

Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

**Egészségügyi szakmai irányelv -
A gyermekkori hangulatzavarok diagnosztikájáról és ellátásáról**

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002090
Megjelenés dátuma:	2020. május 8.
Érvényesség időtartama:	2020. május 8. – 2023. augusztus 15.
Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárság
Megjelenés helye:	Egészségügyi Közlöny
Nyomtatott verzió:	http://kollegium.aek.hu
Elektronikus elérhetőség:	

TARTALOMJEGYZÉK

I. AZ IRÁNYELV FEJLESZTÉSÉBEN RÉSZTVEVŐK	3
II. ELŐSZÓ	4
III. HATÓKÖR	4
IV. MEGHATÁROZÁSOK	5
1. Fogalmak.....	5
2. Rövidítések.....	5
3. Bizonyítékok szintje.....	6
4. Ajánlások rangsorolása.....	6
V. BEVEZETÉS	7
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása.....	7
2. Felhasználói célcsoport.....	7
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel.....	7
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	9
VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ	25
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban.....	25
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája.....	26
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok.....	27
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	27
IX. FELHASZNÁLT IRODALOM	27
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE	32
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok.....	32
dokumentálásának módja.....	32
2. Irodalomkeresés, szelekció.....	32
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja.....	33
4. Ajánlások kialakításának módszere.....	33
5. Véleményezés módszere.....	33
6. Független szakértői véleményezés módszere.....	33
XI. MELLÉKLETEK	33
1. Alkalmazást segítő dokumentumok.....	33

I. AZ IRÁNYELV FEJLESZTÉSÉBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Gyermek- és Ifjúságpszichiátria és Addiktológiai Tagozat:

Dr. Pászthy Bea PhD. gyermekpszichiáter, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértők:

Dr. Baji Ildikó Phd. pszichiáter, gyermekpszichiáter szakorvos, társszerző

Dr. Kiss Enikő Phd. pszichiáter, gyermekpszichiáter szakorvos, társszerző

Dr. Mayer László Phd. pszichiáter, gyermekpszichiáter szakorvos, társszerző

Dr. Máté Mónika pszichiáter, gyermekpszichiáter szakorvos, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Pszichiátria és Pszichoterápia Tagozat:

Dr. Németh Attila pszichiáter, tagozatvezető, véleményező

2. Házirosvostan Tagozat:

Dr. Szabó János házirosvostan, tagozatvezető, véleményező

3. Gyermek Alapellátás Tagozat (házi gyermekrosvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás):

Dr. Póta György csecsemő és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

4. Aneszteziológia és intenzív terápia tagozat:

Prof. Dr. Fülesdi Béla aneszteziológus, tagozatvezető, véleményező

5. Csecsemő és gyermekgyógyászat tagozat:

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

6. Védőnői 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 tagozatok dokumentáltan egyetértettek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői:

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem vett részt

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem vett részt

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Magyar Gyermek és Ifjúságpszichiátriai és Társult Szakmák Társasága (MAGYIPETT) Dr. Páli Eszter elnök

Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT) Dr. Molnár Károly elnök

Magyar Gyermekorvosok Társasága (MGYT) Dr. Velkey György elnök

Független szakértő(k):

Dr. Vajer Péter Phd. egyetemi adjunktus, független szakértő

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:	gyermek- és serdülőkorban kialakuló hangulatzavarok előfordulása, korai azonosítása, szakellátása.
Ellátási folyamat szakaszai:	a hangulatzavar rizikó felmérése, szűrés, diagnosztikus formuláció, hatékony terápiás eljárások alkalmazása.
Érintett ellátottak köre:	18 év alatti gyermekek és serdülők, akik bármilyen szintű hangulatzavarban szenvednek
Érintett ellátók köre:	
Szakterület:	1805 pszichoterápia 2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria 2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció 0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat 0511 gyermekneuroológia 6301 háziiorvosi ellátás 6302 házi gyermekorvosi ellátás 6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziiorvosi ellátás 6306 iskola- és ifjúságorvoslás 7202 gyógypedagógia (és annak szakágai) 7901 területi védőnői ellátás 7902 iskolai védőnői ellátás
Ellátási forma:	A1 alapellátás A2 alapellátás ügyeleti ellátás J1 járóbeteg-szakellátás, szakrendelés J3 jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás J7 járóbeteg-szakellátás,- gondozás J8 járóbeteg-szakellátás,nappali ellátás D1 diagnosztika F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F4 fekvőbeteg-szakellátás, rehabilitációs ellátás F6 fekvőbeteg-szakellátás, sürgősségi ellátás
Egyéb specifikáció:	köznevelésben (általános iskola, középiskola, pedagógiai szakszolgálatok) dolgozó szakemberek, szociális alap és szakosított ellátásban (családsegítés, közösségi ellátások, támogató szolgáltatás, utcai szociális munka, nappali ellátás, ápolást, gondozást nyújtó intézmények, rehabilitációs intézmények, átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, lakóotthonok, támogatott lakhatás, szociális szolgáltató központok, rehabilitációs-, ápoló, gondozó- és lakóotthonok) dolgozó szakemberek.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Bipoláris zavar: különböző súlyosságú depressziós, mániás és kevert epizódok váltakozása hosszabb-rövidebb tünetmentes periódusok közbeiktatásával.

Bipoláris I típus: major/minor depressziós és mániás állapotok váltakozása; legalább 1 mániás epizód, bármikor a gyermek élete során.

Bipoláris II típus: major depressziós és hipomániás epizódok váltakozása.

Ciklotímia: enyhe (szubklinikus) depressziós, illetve hipomániás állapotok váltakozása.

Mániás epizód: abnormálisan emelkedett expanszív vagy irritábilis hangulat számos járulékos tünettől, melyek legalább 1 hétig fennállnak, ha a beteg nem kerül előbb hospitalizációra.

Hipomániás epizód: a mániánál enyhébb állapot a következő jellemzőkkel: 1. a minimális időtartam-kritérium négy nap, és 2. az állapot nem okoz lényeges funkcionális károsodást, illetve nem vezet hospitalizációhoz.

Major Depresszió: egy vagy több depressziós epizód előfordulása.

Disztímia: a major depressziónál enyhébb tünetek jellemzik, melyek legalább 1 éven keresztül fennállnak.

Depressziós epizód: depresszív vagy irritábilis hangulat és/vagy anhedónia és számos járulékos tünet, melyek legalább 2 hétig fennállnak és jelentősen rontja a beteg funkcionálását.

Komorbid állapotok: a hangulatzavarokhoz gyakran társuló egyéb pszichiátriai zavarok.

Részleges remisszió: az epizód tünetei még jelen vannak, de nem teljesülnek a kritériumok (kevesebb számú tünet).

Teljes remisszió: az elmúlt 2 hónap során nem voltak jelen az epizód jelentős tünetei (kettőnél kevesebb tünet van).

Relapszus: a tünetek megszűnését (teljes remisszió) követő 2 hónapban visszatérnek a tünetek.

Rekurrencia: a tünetek teljes megszűnését (teljes remisszió) követő 2 hónap után térnek vissza a tünetek

Epizód kezdete: a legalább szükséges számú tünet együttes jelenléte, mely jelentősen zavarja a beteg normál funkcióit az élet számos területén.

Rapid ciklus: 1 év alatt legalább 4 affektív epizód fordul elő.

2. Rövidítések

AACAP: Amerikai Gyermekek- és Ifjúsági Pszichiátria Akadémia/American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

AAP: Atípusos antipszichotikum/Atypical antipsychotic

ADAPT: Serdülőkori depresszió kezelése antidepresszánsokkal és pszichoterápiával/Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial

ADHD: Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar/Attention Deficit Hyperactivity Disorder

APA: Amerikai Pszichiátriai Egyesület/ American Psychiatric Association

BNO-10: Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. kiadás

CBCL: Gyermekek Viselkedés Kérdőív/Child Behavior Checklist

CBT: Kognitív Viselkedés Terápia/Cognitive Behavioural Therapy

CDI: Gyermekek Depresszió Kérdőív/Child's Depression Inventory

CDRS-R: Gyermekek Depresszió Értékelő Skála- Revideált/Children's Depression Rating Scale-Revised

CES-DC: Epidemiológiai Vizsgálatok Központjának Depressziós Kérdőíve Gyermekek számára/Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Modified for Children

CGAS: Gyermekek Átfogó Felmérés Skála/Children's Global Assessment Scale

CMRS: Gyermekek Mánia Pontozó Skála/Child Mania Rating Scale

COBY: Fiatalokori Bipoláris Zavar Lefolyása és Kimenetele tanulmány/Course and Outcome for Bipolar Youth study

DALY: Egészségkárosodással leélt életevek/Disability-Adjusted Life Years

DBS: Mély agyi stimuláció/Deep Brain Stimulation

DD: Disztímia/Disthymia

DMDD: Diszruptív Hangulatszabályozási Zavar/Disruptive Mood Dysregulation Disorder

DSM-5: Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv/Diagnostic and Statistical Manual fifth edition

ECT: Elektrokonvulzív Terápia/Electroconvulsive Therapy

GBI-10: Általános Viselkedési Kérdőív/General Behavior Inventory

GLAD PC: Útmutató a serdülőkori depresszió kezeléséhez a háziorvosi gyakorlatban/Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care

GyD-R: Rövid Gyermekek Depresszió kérdőív

HS: Hangulatstabilizátor

ILK: Életminőség kérdőív gyermekek és serdülők számára/Inventar der Erfassung bei Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen

IMPACT: Hangulatjavítás pszichoanalitikus és kognitív terápiával/RCT, Improving the Mood with Psychoanalytic and Cognitive Therapies

IPT: Interperszonális Pszichoterápia/Interpersonal Psychotherapy
ISCA: Gyermek- és serdülő Interjú/Interview Schedule for Children and Adolescents
Li: Lítium
K-SADS-PL: Gyerek interjú hangulatzavarok és skizofrénia vizsgálatára iskoláskorúaknak, jelen és élettartam változat/Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children, Present and Lifetime version
KVT: Kognitív-viselkedésterápia
MDD: Major Depresszív Zavar/Major Depressive Disorder
MDQ: Hangulatzavar Kérdőív/Mood Disorder Questionnaire
MINI: Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú/ Mini International Neuropsychiatric Interview
MINI KID: Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú gyermek és serdülők számára/ Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents
MNO: Máshol Nem Osztályozott
MST: Mágneses Roham Indukáló Terápia/Magnetic Seizure Therapy
NEFMI: Nemzeti Erőforrás Minisztérium
NICE: Nemzeti Egészségügyi és Kiválósági Intézet/National Institute for Health and Excellence
 OCD: Obszesszív Kompulzív Zavar/Obsessive Compulsive Disorder
 OGYÉI: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés - egészségügyi Intézet
 QoL: Életminőség/Quality of Life
 PASCET: Elsődeleges és másodlagos kontrol erősítése/Primary and Secondary Control Enhancement Training
 PTSD: Poszttraumás Stressz Zavar/Posttraumatic Stress Disorder
 RCT: Randomizált Kontrollált Klinikai Vizsgálat/Randomized Controlled Clinical Trial
 DQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív/Strength and Difficulties Questionnaire
 SIGN: Skót szakmaközi útmutató hálózat/Scottish Intercollegiate Guidelines Network
 SNRI: Selective Noradrenerg Reuptake Inhibitor
 SSRI: Selective Serotonerg Reuptake Inhibitor
 TADS: Serdülőkori Depresszió Kezelése Tanulmány/Treatment of Adolescent Depression Study
 TMS: Transzkraniális Mágneses Stimuláció
 TORDIA: Terápia Rezisztens Depresszió Kezelése Serdülőknél/Treatment of Resistant Depression in Adolescents
 VNS: Vagus ideg stimuláció/Vagus Nerve Stimulation
 VPA: Valproát
 WASH-U-KSADS: Washington University KSADS/Waington Egyetem KSADS
 YMRS: Fialatok Mánia Skálája/Young Mania Rating Scale

3. Bizonyítékok szintje

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 olyan magas minőségű meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba (bias) lehetősége.
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 jó minőségű kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatok szisztematikus irodalmi áttekintésből, 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.
1-: Az eredmények meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba lehetősége.
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

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.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A gyermek- és serdülőkorai érzelmi zavarokat, - ezen belül a hangulati rendellenességeket - az elmúlt három évtizedben intenzíven tanulmányozták [1, 2, 3, 4], azonban a hangulatzavarok felismerése, pontos meghatározása sokszor a szakemberek számára is problémát jelent. A longitudinális vizsgálatok egyértelműen jelzik, hogy a hangulati rendellenességek az élet korai szakaszában kezdődnek, az első epizódok nagy többsége a felnőttkor előtt jelentkezik [5]. A hangulatzavarok kategórián belül két fő betegségecsoportot különböztetünk meg: Depressziós zavarok és Bipoláris zavarok. E két betegség nagy terhet jelent a fiatalok számára, rontja alkalmazkodásukat, iskolai teljesítményüket, jelentősen befolyásolja magatartásukat, életminőségüket és a felnőttkorra áthúzódva társadalmi méretű problémát jelenthet. A depresszió a 10-24 éves életkori csoportban világszerte az első, a bipoláris zavar pedig a negyedik leggyakoribb oka a teljes egészségben megélhető életevek csökkenésének (Disability-Adjusted Life Years) [6]. Külön ki kell emelni a gyermekkori hangulatzavarok és az öngyilkosság kapcsolatát. A kezeletlen major hangulati zavarok a legfontosabb rizikófaktorai az öngyilkoságnak, mely a harmadik vezető halálok serdülőkorban. Bipoláris zavarokban az öngyilkossági kísérletek kétszer gyakrabban fordulnak elő, mint az unipoláris depresszióban és súlyosabb kimenetelűek [7]. A legfrissebb előrejelzések szerint 2030-ra a depresszió és a következményes öngyilkosság válhat a teljes egészségben megélhető életevek csökkenésének (DALY) leggyakoribb okává [8]. Fentiek ismeretében nem lehet eléggé hangsúlyozni a gyermek- és serdülőkorai hangulatzavarok korai felismerésének és azonosításának fontosságát, továbbá az időben megkezdett korszerű kezelés szükségességét.

2. Felhasználói célcsoport

Az irányelv útmutató kíván lenni a gyermekkori hangulatzavarok diagnosztizálásában és kezelésében résztvevő szakmák (házi orvosok, házi gyermekorvosok, gyermekgyógyászok, gyermekpszichiáterek, pszichológusok, pszichoterapeuták) számára. Az irányelv célja a szakmai kompetenciák biztonságos növelése, ezáltal a szűrés és felismerés javítása, a korszerű kezelési lehetőségek elsajátításával pedig a terápiás hatékonyság növelése. Mivel a hangulatzavarban szenvedő betegek az egészségügy különböző szintjein jelennek meg, az irányelv igyekszik rámutatni a szakmák közötti lehetséges együttműködésekre. Az irányelv hasznos lehet a szakmai döntéshozók, ellátásszervezők számára is, korszerű, bizonyítékon alapuló orvoslásra támaszkodó ismeretanyagával a nemzetközileg elfogadott és követendő megközelítést képviselve. Az irányelv célja továbbá, hogy a betegek, betegképviseletek és egyéb civil szervezetek számára az ellátás szabályaiba betekintést nyújtson.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

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

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Szerző(k): Tudományos szervezet:	- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP Official Action)
Cím:	Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorder
Megjelenés adatai:	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:2
Szerző(k): Tudományos szervezet:	- American Psychiatric Association (APA)
Cím:	Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder 3rd Edition.
Megjelenés adatai:	last updated: Nov 2010
Elérhetőség:	http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf

Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	- Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder 2nd Edition. American last updated: Nov 2005 http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar.pdf
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Depression in Children and Young People: Identification and Management. Clinical Guideline Updated:sept 2017 nice.org.uk/guidance/last updates: Sept, 2017, last updatecg28
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Non-Pharmaceutical Management of Depression in Adults. A National Clinical Guideline. last updated: Jan 2010 http://www.sign.ac.uk/assets/sign114.pdf
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Dolle K, Schulte-Körne G Deutsches Arzteblatt International Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Clinical Practice Guideline: The Treatment of Depressive Disorders in Children and Adolescents. 2013;110(50):854-60 -
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein REK, GLAD-PC Steering Group Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and Ongoing Management. Pediatrics 2007;120(5) http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/e1313
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	- U.S. Food and Drug Administration. Antidepressant use in children, adolescents, and adults: revisions to product labeling. Silver Spring, Md.: U.S. Food and Drug Administration; 2007. Accessed August 21, 2015. http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM173233.pdf

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvvvel.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Ajánlás1

A diagnosztikus kivizsgálás során a BNO 10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. Kiadás 1993), mely a diagnosztikus kódolás alapja [9] vagy a DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual fifth edition 2013) Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) [10] kritériumait kell figyelembe venni. (A)

A diagnosztikus kivizsgálás során a szakembereknek a BNO-10 [9] és a DSM-5 [10] kritériumait kell figyelembe venniük. Ez növeli a diagnózis megbízhatóságát a kevésbé tapasztalt szakemberek esetében is. Jelenleg Magyarországon a hangulatzavarok diagnosztikai besorolása a BNO-10 klasszifikációs rendszer alapján történik. A DSM-5 a BNO-10-nél jóval újabb besorolási rendszer, ennek megfelelően didaktikusabb, jobban követhető a hangulatzavarok besorolása. A továbbiakban a DSM-5 alapján kerülnek ismertetésre a hangulatzavarok diagnosztikus kategóriái és megfontolásai. Tekintettel arra, hogy a hangulatzavarok számos diagnosztikus kategóriát foglalnak magukba, csak a leggyakoribb diagnózisokat ismertetjük részletesen. A diagnosztikus kategóriák teljes köre „A Hangulatzavarok DSM-5 szerinti részletes osztályozása” mellékletben olvasható.

A hangulatzavarok diagnózisa során, két időszakon értékeljük a tüneteket [10]. Először az aktuálisan fennálló tüneteket, majd lifetime (a gyermek egész életére vonatkozóan) kell értékelni a hangulati epizódokat. A hangulatzavarok diagnosztikája megköveteli a fenti komplex gondolkodást és körültekintő diagnosztikus munkát. A hangulatzavarok diagnózisa az élet során jeletkező hangulati epizódok összegzésével alkotható meg. A hangulati epizódok lehetnek: depresszív epizód, hipomániás epizód, mániás epizód, és kevert epizód. Bár az epizódoknak saját kritériumrendszere van, önmagukban nem kódolható zavarok. A meglévő epizód típusok és megjelenésük konfigurációi határozzák meg, hogy melyik specifikus hangulatzavar a legmegfelelőbb diagnózis.

A hangulatzavarokat

a) unipoláris zavarokra (pl.: Major Depressziós Zavar, Disztímia), - abban az esetben, ha csak depressziós epizód vagy disztímia fordul elő egy beteg esetében,

b) bipoláris zavarokra (pl.: Bipoláris I és II zavar, Ciklotímia) - ha mániás, hipomániás vagy kevert epizód is előfordul a beteg élete során legalább egy alkalommal, vagy hipomániás és depressziós tünetek váltakozva jelentkeznek,

c) valamint olyan zavarokra osztjuk, amelyek etiológiailag meghatározottak (konkrét ok szerepel a beteg anamnézisében) (pl.: Általános Egészségi Állapot miatti Hangulatzavar vagy Pszichoaktív Szer okozta Hangulatzavar). A vizsgálat idejében, a beteg panaszai alapján állapítja meg a szakember az aktuálisan jelen levő epizódot, azonban a lifetime epizódok feltérképezése árnyalja a diagnózist és a terápiát egyaránt [10, 11, 12].

Epizódok

Depresszív epizód:

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

Depressziós / irritábilis hangulat:

(18 éves korig a depressziós hangulattal egyenértékű kritérium tünet) vagy az (2) Érdeklődés, öröm elvesztése (kritérium tünetek, melyek jelenléte feltétlen szükséges a diagnózishoz), a legtöbb tevékenységgel kapcsolatban, a nap legnagyobb részében csaknem mindennap, (3) Jelentős testsúly csökkenés vagy testsúlygyarapodás, (4) Inszomnia vagy hiperszomnia, (5) Pszichomotoros agitáció vagy gátoltság, (6) Fáradtság vagy anergia, (7) Értéktelenség érzés vagy túlzott, inadekvát önvádolás, büntudat, (8) Csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, döntésképtelenség, (9) A halállal kapcsolatos visszatérő gondolatok, visszatérő öngyilkossági gondolatok, konkrét öngyilkossági terv és öngyilkossági kísérlet.

A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas-szociális, iskolai vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák.

Mániás epizód:

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

A hangulatzavar elég súlyos ahhoz, hogy a társas-szociális és iskolai működést jelentősen károsítsa, vagy kórházi felvételt tegyen szükségessé.

Hipomániás epizód:

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

iskolai működést jelentősen károsítsa, vagy kórházi felvételt tegyen szükségessé.

Kevert epizód:

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

Diagnózisok

Depresszív zavarok: DSM-5 kód, (BNO-10 kód)

Major depresszív zavar (MDD) 296.21-296.30 (F 32.0 mániás epizód – F 33.9)

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

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

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

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

Forrás: BNO-10, DSM-5 Post

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

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

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

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

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

- Súlyos, ismétlődő hangulatkitörések szóban vagy viselkedésben, melyek intenzitása nincs arányban a kiváltó

helyzettel.

- A hangulatkitörések legalább heti 3 alkalommal jelentkeznek.
- A hangulatkitörések között szinte mindennap, a nap legnagyobb részében irritált vagy dühös a hangulat és ezt mások is észlelik.
- A fenti viselkedés 3 területből (iskolában, kortárskapcsolatok és család) legalább kettőben jelen van, és legalább az egyikben súlyos fokú.
- A tünetek 10 éves kor előtt indulnak.
- A diagnózis nem állítható fel együtt Oppozíciós zavarral, Intermittálóexplozív zavarral és Bipoláris zavarral. Ha Oppozíciós zavarral együtt áll fenn, csak a DMDD diagnózist adjuk. A diagnózis fennállhat MDD, ADHD, Viselkedészavar és Szerhasználati zavarral együtt.

