatban ugyanakkor a diszruptív viselkedészavaroknál a gyógyszeres terápiák aránya folyamatosan nő. Megfigyelhető a kombinált gyógyszeres terápiák arányának növekedése is [79]. Ez a kezelési forma jellemzően a viselkedészavarok súlyosabb formáiban, kifejezett, veszélyeztető agresszió megjelenésekor kerül beállításra.

A viselkedészavarban a gyógyszerelés hatásmechanizmusa, eltekintve attól az esettől, amikor az egyidejűleg fennálló ADHD megfelelő gyógyszeres kezeléséről van szó, nem egészen tisztázott. De mivel a viselkedészavar egy olyan állapot, amelynek kialakulásához a genetikus predispozíció és az atípusos agyfejlődés vagy fiziológiailag meghatározott érzelmi szabályozás jelentősen hozzájárulhat, a gyógyszeres kezelés segíthet ezen faktorok közül néhányának a befolyásolásában, javításában [2]. Jelenleg nem ismerünk olyan biológiai terápiát, amely a rideg-érzékenyen vonások módosítására volna képes.

A szakmailag megalapozott gyógyszeres kezelés mérlegelésében segítenek az utóbbi években egyre növekvő számban megjelenő, evidenciákat hozó, randomizált, placebo-kontrollált klinikai vizsgálatok, és az ilyen vizsgálatok széles körét összesítően elemző, az evidenciák minőségét is meghatározó tudományos review-k. Ugyanakkor az eredmények összehasonlításában és a következtetéseknél nehézséget jelentenek a vizsgálati csoportokon belüli, illetve a csoportok közötti különbözőségek, például az intellektuális szintben, a komorbiditások (pl. ADHD, oppozíciós zavar) jelenlétében, illetve a tüneteket a gyermek más-más élettereiben mérlegelő személyekben (pedagógus, szülő).

Ajánlás5

Ne ajánljunk rutinszerűen gyógyszeres kezelést az oppozíciós zavarral vagy viselkedészavarral diagnosztizált gyerekeknél és serdülőknél előforduló viselkedésproblémákra, elsődlegesen a pszichoszociális intervenciók.

Ajánlás rangsorolása: A

A rangos irányelvek semmiképpen sem javasolják a viselkedészavar rutinszerű gyógyszeres kezelését [2, 24, 25], második vonalbeli terápiás lehetőségként merül fel, egy komplex kezelési terven belül, ha pszichoszociális intervencióra nem megfelelően reagáló, súlyos és veszélyes agresszív tünetek jelennek. A gyógyszeres kezelésről magáról is megállapították, hogy pszichoszociális intervenciókkal együtt alkalmazva hatékonyabb, mint önmagában [53]. Leggyakrabban komorbiditás esetében lehet indokolt, a társuló zavarnak (pl. ADHD, depresszió) megfelelő gyógyszeres kezelés beállításával.

A gyógyszerbeállítás óvatosan történjen, alacsony dózissal kezdve, fokozatosan elérve a már hatékony dózist (különösen az antipszichotikumok esetében), miközben folyamatosan monitorozzuk a hatást, a mellékhatásokat és az adherenciát. Különösen gondosan kell kontrollálni, ha viselkedészavaros serdülőnek stimulánsot írunk fel, a visszaélések nagy kockázata miatt, illetve figyelni az egyidejűleg előforduló szerhasználat lehetőségére. A többszörös gyógyszeres kezelést lehetőleg kerüljük el [80].

A NICE irányelv (2013) a következő gyógyszercsoportok viselkedészavarban való hatékonyságát foglalta össze 2011-ig megjelent tanulmányok alapján: stimulánsok, atomoxetin, antipszichotikumok, hangulatstabilizálók és antikonvulzívumok valamint antihipertenzívumok [2]. Ezt követően is megjelent számos szisztematikus összesítés ezen gyógyszercsoportok hatásosságát értékelve.

Az elemzett vizsgálatokban változatos felállásban fordult elő a viselkedészavar és az oppozíciós zavar komorbid ADHD-val (ilyen volt a legtöbb), vagy anélkül.

Ajánlás6

Az oppozíciós zavarral vagy viselkedészavarral diagnosztizált gyerekeknél és serdülőknél komorbiditásként előforduló ADHD kezelésére a szülőtréning és egyéb pszichoszociális intervenciók mellett ajánljunk metilfenidátot vagy atomoxetint az érvényben levő Figyelemzavaros hiperaktivitás irányelvben leírtaknak megfelelően, mely a diszruptív, agresszív tüneteket is javítja.

Ajánlás rangsorolása: A

Az ADHD tünetei egyrészt gyógyszeresen kifejezetten jól kezelhetők, másrészt a kezeletlen ADHD számos, a viselkedésproblémákat fenntartó tényezőhöz hozzájárul (pl. iskolai kudarcok, kortárskapcsolati problémák).

A stimulánsokhoz tartozó **metilfenidát** hatásosságát értékelték 2 szisztematikus review és 20 RCT elemzésén keresztül Pringsheim és munkatársai [81] az ADHD-s gyerekek agresszív, diszruptív tüneteit illetően – akiknél fennáll vagy nem áll fenn komorbid viselkedészavar vagy oppozíciós zavar. Magas minőségű evidenciákat állapítottak meg arra vonatkozóan, hogy ez a hatás középeztől nagyig terjed. Tehát az ADHD tüneteinek javításán túlmenően a stimuláns hatékonynak bizonyult a fennálló agresszív tünetek csökkentésében is. Gorman és munkatársai konszenzus-csoportja a GRADE rendszer szigorú értékelése szerint minősítette a vizsgált

közleményekben talált evidenciákat és ajánlásokat, a kanadai szakembereknek szóló útmutató összegzésükben a stimulánsok erős ajánlást kaptak az ADHD-s gyerekek és serdülők diszruptív és agresszív viselkedéstüneteinek kezelésére [82]. A NICE (2013) 2 RCT áttekintése során a stimulánsok esetében közepes evidenciákat találtak a viselkedészavaros vagy oppozíciós zavaros gyerekek antiszociális viselkedésének csökkentésére (az esetek 69-79 %-ában állt fenn komorbid ADHD is) [2]. Az OGYÉI szabályozás metilfenidát adását ADHD fennállása esetén engedélyezi.

Az **atomoxetin** (szelektív norepinefrin reuptake inhibitor) vonatkozásában a fentebb említett szisztémás review szerint magas minőségű evidenciák vannak arra, hogy kis hatás várható az agresszív, diszruptív tünetek javításában ADHD-s gyerekeknél [81]. A kanadai útmutató feltételes ajánlást fogalmazott meg az atomoxetin alkalmazásáról az agresszív tüneteket illetően ADHD-s gyerekeknél [82]. A NICE (2013) 4RCT áttekintése során az atomoxetin esetében közepes evidenciákat találtak a viselkedészavaros vagy oppozíciós zavaros gyerekek antiszociális viselkedésének csökkentésére (az esetek 100 %-ában állt fenn komorbid ADHD is) [2]. Magyarországon az atomoxetin ADHD indikációra van törzskönyveztve.

Ajánlás7

Mérlegeljük a risperidon adását súlyos agresszív viselkedés rövid távú kezelésében azoknál a viselkedészavaros gyerekeknél és serdülőknél, akiknél súlyos érzelmi diszreguláció áll fenn, dühkitörések fordulnak elő, és nem reagálnak pszichoszociális intervenciókra.

Ajánlás rangsorolása: B

A NICE irányelv és a szakirodalomban ezt követően megjelent legtöbb szisztémás review összefoglalásaként a viselkedészavar gyógyszeres kezelésében a második generációs antipszichotikumok csoportjába tartozó **risperidont** javasolják, az evidenciák általában közepes erősségűek. Pringsheim és munkatársai elemzésükben közepes minőségű evidenciát találtak arra, hogy risperidonnal középestől nagy hatás érhető el a viselkedésszavarokra és az agresszióra átlag alatti IQ-val rendelkezőknél oppozíciós zavarban, viselkedészavarban, ADHD komorbiditású vagy anélküli esetekben, és magas evidenciát arra, hogy a hatás közepes átlagos IQ-júaknál [83].

Egy kurrens széleskörű, szisztémás review-ban Pillay és munkatársai az első és második generációs antipszichotikumok gyermek- és serdülőkorú használatát vizsgálták különböző kórképekben, mely során 135 study analizálását végezték el. Általános következtetésük szerint egyetlen studyban sem találtak olyan evidenciát, amit erősnek (high strength) minősítettek volna. A közepes evidenciák esetében „valószínűleg megfelelő” hatást vélelmeztek [84].

A review keretében az ADHD és viselkedészavar komorbiditású pácienseket bevonó 13 vizsgálat elemzésének eredményei arra utaltak, hogy a risperidon (és a második generációs antipszichotikumok, mint osztály) valószínűleg csökkenti ezeknél az eseteknél a viselkedésszavarokat és az agressziót. További következtetés szerint a risperidon valószínűleg csökkenti a hiperaktivitást is azoknál, akiknek az elsődleges diagnózisa a viselkedészavar, és a komorbid ADHD tünetei stimulánsokra nem reagálnak.

