Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv -

A gyermekkori szorongásos zavarok ellátásáról

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002088
Megjelenés dátuma:	2019. szeptember 10.
Érvényesség időtartama:	2019. szeptember 10. - 2022. augusztus 15.
Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárság
Megjelenés helye:	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	http://kollegium.aeek.hu

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK 3
II. ELŐSZÓ 4
III. HATÓKÖR 4
IV. MEGHATÁROZÁSOK 5
1. Fogalmak 5
2. Rövidítések 5
3. Bizonyítékok szintjei 6
4. Az ajánlások rangsorolása 7
V. BEVEZETÉS 7
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása 7
2. Felhasználói célcsoport 7
3. Kapcsolat hivatalos hazai és külföldi irányelvekkel 7
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE 9
VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ 22
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban 22
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája 23
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok 24
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE 24
IX. IRODALOM 24
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE 29
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja 29
2. Irodalomkeresés, szelekció 29
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja 29
4. Ajánlások kialakításának módszere 29
5. Véleményezés módszere 30
6. Független szakértői véleményezés módszere 30
XI. MELLÉKLET 30
1. Alkalmazást segítő dokumentumok 30

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Gyermek pszichiátria és addiktológiaTagozat
Dr. Pászthy Bea PhD gyermekpszichiáter, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértők:
Dr. Kiss Enikő Phd pszichiáter, gyermekpszichiáter szakorvos, társszerző

Dr. Baji Ildikó Phd pszichiáter, gyermekpszichiáter szakorvos, társszerző

Dr. Kaczvinszky Emília gyermekorvos, gyermekpszichiáter szakorvos, társszerző

Németh Laura klinikai szakpszichológus, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Csecsemő és gyermekgyógyászat Tagozat
Prof. Dr. Balla György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

2. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat
Dr. Póta György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

3. Háziorvostan Tagozat
Dr. Szabó János háziorvos, tagozatvezető, véleményező

4. Pszichiátria és pszichoterápia Tagozat
Dr. Németh Attila pszichiáter, tagozatvezető, véleményező

5. Védőnői Tagozat
Bábiné Szottfried 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 egyetértenek."

Az irányelv fejlesztés egyéb szereplői:

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Magyar Gyermek és Ifúságpszichiátriai és Társult Szakmák Társasága (MAGYIPETT)
Dr. Páli Eszter gyermekpszichiáter, elnök

Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT)
Dr. Molnár Károly pszichiáter, elnök

Magyar Gyermekorvosok Társasága
Dr. Velkey György csecsemő- és gyermekgyógyász, elnök

Független szakértő(k):
Dr. Vajer Péter Phd egyetemi adjunktus

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 sajátságainak 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 szorongásos zavarok
Ellátási folyamat szakasza(i):	szűrés, diagnosztika, terápia, gondozás, prevenció
Érintett ellátottak köre:	szorongásos zavarban szenvedő gyermekek és serdülők
Érintett ellátók köre: **Szakterület**:	0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat 0511 gyermekneurológia 1805 pszichoterápia 2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria 2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció 6301 háziorvosi ellátás 6302 házi gyermekorvosi ellátás 6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás 6306 iskola- és ifjúságorvoslás 7202 gyógypedagógia (és annak szakágai) 7901 területi védőnői ellátás 7902 iskolai védőnői ellátás
Ellátási forma:	J1 járóbeteg-szakellátás, szakrendelés J7 járóbeteg-szakellátás, gondozás F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás F4 fekvőbeteg-szakellátás, rehabilitációs ellátás A1 alapellátás, alapellátás E1 egyéb szolgáltatás, bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézményben szervezett egészségügyi ellátás E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások”
Progresszivitási szint:	I-II-III. szint.
Egyéb specifikáció:	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

Deperszonalizáció: a saját személyiségre vonatkozó tudat zavara, egyes testrészek idegennek érzése. Az ilyen tudatzavarban szenvedő beteg úgy érezheti, mintha saját életének a kívülálló megfigyelője lenne.
Derealizáció: a valóság elvesztésének az érzése.
Deszenzitizáció: a beteget olyan helyzeteknek tesszük ki ismételten, amelyek számára szorongást okoznak, de a mindennapi életben szükségszerűen előfordulnak (pl. utazás buszon). Alapelve a fokozatosság betartása.
Expozíció: szorongáskeltő ingerek megjelenítése és a velük történő konfrontálódás.
Gondolatstop: kényszerbetegség kognitív-viselkedésterápiájában alkalmazott módszer, amikor a gondolat felbukkanásakor a kliens "állj, stop, tovább" utasítást ad magának.
Habituációs tréning: kényszerbetegség kognitív-viselkedésterápiájában alkalmazott módszer, melynek lényege, hogy a kényszergondolatot a páciens előre meghatározott időben idézi fel és leírja vagy lerajzolja, akár ismételten is.
Hipervigilancia: fokozott figyelem, fokozott készenléti állapot.
Ingerelárasztásos módszer (flooding): viselkedésterápiás eljárás, melynek során a beteget a számára legintenzívebb szorongásos helyzetnek teszik ki, ahonnan nem tud kimenekülni. Előre egyeztetni kell a beteggel, és a terapeutának részt kell vennie a helyzetben.
In sensu expozíció: a szorongást keltő helyzettel képzeletben történő konfrontálódás (pl. képek, imaginációk).
Interoceptív expozíció: olyan testi, interoceptív élményekkel való szembesülés, amelyek téves értelmezése jelentős szerepet játszhat a pánikrosszullétek kialakulásában.
In vivo expozíció: a szorongást keltő helyzettel élőben történő konfrontálódás.
Kiterjesztett kényszer: a gyermek a szülőt is bevonja a kényszereibe (pl. a szülőnek kell helyette nyitogatni a csapot).
Prevalencia: előfordulási gyakoriság.
Relapszus: visszaesés.
Stigmatizáció: megbélyegzés, negatív tulajdonságot tulajdonít valakinek.
Trigger tényező: kiváltó tényező.
Túlceremonizálás: kényszerbetegség kognitív-viselkedésterápiájában alkalmazott módszer a kényszerválasz módosítására. A szükségesnek érzett számú ismétlésnél jóval több ismétlést írunk elő, melyet a kliens végül ellenszenvesnek érez már.
Válaszmegelőzés: a kényszerbeteget szorongáskeltő helyzetnek teszik ki, majd meggátolják kényszeres szertartásainak elvégzésében.