Premenstruális diszfóriás zavar 625.4 (N94.3)

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

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

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

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

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

Egyéb meghatározott depresszív zavar 311 (F32.8)

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

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

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

A diagnosztikus folyamat során először a szakembernek azt kell meghatároznia, hogy az epizód kritériumai teljesülnek-e. Tekintettel arra, hogy a tüneti kép folyamatosan változhat egy epizódon belül, a diagnosztikus munka során a szakembernek mindig az epizód legsúlyosabb pontját kell értékelni. Ezt követi a betegség lefolyásának megállapítása, hogy egyszeri vagy visszatérő epizódról van-e szó. A diagnosztikus munka során az epizód jellegét és a lefolyási mintázatot minden esetben értékelni kell, ennek jelentősége van a terápiás terv elkészítése és a prognózis szempontjából. (Az epizód jellege és a lefolyási mintázat „A Hangulatzavarok DSM-5 szerinti részletes osztályozása” mellékletben került részletes ismertetésre.)

Bipoláris zavarok DSM-5 kód, (BNO-10 kód)

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

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

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

2. sz. táblázat: Bipoláris I. zavarok DSM-5/BNO10 szerinti kódolása

Bipoláris zavar	Jelenlegi v. legutóbbi epizód MÁNIÁS		Jelenlegi v. legutóbbi epizód HIPOMÁNIÁS		Jelenlegi v. legutóbbi epizód DEPRESSZIÓS	
	DSM-5	BNO-10	DSM-5	BNO-10	DSM-5	BNO-10
ENYHE	296.41	F31.11	N.A.		296.51	F31.31
MÉRSÉKELT	296.42	F31.12	N.A.		296.52	F31.32

SÚLYOS	296.43	F31.13	N.A.		296.53	F31.4
PSZICHOTIKUS JEGYEKKEL	296.44	F31.2	N.A.		296.54	F31.5
RÉSZLEGES REMISSZIÓ	296.45	F31.73	296.45	F31.71	296.55	F31.75
TELJES REMISSZIÓ	296.46	F31.74	296.46	F31.72	296.56	F31.76
NEM MEGHATÁROZOTT	296.40	F31.9	296.40	F31.9	296.50	F31.9

Forrás: BNO-10, DSM-5

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

Bipoláris II zavar 296.89 (F31.81)

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

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

Ciklotímiás zavar 301.13 (F34.0)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ajánlás2

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

A depressziós serdülők 43%-nál van lifetime komorbiditás, a leggyakrabban szorongásos zavarok [1, 13, 14, 15, 16, 17]. Magyarországi depressziós gyermekek és serdülők körében 32,6%-ban fordult elő szorongásos és 21,6%-ban diszruptív komorbiditás [18]. A szorongásos komorbiditások általában megelőzik a depresszió megjelenését, ezért annak rizikófaktoraként tekintjük azokat. A komorbid szorongásos rendellenesség megjelenése növeli a depresszióban szenvedő gyermekek és serdülők tüneteinek súlyosságát és bármilyen komorbid zavar növeli a depresszív zavar visszatérésének kockázatát [1, 19], a komorbiditások jelenléte tovább rontja mind a kognitív, mind a szociális funkciókat [20, 21, 22]. Például egy depressziós serdülőnek ADHD komorbiditással nagyobb esélye van hosszabb epizódra, hospitalizációra és magasabb a szuicid veszélyeztetettsége [20]. Serdülőkorban a depresszióval egyidejűleg gyakran észlelünk étkezési zavarokat és szerhasználatot is. Tíz depressziós gyermekből hatnak vannak egyéb pszichés problémái is. A depresszió húszszorosa emeli egyéb pszichés problémák jelenlétének az esélyét [23]. A Disztímiás zavarban szenvedő betegek mintegy 50%-ánál észlelhetők egyéb komorbid rendellenességek, leggyakrabban szorongásos zavarok és/vagy szerhasználat. A korai kezdetű DD összefüggést mutat a későbbi személyiségzavarokkal. A diszruptív zavarok (Oppozíciós zavar, Viselkedés zavar) 30-70%-ban, ADHD 50-80%-ban, míg szorongásos zavarok 30-

70%-ban fordulnak elő Bipoláris zavarokkal együtt. ADHD és az Oppozíciós zavarok prevalenciája gyakoribb gyermekkorban, mely nehezíti a diagnózis felállítását, hiszen a Bipoláris zavarok számos tünete átfedést mutat az ADHD illetve az Oppozíciós zavar tüneteivel. Serdülőkorban a Viselkedészavar és Pszichoaktív szerhasználatot kapcsolatos zavarok a gyakoribb komorbiditások [24]. A komorbiditások jelenléte árnyalja a terápiás válaszkapcsolatot, ezáltal a Bipoláris zavarok prognózisát.

Ajánlás3

Hangulatzavarok esetén a szuicid veszélyeztetettség szűrése kötelező, jelenléte hospitalizációt igényel.(A)

Hangulatzavarok esetén gondolni kell és fel kell mérni a szuicid veszélyt. A kezeletlen hangulatzavarok a legfontosabb rizikófaktorai a szuicidiumnak. A (többnyire kezeletlen) hangulatzavar előfordulási gyakorisága szuicid áldozatok között 60-85% [25]. Az öngyilkosság egyike a legfontosabb halálokoknak a fiatalok körében, a serdülőkori öngyilkosságok több mint fele hozható kapcsolatba a depresszióval [26]. Bipoláris zavar esetén az öngyilkossági kísérletek száma kétszerese az unipoláris depresszióban szenvedő páciensekének. Bipoláris zavarokban az öngyilkossági kísérletek gyakrabban ismétlődnek és súlyosabbak, mint unipoláris depresszióban [27]. Gyermekkorban a befejezett szuicid kísérletek aránya jóval kisebb, mint serdülőkorban. Ennek oka a kognitív éretlenség és a kivitelezési képtelenség. Serdülőkorban a fiúk 4-szer gyakrabban követnek el befejezett szuicidiumot, lányok esetében a kísérletek aránya sokszorosa a fiúkénak. Gyermekkorban a legfontosabb rizikótényező a mentális betegség jelenléte és a családi stresszek. Serdülőkorban a MDD, Bipoláris zavar, Viselkedés zavar, Pszichoaktív szerhasználat és a pszichotikus állapot, diszfunkcionális személyiségvonások (antiszociális, borderline, hisztrionikus, (nárcisztikus vonások), markáns reménytelenség érzés, gyakori impulzív- agresszív viselkedés, családi tényezők (depresszió és szuicidium a családban), szülő elvesztése (halál vagy válás miatt), fizikai és szexuális abúzus, izoláció, „coming out”, homoszexualitást elutasító családi, iskolai környezet [28]. A megelőző szuicid kísérlet a legfontosabb prediktora egy következő szuicid kísérletnek és a befejezett szuicidiumnak. A megelőző szuicid kísérletek súlyosabb szuicid kísérletet vetítenek előre [29].

A szuicid veszély felmérése: 1. Családi anamnézis, 2. Korábbi szuicid kísérlet/ek, 3. Konkrétan rá kell kérdezni a szuicid gondolatokra, tervre és kísérletre: „Gondolsz-e olyat, hogy nem vagy elég jó, nem vagy olyan jó, mint a többi gyerek, hogy teher vagy a családot, környezeted számára? Gondolsz-e arra, hogy jobb lenne, ha halott lennél?” Ha a válasz a fentiekre IGEN, akkor a további kérdésekkel mérjük fel a szuicid veszélyt. „Gondoltál-e arra, hogy megölnöd magad? Esetleg arra is gondoltál, hogy hogyan tennéd meg? El is tervezted? Mikor gondoltál ezekre? Meg is próbáltad? Mi történt?” Szuicid veszély esetén hospitalizáció javasolt.

Ajánlás4

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

A hangulatzavarok kivizsgálását szakmai team végzi, gyermekpszichiáter, szakpszichológus és amennyiben osztályos kivizsgálás történik foglalkoztató-nővér vesz részt ebben. Fontosak emellett a környezettől (szülőktől, pedagógusoktól és egyéb, a gyermek életében fontos szerepet játszó személyektől) nyert információk. Az anamnézist a gyermekkel és a szülővel is felvesszük, ennek során információt nyerünk a mentális státuszról, a testi egészségről és a korábbi, valamint a jelenlevő betegségekről. Fontosak a gyermektől nyert anamnesztikus adatok, amikor a gyermek beszámol nehézségeiről, tüneteiről, hogyan látja saját helyzetét a családban, iskolában, kortársközösségben, társas kapcsolataiban. Amennyiben a gyermeknek jó rálátása van helyzetére, a saját beszámolója igen informatív lehet. A szülőtől a gyermek perinatális anamnézisééről, pszichomotoros fejlődéséről, korábbi betegségeiről és családi anamnézisééről gyűjtünk adatokat, különös tekintettel a családban előforduló hangulatzavarra. A legfontosabb rizikótényező a családban (szülők, vérszerinti testvérek) jelen lévő hangulatzavar [30, 31, 32]. A szülő kérhet információt gyermekéről a gyermek pedagógusától, a kezelőorvos ezt közvetlenül nem teheti. A gyermek iskolai viselkedéséről, tanulmányi előmeneteléről, kortárskapcsolatairól és ezen a területen tapasztalt változásokról nyújtott információk jelentősen segítik a diagnosztikus munkát. A gyermek írásos jellemzése (csak a szülő kérheti a pedagógustól), részletesen leírja a gyermek iskolai funkcionálásának markáns változását, mind teljesítménye, mind viselkedése terén.

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

Gyermekpszichiátriai vizsgálat során a gyermek pszichés státuszának felmérése részben kétszemélyes vizsgálati helyzetben, részben gyermekközösségben történik, ha erre lehetőség van. A gyermek tüneteinek megfigyelése kulcsfontosságú. A diagnózis felállításához a gyermeket több alkalommal kell megfigyelnünk és megvizsgálnunk. Ha gyermekpszichiátriai osztályos kivizsgálásra kerül sor, a foglalkoztató-nővérek által megfigyelt információk a diagnosztikus munka részét képezik. Kiemelten fontos a szuicid veszély felismerése. (lásd Ajánlás 3).

Ajánlás5

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

Olyan önkitöltős kérdőív vagy tünetlista; mely egyértelműen, önmagában használva képes a hangulatzavarok diagnosztikájának felállítására nem áll rendelkezésünkre. Megbízható vizsgálati adatok érdekében a gyermek életkorának megfelelő, illetve az információ szerzés szempontjából releváns felnőtteknek kidolgozott diagnosztikus eszközök szükségesek. Az önkitöltős tesztek, tünetbecslő skálák segítenek értékelni a tünetek jelenlétét, súlyosságát és a terápia hatékonyságát [33, 34]. A vizsgálatok eredményének értékelésekor figyelembe kell vennünk, hogy a különböző forrásokból (szülő/pedagógus/gyermek) és eltérő eszközökkel nyert információk jelentős különbségeket mutathatnak.

A NICE irányelv [35] depresszió esetében 12 éves kor felett rutin szűrést javasol önkitöltős teszt segítségével, abban az esetben is, ha nincs jelen és az anamnézisben sem szerepel depresszió, az általános alapellátásban való szűrés részeként. 12 éves kor alatt nem javasolt a rutin szűrés. Gyermekek és serdülők (7-18 év) esetében a depressziós tünetek szűrésére a Rövid Gyermek Depresszió Kérdőív (GYD) (Child's Depression Inventory, CDI, [36]) ajánlott, mely Magyarországon évtizedek óta használatos. Az alapellátásban a rövid verzió használata javasolt (GYD-R, CDI-S), mely 10 tételből áll, a válaszokat 0-2 pontos skálán értékeljük. A teljes pontszám 0 és 20 között lehet. A 7 vagy magasabb pontszám jelzés értékű depresszióra [36]. Ilyen esetben érdemes a pozitív válaszokat átbeszélni a gyermekkel, és ha megerősítette a tüneteket, szakellátásba irányítani. A külföldi irányelvek ajánlják az Epidemiológiai Vizsgálatok Központjának Depressziós Kérdőív Gyermekek számára (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Modified for Children, CES-DC, [37]) használatát és a Gyermek Depresszió Értékelő Skála- Revideált változat (Children's Depression Rating Scale-Revised, CDRS-R, [38, 39]) használatát. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság minden pozitív szűrő esetén gyermekpszichiátriai vizsgálatot javasol, a NICE ajánlások a szociális és iskolai környezet és funkcionális felmérését emelik ki, ezekben az esetekben [40]. A mániás tünetek szűrése esetén a szülői értékelések a legjobban használhatóak, sokkal megbízhatóbbak, mint a gyermektől vagy a tanároktól nyert információ. A rendelkezésre álló evidenciák alapján a mániás tünetek esetében Young féle mánia skála (Young Mania Rating Scale, YMRS [41]), a Gyerek interjú hangulatzavarok és skizofrénia vizsgálatára iskolás korúaknak Mánia értékelő skála (K-SADS Mania Rating Scale [42]) széles körben használatosak gyermekek és serdülők körében. A Hangulatzavar kérdőív (Mood Disorder Questionnaire, MDQ [43]) serdülő és szülői verzióval is rendelkezik a mániás tünetek szűrésére. A Gyermekmánia pontozó skála (Child Mania Rating Scale, CMRS-10, CMRS-P, CMRS-T [44, 45]) világszerte használatos és a legspecifikusabb a mániás tünetek szűrésére, van gyermek, szülői és tanári verziója is. Az Általános viselkedési kérdőív (General Behavior Inventory, GBI-10 [46, 47]) szintén rendelkezik gyermek és szülői változattal és a legtöbb kutatási eredmény szól a használata mellett, érzékeny a terápiás hatás mérésére, azonban ellene szól, hogy hosszú és bonyolult. Magyar nyelven mánia tüneteinek szűrésére szolgáló validált önkitöltős teszt nem áll rendelkezésre. Magyarul a Young féle mánia skála (Young Mánia Rating Scale, YMRS [41, 48]) gyógyszer vizsgálatokban használatos. Célszerű lenne egyszerű önkitöltős tünetbecslő skála validálása magyar nyelven.

Egyéb önkitöltős kérdőívek: Gyermek Viselkedés Kérdőív (Child Behavior Checklist, CBCL [49, 50]), szülői értékelés a gyermekről, mely nem specifikus a hangulatzavarok szűrésére, viszont számos alskálával rendelkezik. Az externalizáló alskála segít a mánia, az internalizáló alskála a depresszió szűrésében, jelzi a tünetek súlyosságát és a komorbiditásokra is jelzést ad [51, 52, 53]. Az életminőség mérése kiemelt fontosságú napjainkban, mind a betegség teher, mind a terápiás hatékonyság mérése céljából [54]. Az Életminőség kérdőív gyermekek és serdülők számára (Inventar der Erfassung bei Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen, ILK [55]) 6 területen (iskola, család, kortárs kapcsolatok, önálló tevékenység, lelki és testi egészség) méri a szubjektív életminőséget, gyermek és serdülő, valamint szülő a gyermek életminőségéről, változata is van. Hazánkban validált és jól használható [56]. Az alapellátásban a tünetek felismerésére és az érintett gyermekek és serdülők azonosítására jól használható a Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ [57]), mely 25 tételből áll. 5 területet vizsgál: érzelmi tünetek, viselkedésproblémák, hiperaktivitás/figyelmetlenség, kortárskapcsolati problémák, proszociális viselkedés. Az érzelmi skála és a viselkedési problémák skála utalhat hangulatzavarra. Rövid, könnyen kitölthető, van szülői és tanári változata is [58, 59]. Pozitív eredmény esetén a gyermek/serdülő szakellátásba irányítása javasolt.

Ajánlás6

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

A Pszichiátriai Interjú elengedhetetlen a hangulati epizódok vizsgálatához és a hangulatzavarok diagnosztikájához. A diagnosztikus munka során a szakembernek koncentrálnia kell az epizódok gyakoriságára (Frequency), súlyosságára (Intensity), számára (Number), és a betegség lefolyására (Duration) (FIND) [46, 60]. A diagnózis felállítására szolgál az átfogó, strukturált interjú: MINI-KID Nemzetközi neuropszichiátriai interjú (International Neuropsychiatric Interview, MINI-KID) gyermek változata, melyet a szülővel veszünk fel a gyermek tüneteiről [40, 61, 62, 63, 64, 65, 66]. Az igazán pontos diagnosztikus munka során, félig strukturált interjúkat ajánlott használni: Gyermek- és serdülő diagnosztikus interjú jelen és élettartam változat (Interview

Schedule for Children and Adolescents Diagnostic Version Present and Lifetime - ISCA-D PL [67]) amely kifejezetten a hangulatzavarok diagnosztikájára készült és az összes DSM-IV és DSM-5 diagnózisokat magában foglalja. Mind az aktuálisan zajló, mind a korábbi hangulati epizódokat felméri - lifetime diagnózisokat vizsgál - utánkövetésre alkalmas változata is van. Az interjú először a szülővel készül a gyermek mentális tüneteiről, majd a gyermekkel a saját tüneteiről. Hátránya, hogy használata speciális képzést és nagy jártasságot igényel a gyermekpszichiátriai diagnosztikában a szakembertől, emellett időigényes. Széles körben használt még a Gyerek interjú hangulatzavarok és skizofrénia vizsgálatára iskoláskorúaknak, jelen és élettartam változat (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children, Present and Lifetime version, K-SADS-PL [68]) és a Washington University Gyerek interjú hangulatzavarok és skizofrénia vizsgálatára iskoláskorúaknak (WASH-U-KSADS) is [69]. A gyermekpszichiáter munkáját segítheti, szükség esetén, klinikai szakpszichológus vizsgálata. Olyan konkrét pszichológiai tesztvizsgálat, mely a diagnosztikához feltétlenül szükséges, nincs. A diagnosztika gyermekpszichiáter szakorvos feladata [46]. A funkció károsodását a terápia megkezdése előtt és annak javulását a terápia során a Gyermek átfogó felmérés skála (Children's Global Assessment Scale, CGAS [70]) segítségével számszerűsíthetjük, mely jól mutatja a beteg aktuális állapotát. Hangulatzavarok jelenléte esetén a vizsgálatnak ki kell térnie a szuicid tünetekre és a pszichoaktív szerhasználatra is.

Ajánlás7

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

Diagnosztikai/ differenciáldiagnosztikai megfontolások

A különböző ajánlások felhívják a figyelmet arra, hogy a hangulatzavarra pozitív családi anamnézis nem elegendő a diagnózishoz, önmagában csak vulnerabilitást jelent [35]. A depresszió gyermek és serdülőkorban aluldiagnosztizált. Ennek egyik oka lehet, hogy a fiatalabb gyermekek nehezen azonosítják és verbalizálják az érzelmi problémáikat, gyakran szomatikus panaszok (fejfájás, hasfájás) formájában képesek kifejezni diszkomfort érzésüket [71]. További nehézség, hogy gyermek- és serdülőkorban nagyon különböző lehet a hangulatzavarok klinikai megjelenése. Magas a komorbiditások előfordulása, a tünetek más gyermek- és serdülőkori pszichiátriai megbetegedések során is előfordulnak, a fejlődési változások hatással vannak a tüneti képre [72]. A DSM-5 18 éves kor alatt az irritabilitást is a depressziós epizód kritérium tüneteinek közé sorolja, mely fiatalabb életkorban és fiúk esetében gyakrabban fordul elő. A lányokra jellemző tünetek jobban hasonlítanak a felnőttkori betegség megjelenésére [73]. A gyermekpszichiátriai vizsgálatnak tartalmazni kell az aktuálisan és/vagy a múltban jelen levő depressziós/mániás/hipomániás epizódok felmérését. Tekintetbe kell venni a komorbiditásokat és a különböző betegségekkel átfedő tüneteket. A gyermekpszichiátriai felmérésnek ki kell terjednie a szorongás, pervazív fejlődési zavar, evészavarok, impulzus kontroll zavarok, diszruptív zavarok, pszichózis, pszichoaktív szerhasználat, ADHD jelenlétére és a fizikai és szexuális abúzusra [60]. A klinikus számára biztonságot jelenthet a diagnózis során a depresszív vagy abnormálisan emelkedett, expanzív hangulat és/vagy irritábilis hangulat jelenléte.

Gyakori fizikai panaszok, mint fejfájás, hasfájás, végtag fájdalmak, drog és alkohol abúzusok, gyengébb iskolai teljesítmény a megszokotthoz képest, egyértelmű változás a viselkedésben, hiányzások az iskolából, probléma az autoritást képviselő személyekkel Major Depresszió jelenlétére utalhat [74]. Bipoláris zavarok esetében a kötelező tünetek nem azonos súllyal esnek latba, az abnormálisan emelkedett hangulat specifikusabb tünet mániára, jobban segíti a diagnózist, mint az irritábilis hangulat, ezért a DSM-5 abnormálisan emelkedett, expanzív hangulat esetén plusz 3 járulékos tünetet, míg irritábilis hangulat esetén plusz 4 járulékos tünetet követel meg a mániás epizód megállapításához. [10, 46]. A gyermekkorban kezdődő Bipoláris zavar gyakran tünetszegény, rapid hangulátváltások és kevésbé azonosítható grandiózus gondolatok jellemzik. Gyermekkori kezdet esetén a Bipoláris zavar családi előfordulása gyakoribb. A serdülőkori kezdet esetén inkább hasonlít a felnőttkori Bipoláris zavarra, súlyosabb és klasszikusabb hangulati tünetekkel [75]. A hiperszexualitás lehet mániás epizód tünete, de jelezheti szexuális abúzus elszívését is. Az emelkedett önértékelés, grandiozitás nemcsak mániára utalhat, hanem viselkedészavarra is [46].