Az elemzés során nem találtak olyan evidenciát, amely arra utal, hogy az intellektuális funkcionálás függvényében különbség lenne a kezelés hatásosságában

A legújabb kanadai irányelv javaslata szerint az előzőekkel összhangban, azoknál a gyermekeknél és serdülőknél, ahol ADHD-hoz kapcsolódóan vannak jelen agresszív, diszruptív tünetek, és nem reagálnak jól az ADHD-medikációra, a risperidon a leginkább hatásos gyógyszeres kezelési lehetőség [82]. Ezekre a tünetekre ADHD hiányában is a risperidon hatásosságára van a legtöbb bizonyíték.

A gyermekpszichiátriai gyakorlatban elég gyakori a viselkedészavar kombinált gyógyszeres kezelése, de ezek értékelésével korábban kevés kutatás foglalkozott. A TOSCA (The Treatment of Severe Childhood Aggression) study arra a klinikai kérdésre kereste a választ, hogy mit ad hozzá a risperidon augmentáció a szülőtréninget és pszichostimuláns kezelést tartalmazó terápia eredményességéhez súlyos agresszív viselkedést mutató gyermekeknél.

A klinikai vizsgálat megtervezése Farmer névéhez fűződik, a vizsgálat eredményeiről először Aman (2014) közölt adatokat [79, 85]. A viselkedészavarral, vagy oppozíciós zavarral komorbid ADHD-s gyermekek rövid távú (9 hetes) kezelésében a risperidonnal kiegészített terápiájú csoportban összességében szignifikánsan nagyobb mértékű javulást mértek az agresszív megnyilvánulásokban és egyéb súlyos diszruptív viselkedésben, ezen belül a reaktív agresszióban és a szociális kompetenciában, míg a proaktív agresszióban nem. Ugyanakkor a Clinical Global Impressions Improvement (CGI-I) skála által meghatározott általános klinikai javulás mértékében a két csoport között nem volt szignifikáns eltérés. A vizsgálat során észlelt mellékhatások vonatkozásában kiemelik, hogy a risperidonnal kiegészített csoportban többször jelentkezett prolaktin-emelkedés és gasztrointesztinális diszkomfort érzés, az észlelt súlyemelés ebben a gyógyszerkombinációban csak kismértékű volt.

Blader ugyanakkor a study-val kapcsolatos kritikai véleményében amellett érvel, hogy az adott vizsgálat tanúsága szerint is, a szülőtréning és stimuláns gyógyszeres kezelés kombinációjának kellő hosszú távon való alkalmazása antipszichotikum hozzáadása nélkül is jelentős javulást eredményezhet [86].

A Gadow által közölt elemzések szerint mindkét csoportban összességében nagy tüneti redukciónak találtak mindegyik diagnózis (ADHD, oppozíciós zavar, viselkedészavar) és a kortárs agresszió vonatkozásában, de elég sok gyereknél fennállt legalább egy betegség a klinikai vizsgálat végén is. A risperidon augmentációban részesülők csoportjában nagyobb mértékben csökkent (bár a különbség csak kis és közepes között mozgott) az ADHD, az oppozíciós zavar és a kortárs agresszió tüneteinek, valamint a tünetek miatti működészavar súlyossága, ugyanakkor megjegyzendő, hogy a klinikai javulás megítélése általában kontextus-függő volt, az információközlő csoportok (tanár, szülő) szerint változóan [87].

A szorongásos tünetek alakulását elemezve Arnold és munkatársai közleményükben beszámoltak arról, hogy a risperidon augmentáció szignifikánsan nagyobb, közepes-mérsékelt fokú javulást eredményezett a szorongásos tünetekben és a szociális elkerülésben a tanári értékelésben, az iskolai helyzetre vonatkozóan. A szülői értékelésben szignifikáns különbség nem jelentkezett. A szorongásban bekövetkezett javulás elősegítette a diszruptív viselkedésformák, köztük az agresszió csökkenését is, mely alátámasztja a szorongás-vezérelt „fight or flight”, azaz „üss vagy fuss” agresszió elméletét, mely szerint az agresszió a szorongással való megküzdés egyik útja lehet [88].

Findling azt vizsgálta, hogy a kedvező kimenetek mennyire maradnak meg hosszabb (további 12 hetes) távon. A 9 hetes kezelést követően, kiválasztva a jól reagálókat, további 12 hétig folytatták a kezeléseket azonos felállásban. Az adatok azt jelezték, hogy mindkét csoportban, tehát a szülőtréning és stimuláns, valamint az előzőket risperidon medikációval kiegészített kezelés esetén jó volt a középtávú kimenetel, az eredmények többnyire stabilnak mutatkoztak [89].

Egy 12 hónap után történt utánkövetéses vizsgálat során elért páciensek vizsgálata alapján mindkét korábbi kutatási csoportban fennállt a tünetjavulás és ebben köztük nem volt szignifikáns különbség [90]. Viszonylag kis százalékok hagyták abba a gyógyszeres kezelést, de mintegy fele a pácienseknek módosított, legtöbbjük többszörös gyógyszeres kezelésben részesült a vizsgálat idejére. Összességében legtöbb (bár nem mindegyik) gyermeknél krónikus viselkedésprobléma állt fenn, és a kutatásban alkalmazott két, vagy három, evidenciákra alapuló, széles körben ajánlott terápiás forma ellenére sem javult meg teljesen. A mellékhatások tekintetében a risperidon kezelésben részesültek között prolaktin emelkedés (bár nem számottevő, mivel az egyidejű stimuláns kezelés csökkenti a prolaktint), a csak szülőtréning és stimuláns medikációt kapók között súlycsökkenés volt megfigyelhető. A két csoport között kardiovaszkuláris funkciókban és extrapiramidális tünetekben nem volt különbség.

Barterian és munkatársai tanulmányukban a vizsgálati adatok újraelemzésével a klinikai gyakorlat számára a risperidon hozzáadásának mérlegelését 1 hónap szülőtréning és stimuláns kombinált kezelés után javasolják, hogy elegendő idő álljon rendelkezésre ezen terápiás intervenciók hatásának kialakulására [91].

A risperidon a klinikai gyakorlatban a leggyakrabban alkalmazott gyógyszer viselkedészavar agresszív, diszruptív tüneteinek csökkentésére, és az ilyen fókuszú klinikai kutatásokban is gyakori szereplő, ezért áll rendelkezésre kellő számú adat és evidencia hatásának megítélésére. Hatékonyasága mellett ugyanakkor figyelembe kell venni veszélyt jelentő potenciális mellékhatásait is, elsősorban a metabolikus, extrapiramidális, kardiovaszkuláris nemkívánatos hatásokat, melyek közül a rövidtávú vizsgálatoknál az alkalmazott alacsonyabb dózisok mellett is leginkább a prolaktin-szint emelkedést és a súlyemelkedést észlelték [92]. A stimulánsokkal kombinált gyógyszeres kezeléseknél e két mellékhatás kisebb mértékű jelentkezését észlelték a stimulánsok ellentétes irányú mellékhatásai miatt [90]. Gyermeknél a risperidon használatánál a felnőttekhez képest gyakrabban előforduló mellékhatás az aluszékonyság, fáradtság, fejfájás. A tanulási képességre gyakorolt lehetséges következmények miatt a risperidon szedatív hatásait szigorúan nyomon kell követni ennél a betegpopulációnál, és lehetőség szerint a szükséges legrövidebb ideig alkalmazzuk (OGYÉI). A risperidon beadási idejének megváltoztatása a gyermekeknél és serdülőknél javíthatja a szedáció figyelmet igénylő képességekre való hatását. A hosszantartó risperidon kezelés szexuális érése és hossznövekedésre gyakorolt hatásának megítélésére még nem állnak rendelkezésre vizsgálati adatok.

Magyarországon a risperidon készítmények OGYÉI által engedélyezett viselkedészavarban, perzisztáló agresszív viselkedés rövid távú (legfeljebb 6 hetes) tüneti kezelésére 5-18 éves gyermekeknél és serdülőknél. A különböző készítményeknél az indikációs kör nem egységes arra vonatkozóan, hogy kitétel-e az átlag alatti intellektus, vagy mentális retardáció, vagy nem. A viselkedészavarban javasolt adagok jóval alacsonyabbak az egyéb indikációban javasoltnál, fontos az előírás követése.

„Agitáltsággal és agresszivitással járó viselkedészavarok” fennállása esetén 6 évesnél idősebb gyermekeknél és serdülőknél OGYÉI által engedélyezett szer a benzamidokhoz tartozó **tiaprid**, melyet - kedvezőbb mellékhatásprofilja miatt - az atípusos antipszichotikumok csoportjába szokás sorolni. Dopamin antagonist, de a striatumban kevésbé fejt ki hatását, elsősorban a limbikus rendszert célozza meg, szelektíven kötődik a D2, D3 receptorokhoz. Ezekből adódóan az extrapiramidális tünetek rizikója alacsony, és alkalmazható a motoros

zavarok (pl. tik, chorea) kezelésére. Ugyanakkor a prolaktin-szint emelő hatását kifejezettnek találták [93], amely kedvezőtlenül hat a serdülés folyamatára [94].

A tiapridot alkalmazzák Európa több országában az agitált, agresszív viselkedés csökkentésére, de az angolszász szakirodalomban hatásosságát és biztonságosságát vizsgáló klinikai vizsgálatok ebben a vonatkozásban nem találhatóak, a NICE széleskörű elemző vizsgálatában nem említi, így evidenciákra nem tudunk hivatkozni irányelvünkben.