2. Rövidítések

AACAP: American Association of Child and Adolescent Psychiatry - Gyermek és Serdülőpszichiátria Amerikai Társasága
ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder - Figyelem hiány/Hiperaktív-figyelemzavar
AIP modell: Adaptive Information Processing modell - Adaptív információ feldolgozás modell
BNO 10: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, verzió 10
BRAVE: Body signs, Relaxation, Active helpful thoughts, Victory over fears, Enjoy - Testi jelek, relaxáció, segítő gondolatok aktivizálása, győzelem a félelmek felett, Élvezd! Jutalmazd meg magadat! Online interaktív program a gyermek- és serdülőkori szorongás megelőzésére
CAMS: Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study - Gyermek/serdülő szorongás multimodális tanulmány
CBCL: Child Behavior Questionnaire - Gyermekviselkedési Kérdőív
CGI: Clinical Global Impression - Klinikai globális benyomás
cKVT: computerizált Kognitív Viselkedés Terápia
CY-BOCS: Yale-Brown kényszerkérdőív
DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual - Diagnosztikai és statisztikai kézikönyv verzió 5
EBM: Evidence Based Medicine - Bizonyítékon alapuló orvoslás

EKG: Elektrokardiogramm
EMDR: Eye Movement Desenzitization and Reprocessing - Szemmozgással történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás
ERP: Exposure and Response Prevention - Expozíción és válaszmegelőzésen alapuló terápia
FDA: Food and Drug Administration - Élelmiszerbiztonsági és Gyógyszerészeti Hivatal
GABA: Gamma-aminovajsav
GAD: Generalized Anxiety Disorder - Generalizált szorongásos zavar
ISCA-D: Interview Schedule for Children and Adolescents - Diagnostic Version Gyermek és Serdülő Interjú - Diagnosztikus Változat
K-SADS: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Gyermek Interjú Affektív Zavarok és Skizofrénia vizsgálatára
KVT: Kognitív Viselkedés Terápia
MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy - Mindfullness alapú kognitív terápia
MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction - Mindfullness alapú stressz csökkentés
MDD: Major Depressiv Disorder - Nagy Depressziós Rendellenesség
OCD: Obsessive-Compulsive Disorder - Kényszeres zavar
POTS: Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study - Gyermekkori kényszerbetegség kezelési tanulmány
PTSD: Post Traumatic Stress Disorder - Post traumás stressz zavar
RCT: Randomized Clinical Trial - Randomizált klinikai vizsgálat
SCARED: Screen for Child Anxiety Related Disorders - Gyermek Szorongásos Zavarok Szűrő Kérdőíve
SCAS: Spence Children's Anxiety Scale - Spence Gyermek Szorongás Kérdőív
SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire - Képességek és Nehézségek Kérdőív
SEYLE tanulmány: Saving and Empowering Young Lives in Europe - Fiatal életek megmentése és megerősítése Európában
SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network - Skót szakmaközi útmutató hálózat
SNRI: Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor - Szerotonin norepinefrin visszavétel gátló gyógyszer
SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor - Szelektív szerotonin újrafelvétel gátló gyógyszer
STAI: Spielberger teszt
TAU: Therapy as Usual - Szokásos terápia
TCA: Triciklikus antidepresszáns
TF-KVT: Trauma Fókuszált - Kognitív Viselkedés Terápia
5-HT1A receptor: 5 hidroxitriptamin receptor, szerotonin receptor

3. Bizonyítékok szintjei [1]

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

Megjegyzés:
++ Az adott tanulmány értékeléskor az alkalmazott kérdőív szinte valamennyi kritériumának megfelelt, vagy a nem megfelelő elemek nem befolyásolták lényegesen a tanulmány következtetéseit.

\+ A kritikus értékelő kérdőív néhány kritériumának nem felelt meg a tanulmány, és a vizsgált kritériumnak nem megfelelő, hiányzó, vagy hiányosan kifejtett elemek nem valószínű, hogy befolyásolták a következtetéseket.
– A tanulmány csak kevés, vagy egyetlen kritériumnak sem felelt meg, és a nem megfelelő, hiányzó, vagy hiányosan kifejtett elemek nagy valószínűséggel befolyásolták a következtetéseket. A „–” jelzéssel rendelkező bizonyítékokat sohasem szabad ajánlás kialakítására felhasználni!