Abban az esetben, ha a betegnek csak depressziós epizódja van/volt és a családi anamnézis pozitív bipoláris zavarra, nem adhatunk Bipoláris zavar diagnózist. A diagnózis MDD és a betegség szoros követése javasolt [75]. A hipomániás epizódot definiálhatjuk a mániás epizód enyhébb formájaként, azonban fontos, hogy mindig jelen van változás a funkcionálásban, de ez nem funkcionális károsodás, hanem megnövekedett produktivitás. Tekintettel arra, hogy a Bipoláris Zavar MNO DSM-5 kritériumai nagyon tágak, a következő megfontolások ajánlottak a Fiatalakori Bipoláris Zavar Lefolyása és Kimenetele tanulmány („Course and Outcome for Bipolar Youth study” COBY, 2009, [75]) ajánlása alapján részletesen „A Hangulatzavarok DSM-5 szerinti részletes osztályozása” mellékletben olvasható. A pszichoaktív szerhasználat kapcsán megjelenhet Bipoláris zavar tünete képe, de ebben az esetben Pszichoaktív Szer Indukálta Hangulatzavar a beteg diagnózisa, mert a tünetek a pszichoaktív szer használatával, mérgezéssel vagy megvonással időben kapcsolatba hozhatóak. A Bipoláris zavar és a pszichoaktív szerhasználat gyakran együtt fordulnak elő azonos időben. Ebben az esetben, ha a Bipoláris zavar megelőzi a pszichoaktív szerhasználatot és ha a hangulati tünetek legalább 1 hónapig fenállnak a pszichoaktív szerhasználatot megelőzően, Bipoláris zavart diagnosztizálunk.

Általános egészségi állapot miatti hangulatzavarra akkor kell gondolni, ha a hangulati tünetek jelentkezése

időben egybeesik egy testi betegség megjelenésével vagy annak rosszabbodásával és adatok támasztják alá annak kapcsolatát a hangulatzavarokkal. Amennyiben a hangulatzavar előbb kezdődik és fennmarad a testi betegség gyógyulása után, hangulatzavart diagnosztizálunk [60]. A pszichotikus tünetek jelenléte esetén a hangulatzavart (lehet depressziós, mániás vagy kevert epizód) el kell differenciálni más, pszichotikus tüneteket mutató betegségektől, például a Szkizofréniától és a Szkizoaffektív zavartól. Ez különösen nehéz az első pszichotikus epizód alkalmával. Az abnormálisan emelkedett hangulattal kongruens téveszmék és affektív tünetek jellemzik a hangulati epizódokat, szkizofrénia esetén a téveszmék bizarrak, hangulati üresség jellemzi a pszichotikus állapotot. A járulékos tünetek, a pozitív családi anamnézis és a hangulatstabilizálókra adott jó terápiás válasz a hangulatzavar diagnózist támogatják [51]. Ha a pszichotikus tünetek kizárólag hangulatzavar ideje alatt jelentkeznek, akkor hangulatzavart diagnosztizálunk tekintet nélkül a pszichotikus tünetek milyenségére [76]. Szkizoaffektív zavar esetén a depressziós, mániás vagy kevert epizód tüneteinek együtt kell jelen lenni szkizofrénia kötelező tüneteivel (téveszmék, hallucinációk, inkoherens beszéd) és ez utóbbiaknak a betegség egy legalább 2 hetes periódusában hangulati tünetek nélkül is jelen kell lennie. Nehéz meghúzni a határt a túlértékelt eszmék és a téveszmék között (pl.: értéktelenség érzés, súlyos szomatikus aggodalmak), a heteroanamnézis segíthet ezek helyes értelmezésében. Ha a betegnek viselkedési problémája van és ehhez hallucinációk vagy delúziók társulnak, akkor gondolni kell Bipoláris zavar jelenlétére, de ebben az esetben figyelembe kell venni egyéb hangulatzavarok (elsősorban MDD) és Szkizofrénia, Pszichoaktív szerhasználat, szomatikus és neurológiai betegségek lehetőségét is [77].

Abban az esetben, ha a diszruptív zavarokra jellemző viselkedési probléma csak a depressziós vagy mániás epizód alatt van jelen és a hangulati tünetek csökkenésével eltűnik, nem adhatunk sem Oppozíciós zavar, sem Viselkedészavar diagnózist. Ha a gyermeknek a hangulatzavar megjelenése előtt volt Oppozíciós zavara, mindkét diagnózis megadható. Ha a betegnek súlyos, terápia rezisztens viselkedési problémái vannak, gondolni kell hangulatzavar (Bipoláris zavar vagy MDD), ADHD vagy szerhasználat jelenlétének a lehetőségére. Ha a gyermeknek viselkedési problémái vannak és a családi anamnézisben Bipoláris zavar szerepel, az felhívja a figyelmet a hangulatzavarra (MDD vagy Bipoláris zavar). Az ADHD tünetei 12 éves kor előtt kezdődnek, krónikusan zajlanak és enyhülnek vagy megszűnnek pszichostimuláns kezelés hatására. Iskolai szünetekben jelentősen csökken a szubjektíve érzett betegség teher és javul a funkció. A hangulatzavarok epizódokban zajlanak, az epizódok között a betegek tünetmentesek vagy néhány küszöb alatti tünetük van jelen és hangulatstabilizátor vagy antidepresszáns terápiára reagálnak [76, 78, 79, 80]. Komorbiditás esetén az ADHD tünetei együtt vannak jelen a hangulati tünetekkel, azokkal együtt változnak, a hangulati epizód lezajlása után is fennmaradnak. A krónikus hiperaktivitás és disztraktibilitás megítélése különösen problémás lehet mániás epizód esetén, az epizód kezdetekor a tünetek súlyosbodnak, az epizód lezajlása után a tüneti kép javul, de egyértelmű megoldást a betegség utánkövetése ad az elkülönítésre [77, 79].

A Disztímiás zavart kevésbé súlyos, de krónikusan fennálló (legalább egy évig, de gyakran évekig) tünetek jellemzik és sokszor nehéz elkülöníteni az MDD olyan formáitól, melyek hosszan fennálló tünetekkel járnak. Előfordul, hogy a Disztímia legalább 1 évig tartó tünetei után a tüneti kép súlyosbodása következtében MDD alakul ki, ezt hívjuk „dupla depresszióknak” [81]. Lányok esetében, ha a kifejezett hangulatváltozás, mely a menstruációt megelőző héten jelentkezik és a menstruációt követő héten megszűnik, gondolni kell a Premenstruális Diszfóriászavar lehetőségére [81]. Abban az esetben, ha az irritabilitás kifejezett, az önmérséklet elvesztése gyakori, dühkitörések uralják a képet és ezek a tünetek 10 éves kor előtt kezdődtek, felmerül a Diszruptív Hangulatszabályozási zavar lehetősége [81].

Ajánlás8

Gyermek és serdülőkori hangulatzavar esetén rendszeres gyermekpszichiátriai gondozás javasolt. (A)

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

Hangulatzavarok terápiája

A hangulatzavarok terápiájának hatékonysági vizsgálatai túlnyomó részben serdülőkorú depressziós fiatalokon történnek. A fiatalabb gyermekek (12 év alatt) hangulatzavarának kezelésében a tudományos bizonyítékok nem olyan erőteljesek, hiányoznak olyan jól kidolgozott, multicentrikus, randomizált kettős vak terápiás vizsgálatok, melyek ezt a korosztályt is bevonják [82]. Azoknál a terápiáknál, ahol van adat gyermekekre is, külön jelezzük ezt.

Ajánlások a hangulatzavarok terápiájában: A hangulatzavarok akut fázisának kezelésében a cél a teljes tüneti gyógyulás és a funkcionális károsodás megszüntetése [83].

Ajánlás9

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

Pszichoedukáció: A gyermek vagy serdülő és családja számára fontos konkrét és megbízható információt adni a betegség lehetséges okairól, lefolyásáról, tüneteiről, az érintett funkcionális károsodás területeiről és súlyosságáról (családi kapcsolatok, barátságok, iskolai tanulmányi és magatartási változások) a visszaesés lehetőségéről és megjelenési valószínűségéről. Kiemelt fontosságú a terápiás lehetőségek átbeszélése, ezek lehetséges mellékhatásai, a kezelés nélküli lefolyás veszélyei, mert ezek elősegítik a család és a beteg tudatos döntését a terápia vállalásában és az abban való bentmaradást [84]. Fontos a gondviselővel átbeszélni a szuicidalitás kockázatát, valamint az ezzel kapcsolatos biztonsági óvintézkedéseket. A hangulatzavarral küzdő fiatal környezete legyen biztonságos, ne férjen hozzá potenciálisan veszélyes tárgyakhoz. A szülők figyelmét ajánlott felhívni azokra a magatartásokra, amelyek az öngyilkossági gondolatokra utalnak, vagy annak kockázatát növelik, pl. kisebb gyerekeknél morbid, vagy halállal kapcsolatos játék, rajz, nagyobbaknál ilyen témájú videójáték, film vagy zene hallgatása vagy a fokozott mértékű alkoholfogyasztás. Javasolt egy öngyilkossági vészhelyzet terv kidolgozása, melyben konkrét nevek, telefonszámok szerepelnek, ahol a fiatal vagy a szülő segítséget tud kérni (Útmutató a serdülőkorai depresszió kezeléséhez a háziorvosi gyakorlatban, GLAD-PC, [85]). Beszélni kell továbbá az orvosi titoktartás határainról is. A pszichoedukáció részét képezheti az egészséges életmód egyes tényezőinek átbeszélése, úgy, mint az egészséges táplálkozás [86], az életkornak megfelelő időtartamú alvás-ébrenlét ciklus [35, 87] vagy a rendszeres testmozgás. Carter és mtsa-i [88] 11 vizsgálat meta-analízisét végezték el, a legalább 7 héten át, heti 3 alkalommal elvégzett aerobik-típusú alacsony-közepes intenzitású mozgás közepesen hatékonyan bizonyult a depressziós tünetek csökkentésében. A pszichoedukáció a család bevonásával történik, kitágítja, megnöveli a körülötte lévő támogató szociális hálót és fokozza annak valószínűségét, hogy a tüneti változást a környezet észleli [84]. Jones és mtsa-i [89] 8 randomizált klinikai vizsgálat (RCT) és 7 alacsony esetszámú, kontroll csoport nélküli vizsgálat eredményét foglalták össze a depressziós serdülők és családjaik számára nyújtott pszichoedukáció hatékonyságáról. A vizsgálatok többségében a résztvevők ismeretei növekedtek a depresszió jellegzetességeiről, terápiás együttműködésük javult, családi formáknál a családon belüli kommunikáció nyíltabbá vált. Fristad és MacPherson [90] összefoglalója alapján a családi pszichoedukáció és készség növelés valószínűleg hatékony bipoláris zavarban szenvedő gyermek és serdülő betegeknek. Geddas és Miklowitz [87] szerint a szülők/gondozók pszichoedukációja akkor is hatékonyan segíti a gyermek gyógyulását, ha a fiatal maga nem vesz részt pszichoterápiában, csak farmakoterápiát kap. Fontos, hogy a pszichoedukáció egyénre szabott legyen. A pszichoedukációt elsősorban a kezelőorvos vagy a beteggel és családjával foglalkozó gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns végezheti. A szóbeli megbeszélést minden esetben írásos, életkornak megfelelő betegtájékoztatóval (lásd Melléklet) érdemes kiegészíteni.

A szupportív terápia sokkal többet jelent, mint a páciens támogatása. A szupportív terápia módszerei az aktív hallgatás és visszajelzés, az aktuális problémák megoldásában való segítség, coping készségek fejlesztése, átbeszélése, a terápiás együttműködés kialakítása. Ide tartoznak továbbá az adaptív kommunikációs stratégiák fejlesztése, a negatív érzelmek adaptív kifejezése és a pozitív érzelmek felismerése, kimondása is. A szupportív terápia egyes részei az egész családot érinthetik, így például a családtagok közti kommunikáció fejlesztését [84]. Miklowitz és mtsa-i [91] családi szupportív terápia és pszichoedukáció hatékonyságát vizsgálták bipoláris zavarra veszélyeztetett fiataloknál. A prevenció azoknál a fiataloknál volt hatékonyabb, akiknek családjában az érzelem-kifejezés magas szintű volt. Zhou és mtsa-i [92] meta-analízisében a szupportív terápia depressziós fiatalok esetében mind rövid, mind hosszú távon szignifikánsan hatékonyabban csökkentette a tüneteket a várólistához képest. A család bevonása kisgyermekeknél kiemelt jelentőségű, mivel a terápiás motiváció nagyon gyakran a szülőtől származik [89]. A terápia folyamán minden esetben a közvetlen családtagokat is ajánlott bevonni a folyamatba, a családon belüli kapcsolatok javítása, a szülői funkciók támogatása, megerősítése, a szülők és testvérek pszichiátriai betegségének kezelése bizonyítottan hatékony elemek a gyermek hangulatzavarának kezelésében [84]. Az óvodás gyermekek hangulati tüneteinek kezelésében a szülők nevelési készségeinek fejlesztése is pozitív hatással van a gyermek állapotára [93]. A szülői depresszió tovább ronthatja a gyermek betegségét is. Több tanulmány kimutatta, hogy az anya depressziójának kezelése javított depressziós gyermeke állapotán [26]. Fontos kiemelni azonban, hogy önmagában a szülő terápia nem elegendő a gyermek állapotának javulásához [94]. A hangulatzavar lefolyásának szoros és gyakori ellenőrzése a terápia egész folyamán kiemelt jelentőségű. A kontroll vizsgálat tartalmazza a gyermek/serdülő által kitöltött önkítöltős tesztet, szülők által kitöltött tünetlistát, valamint mérje fel a funkciókárosodás aktuális mértékét is. Fontos továbbá a szuicid veszélyeztetettség felmérése is (lásd Ajánlás3) [35, 84, 95].

Ajánlás10

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

A szupportív terápia részletes leírásra a 9. ajánlásban szerepel. Amennyiben a gyermek/serdülő állapota 4-6 hét alatt nem javul, specifikus pszichoterápia megkezdése javasolt. A pszichoterápia kiválasztásánál fontos szempont a fiatal életkora, kognitív fejlettsége, a hangulatzavar típusa, súlyossága, a komorbid pszichiátriai zavar jelenléte, a családi pszichiátriai anamnézis, a családi és szociális környezet, a terapeuta képzettsége valamint a beteg és családja preferenciája [83]. A specifikus pszichoterápiák közül a kognitív-behavior terápia és az interperszonális pszichoterápia a két legtöbbet vizsgált terápia. Mindkettő közepesen hatékonyan bizonyult a

depresszió rövid távú kezelésében serdülőkorban [82, 92], míg gyermekkorban a CBT hatékonyságát találták a legjobbnak [82]. McCarthy és Weisz [96] 9 terápiás vizsgálat alapján (5 CBT, 2 IPT, 1 kognitív terápia, 1 családi fókusz terápia) az alábbi közös elemeket találták a hatékony pszichoterápiákban: mérhető célok kitűzése a fiatal számára, valamint hatékonyságának növelése egy saját maga által meghatározott területen. Gyermekek és serdülők esetében egy meta-analízis biztató eredményekről számol be, de a hatékonyság méréséhez több RCT típusú vizsgálatra van szükség [97]. A 12 év alatti gyermekek hangulatzavarának kezelésében kevés kontrollált vizsgálatra lehet támaszkodni. Whalen és mtsa-i [93] kiemelik, hogy a gyermekek terápiája gyakran a serdülő vagy a felnőtt terápia változata, nincs kellően adaptálva gyermekekre. A 6 év alatti gyermekek esetében az alkalmazott pszichoterápia minden esetben a szülők és a család bevonásával történik. Luby [94] több vizsgálatot folytatott 6 éves kor alatti depressziós gyermekek kezelésében. Az általa javasolt terápia a szülő-gyermek interakciók javítását, a szülői funkciók és készségek átbeszélését valamint a gyermek érzelmi regulációs képességének fejlesztését célozza. Fontosnak tartja a szülő esetleges depressziójának kezelését, mely pozitívan befolyásolja a gyermek tüneteit is. Egy meta-analízis 7 vizsgálat eredményeit összesítve 13 éves kor alatt is szignifikánsan hatékonyan találta a pszichoterápiát a hangulatzavar kezelésében. A gyermekkori pszichoterápiák többsége CBT-t tartalmazott [98]. Egy nyílt vizsgálat a 6 év alatti hangulatzavaros gyermek kezelésében az érzelmi reguláció fejlesztését és a szülő-gyermek interakciós terápia kombinációját találták hatékonyan [7].

Ajánlás11

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

A kognitív-viselkedésterápia fókusza az egyén saját magáról, a külvilágról és a jövőről alkotott képének megváltoztatása. Olyan viselkedési és kognitív mintákat keres és azonosít a terapeuta és a páciens, mely a depressziós tüneteket fenntartja. A terápia során a fiatal aktívvá válását segíti a számára kellemes eseményeken való részvétellel, a szociális készségeinek fokozásával, probléma megoldó képességének javításával. A CBT célja továbbá a maladaptív negatív hiedelmek és gondolkodási minták megváltoztatása. A terápia fontos része az önmonitorizálás, a kommunikációs tréning, a viselkedési aktiválás, a kognitív átstrukturálás, valamint a probléma megoldó készség és az érzelmi reguláció fejlesztése [4, 84, 99]. A CBT általában terápiás protokoll szerint történik, 12-16 ülésből áll, az ülések között otthoni gyakorló feladatokkal. Magyar nyelven is elérhető CBT terápiás protokoll depressziós gyermekek és serdülők számára a PASCET (Elsődleges és Másodlagos kontroll-erősítő tréning) [100].

Thapar és mtsa-i [26] több meta-analízis eredményének összehasonlítása alapján a CBT hatékonyságát közepesen erősnek találták, a legnagyobb terápiás hatást enyhe depresszió esetében mérték. Weisz és mtsa-i [101] gyermekeknél vizsgálták a PASCET terápiás protokoll hatásosságát szokásos ellátáshoz képest. A tüneti javulást mutató gyermekek között nem volt különbség a két csoportban, de a CBT terápiában részesülők gyorsabban javultak, mint a kontroll csoport (24 hét vs 39 hét). Weersing és mtsa-i [82] a korábbi meta-analíziseket és 2014-ig megjelent RCT-k eredményeit összehasonlítva megállapították, hogy a CBT egyéni és csoportos formában is hatékonyan csökkenti a depresszió tüneteit. Míg a CBT hatékonyságát a serdülőkori depresszió kezelésében több jól megalapozott RCT pozitív eredményei támasztják alá, a gyermekkori depresszió terápiájában a CBT hatékonysága kevesebb vizsgálat van alátámasztva. Egy komplex meta-analízis [92] 52 RCT eredményeit szintetizálta. 9 pszichoterápia hatékonyságát hasonlította össze egymással és 4 kontroll csoporttal depressziós fiataloknál. Csak a CBT és az IPT volt szignifikánsan hatékonyabb a kontroll csoportoknál (pszichológiai placebo, szokásos kezelés és várólista).

Az interperszonális terápia alapja a depressziós tünetek negatív hatása az interperszonális kapcsolatokra és fordítva. Akkor érdemes interperszonális pszichoterápiát választani, ha a depressziós fiatal hajlandó megosztani a terápia folyamán az aktuális kapcsolati problémáit. Az IPT szintén protokoll szerint zajlik, manualizált, általában 12-16 heti ülést tartalmaz [4, 92]. Az IPT hatékonyságát serdülőknél kevesebb vizsgálat igazolta, mint a CBT-ét. Weersing és mtsa-i [82] összefoglalójában 2 vizsgálatról számol be. Az egyik egyéni és csoportos CBT és IPT hatékonyságát hasonlította összes depressziós serdülőknél. Mindkét terápia hatékonyan bizonyult, hatásuk egymástól nem különbözött szignifikánsan. A másik vizsgálatban a csoportos IPT hatékonyabbnak bizonyult, mint az iskolai beszélgetés. A randomizált kontrollált klinikai vizsgálatok alapján az IPT közepesen hatékony terápia a serdülőkori hangulatzavar kezelésében [26, 82].

A rövid pszichoanalitikus terápia során a terapeuta segít a fiatalnak megoldani bizonyos fejlődési problémákat. A terápia célja a fiatal kötődési kapcsolatainak háttérében lévő maladaptív mentális modell kibontása és koherenciájának növelése, javítva ez által érzelmi regulációját. Fontos szerepe van a tudatalatti konfliktusok interpretációjának, a modern kötődési teóriának, valamint a belső működési modelleknek [102, 103]. Egy multicentrikus, randomizált klinikai kettős vak vizsgálat során depressziós fiatalok (11-17 év) CBT, rövid pszichoanalitikus terápia illetve rövid pszichoszociális kezelésben részesültek. A rövid pszichoanalitikus terápia a serdülőkori depresszió akut kezelésében ugyanolyan hatékonyan bizonyult, mint a CBT. A hosszútávú hatásban azonban nem volt különbség a 3 csoport között 36 hét, 52 hét és 86 hét után. A vizsgálat alatt a gyógyszeres kezelés bármely pszichoterápia mellett megengedett volt, ami befolyásolhatta az alkalmazott

kezelés hatékonyságát [103]. Egy 9 pszichoterápiát összehasonlító meta-analízis viszont nem találta hatékonyabbnak a pszichodinamikus terápiát a fiatalkori depresszió kezelésében a várólistás kontrolloknál sem rövid, sem hosszú távon [92].