A második generációs antipszichotikumokat illetően a risperidonon kívül csak elvétve található adat a szisztémás áttekintő elemzésekben. A **quetiapin** hatásáról az agresszív, diszruptív tünetekre ADHD-s gyermekeknél alacsony – nagyon alacsony evidenciákról számol be Pringsheim [83], a kanadai farmakoterápiás iránymutatásban nem ajánlottként minősítették ilyen tekintetben [82]. Egy 2017-es széleskörű Cochrane review-ban sem a quetiapinra, sem a **zipresidonra** nem találtak evidenciát, ami támogatná használatukat a diszruptív viselkedés csökkentésére [92]. Ugyancsak nincs evidenciát felmutató vizsgálat a viselkedészavar agresszív tüneteire az **aripiprazolra** vonatkozóan [2].

A típusos antipszichotikumok közül a **haloperidol** használatára viselkedészavar agresszív tüneteivel kapcsolatban a szakirodalomban csak kevés számú megbízható vizsgálat található, ezek alapján a többször idézett széleskörű elemzés [83] alacsony - nagyon alacsony szintű evidenciái és a markáns mellékhatások (elsősorban az EPS, szedáció, hipotenzio) miatt használata a viselkedészavar tüneteire nem javasolt [82]. Magyarországon törzskönyvezték az autizmus spektrum érintettséggel diagnosztizált, tartós és súlyos agresszív viselkedést mutató 6 évesnél idősebb korú gyermekek és serdülők kezelésére.

Az antihipertenzívumok alfa2-adrenerg agonisták csoportjába tartozó **guanfacin** tekintetében az elemzések közepes minőségű evidenciákat találtak arra, hogy kis-közepes mértékben javítják az agresszív tüneteket ADHD-s gyermekeknél [81], a **clonidin** esetében ugyanez a review nagyon alacsony evidenciát mutatott ki, míg a NICE analízisek közepes minőségű bizonyítékokat találtak az agresszív tünetek csökkentésére viselkedészavarban [2].

A hangulatstabilizáló és antikonvulzív gyógyszercsoportban a **lítium**, a **carbamazepin** és a **divalproát** hatóanyagokat vizsgálva az imént idézett elemzések az alacsony-nagyon alacsony [82, 83] illetve közepes minőségű [2] evidenciák és a kedvezőtlen mellékhatások miatt nem ajánlják e szerek használatát a viselkedészavar kezelésében.

Ajánlás8

Risperidon medikáció beállítása gyermekpszichiáter által, kellő körülményekkel történjen, a mellékhatások megfelelő monitorizálása mellett [2].

Ajánlás rangsorolása: A

- Lássuk el a serdülőket és a szüleiket vagy gondozóikat koruknak megfelelő információval és beszéljük át a valószínű hasznát és lehetséges mellékhatásait a risperidonnak, köztük: metabolikus-endokrin (súlynövekedés, diabétesz, prolaktinaemia), extrapiramidális (akátízia, diszkinézia, disztónia), kardiovaszkuláris (megnyúlt QT-intervallum), súlyos szisztematikus (neuroleptikus malignus szindróma), illetve egyéb mellékhatásokat (pl. kellemetlen szubjektív élmények) és azok kezelési lehetőségeit.
- A risperidon beállítása gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvos által történjen, egy átfogó állapotfelmérésen és diagnózison alapuljon. Az állapotfelméréshez tartozik bármilyen mozgászavar, továbbá a tápláltsági állapot, étrend és a fizikai aktivitás szintjének leírása. A gyermek háziorvosa segítséget nyújthat a fizikális és laborparaméterek meghatározásában és dokumentációjában. A klinikai biztonság miatt szükséges és javasolt a következő fizikai paraméterek rögzítése: testsúly; magasság; derék- és csípőméret; pulzus és vérnyomás mérése. Javasolt laborparaméterek: éhgyomri vércukor; glukozilált haemoglobin (HbA1c); vér lipid és prolaktin szintek meghatározása.
- A risperidonnal való kezelést gondosan ki kell értékelni, lejegyezve az indikációkat, a várt előnyöket és a várható veszélyeket, a tünetek változásának és a mellékhatások megjelenésének várható idejét. A kezdő dózis az engedélyezett dózis alsó határa legyen, és lassan kell titrálni felfelé az OGYEI által leírt alkalmazási előiratban megadott dózishatáron belül. Indokolni kell és lejegyezni a megadott dózishatárt meghaladó adagolás okait. Monitorozni kell és szisztematikusan lejegyezni a kezelés folyamán, de főként a titrálás során a hatásosságot (benne a tünetek és a viselkedés változásait), mozgászavarok jelentkezését, az előzőekben jelzett fizikai paraméterek, laborparaméterek változását, valamint a gyógyszereléssel kapcsolatos adherenciát.
- Le kell jegyezni a kezelés folytatásának vagy leállításának magyarázatát és ezeknek a döntéseknek a hatásait. Ha klinikailag jelentős válasznak semmiféle jele nincs 6 hét után, a risperidonnal történő kezelést abba kell hagyni.

5. Gyermekvédelmi ellátás szempontjai

Ajánlás9

Gyermekvédelmi ellátásban gondozott gyermeknél jelentkező viselkedészavar diagnózisa esetén multisztémás terápiát kell alkalmazni, mely döntően pszichoszociális intervenció, háttérben interdiszciplináris ellátással. Azaz a gyermekvédelmi/szociális, az egészségügyi és az oktatásügyi rendszerben dolgozók team-munkája, mely magasan és specifikusan képzett segítő személyzetet és nevelőszülőket, valamint támogatás/szupervízió biztosítását igényli [26, 53].

Ajánlás rangsorolása: A

A hazai gyermekvédelmi ellátórendszer akár alapellátás, akár szakellátás részébe nehezen illeszhető a nemzetközi ajánlásokban és a kapcsolódó szakirodalomban megjelenő multisztémás megközelítés, de követendő példaként és ajánlásként fontos kiemelni.

A különböző néven említett több fókuszú terápiás elméletekben visszatérő tényező az egyéni terápián és támogatáson kívül (mely bizonyos esetekben klasszikus viselkedésterápia zseton-rendszer) az edukáció, a szülőtréning, családterápia, készségek és képességek fejlesztése, amelyben folyamatosan mérlegelni szükséges a gyermek változó környezetét.

A hazai gyermekvédelmi és családsegítő rendszerben ez leginkább az alapellátáshoz illeszkedne, de amennyiben már megtörtént a gyermek családból való kiemelése, a szakellátásban is megkezdhető vagy folytatható.

A legtöbb nemzetközi ajánlás jelzi a gyermekvédelmi rendszer jelentőségét, de arányait tekintve az Új-Zélandon érvényben levő központi szabályozás az, amely viselkedészavar diagnózisa esetén azonnal nagyon markáns, az egészségügyet, az oktatásügyet, a szociális ellátást és az igazságügyet is szorosan összekapcsoló adminisztrációs intézkedések szükségességét jelzi [26]. Amennyiben gyermekvédelemmel kapcsolatos intézkedésre kerül sor, ki kell emelni, hogy minden esetben team-munkáról van szó, magasan képzett segítő személyzettel és speciálisan kiképzett nevelőszülőkkel, akik folyamatos támogatást/szupervíziót, illetve vész helyzetben azonnali segítséget kaphatnak.

Mind hatásosság, mind költséghatékonyság, mind prevenciós és prognosztikai szempontból követendő terápiás intervencióról beszélünk.

Amint a Pszichoszociális intervenciók részben jeleztük, egyes szerzők a multisztémás terápiát a pszichológiai beavatkozások közé sorolják, nem-orvosi pszichoszociális beavatkozásként definiálják [53], a viselkedészavar kezelésére a szülői menedzsment képzés (Parent Management Training, PMT) az egyéni készségfejlesztő megközelítések mellett említik. A többfókuszú pszichoszociális kezelések olyan programokat takarnak, melyek kombinálják a PMT-t, a klasszikus strukturális családterápiát és a készségfejlesztést egy programon belül. Ezek a programok csökkentik az agresszivitást. A multisztémás terápia, a funkcionális családterápia és az ún. Multidimensional Treatment Foster Care programok idősebb gyermekek kezelésére alkalmasak, hatékonyak az agresszivitás és erőszakosság kezelésében viselkedészavaros és családból kiemelt serdülőknél, csökkentették a letartóztatási arányt, a kriminalizáció előfordulását is. Azonban erős korlátai is vannak, a hatás mértéke csökken a növekvő életkorral. A lemorzsolódási arány magas, a szülői pszichopatológia és a motiváció hiánya akadályként jelentkezik.

A gyermekkori és fiatalkori erőszak és a fiatalkorú bűnözés területén csak kevés pszichoterápiás modell hatása bizonyított empirikusan, ezek a szisztémás családterápia, a CBT, a szülőképzés és többdimenziós terápiák [95].

A gyermekvédelmi ellátás során is használható terápiákat „négy nagy” altípusra osztják:

- Brief Strategic Family Therapy [BSFT]
- Functional Family Therapy [FFT]
- Multidimensional Family Therapy [MDFT]
- Multisystemic Therapy [MST]

A rövid stratégiai terápiás kezelés (BSFT) kultúra-érzékeny modell, kifejezetten a spanyol kliensek és családjaik igényeihez.