4. Az ajánlások rangsorolása [1]
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

Retrospektív és prospektív tanulmányok alapján a szorongásos zavarok a leggyakoribb [2] és egyben a legkorábban kezdődő pszichopathológiai problémák [3, 4], melyek jelentős fejlődési, pszichoszociális és pszichopatológiai eltérést okozhatnak. Epidemiológiai vizsgálatok kimutatták, hogy a gyermekkori szorongásos zavar élettartam prevaleciája 15% és 20% között van [4]. Egy meta-analízis, mely a gyermek- és serdülőkori mentális zavarok prevalenciáját vizsgálta a világ összes országában, bármely mentális zavar gyakoriságát 13.4%-nak, bármely szorongásos zavar gyakoriságát 6.5%-nak találta [2]. Európai serdülőket vizsgáló SEYLE tanulmány 11 országban 11109 fiatalt vizsgálva a szorongásos zavarok prevalenciáját 5.8%-nak írta le, míg a diagnosztikus küszöb alatti szorongásos tünetek gyakoriságát 32%-ra tette [5]. Lányok esetében magasabb a szorongásos tünetek megjelenésének az esélye [3, 4, 5], ez főleg a specifikus fóbia, pánik zavar, agorafóbia és szeparációs szorongás esetében jellemző [6].

Magyarországi adatok a szorongásos zavarok gyakoriságáról a gyermek és serdülő populációban nem állnak rendelkezésre. Csorba és mtsai [7] 5 megyére kiterjedő kutatása alapján a szorongásos tünetek miatt ellátásra jelentkező serdülők (14-18 éves korosztály) között a generalizált szorongásos zavar gyakorisága volt a legmagasabb (15.5%), ezt követte a szociális fóbia (13.6%) és a pánikzavar (10.2%).

A gyermekkori szorongásos zavarok serdülőkorra is áthúzódhatnak, sőt akár felnőttkorban is jelen lehetnek. A lefolyás krónikus és állandó problémát okozhat. Utánkövetéses vizsgálatok megállapították, hogy a gyermekkori szorongásos zavarok felnőttkorban gyakran járnak a szociális, családi vagy tanulmányi életterület funkcionális károsodásával [6], valamint az általános egészségi állapot romlásával [3]. Ugyanakkor a felnőttkori szorongásos és hangulatzavarok gyakran gyermekkorban kezdődnek [8].

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

2. Felhasználói célcsoport

Az irányelv útmutató kíván lenni a gyermekkori szorongásos betegségek diagnosztizálásában és kezelésében résztvevő szakmák (háziorvosok, házi gyermekorvosok, gyermekorvosok, 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 szorongásos 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 hivatalos hazai és külföldi irányelvekkel

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

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP Official Action) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:2 https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)61838-4/abstract
Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP Official Action) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012;51:1 https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(11)00882-3/abstract
Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP Official Action) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorders J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010;49:4 https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(10)00082-1/abstract
Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults: Management - https://www.nice.org.uk/guidance/cg113 last updates: Jan 2011
Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Obsessive-compulsive Disorder and Body dysmorphic Disorder: Treatment. - https://www.nice.org.uk/guidance/cg31 last updates: Nov 2005
Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Posttraumatic Stress Disorder: Management - https://www.nice.org.uk/guidance/cg26 last updates: March 2005
Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment - https://www.nice.org.uk/guidance/cg159 last updates: November 2005
Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:**	Lorrin M. Koran, M.D., Chair Gregory L. Hanna, M.D. Eric Hollander, M.D. Gerald Nestadt, M.D. Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder -

Elérhetőség:	https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf last updated July 2007
Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	Murray B. Stein, M.D., M.P.H., Chair Marcia K. Goin, M.D., Ph.D. Mark H. Pollack, M.D. Peter Roy-Byrne, M.D. Jitender Sareen, M.D. Naomi M. Simon, M.D., M.Sc. Laura Campbell-Sills, Ph.D., consultant American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder - https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf last updated: Jan 2009
Szerző(k): **Tudományos szervezet:** **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	Robert J. Ursano, M.D., Chair Carl Bell, M.D. Spencer Eth, M.D. Matthew Friedman, M.D., Ph.D. Ann Norwood, M.D. Betty Pfefferbaum, M.D., J.D. Robert S. Pynoos, M.D. Douglas F. Zatzick, M.D. David M. Benedek, M.D., Consultant American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. - https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf last updated: Nov 2004

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvvel áll kapcsolatban.

Azonosító:	002039
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv - A pánikbeteségről
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, 2017. 10. 04.-2020.10.04.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Ajánlás1

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

Tekintettel a szorongásos zavarok gyakoriságára, minden gyermekpszichiátriai vizsgálat során javasolt a szorongásos tünetek vizsgálata. A szűrőkérdéseket az aktuális diagnosztikus kritériumrendszer alapján kell feltenni (DSM-5 és/vagy BNO-10) [6] a vizsgált gyermek életkorának megfelelő formában [3]. 8 éves életkor felett önkitöltős kérdőívek használata javasolt [3, 4, 6]. Magyar nyelven elérhető, validált kérdőív a serdülők számára a Spielberger Állapot és Vonás Szorongás teszt [9, 10]. Gyermekek és serdülők pszichés és viselkedési problémáit felmérő szülői kérdőívek a Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL) [11, 12] és a Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ) [13, 14, 15]. Mindkét kérdőív tartalmaz érzelmi zavarokra utaló kérdéseket, melyek internalizáló, szorongásos, visszahúzódásos alskálákban jelzik a probléma meglétét. További szorongásos zavarokra specifikus, ingyen elérhető és letölthető kérdőívek: SCARED (http://www.midss.org/content/screen-child-anxiety-related-disorders-scared) és Spence Gyermek Szorongásos Skála (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (https://www.scaswebsite.com/), melyeknek jelenleg nincs validált magyar fordítása. A vizsgálat során mind a gyermek/serdülő, mind a szülő véleményét javasolt megkérdezni [2, 3, 4, 6].