Ajánlás12

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

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

Gyógyszeres terápia alkalmazásakor, az elsősorban SSRI (szelektív szerotoninreuptake-inhibitor) és SNRI (szelektív noradrenalin-reuptake inhibitor) szerekkel történt klinikai vizsgálatok és azok meta-analízise alapján mind a NICE Guideline [35], mind az Amerikai Gyermekpszichiátriai Társaság [83] irányelve szerint az első választandó szer a fluoxetin. Hazánkban az érvényben lévő szabályozás szerint 18 év alatt az egyetlen nem off label alkalmazható korszerű antidepresszívum 6 éves kor felett. Ajánlott kezdő adagja 10 mg/nap, amely szükség szerint egy hét múlva 20 mg/nap adagra emelhető. Nagyobb súlyú serdülők esetén a testsúlynak megfelelő dózis adható. A gyógyszert a lehetséges mellékhatások elkerülése és a jobb együttműködés érdekében kisebb dózissal ajánlott indítani és csak óvatosan emelni. A pácienseket legalább 4 hétig kell kezelni a megfelelő és tolerálható dózissal, míg a hatás jelentkezik. A klinikai választ 4 hetes időintervallumonként ajánlott monitorozni és a dózist a teljes válasz eléréseig óvatosan emelni. Folytatni kell a terápiát a tüneti remissziót követően legalább 6 hónapig. Mellékhatásprofilja (gastrointestinalis tünetek, alvásproblémák, fejfájás, étvágyváltozások és szexuális diszfunkció) kedvező, a relative hosszú felezési idő miatt szedésének abbahagyását követően kb 4-5 hét alatt ürül ki teljesen a szervezetből, ezért diszkontinuációs szindrómát (szédüléssel, hányingerrel, letargiával, fejfájással, vegetatív izgalmi jelekkel járó tünetek, melyek általában rövid ideig - átlagosan 5 nap - állnak fenn és intenzitásukat tekintve csökkenő tendenciát mutatnak) nem okoz. Az antidepresszív farmakoterápia első napjaiban viszonylag ritkán fellépő feszültségfokozódás, agitáció, insomnia, súlyosbodó szorongás, (igen ritkán fokozott szuicid késztetés) elsősorban a fel nem ismert bipoláris depresszió, illetve bipoláris depresszió hangulatstabilizáló nélkül végzett antidepresszív monoterápiája során jelentkeznek [104, 105, 106]. Ilyen esetekben hangulatstabilizáló (HS) beállítása nélkülözhetetlen, jelenlegi szabályozás szerint a lítium adható. A gyermekkori depresszió gyógyszeres kezelése során megjelenő szuicid magatartást vizsgálva Whittington és mtsa-i [107] az összesen 2262 vizsgálat alapján, 6 és 18 év közötti, major depresszióban szenvedő gyermek közül az aktív kezelésben részesülők 4,7%-ánál, míg a placebo-t kapók 2,4%-ánál észleltek szuicid fantáziákat, szándékot vagy kísérletet, de egyetlen egy beteg sem követett el befejezett öngyilkosságot. Az antidepresszívumok tehát gyermekkorban is javítják a depressziót, és csökkentik a szuicid rizikót a betegek többségénél. Ugyanakkor egy kis, vulnerábilis alcsoportban (elsősorban a későbbiekben bipolárisra váló, vagy kevert tüneteket mutató betegeknél) agitációt, nyugtalanságot, diszfóriát, mániás-depressziós kevert állapotot, illetve hipomániás epizódokat okozhatnak, növelve ezzel a szuicid rizikót. A gyermekkori major depressziók jelentős része potenciálisan bipoláris, amelynek jó klinikai markere az első-és/vagy másodfokú rokonoknál előforduló bipoláris betegség. Ilyen esetekben az antidepresszívumot mindig HS hatású gyógyszerekkel együtt (vagy azok bevezetése után) illetve szükség esetén anxiolitikumokkal, de elsősorban pszichoterápiával kombinálva kell alkalmazni.

Több placebo kontrollált, kettős vak, randomizált, multicentrikus RCT hasonlította össze a kombinált terápia hatékonyságát a csak pszichoterápia vagy csak farmakoterápia hatékonyságával [4]. A Serdülőkori depresszió kezelése tanulmány (TADS) vizsgálatban csak CBT, csak fluoxetin, placebo és kombinált CBT + fluoxetin csoportok tüneti javulását vizsgálták depressziós fiataloknál. A kombinált kezelésben részesülők gyorsabb javulást mutattak, de a vizsgálat végére (36 hét) nem volt szignifikáns különbség a csak gyógyszeres és a kombinált terápiában résztvevők tüneti csökkenése között [82]. A kombinált gyógyszeres és a pszichoterápiás csoportban az öngyilkossági gondolatok gyakorisága jelentősebb csökkenést mutatott, a szuicid kísérletek száma pedig szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a csak fluoxetin terápiában részesülőknél [108]. Brent és mtsa-i [109] SSRI kezelésre nem reagáló depressziós serdülőknél magasabb arányú tüneti javulást találtak azoknál, akiknél a gyógyszerváltás mellett kognitív-behavior terápia is történt (Treatment of Resistant Depression in Adolescents TORDIA). Ugyanakkor a Serdülőkori depresszió kezelése antidepresszánsal és pszichoterápiával (ADAPT) vizsgálatban [110] közepes és súlyos depressziós epizódban szenvedő serdülőknél nem találtak különbséget a tüneti javulás gyakoriságában a gyógyszer + CBT csoport és a csak SSRI-t szedők között. Ennek egyik lehetséges oka a vizsgálat kezdetekor súlyosabb depressziót mutató minta lehetett.

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

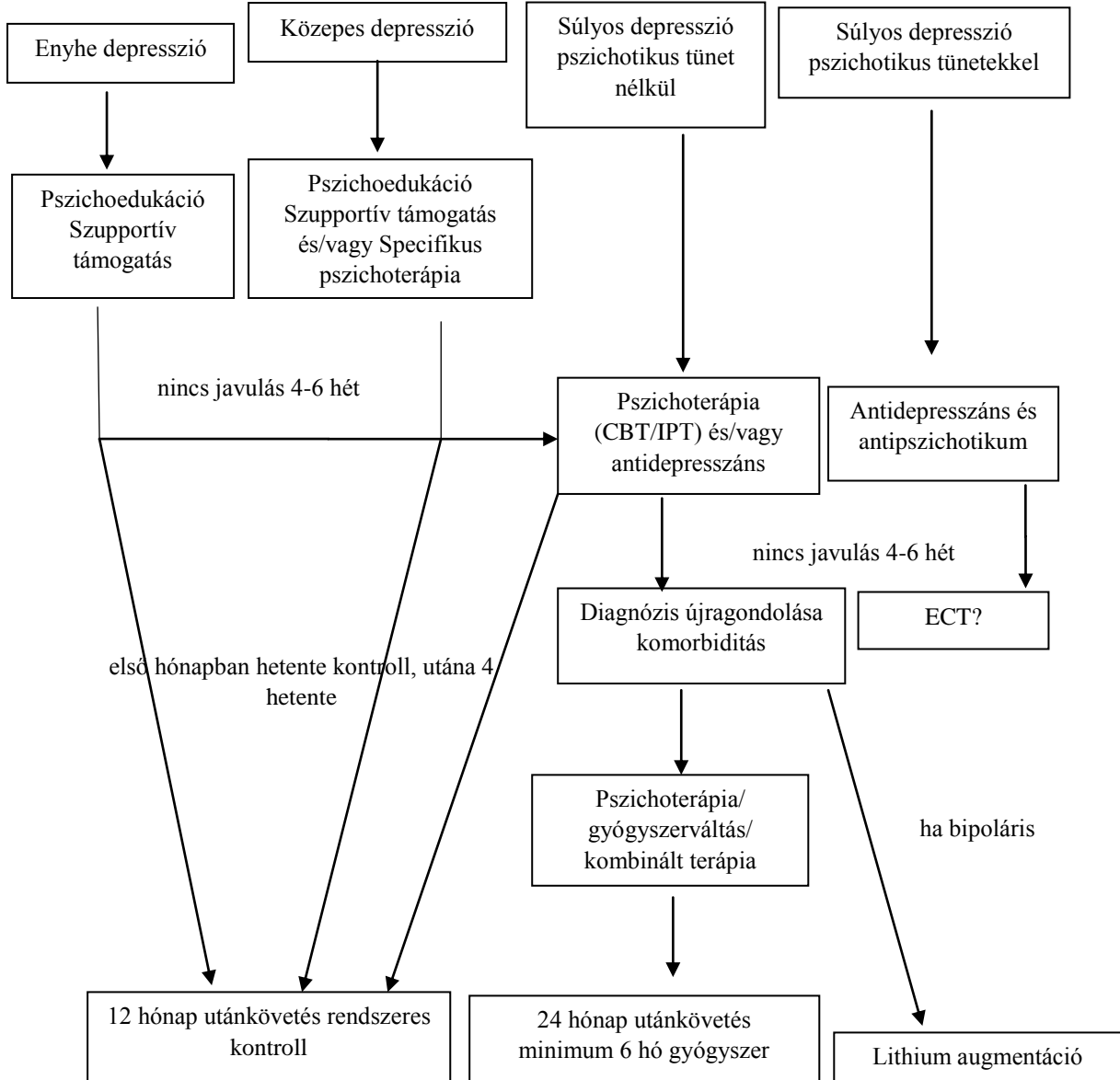
Nem történtek kontrollált hatékonysági vizsgálatok serdülőkori depresszió elektrokonvulzív (ECT) terápiával való kezelésére. Izolált vizsgálatok pozitív eredményről számolnak be terápia rezisztens depressziós serdülők esetében [111], ez azonban nem nyújt elegendő bizonyítékot a terápia alkalmazásához. Gyermekkorban az ECT

alkalmazása ellenjavallt, serdülőkorban nagyon súlyos, terápia rezisztens esetekben alkalmazása mérlegelendő, de nincs elegendő bizonyíték a hatékonyságára.

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

A stimulációs terápiák (MST- magnetic seizure therapy, mágneses roham terápia, TMS - transcranial magnetic stimulation, transzkraniális mágneses stimuláció, VNS- vagal nerve stimulation, vagusz ideg stimuláció, DBS- deep brain stimulation, mély agyi stimuláció) hatékonyságára nincs bizonyíték serdülők depressziójában. Felnőtt pácienseken végeztek vizsgálatokat [112], melyek biztatónak tűnnek a terápia rezisztens betegek kezelésében. (Lásd részletesen 1. sz. ábra)

1. sz. ábra: A depresszió terápiás folyamata



Forrás: Kiss Enikő, Máté Mónika

Ajánlás13

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

A specifikus pszichoterápiák (CBT/IPT) általában 12-16 hétig tartanak, heti egy ülés mellett. A farmakoterápia 4-6 hét alatt mutat pozitív hatást, de gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy a farmakoterápia során a második hét végére jelentkező klinikailag is értékelhető, jelentős javulás nagyon nagy biztonsággal jelzi előre a későbbi nagymértékű és tartós javulást, illetve remissziót. Ha az első két hét alatt lényeges javulás nem észlelhető, a későbbi pozitív kimenetel esélye sokkal kisebb [10]. Gyógyszerváltás szükségességének

felmerülésekor fontos gyakorlati szempont, hogy a jelenleg érvényben lévő szabályozás szerint a korszerű antidepresszívumok közül 18 év alatti betegnek egyedül fluoxetin indikálható, a többi antidepresszívum nem alkalmazható vagy nem javasolt, mert biztonságosságuk és hatékonyságuk egyelőre nem bizonyított.

Amennyiben a gyermek/serdülő tünetei nem csökkennek számottevően, javasolt más terápiás modalitásra váltani [35, 40, 83, 84]. Amennyiben kognitív-behavior terápiaiban részesült korábban, interperszonális vagy rövid dinamikus pszichoterápiát, gyógyszeres kezelést vagy a kettő kombinációját érdemes bevezetni.

Az antidepresszívumra adott elégtelen válasz esetében felmerülhet: a beteg nem veszi be rendszeresen vagy szubterápiás adagban szedi a gyógyszert (non-compliance), szomatikus komorbiditás (manifeszt vagy szubklinikus hipotireózis), gyors metabolizáció, felszívódási zavar, komorbid pszichiátriai betegség (drogfogyasztás), fel nem ismert illetve rejtett bipolaritás (szubszindrómális bipoláris tünetek). Antidepresszívum-rezisztens depresszió esetén mindig gondolni kell bipoláris depresszióra, amely az antidepresszív monoterápiára rezisztens esetek egyik leggyakoribb oka, ilyenkor az antidepresszívum elhagyása vagy annak hangulatstabilizátorral (lithium) való kombinációja szükséges [104, 105, 106, 113].

Amennyiben nincs számottevő javulás a terápiaváltás után sem, úgy fontos a diagnózis újra gondolása, a komorbid pszichiátriai betegségek felmérése és a legsúlyosabb tünet kezelése, a család működésének, véleményének felmérése, a fiatal és családja terápiás együttműködésének átgondolása/átbeszélése [83, 95]. A pszichoterápia és a gyógyszeres kezelés kombinációját (lásd Ajánlás12).

Ajánlás14

Hangulatzavarokkal együtt előforduló komorbid betegségek kezelése ajánlott. (A)

Először a súlyosabb betegséggel kell kezdeni a terápiát. A kontroll vizsgálatok során a specifikus tüneteket érdemes ellenőrizni elsősorban, nem a globális funkciót. A gyermek és serdülőkori hangulatzavarok mellett a leggyakoribb komorbid kórkép a szorongásos betegség. Az internet alapú kognitív-behavior terápia mindkét betegség tüneteit csökkentette komorbid populációban Ye és mtsa-i [114] meta-análízisében, bár a szorongásos tünetek javulása erőteljesebb volt, a depresszió tünete változása nem mutatott szignifikáns különbséget a várólistán lévő kontroll csoporthoz képest. Goodyear és mtsa-i a Hangulatjavítás pszichoanalitikus és kognitív terápiával (IMPACT) vizsgálatban [110] a CBT, és a rövid pszichoanalitikus terápia hatékonyan csökkentették a szorongásos tüneteket és a pozitív hatás a terápia után 10 héttel is megmaradt. ADHD komorbiditás esetén közel ötszöröse nő a bipoláris transzformáció esélye. ADHD diagnózisa esetén viszont fontos, hogy figyeljünk a komorbid bipoláris betegségre is, mivel az ADHD-ban igen hatékony stimuláns terápia (metilfenidát) és a nem stimuláns csoportba tartozó atomoxetin is mániás epizódot illetve rapid ciklusú lefolyást indukálhat. Így az ADHD-val komorbid bipoláris betegség esetén az eutímia eléréséig HS-t javasolt adni, majd ezt követheti a stimuláns vagy az atomoxetin terápia [11].

Ajánlás15

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

Fenntartó kezelésre azért van szükség, hogy az akut fázisban elért tünetcsökkenés maradandó legyen és megelőzzük a visszaesést [8]. A relapszus veszélye az első 4 hónapon belül a legmagasabb. Egyértelmű célokat kell kitűzni a beteggel és családjával együtt. A cél ebben a fázisban a teljes gyógyulás, valamint a funkció károsodás megszüntetése, a teljes funkció visszaállítása, valamint a visszaesés megelőzése [83, 116].

A hangulatzavar akut fázisának kezelése után a pszichoterápia folytatása hosszútávon is javasolt. A 6 hónapig folytatott CBT megelőzheti a relapszust [4]. Crowe és McKay összefoglalójában [99] a leghosszabb utánkövetés 24 hónapos volt, a CBT terápiás hatása közepesnek bizonyult és mindenfajta kontroll csoportnál hatékonyabb volt. Goodyear és mtsa-i vizsgálatában [103] mindkét alkalmazott pszichoterápia (CBT és pszichoanalitikus terápia) és a kontroll csoportban alkalmazott rövid pszichoszociális terápia egyformán hatékony volt a visszaesés megelőzésében.

A hosszú távú utánkövetéses vizsgálatok hatékonyságának megítélését nehezíti az a tény, hogy a depresszió tünetei kezelés nélkül is javulnak. Zhou és mtsa-i [92] meta-análízisében 52 RCT eredményei alapján a specifikus pszichoterápiák hosszútávú hatékonyságát 2 időtartamban vizsgálták meg. A rövidebb utánkövetés 1-6 hónapig tartott. IPT és CBT bizonyult a leghatékonyabb terápiáknak. Az IPT szignifikánsan hatékonyabb volt a depressziós tünetek csökkentésében a várólistához és a problémamegoldó terápiához képest, a CBT pedig a pszichológiai placebo, a várólista, a probléma megoldó terápia és a kognitív terápia alkalmazásánál bizonyult hatékonyabbnak. A hosszú távú utánkövetés a vizsgálatokban 6-12 hónapig tartott. Ebben az időszakban az IPT bizonyult a leghatékonyabb terápiának, szignifikánsan jobbnak, mint a CBT vagy a többi terápia. A terápia megszakitása a beteg és családja részéről az IPT-nél fordult elő legritkábban. A fenntartó kezelés alatt fontos a fiatal rendszeres és szisztematikus monitorozása, a terápiás célok és az eredmény ellenőrzése.

Ajánlás16

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

A hosszú távú fenntartó kezelés célja az egészséges fejlődés biztosítása és az újabb epizód kialakulásának megelőzése. Fontos kérdés a terápia leállításának időpontja. Nincs olyan klinikai vizsgálat, mely ebben a

kérdésben egyértelmű útmutatót nyújtana. Általánosan megállapítható, hogy minél hosszabb időt vett igénybe a gyógyulás illetve minél több a hangulatzavar epizódok száma, annál hosszabb a terápia időtartama is. Azoknál a betegeknél javasolt a terápiát 12 hónapnál tovább folytatni, akinek már legalább 2 epizódja, vagy 1 súlyos vagy 1 hosszú epizódja volt [83].

Ajánlás17

Depressziós gyermekek és serdülők kezelése elsősorban járóbeteg/ambuláns formában történik. (A)

Az ambuláns terápia feltétele a pszichoszociális működés megfelelő szintje, azaz a beteg képes legyen a mindennapi feladatokkal megküzdeni (pl. iskolába járás) és kapcsolatot tartani az őt körülvevő személyekkel. A hatékony járóbeteg ellátás másik feltétele a megfelelően képzett szakemberek. Pszichoterápiát csak a specifikus módszerben képzett gyermekpszichiáter, pszichológus, vagy szakorvos irányításával gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns nyújthat. Pszichoedukációt, szupportív támogatást megfelelő gyermekpszichiátriai felügyelettel a gyermek- és serdülőpszichiátriai ellátásban jártas egészségügyi szakember is adhat. Gyógyszeres terápia kizárólag gyermekpszichiáter szakorvos felügyeletével történhet. Kórházi kezelés indikációja: akut szuicidalitás, szuicid szándék fenntartása; pszichotikus tünetek (hallucinációk, téveseszmék, súlyos pszichomotoros retardáció vagy stupor) jelentkezése, amikor a megszokott hétköznapi aktivitás lehetetlenné válik; olyan súlyos a depresszió vagy a funkcionális károsodás, hogy a gyermek vagy serdülő nem képes iskolába járni; a mindennapi alapvető tevékenységekre való képtelenség, pl. rendszeres evés, ivás vagy a normális struktúrált napirend betartása, pl. lefekvés vagy felkelés megfelelő időben [83, 116].

Ajánlás18

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

A relapszus esélye magas azoknál a gyerekeknél és serdülőknél, akik korábban már átéltek legalább egy depressziós epizódot. Fokozott a bipolaritás rizikója azoknál a depressziós fiataloknál, akiknek elsőfokú rokonai között mániás, hipomániás előfordult, akinél a hangulati tünetek korán kezdődtek, küszöbszint alatti hipomániás tünetek vagy időszakos hangulati labilitás előfordult, illetve azok, akiknél pszichotikus tünetek is jelentkeztek [91]. Számukra a megelőzésre irányuló pszichoedukáció valamint a tünetek kiújulásakor, vagy mániás, hipomániás állapot megjelenésekor követendő stratégiák kiemelt fontosságúak, elősegítik a mielőbbi terápia megkezdését. Serdülők esetében a CBT ismétlődő ülések segíthetnek a visszaesés megelőzésében. Fiatalabb gyermekeknél fontos a teljes körű családi anamnézis ismerete, valamint a családtagok kezelése (pl. anyai depresszió), amennyiben erre szükség van. A fokozott rizikójú fiatalokat 1 vagy akár 2 éven keresztül is javasolt követni (lásd Ajánlás17). Javasolt olyan stratégiák, tervek kidolgozása a beteggel és családjával, melyek a tünetek ismételt megjelenésekor segítenek a terápia mielőbbi elkezdésében. Egy Cochrane adatbázis alapján készített szisztematikus összefoglaló megállapítása alapján a korábban depressziós tüneteket mutató fiatalok prevenció célú terápiája (CBT és IPT) közepes hatékonyságot mutatott, de a tanulmányok kifogásolható metodikája miatt (megfelelő kontroll csoport, alacsony elemszám) a bizonyíték nem volt elegendő a hatékonyság megítéléséhez [117].

Ajánlás19

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

Bipoláris betegség bármely klinikai manifesztációja esetén biológiai (gyógyszeres illetve nem gyógyszeres) kezelés feltétlenül szükséges, de nemcsak az aktuális epizódot kell kezelni, hanem a visszaesések/visszatérések megelőzése céljából HS (hangulatstabilizáló) terápia bevezetése is szükséges, melyet nem gyógyszeres terápiákkal (pszichoedukáció, nem specifikus szupportív illetve specifikus pszichoterápiák) kell kombinálni, mivel bizonyított, hogy a legjobb eredményt a kombinált kezelés együttes alkalmazása adja. A kezeletlen bipoláris betegség rontja a később bevezetett terápiára való reagálást és fokozza a komplikációk kialakulásának esélyét. Gyakori hiba, hogy az anamnesztikus adatok mellőzése miatt bipoláris pácienseknél csak az aktuális affektív epizód kerül kezelésre (depresszió) és a HS terápia (vagy a hangulatstabilizáló hatású atípusos antipszichotikummal történő terápia) bevezetése elmarad vagy akár éveket késik. Kiindulási pontként elfogadhatjuk a NICE 2006 ajánlását [35], miszerint a bipoláris depressziós és az akut mániás fázis kezelésének a felnőtteknek szóló útmutatás szerint kell történnie, azzal a kitételrel, hogy a gyógyszereket alacsonyabb dózissal kell kezdeni. Fontos megjegyezni, hogy jelen ajánlás tudományos eredményeken alapul és a gyógyszerek alkalmazási előirata ettől országonként is eltér. Hazánkban jelenleg 18 év alatt bipoláris zavar diagnózis esetén az egyetlen indikálható HS a Lithium (12 éves kor felett), a többi HS (carbamazepine, valproate, lamotrigin) adása 18 év alatt bipoláris zavar diagnózis esetén nem javasolt, a biztonságosságra és hatásosságra vonatkozó adatok hiánya miatt. A carbamazepine, valproate és lamotrigin is más diagnózis (főleg epilepsia) esetén 18 év alatt is javasoltak, ami a gyakorlatban sokszor befolyásolja - off label - használatukat elsősorban "serdülőkori hangulati hullámzás" esetén. Valproatok alkalmazása során serdülő lányok esetében számolni kell menstruációs rendellenességekkel, melyek ritka mellékhatásai a gyógyszernek és hátterében

polycisztás ovárium kialakulása állhat, valamint gondolni kell esetleges terhesség lehetőségére is, tekintettel a valproátok intrauterin magzatot károsító hatására. Az AAP-k (atípusos antipszichotikumok) közül (olanzapine, risperidon, kvetiapine, aripiprazol) pedig aktuálisan egyedül az aripiprazol adható mániás epizódban 13 éves kor felett, és a kezelést legfeljebb 12 hétig lehet folytatni. Az olanzapine, risperidone, quetiapine bipoláris zavar diagnózisnál 18 éves kor alatt a jelenlegi szabályozás, gyógyszer engedélyezés szerint nem adható, a biztonságosságra és a hatásosságra vonatkozó adatok hiánya miatt. Fontos megemlíteni, hogy az OGYÉI az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendelkezéséről és kiadásáról szóló rendeletében foglaltaknak megfelelően egyéni kérelemre indikáción túli gyógyszerelést is engedélyezhet, ha ezt a kezelőorvos megfelelő indokkal alátámasztja. (Kérelem űrlapját lásd a mellékletben)

A profilaktikus lítium-kezelés beállítása rendszerint az akut (depressziós vagy mániás) szakban, többnyire kórházban történik. Előtte szomatikus kivizsgálás, alatta rendszeres szérumszint ellenőrzés és időközönként a beállítás előtt elvégzett vizsgálatok megismétlése szükséges (lásd részletesen a 2. sz. ábra).