A multisztémás terápia (MST/Ecologically Based Family Therapy, EBFT) jól megalapozott a disszociális problémák és a bűnözés kezelésében [96].

Az MDFT-t összehasonlítva a bizonyítékokon alapuló alternatív kezelésekkkel (csoportos vagy egyéni CBT), illetve az FFT-t sikeresen alkalmazták a legsúlyosabb és legnehezebb esetekben is. Baldwin és munkatársai (2012) meta-analízisében nem találtak szignifikáns különbséget a „négy nagy” terápiás megközelítésben a fiatalkori bűnözés és a kábítószer-visszaélések tekintetében [97]. Sexton és munkatársai (2011) szerint a "négy nagy" szisztémás terápiás kezelési megközelítés a viselkedési és / vagy szerhasználati rendellenességek esetében megfelelnek a "bizonyítékokon alapuló kezelések" követelményeinek [98].

Multidimenzionális ápolás-gondozás (Multidimensional Treatment Foster Care, MTFC)

Az MTFC célja az antiszociális viselkedés csökkentése és előmozdítása az egészséges kortárs és felnőtt kapcsolatok kialakulásának, továbbá a szociális készségek fejlődésének [99]. A kulcselem a „Pontok és szintek” rendszere. A fiatalok a terápiát az 1. szinten kezdik, és várhatóan ezen maradnak 3 hétig. Ezt a szintet teljes felügyelet jellemzi, ebben a szakaszban várhatóan rendeződik kapcsolata a családjával és megszakad az érintkezés a nemkívánatos (kor)társakkal. A magasabb szintek többet jelentenek, mind kiváltságok és szabadság tekintetében, a gyermekek a szintek között mozognak a pontok megszerzésével vagy elvesztésével. Az MTFC angol megvalósításában a fiatalok a családon kívüli gondozásban várhatóan elérik a legmagasabb szintet 9-12 hónap után, majd áttérnek egy új elhelyezésre. Ebben speciálisan képzett nevelőszülők vesznek részt, valamint egy multidiszciplináris team napi telefonos kapcsolattartással, heti csoportos megbeszélésekkel és a nap 24 órájában vészhelyzeti támogatással. Emellett egyéni kezelési program is zajlik, terápia, készségfejlesztés, oktatás, támogatás formájában. Amennyiben szükséges, a vér szerinti családdal is végeznek terápiás munkát. Egy másik randomizált kontrollált tanulmány kiemeli a korai szülő-gyermek kapcsolatok hosszú távú befolyásoló erejét, mely az adaptív felnőttkori működésre hatással van. Továbbá kiemeli, hogy a szülő-gyermek kapcsolatok minősége társult a késői serdülőkor és fiatal felnőttkor romantikus kapcsolatainak minőségével is. Ezért megvizsgálták a család-központú (fókuszú) beavatkozás hatását a kábítószer használatra [100]. A kezelés MTFC terápia volt, mint költséghatékony alternatíva. Az MTFC magában foglalja a fiatalok mellett a jól képzett és felügyelt/támogatott nevelőszülőket. Jellemző a szoros konzultáció, a nevelőszülők képzése és támogatása, mint az MTFC sarokkövei. Az MTFC nagy hangsúlyt fektet a szilárdság/kiszámíthatóság kiépítésére, a pozitív megerősítésre. A kezelési szolgáltatások a fiatalok életkorához és fejlettségi szintjéhez igazodnak, hatékonyan javítja mind a bűnözéssel kapcsolatos eredményeket, mind pl. a terhesség, iskolai jelenlét, házi feladat elkészítése, társulópсихopatológia (pl. depresszió) jellemzőket.

Szerhasználat tekintetében a terápiás intervenció a motivációs interjúra összpontosít, azonosítva a veszélyeztető helyzeteket, fejlesztve az elutasításhoz szükséges készségeket és megfelelő barátok kiválasztását. Az MTFC alkalmazása ígéretes hatásokat mutatott be a kábítószer-használat megelőzésére a fiatalok körében, mely tartós hatással van a kábítószer-használatra fiatal felnőttkorban.

A több fókuszú, vagy multidimenzionális megközelítések az eredmények alapján azt sugallják, hogy a viselkedészavar/oppozíciós zavar diagnosztizálásban és kezelésében, a gyermekvédelmi ellátás szempontjait figyelembe véve, olyan team felállításában kell gondolkodni, amelyben nem csak a gyermekvédelmi szakemberek, illetve a rendszeren belül működő társszakmák képviselőinek (pl. pszichológus), hanem gyermekpszichiáterek, családkonzultánsok/családszakszolgálatok, viselkedésterápiában képzett, akár mentálhigiénés szakemberek, gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultánsok jelenléte is szükséges.

6. A javasolt intervenciók egymásra épülése

Az ellátással kapcsolatos folyamatábra a XI. Mellékletben található. Az ellátással kapcsolatos főbb szinteket az alábbiakban foglalmazzuk meg.

Viselkedési problémákat elsődlegesen észlelő (család, védőnő, pedagógus, családgondozó)

Amennyiben a család vagy elsődleges ellátó gyermekkori viselkedészavarokra utaló tüneteket észlel, szükséges a gyermek és a család konzultációjának megszervezése a házi gyermekorvossal. Javasolt a Képességek és Nehézségek Kérdőív rövid verziójának kitöltése (szülői és tanári verzió).

Amennyiben veszélyeztető körülmény felmerül, gyermekvédelem felé jelzés szükséges. Ezt követően közös esetkezelés a családgondozóval.

Házi gyermekorvos

Gyermek explorációja, családdal való konzultáció, és amennyiben korábban nem történt meg, a Képességek és Nehézségek Kérdőív felvétele.

Amennyiben a viselkedési problémák minimális intervencióval könnyen orvosolhatóak, védőnő bevonásával a család (és nagyobb életkorban a gyermek) pszichoedukációja.

Amennyiben ez nem elégséges, a viselkedési problémák fennmaradása esetén a házi gyermekorvos elindítja a kapcsolatfelvételt a Pedagógiai Szakszolgálattal.

Amennyiben veszélyeztető körülmény felmerül, gyermekvédelem felé jelzés szükséges. Ezt követően közös esetkezelés a családgondozóval.

Ha közvetlen gyermekpszichiátriai veszélyeztető tünetek állnak fenn, a gyermek gyermekpszichiátriai szakellátásba való irányítása szükséges.

Pedagógiai Szakszolgálat (pszichológus, gyógypedagógus)

Gyermek állapotának felmérése, amennyiben szükséges, gyermek korától függően megfelelő pszichoszociális intervenciók alkalmazása.

Amennyiben gyermekpszichiátriai diagnózis felmerül, egészségügyi szakellátás felé indokolt a gyermek továbbküldése.

Amennyiben veszélyeztető körülmény felmerül, gyermekvédelem felé jelzés szükséges. Ezt követően közös esetkezelés a családgondozóval.

Egészségügyi szakellátás (gyermek és ifjúságpszichiáter, pszichológus)

Egészségügyi szakellátás indokoltságának felmérése, amennyiben ez nem áll fenn, alapellátás, illetve Pedagógiai Szakszolgálat felé irányítás.

Esetleges komorbiditások feltérképezése, ezek fennállása esetén, továbbá pszichoszociális intervenció elégtelensége esetén kombinált pszichoszociális intervenció és farmakoterápia alkalmazása.

Amennyiben veszélyeztető körülmény felmerül, gyermekvédelem felé jelzés szükséges. Ezt követően közös esetkezelés a családgondozóval.

Szükség esetén javasolt minden ellátási szinten közös esetkezelés a családsegítő- és gyermekjóléti ellátással.

7. Az ajánlások összefoglalása

A gyermekkori viselkedészavarok menedzsmentjéhez team-munka szükséges, melyben az adminisztratíván elkülönülő rendszerek szoros együttműködése elengedhetetlen. A megjelenő problémáknak van családi, közösségi, oktatásügyi felülete, és minden, érintett gyermek életében nagy jelentőséggel bíró felnőtt, gondviselő, pedagógus közös felelőssége a megfelelő ellátás biztosítása. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy pl. az egészségügyi ellátó által felajánlott szülőtréning bevezetésében és fenntartásában akár a család, az oktatásügyi és esetlegesen a gyermekvédelmi ellátórendszer szereplőinek is aktívan, nagy hatékonysággal kell részt vennie, mert az egészségügyi ellátórendszer nem tudja és nem is veheti át ezen területek felelősségét és megoldását. A gyermek mikro- és makrokörnyezetének elemzése, a társuló komorbiditások feltárása (pl. ADHD, hangulati érintettség, szerhasználat) elengedhetetlen a gyermek támogatásához. A gyermekkori viselkedészavarok ellátásában rutinszerűen nem alkalmazunk gyógyszeres terápiát, de a társuló ADHD, illetve a markáns, pszichoszociális intervenciókra nem reagáló agresszivitás esetében risperidon alkalmazása szóba jön, azonban ez a klinikustól szigorú odafigyelést és kellő mértéktartást követel.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

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

Az oppozíciós zavar és viselkedészavar diagnosztikájának felállítására hagyományosan egészségügyi szakember feladata; a diagnosztikai folyamatban a gyermekpszichiátriai ellátók, a pedagógiai intézmények és szükség esetén a gyermekvédelmi intézmények együttműködése szükséges. A pszichoszociális intervenciók nem igénylik az egészségügyi ellátók aktív részvételét; ezek biztosításához viselkedéses intervencióban megfelelően képzett szakemberek szükségesek. A rendelkezésre álló adatok nyomán a legfontosabb a konkrét, evidenciával alátámasztott intervenciókban jártas szakemberek szerepe, amely jelenleg Magyarországon kevésbé elérhető. Ilyen korai intervencióra alkalmas programok bevezetése és a szociális, gyermekvédelmi, oktatási és egészségügyi szférában dolgozók képzése feltétlenül szükséges volna.