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

A rutin szűrés során fontos rákérdezni, hogy a fiatal átélt-e traumát (például bántalmazást, balesetet) a szorongásos tünetek megjelenését megelőzően. Ha történt ilyen esemény, a gyermektől meg kell kérdezni a PTSD tüneteit is [16]. Léteznek specifikus önkitöltős kérdőívek a traumát követő szorongás tüneteire (pl. Impact of Event Scale [17]), de magyar validált kérdőív nem áll rendelkezésre. Fontos a szűrés során a kényszeres tünetekre is rákérdezni (gondolat és/vagy cselekvés). A Yale-Brown kényszer kérdőív (CY-BOCS) jól használható és magyarul is elérhető, bár magyar populáción nem történt validálása [18, 19].

Ajánlás2

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 gyermek vizsgálata, megkérdezése minden esetben és minden életkorban javasolt. Amennyiben az általános szűrés során valamely szorongásos zavar tüneteire van gyanú, az adott zavar jellemzőit a gyermek életkorának megfelelően megfogalmazott kérdésekkel mérjük fel. A szorongásos tünetek esetében a DSM-5 megjegyzi, hogy a fiatalok nem feltétlenül ismerik fel a szorongás túlzott jellegét, a BNO-10 kritérium rendszerében viszont hangsúlyozott a szokatlan jelleg. A funkciókárosodásnak minden esetben jelen kell lennie a szorongásos diagnózis felállításához [20]. 8 év alatti gyermekek esetében nem javasolt az önkitöltős tesztek használata [4, 21], inkább az anamnesztikus adatok, szülői kérdőívek, a gyermeket jól ismerő felnőttől származó heteroanamnézis illetve diagnosztikus interjúk javasoltak. 8 év felett az önkitöltős tesztek a vizsgálat során jól alkalmazhatóak. Az anamnézis során célzott, személyre szabott kérdéseket tegyünk fel az adott szorongásos zavarra vonatkozóan [4, 6]. Minden esetben javasolt a heteroanamnézis felvétele a szülőtől vagy a gyermek életében fontos felnőttől. Egyes esetekben a pedagógus, óvódapedagógus véleménye is kikérhető, természetesen a szülő tudtával és engedélyével.

Ajánlás3

A diagnosztikus kivizsgálás során a BNO-10 [22] vagy a DSM-5 [20] kritériumait kell figyelembe venni. A pontos diagnózis felállítása gyermekpszichiáter feladata, strukturált/félig strukrurált diagnosztikus interjú segítségével. (A)

A diagnosztikus kivizsgálás során a szakembereknek a BNO-10 [22] és a DSM-5 [20] kritériumait kell figyelembe venniük. Ez növeli a diagnózis megbízhatóságát a kevésbé tapasztalt szakemberek esetében is. Jelenleg Magyarországon a szorongásos zavarok diagnosztikai besorolása a BNO-10 klasszifikációs rendszer alapján történik. A DSM-5 a BNO-10-nél jóval újabb besorolási rendszer, ennek megfelelően didaktikusabb, jobban használható és követhető a szorongásos zavarok besorolása, szemlélete, modern, a legújabb ismereteket építi be a diagnosztikus kategóriákba. A továbbiakban a DSM-5 alapján kerülnek ismertetésre a szorongásos zavarok diagnosztikus kategóriái és megfontolásai. Tekintettel arra, hogy a betegségeket a BNO-10 szerint kódoljuk, a DSM kódok mellett a megfelelő BNO kódokat is szerepeltetjük. A szorongásos zavarok a következő betegségeket foglalják magukba: szeparációs szorongás zavar (309.21, F93.0), szelektív mutizmus (313.23, F94.0), specifikus fóbia (300.29, F 40.218, F40.228, F40.230-40.233, F40.248, F40.298), szociális szorongásos zavar (300.23, F40.10), pánik zavar (300.01, F41.0), agorafóbia (300.22, F40.00), generalizált szorongásos zavar (300.02, F41.1), szer/gyógyszer kiváltotta szorongásos zavar (291.89, F10.180-16.180, F18.180-19.180, F10.280-16.280, F18.280-19.280, F10.980-16.980, F18.980-19.980), szorongásos zavar más egészségi állapot következtében, egyéb meghatározott szorongásos zavar (300.09, F41.8), nem meghatározott szorongásos zavar (300.00, F41.9). A DSM-4 a szorongásos zavarok közé sorolta a kényszeres zavart (300.3, F42), a poszttraumás stressz zavart (309.81, F43.10) és az akut stressz zavart. A DSM-5 külön csoportba sorolja a Kényszeres és kapcsolódó zavarokat és a Traumával és stresszorokkal összefüggő zavarokat, ennek ellenére a fenti három zavart részletesen ismertetjük jelen irányelvben gyermek és serdülőkorban betöltött jelentőségük miatt.