2. sz. ábra A lítium terápia előtt és alatt elvégzendő laboratóriumi vizsgálatok

Lítium beállítása előtt: Vérkép Vércukor Szérumszerek Vizelet (sűrűség és üledék is) Szérumszerek T3, T4, TSH EKG EEG klinikai megítélés alapján	Lítium beállítás optimális várt vérszint: terápiás 0,8-1 mmol/l profilaktikus 0,6-1 mmol/l	Szérumszint ellenőrzés: Hetente Két hetente 6 hó után havonta - két havonta Li intoxikáció/interkurrens testi betegség: azonnal
		Fél évente ellenőrzés: Szérumszerek ionok vércukor
		Évente ellenőrzés: T3, T4, TSH

Forrás: APA2002, NICE2006, Goodwin és Jamison 2007, Rihmer és Pestalicy 2009, EMMI 2014.

A profilaktikus hatás eléréséhez szükséges szérumszintek egyedileg nagy variációt mutatnak. Az ún. terápiás tartományt 0,5-1,0 mmol/l között tartjuk optimálisnak. A terápiás vérszint általában 7-10 nap alatt alakul ki. A profilaktikus hatás eléréséhez kívánatos szint általában napi 2x1 (akut mániás állapotban az első napokban napi 3x1) 500 mg-os tablettával elérhető. A felszívódás és kiürülés nagy egyéni különbségei miatt ez mindig a szérumszintek függvényében határozható meg. Mivel a lítium a vesén át ürül, bármely csökkent glomerulus filtrációval járó akut vagy krónikus vesebetegség esetén a szérumszint nem kívánatos emelkedésére kell számítani és a lítium adagjának csökkentése, esetleg átmenetileg elhagyása szükséges. Ugyanez vonatkozik akut, lázzal, hasmenéssel vagy egyéb eredetű folyadékvesztéssel járó betegségek eseteire is. A lítiumkezelés során jelentkező mellékhatásokat korai és késői csoportba soroljuk. Korai mellékhatás a rossz közérzet, fáradékonyság, remegés, izomgyengeség, émelygés, hányinger, szédülés, fejfájás, esetleg bőrvizketés, melyek szinte minden esetben hetek alatt elmúlnak. A késői mellékhatások általában 1-2 éves lítium szedés után lépnek fel, ezek a hipotireózis, testsúlygyarapodás és ritkán a diabetes insipidus. A lítium kezelésben részesülőknél a lítium intoxikáció vagy preintoxikációs állapot tüneteire (fokozódó tremor, izzadás, hányinger, hányás, hasmenés, szédülés, ataxia, dizartria, izommerevség, aluszékonyság, súlyos esetekben kóma, epileptiform rosszulletek,

hiperpirexia), illetve az ilyenkor szükséges teendőkre (lítium elhagyása, enyhén sózott víz vagy tea bőséges fogyasztása és azonnali kontroll vizsgálat) a beteget és családtagjait feltétlenül tanítsuk meg [118, 119].

A Bipoláris zavar első klinikai manifesztációja rendszerint depressziós epizód, az esetek többségében inszomniával, illetve disztímiás, depresszív, szorongásos, irritábilis, agresszív tünetekkel jelentkezik. Emiatt ezek a gyermekek gyakran antidepresszív kezelésben részesülnek. A HS nélkül alkalmazott antidepresszívumok viszont nagyon gyakran hipomániás/mániás vagy kevert epizódot provokálnak, mely jelentősen fokozza a szuicid rizikót. Az SSRI készítmények ugyan sokszor hatékonyak gyermekkori bipoláris depresszióban, de a gyakori mániás „átcsapás” illetve az antidepresszívumok hangulatot destabilizáló hatása miatt, a depressziós fázis gyógyszeres kezelésének legfontosabb és elsőként bevezetendő eleme a HS terápia. Adatok leginkább a Limal és a lamotriginnel kapcsolatban vannak. Kiemelendő, hogy AAP-k közül a bipoláris betegség depressziós epizódjának kezelésére gyermek- illetve serdülőkorban csak kvetiapinnal történt dupla vak, placebokontrollált vizsgálat, ez azonban nem igazolta, hogy a kvetiapin hatékony lenne ebben a populációban és indikációban [120, 121].

Bipoláris depresszióban pszichoedukációs elemeket is magába foglaló specifikus pszichoterápiákat mindenképpen alkalmazni kell. Az extrém súlyos, közvetlen szuicid veszéllyel járó esetekben hospitalizáció, illetve 14 éves kor felett akár ECT kezelés is indikált lehet [122].

A típusos (eufóriás) mánia ebben a korosztályban ritka. Kezelésében - a jelenlegi, felnőttekre vonatkozó szakirodalmi ismeretanyag szerint - hatékonyabbak az AAP-k, mint a klasszikus HS szerek [123]. Ennek megfelelően, a mániában ajánlott elsőként választandó szerek az AAP-k közül kerülnek ki (monoterápiában alkalmazva), de megjegyzendő, hogy az American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ajánlása a Li és a valproát elsőként történő választását is megengedi [124]. Mániás epizódban serdülőknél kettős vak, placebo kontrollált vizsgálat támasztotta alá az aripiprazol [125, 126, 127, 128], az olanzapin [129, 130], a risperidon [44, 131], a kvetiapin [123, 132], míg nyílt vizsgálat a ziprazidon [133, 134] hatékonyságát. Risperidon esetében a prolaktinszint növekedésére, olanzapinnál a metabolikus zavarokra, különösen a súlynövekedésre tekintettel kell lenni. Fraguas és mtsa-i [135] átfogó tanulmányukban kiemelik, hogy gyermek- és serdülőkorban a többi AAP alkalmazásakor is figyelni kell az esetleges súlynövekedésre. A NICE [35] ajánlása szerint a magasságot és a testsúlyt rendszeresen ellenőrizni kell, fél évig havonta, ezután 6 havonta. Viszonylag kevés adat áll rendelkezésre arról, hogy a kombinációs terápiák (AAP + „klasszikus” fázisprofilaktikum, mint a lítium) hatékonyabbak-e mániában, mint az AAP-monoterápia, ennek ellenére a NICE [35] ajánlása szerint, amikor az AAP-terápia nem kellően hatékony, Li, illetve VPA hozzáadása megfontolandó. „Klasszikus” fázisprofilaktikummal végzett monoterápiára nem reagáló esetekben a vizsgálatok alátámasztják AAP kombinálásának hatékonyságát. Igen gyenge bizonyítékok támasztják alá az omega-3-zsírsavak hatékonyságát a mániás epizód kezelésében. A gyermek- és serdülőkorú betegcsoportban az ECT-t az egyéb terápiás próbálkozásokkal dacoló mániás epizód kezelésére kell fenntartani [120, 121, 136].

A fenntartó kezeléssel kapcsolatban, ebben a korosztályban az eddigi vizsgálatok alapján az ajánlások nem egybehangzóak. A NICE [35] ajánlása szerint elsőként választandó szerként megfontolandók az AAP-k közül azok, amelyek kevésbé okoznak súlynövekedést, illetve prolaktinszint-növekedést, és másodikként választandók a „klasszikus” fázisprofilaktikumok, míg az American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ajánlása ebben a populációban a „klasszikus” fázisprofilaktikumokkal történő kezelést preferálja [124]. Fenntartó kezelésként az érvényben lévő hazai szabályozást figyelembe véve 18 éves kor alatt lítium adható. Gyógyszeres kezelés mellett fontos a szülőknél adott támogatás, hogy segíteni tudják gyermeküket a minden napi életvitelben. Bipoláris zavar esetén a pszichoterápia célja a szociális készségek javítása, a család bevonása a terápia folyamatába, probléma megoldó és stressz kezelő készségek fejlesztése, a visszaesés korai jeleinek felismerése, rendszeres életstílus, szokások kialakítása, tartása (pl. alvás, testmozgás).

Ajánlás20

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

Bizonyítottan hatékony terápiák a pszichoedukáció és a CBT [4]. A családi fókusz terápia hatékonyságát főleg a magas érzelmi kifejezésű családoknál találták hatékonynak a bipoláris betegség prevenciójában [91]. A család és a beteg pszichoedukációja (lásd Ajánlás9) a betegség tüneteit és kezelését ismerteti. Fontos része a Bipoláris zavar különböző kezelési módjai és azok veszélyei, valamint a terápia nélkül várható kimenetel. Fel kell készíteni a családot a krónikus betegség gyakori tüneti hullámsására, valamint a terápia folytonosságának biztosítására. Át kell beszélni a gyógyszeres és pszichológiai kezelés lehetőségeit. Amennyiben iskolai nehézségek is fennállnak, eset megbeszélés szükségessége is felmerülhet az iskola és a család részvételével. Alvási higiéné és rutin biztosítása javíthatja a hangulatzavar tüneteinek és a nappali működésének [52]. Az életmódra vonatkozó tanácsok közül fontos, hogy a megszokott napi ritmus ne boruljon föl, a beteg ne éjszakázzon, rendszeresen ugyanabban az időben menjen aludni, ne fogyasszon drogokat és nagyobb mennyiségben alkoholt. Fentiek a serdülőkorú betegek esetében különösen nagy jelentőségűek a visszaesések megelőzése szempontjából. A családi fókusz terápia a családi coping stratégiák, a probléma megoldó készség és a családon belüli kommunikáció javítását célozza. Egy kis elemszámú RCT [91] vizsgálta a családi fókusz terápia és a pszichoedukáció hatékonyságát a bipoláris tünetek prevenciójában. A kontroll csoport 1-2 családi ülésből állt. A tüneti javulás a terápiás csoportban gyorsabb volt, mint a kontroll csoportban. 12 hónapos utánkövetés alatt a

családi fókusz terápiában részesülők hosszabb ideig voltak remisszióban, a hipomániás/mániás tünetek jobban csökkentek, mint a depressziós tünetek. [137]. Fristad és MacPherson [90] összefoglalójában 3 RCT-t és 10 kisebb vagy nem randomizált publikáció eredményeit foglalta össze a gyermek- és serdülőkori bipoláris spektrum betegségek pszichoszociális kezelésének vizsgálatáról. A 3 RCT a pszichoedukáció és készségfejlesztés hatását vizsgálta a bipoláris tünetek csökkenésére, és azt hatékonynak találta. A CBT, mely a probléma megoldás javítását, valamint a negatív gondolkodási minták és viselkedések megváltoztatását tűzi ki célul, szintén hatékonynak bizonyult olyan vizsgálatokban, melyek a legszigorúbb standardoknak azonban már nem feleltek meg, ezért eredményeik nem erőteljesek, de pozitívak.

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák):

Nincs.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

A terápiás terv kialakításánál a családdal együtt, a vizsgálat eredményeinek megfelelően, a család lehetőségeinek és a (lakóhely közelében levő) szakellátási lehetőségeknek valamint a bevonható szakemberek figyelembe vételével hozhatunk döntéseket, tehetünk javaslatokat. Ha a lakóhely közelében nincs speciális ellátás (akár intézményi, akár képzett szakember által nyújtható segítség), akkor a távolabbi ellátóhelyek igénybevételét javasoljuk. A hatékony ellátás alapfeltétele a szakemberek - szakterületen belüli és ágazatok közötti - együttműködése, feladatainak összehangolása, az információk folyamatos cseréje. A beavatkozások fő irányainak meghatározása, megtervezése és koordinálása, a páciens esetleges gyógyszeres kezelése és gondozása gyermekpszichiátriai, pszichiátriai feladat, ezért ezek a megfelelő egészségügyi ellátó helyekhez, főleg a járóbeteg ellátáshoz kötődnek. Gyermekpszichiátriai osztályos ellátásra diagnosztikus kérdések tisztázása és gyógyszeres terápia beállítása miatt kerülhet sor.

1.1 Ellátók kompetenciája és kapacitása

A gyermek- és serdülőkori hangulatzavarok diagnosztizálásában résztvevő szakemberek

Gyermekpszichiáter:

A diagnosztikus kritériumok mentén, a diagnosztikus formuláció megalkotása, a szuicid veszély felmérése és a terápiás terv elkészítése, a terápia során a beteg állapotának folyamatos nyomonkövetése, a komorbid gyermekpszichiátriai állapotok feltérképezésére.

- Ha a beteg állapota kórházi megfigyelést és kezelést igényel, abban az esetben annak elrendelése.
- Amennyiben gyógyszeres terápiára van szükség, a megfelelő gyógyszer kiválasztása és beállítása, a gyógyszeres terápia hatásosságának nyomonkövetése, az esetleges mellékhatások figyelemmel kísérése.
- Remisszió után a beteg gondozása, figyelemmel az esetleges relapszusokra és a fenntartó kezelésre.
- Kapcsolattartás a szülőkkel. A beteg és a család edukációja.

Pszichológus, klinikai szakpszichológus:

- Kiegészítő vizsgálatokat végez, amennyiben szükségesek, a diagnózis megállapításához.
- Részt vesz a terápiás tervben kialakított pszichoterápiás folyamatban.

Háziorvos, házigyermekorvos:

- Résztvesz a korai észlelésben és azonosításban önkitöltős kérdőívek alkalmazásával.
- Felméri a szuicid veszélyeztetettséget.
- Figyelemmel kíséri azokat a gyermekeket és serdülőket, akiknek a családjában hangulatzavar előfordul, különös tekintettel a szülők betegségére.
- Figyelemmel kíséri a stresszeli életeseményt (szülő, testvér halála, barát halála, súlyos betegség a családban, szülők válása) átélt gyermekeket és serdülőket, szűrést végez esetükben önkitöltős kérdőívek alkalmazásával.
- A kiszűrt gyermekeket, serdülőket szakellátásba irányítja.
- Résztvesz a relapszusok vagy egy megjelenő új epizód korai észlelésében, a gondozás támogatásában.

Védőnő:

- Résztvesz a korai észlelésben és azonosításban a szűrővizsgálatok során önkitöltős kérdőívek alkalmazásával.
- Felméri a szuicid veszélyeztetettséget.
- Figyelemmel kíséri az iskolában a stresszeli életeseményt (szülő, testvér halála, barát halála, iskolai bulling, súlyos betegség a családban, szülők válása) átélt tanulókat, szűrést végez esetükben önkitöltős kérdőívek alkalmazásával.
- A kiszűrt gyermekeket, serdülőket szakellátásba irányítja, kezelésre motiválja.
- Résztvesz a relapszusok és új epizód megjelenésének korai észlelésében.
- A gondozás támogatásában.

Szociális gyermekjóléti (és gyermekvédelmi) szakember:

- Résztvesz a korai észlelésben és azonosításban a szűrővizsgálatok során önkitöltős kérdőívek alkalmazásával.
- Felméri a szuicid veszélyeztetettséget.
- A kiszűrt gyermekeket, serdülőket szakellátásba irányítja.
- Résztvesz a relapszusok korai észlelésében.
- A gondozás támogatásában.

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai konzultáns:

- Indikált hangulatzavar prevenciót önállóan alkalmaz.
- Pszichoedukációt nyújt a beteg és családja számára.
- Résztvesz a korai észlelésben és azonosításban a szűrővizsgálatok során önkitöltős kérdőívek alkalmazásával.
- Felméri a szuicid veszélyeztetettséget.
- A kiszűrt gyermekeket, serdülőket szakellátásba irányítja, motiválja a kezelésre.
- Résztvesz a relapszusok korai észlelésében.
- Folytatja a relapszus profilaxist.

Ehhez szükséges, hogy az érintett szakterületek szakképzési és akkreditált továbbképzési rendszerében helyet kapjon a fentiekre vonatkozó tudásanyag.

Az érintett képzések a következők: orvosok alapképzése, a háziorvosok, gyermekorvosok, gyermekpszichiáterek, pszichiáterek képzése, és továbbképzése, pszichológusok alapképzése, klinikai szakpszichológusok képzése és továbbképzése, védőnők alapképzése és továbbképzése, szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szakemberek alapképzése és továbbképzése.

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

A fentiekhez szükséges, hogy az érintett szakterületek szakképzési és akkreditált továbbképzési rendszerében helyet kapjon a fentiekre vonatkozó tudásanyag.

Az érintett képzések a következők: orvosok alapképzése, a háziorvosok, gyermekorvosok, gyermekpszichiáterek, pszichiáterek képzése, és továbbképzése, pszichológusok alapképzése, klinikai szakpszichológusok képzése és továbbképzése, védőnők alapképzése és továbbképzése, szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szakemberek alapképzése és továbbképzése, valamint gyermek- és ifjúságpszichiátriai konzultánsok alapképzése és továbbképzése. A beteg diagnosztizálása, a terápia kidolgozása, elidítása és követése gyermekpszichiáter feladata. Súlyos esetekben kórházi kezelés indokolt lehet, ezt gyermekpszichiáter dönti el. Megfelelő utánkövetés után a háziorvos, illetve a fent felsorolt egészségügyi szakemberek rendszeres kontrollja mellett a relapszus megelőzhető.

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

Az irányelv hatását növelheti a társadalmi felvilágosítás, rövid tájékoztató anyagok készítése, mely eloszlatja az alaptalan hiedelmeket a betegséggel kapcsolatban, helyette korrekt információt közvetít, megszüntetve a sztereotip gondolatokat és csökkentve a stigmatizációt.

1.4. Egyéb feltételek:

Nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok (szülő, gyermek, serdülő)

- Hangulatzavarokról Gyermekeknek
- Hangulatzavarokról Serdülőknek
- Gyermek- és Serdülőkori Hangulatzavarokról Szülőknek

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Szűrés során használt önkitöltős kérdőívek, tünetlisták (CDI, SDQ)

1. sz. kérdőív, Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőív (CDI)
2. sz. kérdőív Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ)

2.3. Táblázatok

1. sz. táblázat, Major Depresszív Zavar DSM-5/BNO 10 szerinti kódolása
2. sz. táblázat, Bipoláris I. zavarok DSM-5/BNO10 szerinti kódolása

2.4. Algoritmusok

1. sz. ábra: A depresszió terápiás folyamata
2. sz. ábra A lítium terápia előtt és alatt elvégzendő laboratóriumi vizsgálatok

2.5. Egyéb dokumentumok

Kérelem indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A megfelelő szakmai ellátás indikátorai egyedi és statisztikai szinten ragadhatók meg. Egyedi tényezői a páciens állapotának, funkcionálásának és életminőségének a javulása, az epizódok hosszának csökkenése.

Statisztikai indikátorként számos adat merül fel, mint például: az alapellátásban azonosított gyermekek és serdülők számának növekedése, a betegek hangulatzavarban töltött napjainak számának csökkenése, relapszusok, és remissziók számának csökkenése, a szuicid kísérletek és a befejezett szuicidiumok számának csökkenése.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelvek felülvizsgálata tervezett módon a hatályba lépés után 3 évvel szükséges, az időközben rendelkezésre álló bizonyítékok alapján az ajánlások aktualizálása, valamint az ellátórendszer változásaihoz való igazítás érdekében. Soron kívüli felülvizsgálat indokolt, amennyiben a bizonyítékokban és/vagy az ellátásban, jogszabályi háttérben releváns, jelentős mértékű változás következik be. A felülvizsgálat megindításáért a hatályos jogszabályban megnevezett illetékes hivatal, valamint az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermekpszichiátriai és Addiktológiai Tagozata felelős. Utóbbi hatásköre a fejlesztőcsoport delegálása, valamint a változások és azok mértékének folyamatos monitorozásával az esetleges soron kívüli felülvizsgálat szükségességéről való döntés meghozatala. Ha az egészségügyi szakmai irányelv az érvényességi idő lejártáig nem kerül felülvizsgálatra, akkor automatikusan érvényét veszti.