Az egészségügyi ellátók aktív részvétele szükséges abban az esetben, ha a gyermek gyógyszeres kezelésre szorul.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések

A gyermekpszichiátriai egészségügyi ellátást igénylő oppozíciós zavarral, illetve viselkedészavarral diagnosztizált gyermekek megfelelő menedzsmentjéhez az oktatási rendszerrel és a szociális ellátórendszerrel szoros kapcsolat szükséges. Az egészségügy ellátás részéről a gyermekpszichiátriai ambuláns ellátásnak megfelelő feltételek szükségesek. A viselkedészavar jelenlététől függetlenül, amennyiben súlyos, veszélyeztető violens viselkedés áll fenn, akkor a releváns protokollnak megfelelően szükséges a klinikusnak eljárnia.

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

Jelen munkában tárgyalt problémák lényegesen gyakrabban fordulnak elő alacsony szocioökonómiai státuszú, alacsonyan képzett családok körében; az alkalmazott intervencióknak ehhez alkalmazkodnia kell. Lényeges a hatékonynak bizonyuló eljárások nyomán megállapítani, hogy a viselkedészavar és az oppozíciós zavar csak rendszerbe foglalva, kontextusában értelmezhető, így kerülendő az ettől eltérő megközelítések és elvárások támogatása (pl. „csak a gyerekekkel van baj, vigyék kórházba és akkor engedjék ki, ha megjavult”).

1.4. Egyéb feltételek

A pszichoszociális intervenciók alkalmazása mind a család, mind az oktatási, mind a gyermekvédelmi ellátórendszerben levők esetében kívánatos, ezért törekedni szükséges az érintett intézményekben dolgozók megfelelő kompetenciáinak és készségeinek biztosítására.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Aktuálisan magyar nyelven egyetlen ismeretterjesztő könyv áll rendelkezésre, amely elsősorban a gyermekkori reaktív agresszió kezelésével foglalkozik, de használható oppozíciós és viselkedészavar esetében is:

- Warwick Pudney - Élian Whitehouse - Mindjárt felrobbanok, Geobook Hungary, 2013, Budapest, Magyarország

A fenti kiadvány eredetijén kívül angol nyelven több weboldal, illetve kiadvány is elérhető, a teljesség igénye nélkül:

- <https://www.empoweringparents.com/>
- <https://www.triplep-parenting.net/glo-en/triple-p/>
- <http://www.incredibleyears.com/>
- Paul Blum - A Teacher's Guide to Anger Management, RoutledgeFalmer, 2001, London, UK
- Deborah M. Pulmer - Anger Management Games for Children, Jessica Kingsley Publishers, 2008, London, UK

Betegtájékoztató - lásd Melléklet

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok:

Képességek és Nehézségek Kérdőív (www.sdqinfo.org) használata.

2.3. Táblázatok

Diagnosztikus kritériumokról

1. számú táblázat: Az oppozíciós zavar diagnosztikai kritériumai a DSM-5 alapján

2. számú táblázat: A viselkedészavar diagnosztikai kritériumai a DSM-5 alapján

3. számú táblázat: Korlátozott proszociális érzelmek (rideg-érzékeny vonás jelenléte) a DSM-5 viselkedési zavar diagnózisánál

2.4. Algoritmusok

1. számú ábra: Intervenciós folyamat leírása

2.5. Egyéb dokumentum

Nincs

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A jelen irányelv legfőbb célja, hogy alkalmazásával a mindennapi közösségi terektől kezdődően, a speciális gyermekközösségeken (pl. gyermekotthonok) és az egészségügyi ellátás területén javuljon a gyermekkori viselkedészavarok tüneteit mutató gyermekek diagnosztizálása, ellátása, és legfőképpen ezeknek a gyermekeknek az életminősége, továbbá szempontokat mutasson be a megelőzéshez is. Ez a cél mindenképpen kívánatos, hiszen a bevezetőben is látható volt, mekkora társadalmi felelősséget jelent ezeknek a gyermekeknek részben az ellátása, részben az ellátáson jelentősen túlmutató közösségi hatása. A leírt terápiás elvek mellett reménység szerint nem csak a gyermekek, de a családtagok, pedagógusok és ellátók terhei is csökkennek.

Amennyiben a protokollnak megfelelő eljárásokat használják, annyiban a nemzetközi szakirodalmi adatok, valamint tapasztalatunk alapján, csökkenni fog a tünetek intenzitása, és javulni fog az életminőség mellett az adott intézmény céljával kitűzött munka (oktatás-nevelés, gyógyítás) hatékonysága.

Rövid távon értékelhető mutatók: gyermekkori viselkedészavarok alakulása, gyermekkori viselkedészavarral gyermekpszichiátriai osztályra felvételre kerültek száma.

Hosszú távon értékelhető mutatók: a gyermekek kontrollvizsgálaton és pszichoterápián történő megjelenése.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv felülvizsgálata három év múlva tervezett. Ekkor át kell tekinteni az addig összegyűlt irodalmi adatokat, különös tekintettel a viselkedészavar, valamint a CU vonással társuló viselkedészavar kezelésére vonatkozókat, mivel a jelen dokumentumban található ajánlások mögött nem áll minden esetben magas

minőségű evidencia a randomizált vizsgálatok hiánya miatt. A dokumentum felülvizsgálatát az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozata kezdeményezi, a tényleges felülvizsgálatot pedig a Tagozat által kijelölt személyek végzik el. A kijelölt személyek feladata az irodalom kutatása, az időközben megjelent szakmai javaslatokban vagy vonatkozó jogszabályokban történt változások azonosítása, a folyamat során a közös, egymást tájékoztató és egymás feladatait támogató munka, az aktualizálás elvégzése és minderről a Tagozat tájékoztatása. Az irányelv felülvizsgálatának kezdeményezéséig a szakirodalom követése és az abban való magas szintű jártasság fenntartása a dokumentum szerzőinek folyamatos feladata. Az időközben megjelent releváns szakirodalommal, esetleges jogszabály módosításokkal kiegészített dokumentumot a kijelölt személyek a Tagozat rendelkezésére bocsátják, majd a dokumentumot a véleményező tagozatok számára megküldi. A véleményező tagozatoktól érkező visszajelzések alapján a Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat által kijelölt szerzők véglegesítik a dokumentum felülvizsgált és frissített változatát.

A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátó környezetben esetleg bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt az esetleges soron kívüli változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről. Ha a soron kívüli felülvizsgálat során csak bizonyos ajánlások érintettek, és a teljes egészségügyi szakmai irányelv nem került felülvizsgálatra, akkor a tervezett felülvizsgálati időpontban szükség van a teljes terjedelemben végzett áttekintés.

IX. IRODALOM

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5. 2013.
2. National Collaborating Centre for Mental Health and Social Care Institute for Excellence. Antisocial Behaviour and Conduct Disorders in Children and Young People - Recognition, Intervention and Management, National Clinical Guideline Number 158. 2013.
3. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60(8): 837–844.
4. Pardini DA, Frick PJ, Moffitt TE. Building an Evidence Base for DSM-5 Conceptualizations of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Introduction to the Special Section. *J. Abnorm. Psychol.* 2010; 119(4): 683–688.
5. Csorba J, Ficsor B, Horváth A, Nagy E, Bóna A, Sörfőző Z, Steiner P, Harkány E, Babrik Z. Epidemiológiai Felmérés a Dunántúli Serdülők Pszichiátriai Betegségeiről. 2008; 9(1): 35–59.
6. Baji I, Gáboros J, Kiss E, Mayer L, Kovács E, Benák I, Vetró A. A gyermek- és serdülőkori depresszió tüneteinek összefüggése a pszichiátriai komorbiditásokkal. *Psychiatr. Hung.* 2012; 27(2): 115–126.
7. Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional Outcomes of Child and Adolescent Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Young Adult Men. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2014; 55(3): 264–272.
8. Rey JM, Walter G, Soutullo CA. Oppositional Defiant and Conduct Disorders. In: *Lewis Child Adolesc. Psychiatry*. 2018; 1067–1095.
9. Murray J, Irving B, Farrington DP, Colman I, Bloxson CAJ. Very Early Predictors of Conduct Problems and Crime: Results from a National Cohort Study. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2010; 51(11): 1198–1207.
10. Viding E, McCrory EJ. Genetic and Neurocognitive Contributions to the Development of Psychopathy. *Dev. Psychopathol.* 2012; 24(3): 969–983.
11. Blair RJR. The Neurobiology of Psychopathic Traits in Youths. *Nat. Rev. Neurosci.* 2013; 14(11): 786–799.
12. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science* 2002; 297(5582): 851–854.
13. Holz NE, Zohsel K, Laucht M, Banaschewski T, Hohmann S, Brandeis D. Gene x Environment Interactions in Conduct Disorder: Implications for Future Treatments. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2016.
14. Stringaris A, Goodman R. Three Dimensions of Oppositionality in Youth. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2009; 50(3): 216–223.
15. Stringaris A, Goodman R. Longitudinal Outcome of Youth Oppositionality: Irritable, Headstrong, and Hurtful Behaviors Have Distinctive Predictions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 48(4): 404–412.
16. Whelan YM, Stringaris A, Maughan B, Barker ED. Developmental Continuity of Oppositional Defiant Disorder Subdimensions at Ages 8, 10, and 13 Years and Their Distinct Psychiatric Outcomes at Age 16 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2013; 52(9): 961–969.
17. National Collaborating Centre for Mental Health. Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention, National Clinical Practice Guideline Number 77. 2010.
18. Frick PJ, Cornell AH, Bodin SD, Dane HE, Barry CT, Loney BR. Callous-Unemotional Traits and Developmental Pathways to Severe Conduct Problems. *Dev. Psychol.* 2003; 39(2): 246–260.