Szeparációs szorongásos zavar (309.21, F93.0): fejlődésileg nem helyénvaló, túlzott félelem az egyén számára fontos személyektől való szeparációtól. Túlzott distressz a szeparáció gondolatára, túlzott aggodalom a kötődési személy testi épségével, betegségével, halálával stb. kapcsolatban, túlzott aggodalom olyan eseménnyel kapcsolatban, ami a szeparációt előidézi (pl: elrabolják, balesetet szenved), iskolába járás, az otthon elhagyásának elutasítása, egyedül maradás vagy a fontos személy nélkül maradás elutasítása, otthonon kívül vagy a fontos személy nélkül való alvás elutasítása, szeparációval kapcsolatos rémálmok, testi tünetek (fejfájás, hasfájás). A panaszok legalább 4 héten keresztül fennállnak, jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

Szelektív mutizmus (313.23, F94.0): a személy nem képes beszélni olyan helyzetekben, ahol azt elvárják tőle (legalább 4 héten keresztül), és ez akadályozza az iskolai és társas kapcsolatokat, annak ellenére, hogy más

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

Fóbiák: közös jellemzőjük az eltúlzott félelem a félelem tárgyától és a vele való találkozás, szembesülés elkerülése.

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

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

Pánik zavar (300.01, F41.0): visszatérő pánikrohamok, melyek során intenzív félelem, diszkomfort érzés alakul ki, intenzitása pár perc alatt tetőzik. A pánik roham alatt a következő tünetek közül legalább 4 jelen van: 1) heves szívverés, 2) izzadás, 3) remegés vagy reszketés, 4) légszomj, fulladásérzés, 5) mellkasi fájdalom, 6) hányinger vagy hasi diszkomfort, 7) szédülés, 8) hidegrázás vagy hevülés, 9) paresztéziák, derealizációs vagy depreszonalizációs élmények, 10) megőrüléstől való félelem, 11) halálfélelem. Legalább egy rohamot követően félelem érzése újabb rohamoktól és ennek következtében a viselkedés jelentős, maladaptív változása (pl elkerüli az olyan helyzeteket, ahol pánikroham kialakulásától tart) legalább 1 hónapon keresztül. A tünetek distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más betegséggel.

Agorafóbia (300.22, F40.00): kifejezett félelem vagy szorongás az alábbi helyzetek közül legalább kettővel kapcsolatban:1) tömegközlekedés használata, 2) nyílt helyen tartózkodás, 3) zárt helyen tartózkodás, 4) tömegben tartózkodás, 5) egyedül lenni az otthonon kívül. Azért félelmetesek ezek a helyek/helyzetek, mert a gyermek azt gondolja, hogy pánikroham vagy bármilyen zavarba ejtő vagy az önálló cselekvést megakadályozó probléma, helyzet esetén a menekülés nem megoldott, illetve nem tud segítséget kérni. Az agorafóbiát kiváltó helyzeteket a gyermek elkerüli, vagy intenzív félelemmel tölti el legalább 6 hónapon át, a tünetek distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

Generalizált szorongásos zavar (GAD) (300.02, F41.1): túlzott aggodalom vagy szorongás számos eseménnyel vagy tevékenységgel kapcsolatban legalább 6 hónapon át, szinte minden nap, a napok nagy részében. A gyermek nem képes aggodalmait kontrollálni. Az alábbi tünetek közül egy legalább jelen van 6 hónapon át: 1) nyugtalanság, felhúzottság, feszültség érzés, 2) fáradékonyság, 3) koncentrációs nehézség (semmi nem jut az eszébe), 4) irritabilitás, 5) izomfeszülés, 6) alvászavar (nehéz elalvás vagy nem kielégítő alvás). A tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

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

Szorongásos zavar más egészségi állapot következtében: A klinikai képet pánik roham vagy szorongás dominálja, melyek a kórelőzményben fizikális vagy labor vizsgálat alapján más egészségi állapot közvetlen patofiziológiai következményei. A tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

Egyéb meghatározott szorongásos zavar (300.09, F41.8): klinikailag jelentős szorongás, mely distresszt okoz, de nem teljesülnek egyetlen szorongásos zavar kritériumai sem. A tünetek jelentősen zavarják a gyermek mindennapi tevékenységét, funkcionális károsodást okoznak.

Nem meghatározott szorongásos zavar (300.00, F41.9): klinikailag jelentős szorongás, mely distresszt okoz, de nem teljesülnek egyetlen szorongásos zavar kritériumai sem, a klinikusnak nem áll rendelkezésére elegendő információ (pl: sürgősségi ellátás).