IX. FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996;35(11):1427-39
2. Burgić-Radmanović M. Affective disorders in childhood and adolescence. *Acta Med Academica*, 2011;40(1):67-74
3. Renk K, White R, Lauer BA, McSwiggan M, Puff J, Lowell A: Bipolar disorder in children. *Psychiatry J*, 2014;2014:19
4. Rocha TB, Zeni CP, Caetano SC, Kieling C. Mood disorders in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr*, 2013;35:S22-31
5. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 2003;60:709-17
6. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al: Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 2011;377:2093-102
7. Lima NN, do Nascimento VB, de Carvalho SM, de Abreu LC, Neto ML, Brasil AQ et al: Childhood depression: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9:1417-25
8. Möller HJ, Bitter I, Bobes J, Fountoulakis K, Höschl C, Kasper S. Position statement of the European Psychiatric Association (EPA) on the value of antidepressants in the treatment of unipolar depression. *Eur Psychiatry*, 2012;27:114-28
9. WHO (World Health Organization). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, London, 1992
10. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5) Washington, DC, USA, 2013
11. Ghaemi SN, Bauer M, Cassidy F, Malhi GS, Mitchell P, Phelps J et al: Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. *Bipolar disorders*, 2008;10:117-128
12. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: A prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 2005;62:1322-1330
13. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40: 57-87
14. Garber J, Weersing RV. Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clin Psychol* 2010; 17(4): 293-306
15. Essau CA, Conradt J, Petermann F: Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Dis*, 2000; 14 (3), 263-279
16. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 1998;18:765-94

17. Simonoff E, Pickles A, Meyer JM, Silberg JL, Maes HH, Loeber R et al: The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54(9):801-8
18. Baji I, Gádoros J, Kiss E, Mayer L, Kovács E, Benák I et al: Symptoms of depression in children and adolescents in relation to psychiatric comorbidities. *Psychiatr Hung*, 2012;27(2):115-26
19. Dunn V., Goodyer IM. Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric out-come in early adulthood. *Br J Psychiatry*, 2006;188:216-22
20. Biederman J, Petty CR, Dolan C, Hughes S, Mick E, Monuteaux MC et al. The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychol Med*, 2008;38:1027–1036
21. Fergusson W, Fergusson, DM, Woodward LJ. Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*, 2002;59, 225– 231
22. Rudolph KD, Clark AG. Conceptions of relationships in children with depressive and aggressive symptoms: social-cognitive distortion or reality? *J Abnorm Child Psychol*, 2001;29(1):41-56
23. Essau CA, Chang WC. Epidemiology, comorbidity, and course of adolescent depression. *Treatment of adolescent depression*, 2009; 4-25
24. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*, 2003;160(3): 430–437
25. Rihmer Z, Belső N, Kiss K. Strategies for suicide prevention. *Curr Opin Psychiatry*, 2002;15:83-87
26. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*, 2012;379,1056-67
27. Arató M, Demeter E, Rihmer Z, Somogyi E. Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiat Scand*, 1988;77:454-456
28. Cash SJ, és Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatrics*, 2009; 21, 613-619
29. Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*, 2006;2:237-66
30. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disorders*, 1994;31:281–294
31. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 2003;64:161–174
32. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Medicine*, 1997;27:1079–1089
33. Findling RL, McNamara NK, Stansbrey R, Gracious BL, Whipkey RE, Demeter CA et al. Combination lithium and divalproex in pediatric bipolarity. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 2003;42:895–901
34. Findling RL, McNamara NK, Stansbrey R, Gracious BL, Whipkey RE, Demeter CA et al. Combination lithium and divalproex sodium in pediatric bipolar symptom restabilization. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 2006;45:142–148
35. NICE Guideline. Depression in Children and Young People: Identification and Management. (2006) Updated 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28> (Letöltés dátuma: 2017.10.17)
36. Kovacs M. Children's Depression Inventory, Manual, Multi-Health Systems (New York, Toronto), 1992
37. Fendrich M, Weissman MM, Warner V. Screening for depressive disorder in children and adolescents: validating the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children. *Am J Epidemiol*. 1990;131(3):538-51
38. Poznanski EO, Grossman JA, Buchsbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1984;23:191–197
39. Poznanski EO, Mokros HB. Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R) Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1996
40. Lewandowski RE, Acri MC, Hoagwood KE, Olfson M, Clarke G, Gardner W et al. Evidence for the Management of Adolescent Depression. *Pediatrics*, 2013;132:996-1009
41. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: Reliability, validity, and sensitivity. *Brit J Psychiatry*, 1978;133:429–435
42. Axelson DA, Birmaher B, Strober MA, Goldstein BI, Ha W, Gill MK et al. Course of subthreshold bipolar disorder in youth: diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 2011;50(10):1001–1016
43. Wagner KD, Hirschfeld RM, Findling RL, Gracious BL, Reed ML Validation of the Mood Disorder Questionnaire for bipolar disorders in adolescents. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(5):827-830
44. Pavuluri MN, Henry DB, Findling RL, Parnes S, Carbray JA, Mohammed T et al. Double-blind randomized trial of risperidone versus divalproex in pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2010;12:593-605
45. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Roy I, Swendsen J, M'Bailara K et al. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Res*, 2008;159:1–6

46. Youngstrom EA, Birmaher B, Findling RL. Pediatric bipolar disorder: Validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. *Bipolar Disorders*, 2008a;10:194–214
47. Youngstrom EA, Joseph MF, Greene J. Comparing the psychometric properties of multiple teacher report instruments as predictors of bipolar disorder in children and adolescents. *J Clin Psychol*, 2008b;64:382–401
48. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. Young Mania Rating Scale. In: *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:540-542
49. Achenbach TM. *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT:University of Vermont, Dept. of Psychiatry, 1991
50. Gádoros J. Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica*, 1996;11(2.),147-166
51. Diler RS, Daviss WB, Lopez A, Axelson D, Lyengar S, Birmaher B. Differentiating major depressive disorder in youths with attention deficit hyperactivity disorder. *J Affect Disord*, 2007;102:125–130
52. Diler RS, Birmaher B. *Bipolar Disorder in Children and Adolescents* in Rey JM (ed) *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015 <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.2-BIPOLAR-072012.pdf>
53. Youngstrom E, Meyers O, Demeter C, Youngstrom J, Morello L, Piiparinen R et al. Comparing diagnostic checklists for pediatric bipolar disorder in academic and community mental health settings. *Bipolar Disord*, 2005;7(6):507-17
54. Rademacher J, DelBello MP, Adler C, Stanford K, Strakowski SM. Health-Related Quality of Life in Adolescents with Bipolar I Disorder. *J Child Adol Psychopharmacology*, 2007;17:97–103
55. Matthejat F, Simon B, König U, Quaschner K, Barchewitz C, Felbel D et al. Quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders. Results of the 1st multicenter study with an inventory to assess the quality of life in children and adolescents. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 2003;31(4):293-303
56. Kiss E, Bajai I, Mayer L, Skultéti D, Benák I, Vetró Á. Életminőség kérdőív validitása és pszichometriai jellemzői magyar gyermekpopuláción. *Psych Hung*, 2007;22(1):33-42
57. Goodman R: The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*, 1997;38:581-586.
58. Turi E, Gervai J, Áspán N, Halász J, Nagy P, Gádoros J: A Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ-magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban. *Psych Hungarica*. 2013;28(2):165-179
59. Turi E, Tóth I, Gervai, J. A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psych Hungarica*, 2011;26(6), 415–426
60. IACAPAAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professionals) *Textbook*, Edition 2015
61. Balázs J, Bitter I, Hideg K, Vitrai J. A MINI és a MINI Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása (The Hungarian version of the MINI and MINI Plus). *Psychiat Hung*, 1998; 13(2):160-168
62. Balázs J, Bíró A, Dálnoki D, Lefkovic E, Tamás Zs, Nagy P et al. A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése. *Psychiat Hung*, 2004; 19(4): 358 -364
63. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K et al. The M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *Eur Psychiatry*, 1997;12:224-231
64. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability *Eur Psych*; 1997;12(5):232–241
65. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. 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
66. Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, Janavs J, Bannon Y, Rogers JE et al. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry*, 2010;71(3):313-26
67. Sherrill JT, Kovacs M. Interview schedule for children and adolescents (ISCA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000 Jan;39(1):67-75
68. Kaufman J, Birmaher B, Brent DD, Raom U, Flinn C, Morecim P et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(7): 980-988
69. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL, DelBello MP, et al. Reliability of the Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-U-KSADS) mania and rapid cycling sections. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001;40(4):450-5
70. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(11):1228-1231
71. Luby JL, Belden AC, Pautsch J, Si X, Spitznagel E. The clinical significance of preschool depression: Impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *J Aff Disorders*, 2009;112(1) 111-11

72. Birmaher B, Axelson D. Pediatric Psychopharmacology, In Sadock BJ, Sadock VA (eds) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. Lippincott, Williams, and Wilkins, Philadelphia, 2005;pp.3363-3375
73. Baji I, Lopez-Duran N L, Kovacs M, George C J, Mayer L, Kapornai K et al.. Age, sex, somatic complaints, and the symptom presentation of childhood depression in a Hungarian clinical sample. *Clin. Psychiatry*, 2009;79: (10) pp. 1467-1472
74. Cash TF, Phillips KA, Santos MT, Hrabosky JI Measuring "negative body image": validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image* 2004;1(4) 363-372
75. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J et al. M. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *Am J Psychiatry*, 2009,66(7):795-804
76. Frances A, Ross R. DSM-IV TR esettanulmányok. Klinikai útmutató a differenciál diagnózishoz. American Psychiatric Publishing, Inc 2001;pp 109-153
77. Birmaher B. New Hope for Children and Adolescents with Bipolar Disorders. New York: Three Rivers Press, 2004
78. Barnhill J: DSM-5 klinikai esettanulmányok. Oriold és társaikiadó, Budapest 2014
79. Galanter CA, Leibenluft E. Frontiers between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin North America*, 2008;17:325–346
80. Quinn CA, Fristad MA. Defining and identifying early onset bipolar spectrum disorder. *Curr Psychiatry Reports*, 2004;6:101–107
81. Nussbaum AM. DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve. Oriold és társai kiadó, Budapest 2013,pp 59-79,pp 96-105
82. Weersing VR, Jeffreys M, Do MCT, Schwartz TG, Bolano C. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2017;46(1):11-43
83. AACAP official Action: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007;46(11):1503-1526
84. Cheung AH, Kozloff N, Sacks D. Pediatric depression: an evidence-based update on treatment interventions. *Cur Psychiatr Rep*, 2013;15(8):381
85. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC) Toolkit. <http://www.glad-pc.org/> (Letöltés dátuma 2017.10.23)
86. Powell CP: Bites. Psychoeducational Handouts on Nutrition for Students in a Depression Group. *Educational Specialist* 2017;114
87. Geddes JR, Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. *Lancet*, 2013;11(381):1672-82
88. Carter T, Morres ID, Meade O, Callaghan P. The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2016;55(7):580-90
89. Jones BR, Thapar A, Stone Z, Thapar A, Jones I, Smith D et al. Psychoeducational Interventions in Adolescent Depression: a Systematic Review. *Patient Edu Counseling*, 2017 <http://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.015>
90. Fristad MA, MacPherson HA. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Bipolar Spectrum Disorders. *J Clin Child Adolesc Psychology*, 2014;43(3):339-355
91. Miklowitz DJ, Schneck CD, Singh MK, Taylor DO, George EL, Cosgrove VE, et al. Early Intervention for Symptomatic Youth at Risk for Bipolar Disorder: a Randomized Trial of Family-Focused Therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2013;52(2):121-131
92. Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ, et al.. Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Depression in Children and Adolescents: a Systematic Review and Network Meta-Analysis. *World Psychiatry*, 2015;14:207-222.
93. Whalen DJ, Sylvester CM, Luby JL. Depression and Anxiety in Preschoolers. A Review of the Past 7 Years. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 2017;26:503-522
94. Luby JL. Treatment of anxiety and depression in the preschool period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2013;52(4):346-58
95. Dolle K, Schulte-Körne G. The Treatment of Depressive Disorders in Children and Adolescents. *Dtsch Arzteblatt Int*, 2013;110(50):854-60
96. McCarthy CA, Weisz JR. Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: What we can (and Can't) Learn from Meta- Analysis and Component Profiling. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007;46(7):879-886
97. Tindall L, Mikocka-Walus A, McMillan D, Wright B, Hewitt C, Gascoyne S. Is Behavioral Activation effective in the Treatment of Depression in Young People? A systematic Review and Meta-Analysis. *Psychol Psychother*, 2017;March DOI: 10.1111/papt.12121
98. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM: Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: a Meta-Analysis. *Psychol Bull*, 2006;132:132-49
99. Crowe K, McKay D. Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety and Depression. *J Anx Disorders*, 2017;49:76-87

100. Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith J. Primary and Secondary Control Enhancement Training for Youth Depression: Applying the Deployment-Focused Model and Testing. in Kazdin and Weisz (eds) Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (pp. 165-182). New York: Guilford Press. 2003
101. Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith JK, Chu BC, Langer DA, et al. Cognitive-Behavioral Therapy Versus usual Clinical Care for Youth Depression: An Initial test of Transportability to Community Clinics and Clinicians. *J Cons Clin Psychol*, 2009;77(3):383-396
102. Goodyear IM, Tsancheva S, Byford S, Dubicka B, Hill J, Kelvin R, et al. Improving Mood with Psychoanalytic and Cognitive Therapies (IMPACT): a Pragmatic Effectiveness Superiority Trial to Investigate Whether Specialised Psychological Treatment Reduces the Risk for Relapse in Adolescents with Moderate to Severe Unipolar Depression: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 2011;12:175
103. Goodyear IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, et al. Cognitive Behavioral Therapy and Short-Term Psychoanalytical Psychotherapy versus a Brief Psychosocial Intervention in Adolescents with Unipolar Major Depressive Disorder (IMPACT): a Multicenter, Pragmatic, Observer-blind, Randomised Controlled Superiority Trial. *Lancet*, 2017;4:109-119
104. Rihmer Z, Akiskal HS. Do antidepressants threaten depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord*, 2006;94: 3-13
105. Rihmer Z: Antidepresszívumok, depresszió és öngyilkosság. *Neuropsychopharmacol. Hung*, 2013;15: 157-164
106. NEFMI 2016 Irányelvek, Egészségügyi Közlöny, 2016, 65 évf. 14. szám, 2050-2085
107. Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitor in childhood depression: Systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, 2004;363:1341-1345
108. March JS, Silva S, Petricky S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Long Term Effectiveness and Safety Outcomes. *Arch Gen Psychiatry*, 2007;64(10):1132-1143
109. Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, et al. Switching to Another SSRI or to Venlafaxin with or without Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with SSRI-Resistant Depression. The TORDIA Randomised Controlled Trial. *JAMA*, 2008;299(8):901-913
110. Goodyear I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Ford C, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *BMJ*, 2007; 335:142
111. DeFilippis M, Wagner, KD. Management of Treatment-Resistant Depression in Children and Adolescents. *Pediatr Drugs*, 2014;16:353 <https://doi.org/10.1007/s40272-014-0088-y>
112. Perera T, George MS, Grammer G, Janicak PG, Pascual-Leone A, Wiercki TS. The Clinical TMS Society Consensus Review and Treatment Recommendations for TMS Therapy for Major Depressive Disorder. *Brain Stimul*, 2016;9(3):336-346
113. Goodwin FK, Jamison KR: Manic Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression. Oxford University Press, New York 2007
114. Ye X, Bapuji SB, Winters SE, Struthers A, Raynard M, Metge C, et al. Effectiveness of Internet-Based Interventions for Children, Youth, and Young Adults with Anxiety and/or Depression: a Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ Health Services Research*, 2014;14:313
115. EMMI 2016-Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Pszichiátriai Szakmai kollégium. Bipoláris betegségek. Egészségügyi Közlöny, 2016, 65/14.szám
116. SIGN Guideline: Non-Pharmaceutical management of Depression in Adults. A national clinical guideline. SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2010 <http://www.sign.ac.uk/assets/sign114.pdf> (Letöltés dátuma: 2017.10.25)
117. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive Behavioral Therapy (CBT), third Wave CBT and Interpersonal Therapy (IPT) Based Interventions for Preventing Depression in Children and Adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;8 DOI:10.1002/14651858.CD003380.pub4
118. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update. *Bipolar Disord*, 2013;15:1-44
119. EMMI 2014-Bipoláris affektív betegségek. Diagnosztikai és terápiás irányelvek 2014
120. Cosgrove VE, Roybal D, Chang KD: Bipolar depression in pediatric populations: epidemiology and management. *Paediatr Drugs*, 2013;15:83-91
121. Goldstein BI, Sassi R, Diler RS. Pharmacologic treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Child Adolesc. Psychiatry Clin N Am*, 2012;21: 911-939
122. Puffer CC., Wall CA., Huxsahl JE., Frye MA.. A 20 year practice review of electroconvulsive therapy for adolescents. *J Child Adol Psychopharmacology*. 2016, 26(7): 632-636.

123. DelBello MP, Kowatch RA, Adler CM, Stanford KE, Welge JA, Barzman DH, et al. A double-blind randomized pilot study comparing quetiapine and divalproex for adolescent mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006;45:305-313
124. McClellann J, Kowatch R, Findling RL: Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007;46:107-125
125. Doey T. Aripiprazole in pediatric psychosis and bipolar disorder: a clinical review. *J Affect Disord*, 2012;138(Suppl 3):15-21
126. Findling RL, Youngstrom EA, McNamara NK, Stansbrey RJ, Wynbrandt JL, Adegbite C, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled long-term maintenance study of aripiprazole in children with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 2012;73:57-63
127. Findling RL, Correll CU, Nyilas M, Forbes RA, McQuade RD, Jin N, et al. Aripiprazole for the treatment of pediatric bipolar I disorder: a 30 week, randomized, placebo-controlled study. *Bipolar Disord*, 2013a;15:138-149
128. Youngstrom E, Zhao J, Mankoski R, Forbes RA, Marcus RM, Carson W, et al. Clinical significance of treatment effects with aripiprazole versus placebo in a study of manic or mixed episodes associated with pediatric bipolar I disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2013;23:72-79
129. Tohen M, Kryzhanovskaya L, Carlson G, Delbello M, Wozniak J, Kowatch R, et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of adolescents with bipolar mania. *Am. J. Psychiatry*, 2007;164:1547-1556
130. Wozniak J, Mick E, Waxmonsky J, Kotarski M, Hantsoo L, Biederman J. Comparison of open-label, 8-week trials of olanzapine monotherapy and topiramate augmentation of olanzapine for the treatment of pediatric bipolar disorder. *J Child Adolesc. Psychopharmacol*, 2009;19:539-545
131. Haas M, Delbello MP, Pandina G, Kushner S, Van Hove I, Augustyns I, et al. Risperidone for the treatment of acute mania in children and adolescents with bipolar disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Bipolar Disord*, 2009;11:687-700
132. Pathak S, Findling RL, Earley WR, Acevedo LD, Stankowski J, Delbello MP. Efficacy and safety of quetiapine in children and adolescents with mania associated with bipolar I disorder: a 3-week, double-blind, placebo-controlled trial. *J. Clin. Psychiatry*, 2013;74: 100-109
133. Biederman J, Mick E, Spencer T, Dougherty M, Aleardi M, Wozniak J. A prospective open-label treatment trial of ziprasidone monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2007;9:888-894
134. Findling RL, Cavuş I, Pappadopulos E, Vanderburg DG, Schwartz JH, Gundapaneni BK, et al. Efficacy, long-term safety and tolerability of ziprasidone in children and adolescents with bipolar disorder. *J Child Adolesc. Psychopharmacol*, 2013b;23: 545-557
135. Fraguas DI, Correll CU, Merchán-Naranjo J, Rapado-Castro M, Parellada M, Moreno C, et al. Efficacy and safety of second-generation antipsychotics in children and adolescents with psychotic and bipolar spectrum disorders: comprehensive review of prospective head-to-head and placebo-controlled comparisons. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2011; 21:621-645
136. Hazell P, Jairam R. Acute treatment of mania in children and adolescents. *Curr. Opin. Psychiatry*, 2012;25:264-270
137. Smith D, Jones I, Simpson S. Psychoeducation for Bipolar Disorder. *B J Psychol Advances*, 2010;16:147-154

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

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

A szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermekpszichiátriai és Addiktológia Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfejlesztői csoportok kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése. Az irányelv fejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013.(III.5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján történt.

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.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalmi adatok keresése során a munkacsoport tagjai a PubMed, a Google Scholar, valamint a Cochrane adatbázisokban az utóbbi 10 év (2008-2018) publikációit vizsgálta. A keresőszavak a következők voltak:

affective disorder, depression, manic, bipolar, children, adolescent, OCD, PTSD, comorbidity, diagnosis, psychotherapy, KVT, PASCET, family therapy, pharmacotherapy. Kizárólag angol illetve magyar nyelvű publikációk átnézése történt meg.

A jelen szakmai irányelv elkészítéséhez az I. fejezetben említett külföldi és magyar irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő irányelv készíthető.

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

A IV/3. fejezetben bemutatott bizonyíték besorolást a SIGN (1) bizonyíték értelmezése alapján, módosítás nélkül vettük át. Azokon a szöveghelyeken, ahol külön nem jelöltük az evidenciaszinteket, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás. Az ajánlásokat alátámasztó bizonyítékokat az ajánlások szakmai részletezésénél tárgyaljuk. Az ajánlások erősségének meghatározásánál szintén a SIGN (1) rendszerét vettük alapul.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlások, azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése (harmonizálása) a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye. A szövegben az információ forrása minden esetben megjelölésre került. A SIGN irányelv (1) ajánlásainak rangsorolása az abból átvett besorolás szerint történt, a meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport A vagy B kategóriákba sorolta. Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az erős (A szintű) ajánlás megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározását egyéb faktorok (pl. az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolták. Azon szöveghelyeken, ahol külön kiemeléssel nem szerepelnek ajánlások, az állítások fontosságát illetve betartásuk kötelezőségét a szóhasználat fejezi ki.

5. Véleményezés módszere

Az irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a kapcsolattartó megküldte a dokumentumot a korábban véleményezési jogot kérő és a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó Szakmai Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőkkel kialakított konszenzusnak.

6. Független szakértői véleményezés módszere

A független szakértő a háziorvosoknak, házi gyermekorvosoknak és iskolaorvosoknak szóló tájékoztató anyag összeállításában való részvételre és a dokumentum véleményezésére lett felkérve. Az általa visszaküldött javaslatok alapján a tájékoztató anyaga módosult.

XI. MELLÉKLETEK

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztatók, oktatási anyagok

Hangulatzavarokról Gyermekeknek

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

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

A kezelés több fajta lehet. Vannak beszélgetős terápiák, ezeket pszichoterápiának hívják. Van, amikor csak Te és egy szakember vesz rajta részt, de van, amikor az egész családod ott van. A szakember kérdéseket fog feltenni

Neked és a szüleidnek, azt fogja kérni, mondd el, milyen a hangulatod, milyen gondolataid vannak. Valószínűleg többször vissza is fogsz menni, beszélgetni Vele.