19. Frick PJ, Stickle TR, Dandreaux DM, Farrell JM, Kimonis ER. Callous-Unemotional Traits in Predicting the Severity and Stability of Conduct Problems and Delinquency. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2005; 33(4): 471–487.
20. Odgers CL, Moffitt TE, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Poulton R, Sears MR, Thomson WM, Caspi A. Female and Male Antisocial Trajectories: From Childhood Origins to Adult Outcomes. *Dev. Psychopathol.* 2008; 20(2): 673–716.
21. Fazel S, Danesh J. Serious Mental Disorder in 23000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys. *Lancet* 2002; 359(9306): 545–550.
22. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial Cost of Social Exclusion: Follow up Study of Antisocial Children into Adulthood. *BMJ* 2001; 323(7306): 191.
23. Foster EM, Jones DE. The High Costs of Aggression: Public Expenditures Resulting from Conduct Disorder. *Am. J. Public Health* 2005; 95(10): 1767–1772.
24. Steiner H, Remsing L, Work Group on Quality Issues. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 46(1): 126–141.
25. Steiner H, Work Group on Quality Issues. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1997; 36(10 Supplement): 122S-139S.
26. Ministry of Social Development, New Zealand. Conduct Disorder Guidelines. 2015.
27. Scott S. Conduct Disorders. In: IAACAP Textb. Child Adolesc. Ment. Health. 2015; 1-29.
28. Moffitt TE, Arseneault L, Jaffee SR, Kim-Cohen J, Koenen KC, Odgers CL, Slutske WS, Viding E. Research Review: DSM-V Conduct Disorder: Research Needs for an Evidence Base. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2008; 49(1): 3–33.
29. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. 1992.
30. World Health Organization. A Betegségek És Az Egészséggel Kapcsolatos Problémák Nemzetközi Statisztikai Osztályozása, Tizedik Revízió. Népjóléti Minisztérium 1995.
31. Aebi M, van Donkelaar MMJ, Poelmans G, Buitelaar JK, Sonuga-Barke EJS, Stringaris A, Consortium I, Faraone SV, Franke B, Steinhausen H-C, van Hulzen KJE. Gene-Set and Multivariate Genome-Wide Association Analysis of Oppositional Defiant Behavior Subtypes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Am. J. Med. Genet. Part B Neuropsychiatr. Genet. Off. Publ. Int. Soc. Psychiatr. Genet.* 2016; 171(5): 573–588.
32. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent Irritability: Phenotypic Associations and Genetic Links with Depressed Mood. *Am. J. Psychiatry* 2012; 169(1): 47–54.
33. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Carlson GA, Stringaris A, Leibenluft E, Klein DN. DSM-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Correlates and Predictors in Young Children. *Psychol. Med.* 2014; 44(11): 2339–2350.
34. Quy K, Stringaris A. Oppositional Defiant Disorder. In: IAACAP Textb. Child Adolesc. Ment. Health. 2015; 1-14.
35. Sherrill JT, Kovacs M. Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 39(1): 67–75.
36. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20: 22–33.
37. Balázs J, Gáboros J. Komorbiditás a gyermekpszichiátriában: Valóban olyan gyakori a mániás epizód - ADHD együttes jelentkezése? *Psychiatr. Hung.* 2005; 20(4): 293–298.
38. Achenbach TM, Edelbrock CS. Behavioral Problems and Competencies Reported by Parents of Normal and Disturbed Children Aged Four through Sixteen. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 1981; 46(1): 1–82.
39. Lakatos K, Birkás E, Tóth I, Gervai J. Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívekkel II: A SWAN. *Psychiatr. Hung.* 2010; 25(6): 493–502.
40. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1997; 38(5): 581–586.
41. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Pilot Study on the Validity of the Self-Report Version. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 1998; 7(3): 125–130.
42. Birkás E, Lakatos K, Tóth I, Gervai J. Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívekkel I: a Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatr. Hung.* 2008; 23(5): 358–365.
43. Turi E, Tóth I, Gervai J. Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban. *Psychiatr. Hung.* 2011; 26(6): 415–426.

44. Turi E, Gervai J, Áspán N, Halász J, Nagy P, Gádoros J. A Képességek es Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatr. Hung.* 2013; 28(2): 165–179.
45. Mattejat F, Jungmann J, Meusers M, Moik C, Nölkel P, Schaff C, Scholz M, Schmidt MH, Remschmidt H. [An inventory for assessing the quality of life of children and adolescents--a pilot study]. *Z. Kinder. Jugendpsychiatr. Psychother.* 1998; 26(3): 174–182.
46. Kiss E, Baji I, Mayer L, Skultéti D, Benák I, Vetró A. Életesemények minőségi elemzése és kapcsolata a depressziós tünetekkel általános iskolás populációban. *Psychiatr. Hung. Magy. Pszichiatriai Tarsaság Tudományos Folyoirata* 2007; 22(1): 33–42.
47. Frick PJ, Ray JV, Thornton LC, Kahn RE. Annual Research Review: A Developmental Psychopathology Approach to Understanding Callous-Unemotional Traits in Children and Adolescents with Serious Conduct Problems. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2014; 55(6): 532–548.
48. Pardini DA, Fite PJ. Symptoms of Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Callous-Unemotional Traits as Unique Predictors of Psychosocial Maladjustment in Boys: Advancing an Evidence Base for DSM-V. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2010; 49(11): 1134–1144.
49. Kimonis ER, Frick PJ, Skeem JL, Marsee MA, Cruise K, Munoz LC, Aucoin KJ, Morris AS. Assessing Callous-Unemotional Traits in Adolescent Offenders: Validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *Int. J. Law Psychiatry* 2008; 31(3): 241–252.
50. Frick PJ, Viding E. Antisocial Behavior from a Developmental Psychopathology Perspective. *Dev. Psychopathol.* 2009; 21(4): 1111–1131.
51. Vida P, Halász J, Gádoros J. Az agresszív es proszociális viselkedés megjelenése a gyermekkori pszichopatológiában. *Psychiatr. Hung.* 2013; 28(3): 261–273.
52. Chan Y-F, Dennis ML, Funk RR. Prevalence and Comorbidity of Major Internalizing and Externalizing Problems among Adolescents and Adults Presenting to Substance Abuse Treatment. *J. Subst. Abuse Treat.* 2008; 34(1): 14–24.
53. Buitelaar J, Smeets K, Herpers P, Scheepers F, Glennon J, Rommelse N. Conduct Disorders. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2013; 22: 49–54.
54. Raine A, Dodge K, Loeber R, Gatzke-Kopp L, Lynam D, Reynolds C, Stouthamer-Loeber M, Liu J. The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys. *Aggress. Behav.* 2006; 32(2): 159–171.
55. Bozsik C, Körmendi A, Inántsý-Pap J, Pataky N, Gádoros J, Halász J. A reaktív/proaktív agresszió, a rideg/érzéketlen vonások és a viselkedési problémák kapcsolata magyar serdülőknél. *Psychiatr. Hung.* 2013; 28(1): 48–56.
56. Pataky N, Körmendi A, Bozsik C, Inántsý-Pap J, Halász J, Gádoros J. Rideg/érzéketlen vonások és interperszonális jellemzők vizsgálata magyar serdülőknél--első vizsgálati eredmények. *Psychiatr. Hung.* 2011; 26(6): 427–433.
57. Hawes D, Price M, Dadds M. Callous-Unemotional Traits and the Treatment of Conduct Problems in Childhood and Adolescence: A Comprehensive Review. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2014; 17(3): 248–267.
58. Bjørseth Å, Wichstrøm L. Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in the Treatment of Young Children's Behavior Problems. A Randomized Controlled Study. *PloS One* 2016; 11(9): e0159845.
59. Forehand R, Parent J, Sonuga-Barke E, Peisch VD, Long N, Abikoff HB. Which Type of Parent Training Works Best for Preschoolers with Comorbid ADHD and ODD? A Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial Comparing Generic and Specialized Programs. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2016; 44(8): 1503–1513.
60. Elizur Y, Somech LY. Callous-Unemotional Traits and Effortful Control Mediate the Effect of Parenting Intervention on Preschool Conduct Problems. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2018.
61. Kjøbli J, Hukkelberg S, Ogden T. A Randomized Trial of Group Parent Training: Reducing Child Conduct Problems in Real-World Settings. *Behav. Res. Ther.* 2013; 51(3): 113–121.
62. Baumel A, Pawar A, Kane JM, Correll CU. Digital Parent Training for Children with Disruptive Behaviors: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2016; 26(8): 740–749.
63. Högström J, Enebrink P, Ghaderi A. The Moderating Role of Child Callous-Unemotional Traits in an Internet-Based Parent-Management Training Program. *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43* 2013; 27(2): 314–323.
64. Leijten P, Gardner F, Landau S, Harris V, Mann J, Hutchings J, Beecham J, Bonin E-M, Scott S. Research Review: Harnessing the Power of Individual Participant Data in a Meta-Analysis of the Benefits and Harms of the Incredible Years Parenting Program. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2018; 59(2): 99–109.

65. Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The Triple P-Positive Parenting Program: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Multi-Level System of Parenting Support. *Clin. Psychol. Rev.* 2014; 34(4): 337–357.
66. Goertz-Dorten A, Benesch C, Hautmann C, Berk-Pawlitzeck E, Faber M, Lindenschmidt T, Stadermann R, Schuh L, Doepfner M. Efficacy of an Individualized Social Competence Training for Children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders. *Psychother. Res. J. Soc. Psychother. Res.* 2017; 27(3): 326–337.
67. Pasalich DS, Witkiewitz K, McMahon RJ, Pinderhughes EE, Conduct Problems Prevention Research Group. Indirect Effects of the Fast Track Intervention on Conduct Disorder Symptoms and Callous-Unemotional Traits: Distinct Pathways Involving Discipline and Warmth. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2016; 44(3): 587–597.
68. Weiss B, Han S, Harris V, Catron T, Ngo VK, Caron A, Gallop R, Guth C. An Independent Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy with Non-Court-Referred Adolescents with Serious Conduct Problems. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2013; 81(6): 1027–1039.
69. Tan JX, Fajardo MLR. Efficacy of Multisystemic Therapy in Youths Aged 10-17 with Severe Antisocial Behaviour and Emotional Disorders: Systematic Review. *Lond. J. Prim. Care* 2017; 9(6): 95–103.
70. Manders WA, Deković M, Asscher JJ, van der Laan PH, Prins PJM. Psychopathy as Predictor and Moderator of Multisystemic Therapy Outcomes among Adolescents Treated for Antisocial Behavior. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2013; 41(7): 1121–1132.
71. Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB. Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents, 2nd Ed. *Multisystemic Ther. Antisocial Behav. Child. Adolesc.* 2nd Ed 2009: xi, 324–xi, 324.
72. Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J, Bayliss S, Raftery J, Hyde C, Taylor R. The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Parent Training/Education Programmes for the Treatment of Conduct Disorder, Including Oppositional Defiant Disorder, in Children. *Health Technol. Assess. Winch. Engl.* 2005; 9(50): iii, ix–x, 1–233.
73. Edwards RT, Cécilleachair A, Bywater T, Hughes DA, Hutchings J. Parenting Programme for Parents of Children at Risk of Developing Conduct Disorder: Cost Effectiveness Analysis. *BMJ* 2007; 334(7595): 682.
74. Edwards RT, Jones C, Berry V, Charles J, Linck P, Bywater T, Hutchings J. Incredible Years Parenting Programme: Cost-Effectiveness and Implementation. 2016; 11: 54–72.
75. O'Neill D. A Cost-Benefit Analysis of Early Childhood Intervention: Evidence from a Randomised Evaluation of a Parenting Programme. 2009.
76. Sampaio F, Sarkadi A, Salari R, Zethraeus N, Feldman I. Cost and Effects of a Universal Parenting Programme Delivered to Parents of Preschoolers. *Eur. J. Public Health* 2015; 25(6): 1035–1042.
77. Sampaio F, Barendregt JJ, Feldman I, Lee YY, Sawyer MG, Dadds MR, Scott JG, Mihalopoulos C. Population Cost-Effectiveness of the Triple P Parenting Programme for the Treatment of Conduct Disorder: An Economic Modelling Study. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2017.
78. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and Cognitive-Behavioural Group-Based Parenting Programmes for Early-Onset Conduct Problems in Children Aged 3 to 12 Years. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012; (2): CD008225.
79. Aman MG, Bukstein OG, Gadow KD, Arnold LE, Molina BSG, McNamara NK, Rundberg-Rivera EV, Li X, Kipp H, Schneider J, Butter EM, Baker J, Sprafkin J, Rice RR, Bangalore SS, Farmer CA, Austin AB, Buchan-Page KA, Brown NV, Hurt EA, Grondhuis SN, Findling RL. What Does Risperidone Add to Parent Training and Stimulant for Severe Aggression in Child Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2014; 53(1): 47-60.e1.
80. Pappadopulos E, Macintyre Ii JC, Crismon ML, Findling RL, Malone RP, Derivan A, Schooler N, Sikich L, Greenhill L, Schur SB, Felton CJ, Kranzler H, Rube DM, Sverd J, Finnerty M, Ketner S, Siennick SE, Jensen PS. Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAY). Part II. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 42(2): 145–161.
81. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 2015; 60(2): 42–51.
82. Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Bélanger SA, Steele MM, Boylan K, Cochrane-Brink K, Goldade R, Soper PR, Ustina J, Pringsheim T. Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 2015; 60(2): 62–76.

83. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 2015; 60(2): 52–61.
84. Pillay J, Boylan K, Carrey N, Newton A, Vandermeer B, Nuspl M, MacGregor T, Jafri SHA, Featherstone R, Hartling L. First- and Second-Generation Antipsychotics in Children and Young Adults: Systematic Review Update. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2017.
85. Farmer CA, Arnold LE, Bukstein OG, Findling RL, Gadow KD, Li X, Butter EM, Aman MG. The Treatment of Severe Child Aggression (TOSCA) Study: Design Challenges. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 2011; 5(1): 36.
86. Blader JC. Not Just Another Antipsychotic-for-Conduct-Problems Trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2014; 53(1): 17–20.
87. Gadow KD, Arnold LE, Molina BSG, Findling RL, Bukstein OG, Brown NV, McNamara NK, Rundberg-Rivera EV, Li X, Kipp HL, Schneider J, Farmer CA, Baker JL, Sprafkin J, Rice RR, Bangalore SS, Butter EM, Buchan-Page KA, Hurt EA, Austin AB, Grondhuis SN, Aman MG. Risperidone Added to Parent Training and Stimulant Medication: Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Peer Aggression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2014; 53(9): 948-959.e1.
88. Arnold LE, Gadow KD, Farmer CA, Findling RL, Bukstein O, Molina BSG, Brown NV, Li X, Rundberg-Rivera EV, Bangalore S, Buchan-Page K, Hurt EA, Rice R, McNamara NK, Aman MG. Comorbid Anxiety and Social Avoidance in Treatment of Severe Childhood Aggression: Response to Adding Risperidone to Stimulant and Parent Training; Mediation of Disruptive Symptom Response. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2015; 25(3): 203–212.
89. Findling RL, Townsend L, Brown NV, Arnold LE, Gadow KD, Kolko DJ, McNamara NK, Gary DS, Kaplin DB, Farmer CA, Kipp H, Williams C, Butter EM, Bukstein OG, Rice R, Buchan-Page K, Molina BSG, Aman MG. The Treatment of Severe Childhood Aggression Study: 12 Weeks of Extended, Blinded Treatment in Clinical Responders. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2017; 27(1): 52–65.
90. Gadow KD, Brown NV, Arnold LE, Buchan-Page KA, Bukstein OG, Butter E, Farmer CA, Findling RL, Kolko DJ, Molina BSG, Rice RR, Schneider J, Aman MG. Severely Aggressive Children Receiving Stimulant Medication Versus Stimulant and Risperidone: 12-Month Follow-Up of the TOSCA Trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2016; 55(6): 469–478.
91. Barterian JA, Arnold LE, Brown NV, Farmer CA, Williams C, Findling RL, Kolko DJ, Bukstein OG, Molina BSG, Townsend L, Aman MG. Clinical Implications From the Treatment of Severe Childhood Aggression (TOSCA) Study: A Re-Analysis and Integration of Findings. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2017; 56(12): 1026–1033.
92. Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. Atypical Antipsychotics for Disruptive Behaviour Disorders in Children and Youths. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017; 8: CD008559.
93. Perényi A, Arató M, Bagdy G, Frecska E, Szücs R. Tiapride in the Treatment of Tardive Dyskinesia: A Clinical and Biochemical Study. *J. Clin. Psychiatry* 1985; 46(6): 229–231.
94. Sanford LM, Baker SJ. Prolactin Regulation of Testosterone Secretion and Testes Growth in DLS Rams at the Onset of Seasonal Testicular Recrudescence. *Reprod. Camb. Engl.* 2010; 139(1): 197–207.
95. Sydow K, Retzlaff R, Behr S, Haun MW, Schweitzer J. The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. *Fam. Process* 2013; 52(4): 576–618.
96. Hogue A, Liddle HA. Family-Based Treatment for Adolescent Substance Abuse: Controlled Trials and New Horizons in Services Research. *J. Fam. Ther.* 2009; 31(2): 126–154.
97. Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR. The Effects of Family Therapies for Adolescent Delinquency and Substance Abuse: A Meta-Analysis. *J. Marital Fam. Ther.* 2012; 38(1): 281–304.
98. Sexton T, Gordon KC, Gurman A, Lebow J, Holtzworth-Munroe A, Johnson S. Guidelines for Classifying Evidence-Based Treatments in Couple and Family Therapy. *Fam. Process* 2011; 50(3): 377–392.
99. Sinclair I, Parry E, Biehal N, Fresen J, Kay C, Scott S, Green J. Multi-Dimensional Treatment Foster Care in England: Differential Effects by Level of Initial Antisocial Behaviour. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2016; 25(8): 843–852.
100. Rhoades KA, Leve LD, Harold GT, Kim HK, Chamberlain P. Drug Use Trajectories After a Randomized Controlled Trial of MTFC: Associations With Partner Drug Use. *J. Res. Adolesc.* 2014; 24(1): 40–54.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