Kényszeres zavar (300.3, F42): kényszergondolatok vagy kényszercselekvések vagy mindkettő jelen van. 1) kényszergondolatok: visszatérő, tartósan fennálló gondolatok, késztetések vagy képek, melyeket a gyermek betolakodónak, nem kívánatosnak él meg, és amelyek intenzív félelemmel, szorongással töltik el. A gyermek

megkísérli a kényszergondolatokat elnyomni, figyelmen kívül hagyni vagy semlegesíteni pl. kényszercselekvésekkel. 2) kényszercselekvések: visszatérő viselkedések (pl. kézmosás, rendezgetés, ellenőrzés) vagy mentális tevékenységek (pl. imádkozás, számolás stb.), melyeket a gyermeknek meg kell tennie vagy a kényszergondolatra adott válaszként vagy olyan szabályok szerint, melyeket mereven be kell tartania. A viselkedés vagy mentális tevékenység célja a szorongás megelőzése vagy enyhítése, valamilyen rettegett esemény bekövetkeztének megakadályozása, azonban a fentiek nem kapcsolódnak realisztikusan ahhoz, amivel kapcsolatban a gyermek végzi őket és egyértelműen túlzó mértékűek. Kisgyermekek nem mindig képesek a tevékenységek célját meghatározni. A kényszeres tevékenység legalább 1 órát vesz igénybe naponta, a tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

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

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

B. A traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó tünetek közül legalább egy jelenléte az alábbiak közül: 1) visszatérő, akaratlan, nyomasztó emlékek a traumával kapcsolatban, (6 évesnél idősebb gyermek esetében repetitív játék a traumatikus élménnyel kapcsolatban), 2) visszatérő rémálmok a traumával kapcsolatban (gyermekek esetében lehetnek ijesztő álmok, felismerhető tartalom nélkül), 3) disszociatív reakciók (flashbackek) melyek során az illető úgy érez és úgy viselkedik, mintha az esemény megismétlődne (gyermekek esetében a traumatikus esemény ismételt eljátszása játéktevékenység során), 4) intenzív és hosszan fennálló pszichológiai szenvedés a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén, 5) kifejezett élettani reakció a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén

C. A traumatikus eseménnyel összefüggő ingerek tartós kerülése, az alábbiak közül az egyik vagy mindkettő jellemző: 1) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő emlékek, gondolatok, érzések kerülése, 2) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő, külső emlékeztetők (pl.: emberek, helyek, tevékenységek, tárgyak stb.) kerülése.

D. A traumatikus eseménnyel összefüggő kogníciók és hangulat negatív irányú változása, az alábbiak közül kettő jellemző: 1) a traumatikus esemény fontos aspektusaira való visszaemlékezési képtelenség, 2) önmagával, másokkal vagy a világgal kapcsolatos túlzott negatív hiedelmek, 3) torz kogníciók a traumatikus esemény okaival kapcsolatban (pl önmagát vagy másokat hibáztat), 4) tartósan fennálló negatív emocionális állapot, 5) jelentősen csökkent érdeklődés a fontos tevékenységek iránt, 6) másoktól való elidegenedés vagy közönyösség érzése, 7) tartósan fennálló képtelenség pozitív érzelmek megélésére.

E. A traumatikus eseménnyel kapcsolatos éberség és reaktivitás megváltozása, az alábbiak közül legalább 2 jellemző: 1) irritabilitás vagy dühkitörések, 2) féktelen vagy öndestruktív viselkedés, 3) hipervigilancia, 4) túlzott megriadási reakció, 5) koncentrációs nehézségek, 6) alvászavar

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

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

PTSD hat éves vagy fiatalabb gyermekek esetében

A. Valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása közvetlen átéléssel vagy szemtanúként, vagy szülőt, vagy gondviselőt ért traumatikus esemény híre által,

B. A traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó tünetek közül legalább egy jelenléte 1) visszatérő, akaratlan, nyomasztó emlékek a traumával kapcsolatban, (repetitív játék a traumatikus élménnyel kapcsolatban), 2) visszatérő rémálmok a traumával kapcsolatban (nem minden esetben lehetséges a traumával való összefüggést igazolni), 3) disszociatív reakciók (flashbackek) melyek során a gyermek úgy érez és úgy viselkedik, mintha az esemény megismétlődne (a traumatikus esemény ismételt eljátszása játéktevékenység során), 4) intenzív és hosszan fennálló pszichológiai szenvedés a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén, 5) kifejezett élettani reakció a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén

C. Az alábbiak közül egy vagy több jellemző:

1) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő ingerek tartós kerülése:
   a) a traumatikus eseményt felidéző helyek, tevékenységek vagy fizikai emlékeztetők kerülése,
   b) a traumatikus eseményt felidéző emberek, párbeszédek, interperszonális helyzetek kerülése.
2) A traumatikus eseménnyel összefüggő kogníciók és hangulat negatív irányú változása
   a) negatív emocionális állapot gyakoribbá válása (szomorúság, szégyen, bűntudat),
   b) fontos tevékenységek beszűkülése (játék beszűkülése),
   c) visszahúzódó viselkedés,
   d) pozitív érzelemkifejezés csökkenése.

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

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

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

Akut stressz zavar (308.3, F43.0): Valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása közvetlen átéléssel vagy szemtanúként, vagy közeli családtagot/barátot ért traumatikus esemény híre által, a traumatikus események averzív részleteinek megtapasztalása által (pl. a helyszínen lévő maradványok látványa stb.). A traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó tünetek közül legalább 9 jelenléte szükséges. A traumával kapcsolatos: 1) akaratlan, nyomasztó és visszatérően betolakodó emlékek, álmok, 2) disszociatív reakciók (flashbackek), 3) intenzív és hosszan fennálló pszichológiai szenvedés a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén, 4) tartósan fennálló képtelenség pozitív érzelmek megélésére, a 5) környezet és saját maga valószerűségének megváltozott észlelése (pl más perspektívájából látja önmagát), 6) a traumatikus esemény fontos aspektusaira való visszaemlékezési képtelenség, 7) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő emlékek, gondolatok, érzések tartós kerülése, 8) a traumatikus eseménnyel szorosan összefüggő, külső emlékeztetők (pl.: emberek, helyek, tevékenységek, tárgyak stb) kerülése, 9) alvászavar, 10) irritábilis viselkedés vagy dühkitörések, hipervigilancia, 11) koncentrációs nehézségek, 12) túlzott megriadási reakciók. A zavar a traumát követően 3 naptól 1 hónapig áll fenn, a tünetek jelentős distresszt és funkcionális károsodást okoznak és nem magyarázhatók jobban más mentális betegséggel.