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

Hangulatzavarokról Serdülőknél

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

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

Egyik fontos tünete lehet a hangulati problémáknak a halállal kapcsolatos gondolatok, esetleg öngyilkossági gondolatok megjelenése. Ha ilyen gondolataid vannak, feltétlenül beszélj róluk egy felnőttel. Ezek a gondolatok a betegség részei, ahogy jobban leszel, el fognak múlni.

A hangulatot az agyadban lévő kémiai anyagok szabályozzák. Ha ezek aránya eltolódik, túl sok, vagy túl kevés lesz belőlük, az hangulatzavarhoz vezethet. Ez egy betegség, melyet megfelelő kezeléssel meg lehet gyógyítani. A hangulatzavarok gyakran kezdődnek serdülőkorban vagy fiatal felnőtt korban. A serdülők 4-6%-át érinti ez a betegség, ami azt jelenti, hogy minden 20. fiatal érintett lehet. A mániás időszak általában később jelentkezik és jóval ritkább, mint a depressziós. Gyakorisága serdülőknél 0.6%. Ha nem úgy mennek a dolgaidd, ahogy szeretnéd, elveszítetted a barátaidat, gyakran összeveszel a családtagjaiddal, szokatlan gondolataid vannak, elképzelhető, hogy ezt a hangulatzavar okozza. Beszélj a problémáidról egy felnőttel, akiben megbízol, aki el tud vinni egy szakemberhez.

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

Gyermek- és Serdülőkori Hangulatzavarokról Szülőknek

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

A depresszió a serdülők 4-6%-át érinti, ami azt jelenti, hogy minden 20. fiatal érintett lehet. Gyermekkorban a betegség ritkábban fordul elő, óvodáskorban gyakorisága 0.9% (100 gyerekből 1 érintett), iskoláskorban 2.5%, azaz minden 40. gyermek lesz depressziós.

A hangulat pozitív irányú eltolódása a mánia vagy a hipománia. Gyermeked úgy érezheti, különleges képességei vannak, bármit meg tud tenni, szebb, okosabb, ügyesebb, mint a többiek. Az is lehetséges, hogy veszekedős, vitatkozó lesz. Nagyon beszédessé válik, gondolatok cikáznak a fejében, nagyon nyitott lesz, idegenekkel is könnyedén barátkozik. Keveset alszik, de nem érzi magát fáradtnak. Veszélyes dolgokat művel vagy elosztogatja a dolgait, sokat telefonál. A viselkedése egyértelmű változást mutat a korábbihoz képest, de erre nincs belátással.

A mánia és hipománia jóval ritkább a depressziónál, serdülőkorban gyakorisága 0.6%, gyermekkorban még ritkábban fordul elő.

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

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

A depresszió terápiája elsősorban pszichoterápia, azaz beszélgetésen alapuló segítségnyújtás, melyet szükség esetén gyógyszeres kezelés egészít ki. A mánia kezelésében a gyógyszeres terápia az elsődleges, ezt egészíti ki a pszichoterápia. Kövesse a kezelőorvossal megbeszélte utasításokat, ezzel tud segíteni gyermekének. Támogassa gyermekét, hogy a terápiát végig tudja csinálni. A kezelés abbahagyása a betegség kiújulásához vezethet. A tünetek csökkenéséhez néhány hét folyamatos terápia szükséges, ezért az első 1-2 héten még lehet, hogy nem észlel változást gyermeke viselkedésében. A kezelést fél-1 évig szükséges folytatni, egyes esetekben ennél tovább.

Ajánlások háziorvosoknak, gyermekorvosoknak, iskolaorvosoknak

A gyermek- és serdülőkori hangulatzavarok felismerése, kezelése és utánkövetése

1. Ajánlott a hangulatzavarokra veszélyeztetett fiatalok rendszeres szűrése

Veszélyeztetett az, akinél

- hangulatzavar előfordult a családban (szülők, testvérek),
- korábban már volt hangulatzavar epizódja,
- korábban volt szuicid kísérlete,
- súlyos életeseményt (szülő, testvér, barát, közeli hozzátartozó halála, súlyos betegség a jelenléte a családban, szülők válása, rendszeres konfliktusok a kortárs kapcsolatokban, bullying) élt át a közelmúltban.

2. A hangulatzavarok korai felismerésében és azonosításában standardizált szűrőtesztek használata javasolt (GYD-R, SDQ, lásd 5. és 6. Mellékletben és Ajánlás 5 a részletes részben).

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

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

mely során a gyermek/serdülő valamint a szülő és tanár véleményét is fontos megkérdezni a gyermek/serdülő tüneteiről. Ezt a szűrőtesztekben adott pozitív válaszok pontosításával is megtehetjük: Pl.: „Amikor (mondja a tesztben adott választ) választ adtad, pontosan mire gondoltál? Elmondanád bővebben, hogy jobban értsz-e?”

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

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

A kezeletlen hangulatzavarok a szuicídium legfontosabb rizikófaktora. Az öngyilkosság a harmadik leggyakoribb halálok a fiatalok körében és a serdülőkori öngyilkosságok több mint fele hozható kapcsolatba hangulatzavarokkal. Serdülőkorban a fiúk 4-szer gyakrabban követnek el befejezett szuicídiumot, lányok esetében a kísérletek aránya sokszorososa a fiúkéknak. Gyermekkorban a legfontosabb rizikótényező a mentális betegség jelenléte és a családi stresszek. Serdülőkorban a MDD, Bipoláris zavar, Viselkedés zavar, Pszichoaktív szerhasználat és a pszichotikus állapot, diszfunkcionális személyiségvonások (antiszociális, borderline, hisztrionikus, narcisztikus vonások), markáns reménytelenség érzés, gyakori impulzív- agresszív viselkedés, családi tényezők (depresszió és szuicídium a családban), szülő elvesztése (halál vagy válás miatt), fizikai és szexuális abúzus, izoláció, „coming out”, homoszexualitást elutasító családi, iskolai környezet.

5. A szuicid veszély felmérése: A megelőző szuicid kísérlet a legfontosabb prediktora egy következő szuicid kísérletnek és a befejezett szuicídiumnak.

Fel kell mérni, hogy

- családi anamnézisben szerepel-e szuicídium?
- korábbi szuicid kísérlet/ek előfordult/ak-e?
- konkrétan rá kell kérdezni a szuicid gondolatokra, tervre és kísérletre:

“Gondolsz-e olyat, hogy nem vagy elég jó, nem vagy olyan jó, mint a többi gyerek, hogy teher vagy a családot, környezetet számára? Ha a válasz IGEN, folytassa

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

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

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

6. Szuicid veszély esetén hospitalizáció javasolt

7. Teendők hangulatzavar gyanúja esetén:

- Depresszió öngyilkossági kockázat nélkül = gyermekpszichiátriai vizsgálat javasolt (Gyermek Ideggondozó vagy gyermekpszichiátriai ambulancia).
- Depresszió akut szuicid veszéllyel vagy akut mánia = gyermekpszichiátriai vizsgálat szükséges, kórházi felvételt igényelhet, melynek eldöntése gyermekpszichiáter, pszichiáter feladata.
- Hangulatzavar gyanúja esetén tájékoztatás és pszichoedukáció minden esetben szükséges (házi orvos, házi gyermekorvos, iskolaorvos feladata).
- Depresszióra van gyanú: (megjegyzés: gondoljon arra, hogy a depresszió gyermekkorban megjelenhet irritábilis, vitakozós, veszekedős hangulat és viselkedés formájában).

Mondja el a gyermeknek és szülőnek egyaránt:

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

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

„Van-e kérdése/ed?”

- a kérdések megválaszolására során szorítkozzon a fent leírt információkra.

Mondja:

„Ahogy mondtam, a szűrés csak jelzés értékű. További információkat a kivizsgálást követően a gyermekpszichiáter tud adni.”

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

- Szuicid veszélyre van gyanú: (a gyermeknek vannak szuicid gondolatai, terve)

Mondja a gyermeknek:

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

- Adjon lehetőséget kérdésekre, de ne feledje, a szülőt mindenképpen értesítenie kell.

Mondja a szülőnek:

„(gyermek neve), arról beszélt nekem, hogy rossz gondolatok gyötrik, arra gondol, hogy bántsa magát, ölje meg magát. Gyermeke veszélyben van. Ezek a gondolatok általában gyermekkori hangulatzavar következtében alakulnak ki, mely gyermekpszichiátriai kivizsgálást és kezelést igényel. Ezt a problémát komolyan kell venni, ezért kérem, hogy vigye el gyermekét vizsgálatra, amilyen gyorsan csak tudja. Ennek megszervezésében számíthat a segítségemre.”

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

Terv felállítására az öngyilkossági veszély kivédésére:

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

Mániás állapotra van gyanú

Mondja el a gyermeknek és szülőnek egyaránt:

„A kitöltött teszt és a kialakult, markáns viselkedési problémák (nagyon jelentős változás a korábbi viselkedéshez képest) alapján felmerül a hangulatzavar gyanúja. Természetesen ez a néhány kérdés a kérdőívben nem ad diagnózist, de a jelzést komolyan kell venni. Kezeletlenül a gyermeke veszélybe kerülhet, mert a betegség következtében megváltozhat gondolkodása önmagával és külvilággal kapcsolatban. Csökkenhet veszélyérzete, túlságosan barátságos, túlságosan bizalmas lehet idegenekkel. Ezt a problémát komolyan kell venni, ezért kérem, hogy vigye el gyermekét vizsgálatra, amilyen gyorsan csak tudja. Ennek megszervezésében számíthat a segítségemre.”

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

A hangulatzavarok néhány fontos jellemzője:

Epizódokban zajlik, melyek lehetnek egyszeriesek, de visszatérőek is.

Epizódok formái: depressziós, mániás, hipomániás epizódok.

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

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

MDD: csak depressziós epizód/ok van/voltak.

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

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

Megjegyzés: a bipoláris betegek több napot töltenek depresszióban, mint mániában/hipomániában és gyakrabban kerülnek kezelésre depressziós epizód, mint mániás epizód miatt.

Funkciókárosodást okoznak a tünetek a családi, iskolai és baráti kapcsolatok terén.

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

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

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

- Depressziós epizód tünetei: depresszív/irritábilis hangulat, érdeklődés vagy öröm jelentős csökkenése, súlyváltozás (csökkenés vagy gyarapodás), inszomnia vagy hiperszomnia, pszichomotoros agitáció vagy gátoltság, fáradtság vagy anergia, értéktelenség érzés vagy túlzott inadekvát önvádolás, büntudat, csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, döntésképtelenség, halállal kapcsolatos visszatérő gondolatok (nemcsak a haláltól való félelem) visszatérő öngyilkossági gondolatok, konkrét öngyilkossági terv és öngyilkossági kísérlet.
- Mániás epizód tünetei: Abnormálisan és tartósan emelkedett, expanszív vagy irritábilis hangulat, felfokozott önértékelés vagy grandiozitás. Csökkent alvásigény (pl.: kevesebb, mint 3 óra alvás után kipihentnek érzi magát), szokásosnál nagyobb beszédesség vagy folyamatos beszédkényszer, gondolatrohanás, lényegtelen külső ingerek túl könnyen magukra vonják a figyelmet, célirányos tevékenység fokozódása (társas, iskolai vagy szexuális aktivitás). Túlzott részvétel olyan tevékenységekben, melyek káros következmények nagy kockázatát hordozzák (pl.: mértéktelen vásárlás, ostoba üzleti befektetések, meggondolatlan szexuális viselkedés).
- Hipomániás epizód esetén a tünetek megegyeznek a Mániás epizód tüneteivel, csak annál sokkal enyhébbek. A NICE ajánlás (2017) az alapellátásában dolgozók tréningjét javasolja a szűrésre. A tréning fókuszában a magas rizikójú gyermekek és serdülők felismerése áll, így rizikót jelent a depresszióra: serdülő lányok, családi anamnézisben depresszió szerepel, bullying, fizikális, szexuális vagy érzelmi abúzus, komorbid betegségek jelenléte, alkohol és drog abúzus, aktuális vagy korai veszteségek az anamnézisben, többszörös rizikó, egyéb problémák, mint hajléktalanság, menekült státusz [35]. A kommunikációs készségek tréningje szintén szerepel a NICE ajánlások között, különös tekintettel az empátikus figyelem és aktív hallgatás elsajátítására, hogy az alapellátásban dolgozó szakemberek képesek legyenek elkülöníteni az akut és átmeneti szomorúságot és distresszt, -ami gyermekek és serdülők körében gyakori reakció egy nem kívánt eseményre-, a hangulatzavaroktól. Azok a gyermekek és serdülők, akiknél a közelmúltban súlyos életeseemények és veszteségek szerepelnek az anamnézisben pl.: közeli hozzátartozó halála, szülők válása, vagy szeparáció valamelyik szülőtől, vagy súlyos veszteség, nagy rizikóval rendelkeznek depresszióra (két vagy több negatív életeseemény jelenléte esetén) ajánlott, hogy az alapellátásban dolgozó kollégák irányítsák a gyermeket szakellátásba, hangsúlyozva a beszélgetés lehetőségét és fontosságát egy szakemberrel. Az átélt negatív eseményekről, különös tekintettel, ha felmerül az önsértés lehetősége. Ha a gyermek anamnézisében korábbi (közepes vagy súlyos) depressziós epizód szerepel és jelek vannak egy újabb epizód kialakulására, akkor feltétlenül a szakellátásba kell irányítani [35]. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság a gyermekpszichiátriai vizsgálat részeként javasolja az összes gyermek és serdülő évenkénti szűrését, ha visszatérő vagy súlyos depresszió szerepel az anamnézisben, ha szuicid rizikó van, valamint magas rizikó csoportba tartozók esetében [40].

A Hangulatzavarok DSM-5 szerinti részletes osztályozása

Epizódok

1. Depresszív epizód:

1.1. Az alábbi tünetek közül legalább 5 vagy több ugyanazon 2 hetes időszak során fennáll és ez változást jelent a korábbi funkcióhoz képest. A tünetek közül legalább az egyik (1) depressziós/irritábilis hangulat (18 éves korig a depressziós hangulattal egyértékű kritérium tünet) vagy az (2) érdeklődés, öröm elvesztése (kritérium tünetek, melyek jelenléte feltétlenül szükséges a diagnózishoz).

- **Depressziós/irritábilis hangulat** (kritérium tünet) a nap legnagyobb részében, szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelése alapján.
- **Az érdeklődés vagy örömjelentős csökkenése** (anhedonia) (kritérium tünet) a legtöbb tevékenységgel kapcsolatban, a nap legnagyobb részében csaknem mindennap.
- Jelentős testsúly csökkenés fogyókúra nélkül vagy testsúlygyarapodás. (pl.: a testsúly több mint 5%-át meghaladó változás 1 hónapon belül) vagy az étvágy jelentős változása csaknem mindennap. (Gyermekek esetében az elvárt testsúly gyarapodás elmaradása is tünetként értelmezendő).
- Inszomnia vagy hiperszomnia csaknem mindennap.
- Pszichomotoros agitáció vagy gátoltság csaknem mindennap (fontos, hogy ez mások által megfigyelhető és nemcsak szubjektív élménye a gyermeknek).
- Fáradtság vagy anergia csaknem mindennap.
- Értéktelenség érzés vagy túlzott, inadekvát önvádolás, büntudat (ami lehet téveszmés is) érzése csaknem mindennap (nem pusztán a betegség miatt érzett önvádolás vagy büntudat).
- Csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, döntésképtelenség csaknem mindennap (szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelése alapján).
- A halállal kapcsolatos visszatérő gondolatok (nemcsak a haláltól való félelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok, konkrét öngyilkossági terv és öngyilkossági kísérlet.

1.2. A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas-szociális, iskolai vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák.

1.3.A tünetek nem tulajdoníthatóak pszichoaktív szerhasználat vagy más általános egészségi állapot élettani hatásának.

Megjegyzés: A tünetek A-C-ig alkotják a depresszív epizódot. Depresszív epizód vagy epizódokból áll a Major Depresszív Zavar (MDD) és előfordulhatnak depresszív epizódok Bipoláris I. Zavarban, de ez utóbbinak diagnózisához nem szükséges.

Megjegyzés: jelentős veszteségek kapcsán is kialakulhat depresszív tünetképződés. Ebben az esetben a klinikus tapasztalata dönti el, hogy a veszteségre adott depressziós tüneteket elfogadja-e normál reakciónak vagy depresszív epizódnak értékeli. Erőteljes szomorúság, a veszteségen való rágódás, inszomnia, rossz étvágy vagy testsúlyvesztés a depresszív epizód irányába tolhatja a döntést.

1.4.A depresszív epizód nem magyarázható jobban szkizoaffektív zavarral, szkizofréniával, szkizofreniform zavarral, paranoid pszichotikus zavarral, egyéb meghatározott vagy nem meghatározott szkizofrénia spectrum ésmás pszichotikus zavarral.

1.5.Sosem állt fenn mániás vagy hipomániás epizód (nem érvényes, ha pszichoaktív szer vagy általános egészségi állapot következménye volt a mániás vagy hipomániás epizód).

2. Mániás epizód:

2.1. Abnormálisan és tartósan emelkedett, expanzív vagy irritábilis hangulat (kritérium tünet), mely abnormálisan vagy tartósan fokozott célirányos tevékenységgel jár együtt, legalább egy jól körülhatárolható 1 hetes időszak alatt, a nap legnagyobb részében, csaknem mindennap.

2.2. A fenti hangulati zavar vagy fokozott tevékenység ideje alatt az alábbi tünetek közül legalább 3 vagy több (4 amennyiben csak irritábilis hangulat van jelen) jelenléte, és a szokásos viselkedéshez képest jelentős változás észlelhető:

- Felfokozott önértékelés vagy grandiozitás.
- Csökkent alvásigény (pl.: kevesebb, mint 3 óra alvás után kipihentnek érzi magát).
- Szokásosnál nagyobb beszédesség vagy folyamatos beszédkénszer.
- Gondolatrohanás, gondolatlorlás szubjektív élménye.
- Disztraktibilitás vagy elterelhetőség, azaz lényegtelen külső ingerek túl könnyen magukra vonják a figyelmet.
- Célirányos tevékenység fokozódása (társas, iskolai vagy szexuális aktivitás) vagy pszichomotoros agitáltság (céltalan tevékenység).
- Túlzott részvétel olyan tevékenységekben, melyek káros következmények nagy kockázatát hordozzák (pl.: mértéktelen vásárlás, ostoba üzleti befektetések, meggondolatlan szexuális viselkedés).

2.3.A hangulatzavar elég súlyos ahhoz, hogy a társas-szociális és iskolai működést jelentősen károsítsa vagy kórházi felvételt tegyen szükségessé az önmagának vagy másoknak okozott ártalom megelőzésére vagy azért, mert pszichotikus jegyek állnak fenn.

2.4.A tünetek nem tulajdoníthatóak pszichoaktív szerhasználat vagy más általános egészségi állapot élettani hatásának.

Megjegyzés: Antidepresszív kezelés (gyógyszerrel vagy elektrokonvulzív terápiával) során kialakuló, majd a kezelés élettani hatásain túl is fennálló mániás epizód, elégséges bizonyíték a Bipoláris I diagnózis felállításához. Megjegyzés: A-D kritériumok alkotják a mániás epizódot. A Bipoláris I zavar felállításához elegendő egy mániás epizód előfordulása a gyermek egész élete során.

3. Hipomániás epizód:

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

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

4. Kevert epizód:

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

Egyéb jelölők, melyek az epizódok jellegzetességeit adják meg:

Epizód kezdete (ld. Fogalmak)

Részleges remisszió (ld. Fogalmak)

Teljes remisszió: (ld. Fogalmak)

Relapszus: (ld. Fogalmak)

Rekurrencia:(ld. Fogalmak)

Diagnózisok:

I. Depresszív zavarok: DSM-5 kód, (BNO-10 kód)

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

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

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

A hangulatzavar epizódok milyenségének és számának jelölése:

A DSM kód negyedik, jegye a depressziós és mániásepizódok számát jelenti: 2 = egyszeri depressziós, 3 = ismétlődő depressziós, 4 = bipoláris I. zavar legutóbbi epizód mániás, 5 = bipoláris I. zavar, legutóbbi epizód depressziós.

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

A depressziós epizódok súlyosságának kódolása:

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

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

A lefolyás alapján a visszatérő Major Depresszióknak 4 típusát különböztetjük meg:

1. Az epizódok között teljes remisszió van, nem volt az epizódot megelőzően disztímia. Ebben az esetben a legjobb a betegség prognózisa.
2. Az epizódok között csak részleges remisszió van. Ez a súlyosságtól függően pszicho-vagy farmakoterápiát igényel.
3. A depressziós epizód disztímiára rakódik, tehát a disztímia minden ismerve érvényesül legalább egy éven keresztül az epizódot megelőzően és teljes remisszió van az epizódok között (ritka forma). Ez a súlyosságtól függően pszicho-vagy farmakoterápiát igényel.
4. Részleges remisszió van a depressziós epizódok között, melyek korábban meglévő disztímiára rakódnak. Ezt gyakran nevezik "dupla depresszióknak".