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

A szakmai irányelv kidolgozását az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat kezdeményezte a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfejlesztői 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 delegáltakról, 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. A fejlesztési folyamat során napi szinten írásos megkeresésben tartották a kapcsolatot egymással a fejlesztők, illetve heti rendszerességgel az addig elkészült munkáról, munkafolyamatról visszajelzést adtak.

2. Irodalomkeresés, szelekció

A felhasznált irodalom során mind szakirodalmi cikkek, mind könyvek feldolgozásra kerültek, melyek listája az irodalomjegyzékben megtalálható. A felhasznált irodalom alapját elsődlegesen a csoport tagjai által kiválasztott nemzetközi ajánlások, továbbá szisztematikus irodalomkeresés alapján kiválasztott cikkek képezték. A kiválasztás elsődlegesen online formában, a szabályozó anyag szerzőinek konszenzusával történt, a „PubMed”, a „Scopus”, valamint az „EBSCO” adatbázisok alapján. A strukturális keresést [conduct disorder or oppositional or disruptive and treatment or therapy and clinical trial and randomized] keresőszavakra szelektált, elmúlt 5 évben (2012-t követően) megjelenített publikációk képezték, amelyek relevancia alapján ragsorolásra kerültek. A szelekció során a témában megjelent összefoglaló cikkeket (review), valamint metaanalíziseket részesítettük előnyben, mivel ezek a munkák több egyéb cikk feldolgozása és elemzése alapján jöttek létre. Amennyiben nem volt a témában összefoglaló cikk, így a rendelkezésre álló cikkek közül a szakmailag legmagasabb szintű (módszertan, elemszám, statisztikai módszer, stb.) közleményt vettük alapul. Az algoritmus alapján a Pubmed adatbázisban 358 cikk közül 59 vonatkozott az elmúlt 5 évre, relevancia alapján 24 került kiválasztásra. A Scopus adatbázisban az elmúlt 5 évre vonatkozóan 399 cikket találtunk az algoritmus alapján, melyek alapján 80 cikk került kiválasztásra. Az EBSCO adatbázisban az elmúlt 5 évre vonatkozóan (az adatbázis multiplicitása miatt a full-text, peer-review folyóiratok kerültek szelektálásra) 699 cikkből 33 került kiválasztásra, melyek a további analízis alapját képezték. Az adatbázisok összevonása és ismételt relevancia vizsgálat után konszenzus alapján kerültek kiválasztásra az irodalomjegyzékben is szereplő közlemények.

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

Altalánosságban elmondható, hogy specifikusan a viselkedészavarral diagnosztizált gyermekek kezelésének módjával kapcsolatos adatok közül csak néhány magas evidenciával rendelkező bizonyítékot találhatunk. Ezek pontos leírása, illetve értékelése a IV/3. fejezet részét képezik.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt.

Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre.

Az ajánlások kialakítása során nemzetközi ajánlásokat áttekintve a NICE (2013) protokollt tekintettük példának. Az ajánlások kialakítása során nemcsak az adott témában megjelenő szakirodalmi ajánlásokat, hanem hazai szakmai tapasztalatokat is figyelembe vettünk. A konkrét ajánlásokat illetően konszenzus-módszerrel dolgoztunk, igyekeztünk tematikusan, jól átlátható formában, konkrét, gyakorlati szinten is jól használható irányokat ismertetni. Ajánlások kialakításának módszerét lásd részletezve a IV/4. fejezetben.

5. Véleményezés módszere

A különböző fejezetek megírása, valamint a részfolyamatok befejezése során a szerzők egymás munkáit többlépcsős folyamat során véleményezték majd módosításokra tettek javaslatot, mely korrigálását követően újabb véleményezésre és korrigálásra került sor, ezt követően került az ajánlás véglegesítésre. A vélemények kialakítása konszenzuson alapult.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Aktuálisan magyar nyelven egyetlen ismeretterjesztő könyv áll rendelkezésre, amely elsősorban a gyermekkori reaktív agresszió kezelésével foglalkozik, de használható oppozíciós és viselkedészavar esetében is:

- Warwick Pudney - Élian Whitehouse - Mindjárt felrobbanok, Geobook Hungary, 2013, Budapest, Magyarország

A fenti kiadvány eredetijén kívül angol nyelven több weboldal, illetve kiadvány is elérhető, a teljesség igénye nélkül:

- <https://www.empoweringparents.com/>
- <https://www.triplep-parenting.net/glo-en/triple-p/>
- <http://www.incredibleyears.com/>
- Paul Blum - A Teacher's Guide to Anger Management, RouteledgeFalmer, 2001, London, UK
- Deborah M. Pulmer - Anger Management Games for Children, Jessica Kingsley Publishers, 2008, London, UK

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ kérdőív)

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

Rövid verzió a nehézségek hatásának vizsgálatával

- Rövid verzió, szülők és gondozók számára 2-4 éves korban
- Rövid verzió, szülők és tanárok számára 2-4 éves korban
- Rövid önkítöltős gyermek verzió 11-17 éves korban

Bővített verzió a nehézségek hatásának vizsgálatával

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

Utánkövetéses verzió

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

Értékelés

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

1.3. Táblázatok

<p>A. Az elmúlt félévben legalább négy tünet az alábbiakból egy tekintélyszeméllyel szemben Dühös/irritált hangulat (1) önmérséklet gyakori elvesztése (2) gyakran érzékeny és sértődékeny (3) gyakran dühös és neheztel másokra Vitatkozó/dacos viselkedés (4) gyakori vitatkozás felnőttekkel (vagy tekintélyszeméllyel felnőtteknél) (5) gyakran aktívan szembeszegül a felnőttek elvárásaival vagy normáival (6) gyakran szándékosan bosszant másokat (7) gyakran hibáztat másokat a hibáiért Haragtartó/bosszúálló viselkedés (8) rosszindulatú, haragtartó vagy bosszúálló viselkedés legalább kétszer az elmúlt félévben</p>
<p>B. A gyermeknél/serdülőnél (esetleg felnőttél) vagy a közvetlen szociális környezetében (család, kortársak, munkahely) viselkedési nehézségek vannak jelen, vagy a funkcionalitást negatívan befolyásolja ezeken a területeken</p>
<p>C. A viselkedés nem kizárólag pszichotikus állapot, szerhasználat, hangulati érintettség, bipoláris zavar tüneteként jelenik meg. Diszruptív hangulatszabályozási zavar nem állhat fenn.</p>

1. számú táblázat: Az oppozíciós zavar karakterizációja a DSM-5 alapján

Emberek és állatok felé irányuló agresszió (1) gyakran terrorizál, fenyeget vagy megfélemlít másokat (2) gyakran kezdeményez verekedést (3) olyan fegyvert használ, amely komoly fizikai sérülést okozhat másoknak (4) fizikailag kegyetlen másokkal (5) fizikailag kegyetlen állatokkal (6) rablótámadásokban vesz részt (7) valaki mást szexuális tevékenységre kényszerít
Vagyongrágás (8) szándékos gyűjtogatás (9) szándékos vagyongrágás
Csalás vagy lopás (10) házak, autók feltörése (11) valótlan tények állítása (előnyszerzés miatt) (12) adatok meghamisítása, illetve dolgok eltulajdonítása
Szabályok súlyos megsértése (13) szülői tiltás ellenére kimaradás (13 éves kor előtt) (14) éjszaka otthonról elszökés (15) iskolai csavargás (13 éves kor előtt)

2. számú táblázat: A viselkedési zavar karakterizációja a DSM-5 alapján

Megbánás / büntudat hiánya
Ridegség - empátia hiánya
Teljesítménnyel kapcsolatos közöny / érdektelenség
Sekélyes / hiányzó érzelmek

3. számú táblázat: Korlátozott proszociális érzelmek (rideg-érzéketlen vonás jelenléte) a DSM-5 viselkedési zavar diagnózisánál

1.4. Algoritmusok

1. számú ábra: Intervenció folyamat leírása

1.5. Egyéb dokumentumok

Nincs

1. számú ábra: Intervenciós folyamat leírása