A diagnosztikus folyamat során először a tünetek jelenlétét tisztázzuk. A szorongásos zavarok felmérésénél nehézséget okozhatnak a gyermekeknél normál esetben is fennálló szorongásos reakciók elkülönítése a kóros anxietástól [3, 8]. Az egyes tünetek jelenlétének tisztázása után azok súlyosságát is meg kell állapítani. A zavar által okozott probléma mértékét a funkcionális károsodás mutatja, mely a gyermek családi, iskolai és szociális környezetben való nehézségeinek összessége. Szorongásos diagnózis akkor állítható fel, ha funkcionális károsodás igazolódott egy vagy több területen. A gyermekek jelentős hányada jelez szorongásos tüneteket, de a funkcionálás megtartott [2, 5]. Az ő esetükben pszichiátriai zavar diagnózisa nem állítható fel.

A pszichiátriai diagnózis felállítása gyermekpszichiáter feladata. A diagnosztizálás folyamatában strukturált vagy félig-strukturált pszichiátriai interjúk állnak rendelkezésre. Ilyenek pl. az ISCA-D (Interview Schedule for Children and Adolescents, Diagnostic Version [23], a Kiddie SADS [24] vagy a M.I.N.I. gyermek változata [25], melyek magyarul is elérhetőek.

Ajánlás4

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

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

A szorongásos zavarok gyakran járnak együtt más szorongásos és egyéb pszichiátriai kórképekkel. A fóbiák gyakran vannak jelen egyszerre (specifikus, szociális és agorafóbia) [26], MDD (Major Depressiv Disorder) gyakran komorbid szorongásos zavarokkal [4, 5], mely nehezíti a két zavar tüneteinek elkülönítését. A szorongásos zavarok prekurzorai lehetnek a később kialakuló depresszív zavarnak illetve szerhasználatnak is [4]. Szorongásos kórképek társulhatnak oppozíciós és viselkedészavarral [26, 27]. A PTSD elkerülő és újraátélési tünetei hasonlíthatnak az ADHD-ban megjelenő nyugtalanság, hiperaktivitás tüneteire [16].

Szorongásos tüneteket számos gyógyszer illetve pszichiátriai és szomatikus betegség is okozhat. Pszichiátriai zavarok közül a major depresszív zavar, a bipoláris zavar, a primer szerhasználat, valamint a pszichotikus zavar okozhat szorongásos tüneteket [6]. Gyógyszerek, melyek anxietás tüneteit okozhatják: asztma ellenes gyógyszerek, szimpatomimetikumok, szteroidok, SSRI, antipszichotikumok [6]. Hasonló problémával járhat a hipertireózis, a coffein túladagolás, a migrén, az asztma, valamint a roham tevékenységgel járó kórképek [6].

Pánik zavar első megjelenésekor szükséges egy teljes körű, alapos fizikális vizsgálat, melynek eredményétől függően további vizsgálatokra is sor kerülhet az esetleges szomatikus komorbiditás kizárására [28].

Terápiás ajánlások

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

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

A szorongásos zavarok akut fázisában a cél a tünetredukció és a szorongás feletti kontroll fokozása, a szorongással való adekvát megküzdés kialakítása és a funkcionális károsodás megszüntetése [6, 29]. Ebben a terápiás fejezetben jelentős mértékben az American Academy of Child and Adolescent Psychiatry legutóbbi hivatalos állásfoglalására támaszkodunk [30], de figyelembe vesszük az ezt követően publikált újabb kutatási eredményeket is.

Ajánlás5

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

A kezelési terv kialakításánál nem csak a tünetek súlyosságát kell figyelembe venni, hanem a funkcióromlás mértékét, valamint a gyermek közvetlen környezetét (pl.: otthon, iskola) is. A terápiás cél elérése érdekében be kell vonnunk a szülőket, tanárokat és szükség esetén a gyermek kortársait [31]. A gyermek életkora, fejlődési szintje, komorbid pszichiátriai és/vagy szomatikus betegségei, a szerfüggőségre vagy öngyilkos magatartásra utaló jelek befolyásolják a terápia fókuszát és a módszerválasztást. Részletesen ki kell kérdeznünk a pszichoszociális stresszorokról, a korábbi kezelésekről és azok hatékonyságáról. Meg kell tudni a beteg elvárásait vagy előítéleteit a pszichoterápiával és a farmakoterápiával kapcsolatban. A terápia során egyaránt figyelni kell a beteg emocionális, oktatási és szociális szükségleteire [6, 29, 30]. A szorongásos zavarok ellátását és az ehhez kapcsolódó ellátási szintek algoritmusát a 2. számú ábra részletezi.

Ajánlás6

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

A gyermek vagy serdülő és családja számára fontos konkrét és hiteles információt adni a betegség természetéről és a kezelési lehetőségekről, mert ennek hatására javul a betegek betegségbelátása, kezeléssel való együttműködése. A változásra való motivációja is nő és mindez hozzájárul a destigmatizációhoz [32].