Szintén keresztmetszeti jellemző a depressziós epizód jellege, mely lehet

1. Szorongással: legalább kettő jelen van a depressziós epizód vagy disztímia ideje alatt: izgatottság, feszültség, nyugtalanság érzés, koncentrációs nehézség kifejezetten az aggodalom miatt, félelem, hogy valami rettenetes történik, önuralom elvesztésétől való félelem;
2. Kevert jegyekkel: legalább 3 mániás vagy hipomániás tünet a depressziós epizód csaknem minden napján;
3. Melankóliás jegyekkel: a következők közül legalább az egyik jelen van a depressziós epizód legsúlyosabb időszakában: a) öröm elvesztése szinte mindennel kapcsolatban és/vagy b) reaktivitás hiánya örömteli eseményekkel kapcsolatban (semmi nem vált ki örömezt) és legalább három tünet az alábbiak közül: a) jellegzetesen eltérő depresszív hangulat (más az általában érzett szomorúságnál), csüggedtség, reménytelenség,

hangulati üresség, b) a depressziós hangulat reggel rosszabb, c) kora reggeli felébredés legalább 2 órával hamarabb a szokásosnál, d) erős pszichomotoros agitáció vagy gátoltság, e) jelentősétvágytalanság vagy testsúlyvesztés, f) túlzott, inadekvát büntudat;

4. Atípusos jegyekkel: hangulati reaktivitás jelen van és a továbbiak közül legalább 2 tünet: a) étvágynövekedés, b) súlygyarapodás, c) hiperszomnia, d) ólmos fáradtság, e) interperszonális visszautasítással szembeni túlérzékenység, mely nem korlátozódik csak a hangulatzavar időszakára;

5. Hangulattal kongruens pszichotikus jegyekkel: valamennyi téveszme és hallucináció tartalma megfelel a tipikus depressziós inadekvát önvádolás, büntudat, alacsony önértékelés tematikájának;

6. Hangulattal inkongruens pszichotikus jegyekkel: téveszme és hallucináció tartalma nem felel meg a tipikus depressziós inadekvát önvádolás, büntudat, alacsony önértékelés tematikájának;

7. Katatóniával: a következő tünetek közül legalább három jelen van az epizód legnagyobb része alatt: a) stupor, b) katalipszia, c) viaszhajlékonyosság, d) mutizmus, e) negativizmus, f) pózolás, g) manierizmus, h) sztereotípiák, i) agitáció, j) grimaszolás, k) echolalia, g) echopraxia;

8. Szülés körüli (peripartum) kezdettel: az epizód tünetei terhességet vagy szülést követő négy héten belül kezdődnek;

9. Szezonális mintázattal: visszatérő epizódok, melyek indulása az év egy adott időszakához (ősz, tél) kapcsolódnak.

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

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

1.2.1. Depressziós/irritábilis hangulat a nap legnagyobb részében szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelése alapján, legalább 1 éven keresztül a legtöbb napon, több napon van jelen, mint nem, a nap legnagyobb részében.

„A” Az alábbi tünetek közül a depressziós/irritábilis hangulat ideje alatt legalább 2 vagy több jelen van.

- Rossz étvágy vagy túlzott evés.
- Inszomnia vagy hiperszomnia.
- Csökkent energia vagy fáradtság.
- Alacsony önértékelés.
- Koncentrációs nehézség vagy döntésképtelenség.
- Reménytelenség.

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

1.2.3. Sosem állt fenn mániás vagy hipomániás epizód és sosem teljesültek a ciklotímiás zavar kritériumai.

1.2.4. A zavar nem magyarázható jobban szkizoaffektív zavarral, szkizofréniával, szkizofreniform zavarral, paranoid pszichotikus zavarral, egyéb meghatározott vagy nem meghatározott szkizofrenia spektrum és más pszichotikus zavarral.

1.2.5. A tünetek nem tulajdoníthatóak pszichoaktív szerhasználat vagy más általános egészségi állapot élettani hatásának.

1.2.6. A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas-szociális, iskolai vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák.

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

1.3. Diszruptív hangulatszabályozási zavar (DMDD) 296.99 (F34.8)

- Súlyos, ismétlődő hangulatkitörések szóban és vagy viselkedésben, melyek intenzitása nincs arányban a kiváltó helyzettel.
- A hangulatkitörések legalább heti 3 alkalommal jelentkeznek.
- A hangulatkitörések között szinte mindennap, a nap legnagyobb részében irritált vagy dühös a hangulat és ezt mások is észlelik.
- A fenti viselkedés 3 területből (iskolában, kortárskapcsolatok és család) legalább kettőben jelen van, és legalább az egyikben súlyos fokú.
- A tünetek 10 éves kor előtt indulnak.
- Megjegyzés: a diagnózis nem állítható fel együtt Oppozíciós zavarral, Intermittáló explozív zavarral és Bipoláris zavarral. Ha Oppozíciós zavarral együtt áll fenn, csak a DMDD diagnózist adjuk. A diagnózis fennállhat MDD, ADHD, Viselkedészavar és Szerhasználati zavarral együtt.

1.3.1. Premenstruális diszfóriás zavar 625.4 (N94.3)

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

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

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

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

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

1.3.4. Egyéb meghatározott depresszív zavar 311 (F32.8)

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

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

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

II. Bipoláris zavarok

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

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

Kódolás: DSM-5 (a DSM kód negyedik jegye 4 = bipoláris mániás/hipomániás epizód, 5 = bipoláris depresszív epizód, ötödik jegye az aktuális epizód súlyosságát jelenti: 1 = enyhe, 2 = mérsékelt súlyos, 3 = súlyos nem pszichotikus, 4 = súlyos, pszichotikus jegyekkel, 5 = részleges remisszióban, 6 = teljes remisszióban, 0 = nem meghatározott) (Magyarázat: számok jelentése: DSM-5 súlyossági besorolása) A bipoláris I. zavarok kódolását a 3. táblázat mutatja.

2. Bipoláris II zavar 296.89 (F31.81)

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

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

3. Ciklotímiás zavar 301.13 (F34.0)

3.1. Legalább 1 éven át számos olyan hipomániás és depressziós tünetekkel jellemezhető időszak állt fenn, melyek során nem teljesülnek egyik epizód kritériumai sem.

3.2. Az léves időszak alatt a hipomániás és depresszív időszakok legalább az idő felében fennálltak és nem volt 2 egybefüggő hónapnál hosszabb tünetmentes időszak.

3.3. A major depresszív, mániás vagy hipomániás epizód kritériumai soha nem teljesültek.

3.4. Az „A” kritérium tünetei nem magyarázhatók jobban szkizoaffektív zavarral, szkizofréniával, szkizofreniform zavarral, paranoid pszichotikus zavarral vagy egyéb meghatározott vagy nem meghatározott szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarral.

3.5. A tünetek nem tulajdoníthatóak pszichoaktív szerhasználat vagy más általános egészségi állapot élettani hatásának.

3.6. A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas-szociális, iskolai vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák.

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

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

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

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

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

Bipoláris és kapcsolódó zavarra jellemző klinikai kép jelentős funkcionális károsodással társul, azonban egyetlen bipoláris és kapcsolódó zavarok csoportba tartozó diagnózis kritériumai sem teljesülnek. A klinikus megadja a

konkrét okot, amiért nem tudnak teljesülni egy konkrét zavar kritériumai. Pl.: rövidebb ideig állnak fenn a tünetek, mint 4 nap, nincs elegendő számú tünet.

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

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

A Bipoláris Zavar MNO differenciál diagnosztikája

Tekintettel arra, hogy a Bipoláris Zavar MNO DSM-5 kritériumai nagyon tágak, a következő megfontolások ajánlottak a Fiatalakori Bipoláris Zavar Lefolyása és Kimenetele tanulmány („Course and Outcome for Bipolar Youth study” COBY, 2009) (Birmaher és mtsa-i, 2009) ajánlása alapján. Ha a diagnózis Bipoláris zavar MNO, tehát nincsenek meg sem a Bipoláris I, sem a Bipoláris II zavar kritériumai, de egyértelműen és jól körülhatároltan azonosítható abnormálisan emelkedett hangulat vagy irritábilis hangulati időszak, akkor a betegség hosszútávú követése ajánlott. Bipoláris Zavar MNO diagnózisa következő esetekben javasolt:

1. ha a kötelező tünet mellett plusz 2 (irritábilis hangulat esetén 3) mániás tünet van jelen,
2. ha jelentős a funkcionális károsodás mértéke,
3. ha a hangulati és egyéb tünetek legalább 4 órán át fennállnak 24 óra alatt és
4. ha a hangulati és egyéb tünetek és a funkcionális változás/károsodás legalább 4 napon (nem egymást követő) megjelent a beteg élete során, vagy két 2 napos időszakban, vagy négy 1 napos időszak során (Axelson és mtsa-i, 2011, Birmaher & Axelson, 2005).

Amikor depresszív és hipomániás tünetek vannak jelen gyors váltásokkal és hosszú a betegség lefolyása, de egyik hangulati epizód kritériumai sem teljesülnek a Bipoláris zavar MNO helyett a Ciklotímia diagnózisa megfontolandó (APA, 2000).

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Rövidített Gyermekdepresszió Kérdőív (CDI/GYD-R)

Emlékezz, hogyan érezted magad az utóbbi két hétben. Csak egy választ jelölj meg minden kérdéscsoportnál.

<p>#1</p> <p>1.0 <input type="checkbox"/> Néha szomorú vagyok</p> <p>1.1 <input type="checkbox"/> Gyakran vagyok szomorú</p> <p>1.2 <input type="checkbox"/> Mindig szomorú vagyok</p>	<p>#6</p> <p>6.0 <input type="checkbox"/> Mindig felbosszant valami</p> <p>6.1 <input type="checkbox"/> Gyakran felbosszantanak</p> <p>6.2 <input type="checkbox"/> Csak néha vagyok bosszús</p>
<p>#2</p> <p>2.0 <input type="checkbox"/> Nekem semmi sem sikerül</p> <p>2.1 <input type="checkbox"/> Sosem vagyok biztos abban, hogy a dolgom hogyan sikerülnek</p> <p>2.2 <input type="checkbox"/> Amit csinállok, az jól sikerül</p>	<p>#7</p> <p>7.0 <input type="checkbox"/> Jól nézek ki</p> <p>7.1 <input type="checkbox"/> Vannak dolgok, amik zavarnak a külsőmben</p> <p>7.2 <input type="checkbox"/> Csúnya vagyok</p>
<p>#3</p> <p>3.0 <input type="checkbox"/> Mindent jól csinállok</p> <p>3.1 <input type="checkbox"/> Sok mindent rosszul csinállok</p> <p>3.2 <input type="checkbox"/> Mindent rosszul csinállok</p>	<p>#8</p> <p>8.0 <input type="checkbox"/> Nem vagyok magányos</p> <p>8.1 <input type="checkbox"/> Gyakran magányosnak érzem magam</p> <p>8.2 <input type="checkbox"/> Mindig magányosnak érzem magam</p>
<p>#4</p> <p>4.0 <input type="checkbox"/> Gyűlölöm magam</p> <p>4.1 <input type="checkbox"/> Nem szeretem magam</p> <p>4.2 <input type="checkbox"/> Elégedett vagyok magammal</p>	<p>#9</p> <p>9.0 <input type="checkbox"/> Sok barátom (barátnóm) van</p> <p>9.1 <input type="checkbox"/> Van néhány barátom (barátnóm) de többet szeretnék</p> <p>9.2 <input type="checkbox"/> Egyetlen barátom sincs</p>
<p>#5</p> <p>5.0 <input type="checkbox"/> Mindig sírhatnékem van</p> <p>5.1 <input type="checkbox"/> Gyakran van sírhatnékem</p> <p>5.2 <input type="checkbox"/> Néha van csak sírhatnékem</p>	<p>#10</p> <p>10.0 <input type="checkbox"/> Senki sem szeret igazán</p> <p>10.1 <input type="checkbox"/> Nem vagyok biztos, hogy szeret-e valaki igazán</p> <p>10.2 <input type="checkbox"/> Biztos vagyok benne, hogy van aki szeret engem</p>

Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ kérőív)

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

Rövid verzió a nehézségek hatásának vizsgálata nélkül

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

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

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

Forrás: BNO10, DSM-5

2. sz. táblázat: Bipoláris I. zavarok DSM-5/BNO10 szerinti kódolása

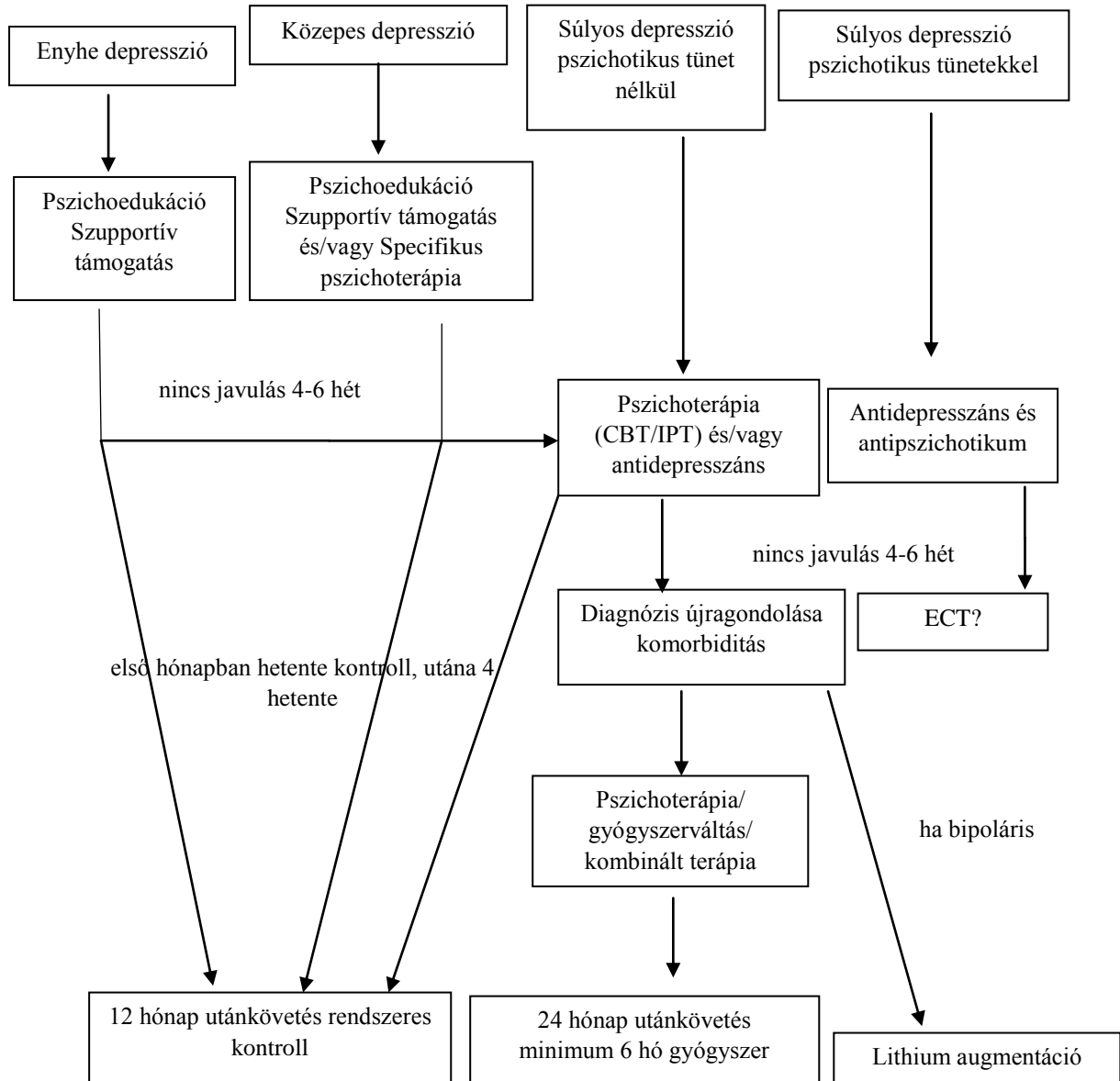
Bipoláris zavar	Jelenlegi v. legutóbbi epizód MÁNIÁS		Jelenlegi v. legutóbbi epizód HIPOMÁNIÁS		Jelenlegi v. legutóbbi epizód DEPRESSZIÓS	
	DSM-5	BNO-10	DSM-5	BNO-10	DSM-5	BNO-10
ENYHE	296.41	F31.11	N.A.		296.51	F31.31
MÉRSÉKELT	296.42	F31.12	N.A.		296.52	F31.32
SÚLYOS	296.43	F31.13	N.A.		296.53	F31.4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

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

Forrás: BNO10, DSM-5

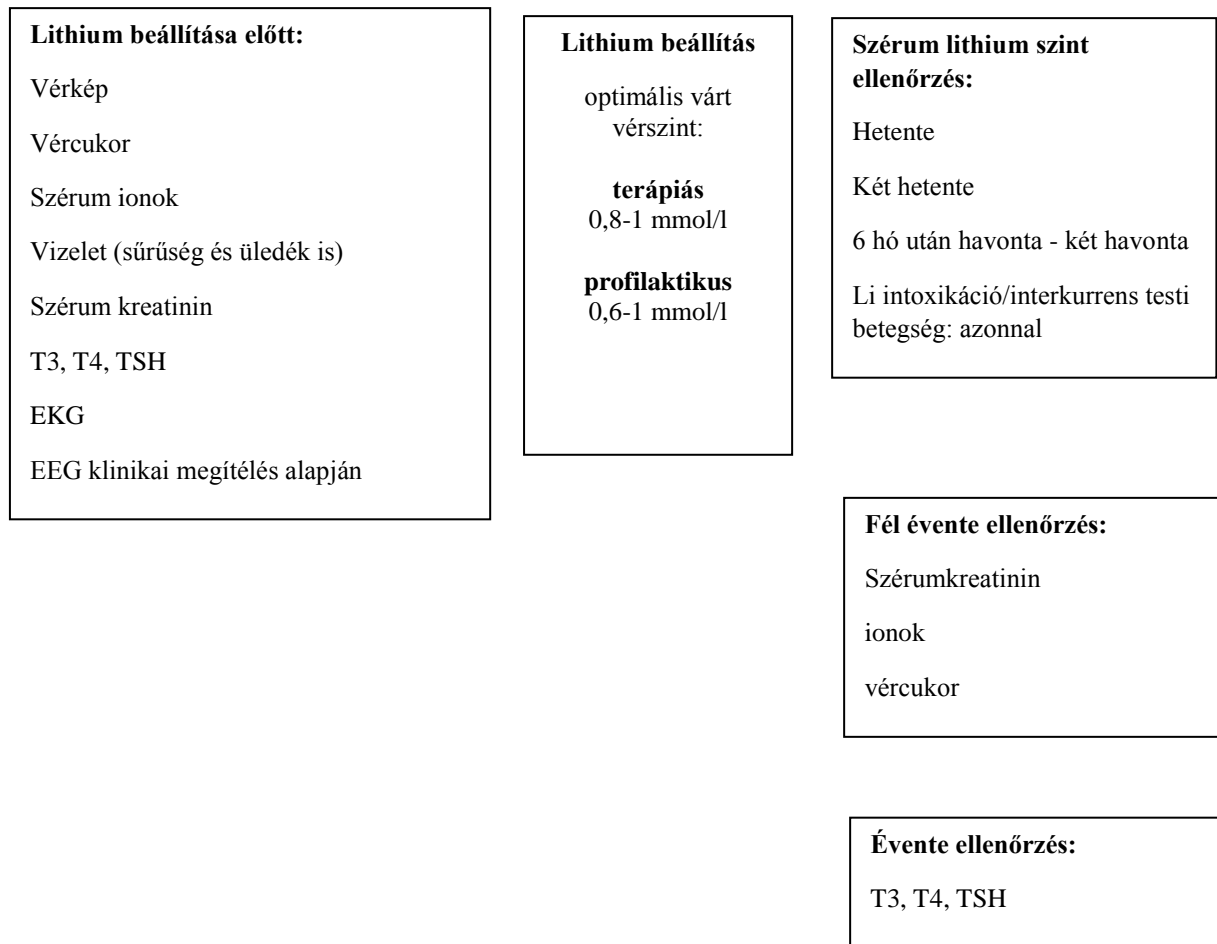
1.4. Algoritmusok:

1. sz. ábra: A depresszió terápiás folyamata



Forrás: Kiss Enikő, Máté Mónika

2. sz. ábra A lítium terápia előtt és alatt elvégzendő laboratóriumi vizsgálatok



Forrás: APA2002, NICE2006, Goodwin és Jamison 2007, Rihmer és Pestalicy 2009, EMMI 2014.

1.5. Egyéb dokumentumok:

Kérelem indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére

Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet Kelt:, 20.....
1372 Budapest 5, Pf. 450.
Fax: (1) 886-9460

KÉRELEM INDIKÁCIÓN TÚLI GYÓGYSZERRENDELÉS ENGEDÉLYEZÉSÉRE

Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet 2/A. §-ában foglaltaknak megfelelően kérem az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézettől indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezését az alábbiak szerint

- sürgősséggel (amit külön mellékletben indokolok)
- a szokásos eljárási rendben

A kérelmező orvos adatai

A kérelmet előterjesztő kezelőorvos neve:

Munkahelye:

Szakorvosi képesítése:

A beteg adatai

A beteg neve:

Születési ideje:

TAJ száma:

Betegsége:

Nyilatkozattételre jogosult személy neve:

A gyógyszer adatai

A gyógyszer neve:

Hatóanyaga(i):

Hatáserőssége:

Gyógyszerformája:

Kiszerezése:

A forgalomba hozatali engedély jogosultja:

A gyógyszer forgalomban van (megjelölendő):

- Magyarországon (ha nem, akkor)
- az Európai Gazdasági Térség tagállamában, például:
- (ha nem, akkor)
- más országban, éspedig:

Az indikáción túli gyógyszerrendelés adatai

Az engedélyezni kért javallat:

Első ízben az adott beteg esetében az addig alkalmazott kezelés és annak indoklása, hogy az miért nem volt eredményes:

A gyógyszer tervezett adagolása:

A kezelés várható időtartama:

- folyamatos
- meghatározható, éspedig:

E kérelemhez csatolom:

nyilatkozatomat, ami szerint vállalom, hogy a kezelés lezárultakor, valamint folyamatos kezelés esetén az OGYÉI által meghatározott időközönként az OGYÉI-nek részletes, kiértékelhető jelentést küldök a beteg állapotáról, a kezeléssel, annak eredményéről, valamint az esetleges mellékhatásokról

a beteg (illetve a nyilatkozattételre jogosult személy) nyilatkozatát, hogy hozzájárul a gyógyszer indikáción túli alkalmazásához

.....

kérelmező kezelőorvos

P. H.