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

Ajánlás7

Gyermek- és serdülőkori szorongásos zavarok kezelésében elsődlegesen KVT-t alkalmazzunk. (A)

A kognitív-viselkedésterápia (KVT) hatékonysága számos, jól kontrollált RCT vizsgálattal igazolt [33, 34]. A gyermekkori szorongásos zavarok kezelésének öt komponensét Albano és Kendall 2002-ben írta le [35]. 1. Pszichoedukáció gyermeknek és szülőknek a betegség természetéről és a terápiás módszerről. 2. A szomatikus tünetek kontrollálása relaxáció, légzésgyakorlatok és önmonitorozás segítségével. 3. A szorongáskeltő gondolatok azonosítása és megküzdés velük a kognitív átstrukturálás által. 4. Expozíciós módszer (pl. a félelemkeltő inger fokozatos deszenzitizációja in sensu és in vivo módszerrel), 5. Relapszus prevenciós terv kidolgozása (további megerősítő ülések, az iskolával és a szülőkkel együttműködve).
A terápiát rugalmasan kell alkalmazni, figyelembe kell venni az egyéni jellegzetességeket. Az egyes coping stratégiák súlyát és arányát mindig az adott gyermek konkrét tüneteihez és családi körülményeihez kell illeszteni [30].

A gyermekkori kóros szorongás kialakulásában és fenntartásában a túlzott negatív helyzetértékelések, diszfunkcionális attitűdök szerepet játszanak, csökkentésük mindenképpen a szorongás enyhülésével jár. Az erre épülő kognitív terápiás program hatékonynak mutatkozott a szorongás kezelésében [32].

A KVT hatékonyságát gyermekkorban számos vizsgálat támasztja alá, ezért minden szorongásos kórkép terápiájában alkalmazható [36]. Pozitív megerősítés jutalmazási terv kisebbeknél segítheti a motivációt, hogy a gyermek szembe merjen nézni a szorongáskeltő helyzettel [30]. Kognitív terápiás technikák alkalmazása felső tagozatos kortól ajánlott, a gyermek életkorához igazodva játékos formában alkalmazhatjuk [37].

Fiatalabb korosztályból 64 szorongó óvodást (4-7 éves) random módon vontak vizsgálatba, akik közül az egyik csoport szülő-gyermek KVT-ben részesült, másik részük pedig nem kapott speciális kezelést, így ők alkották a kontroll csoportot. Hat hónap múlva sokkal nagyobb javulás volt kimutatható a Klinikai globális benyomás (CGI) - Szorongás skálán a KVT-ban részesülteknél (69%), mint a kontrollnál (32%). További eredmény, hogy a KVT-val kezelt gyerekek 59%-ánál a kezelés végére már nem állt fenn a szorongásos zavar diagnózisa, míg a kontroll csoport esetében ez csak 18%-ukról volt elmondható [38].

Tizenkilenc randomizált kontrollált vizsgálat meta-analízise alapján a KVT hatékonynak bizonyult gyermek és serdülők fóbiás és más szorongásos zavarainak kezelésében. Az egyéni és csoportos terápiák egyenértékűek voltak [39].

A gyermekkori szorongás enyhítésére több kognitív viselkedésterápiás szemléletű tréninget dolgoztak ki az elmúlt évek során. A legtöbb bizonyíték - szeparációs szorongásban, GAD-ban, szociális fóbiában - Philip C. Kendall [40] által kidolgozott Coping Cat (Merész Macska) programmal kapcsolatban gyűlt össze. Ezt a világon számos helyen alkalmazzák, többek között Magyarországon, és magyar nyelven is elérhető [41]. A 16 hetes terápia hatékonyságát több randomizált vizsgálati eredmény is alátámasztja, amelynek nyomán az Amerikai Gyermek- és Serdülőpszichiátriai Társaság [6] terápiás irányelve is a Merész Macska alkalmazását javasolja a gyermekkori szorongás terápiájára [30].

A Merész Macska program első fele pszichoedukáció, valamint az egyes megküzdési stratégiák általános bemutatásáról szól (1-8. ülés), a második felében pedig az egyes technikák egyénre szabása áll, a megtanult készségek gyakorlása konkrét, ha lehet in vivo helyzetekben.

A másik, hazánkban is elérhető program a „Csak bátran, Til tigris!" című viselkedésterápiás tréning [42], melynek fő célja a szociális helyzetekben szorongó gyermekek öntudatosabbá, magabiztosabbá tétele, a gyakorlatban is jól alkalmazható cselekvési stratégiák átadása, illetve a meglévő kompetenciák facilitálása. A fő hangsúly a magabiztos viselkedésformák elsajátításán, a stressz és az érzelmek hatékony kezelésén, az önpercepció és a kommunikáció fejlesztésén van [42].

Program kiegészítő segédanyagként használható még Buron [43] által írt „Amikor a félelmeim túl nagyra nőnek!" című munkafüzet.

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

Pszichodinamikus terápia

Számos tanulmány leírja a jótékony hatását, de igen kevés bizonyítékon alapuló klinikai vizsgálat áll rendelkezésre a gyermekek és serdülők körében a hatékonyságra vonatkozóan [30]. Göttken és mtsai [44] pilot vizsgálatában 4-10 éves gyermekek 20-25 üléses pszichoanalitikus gyermekterápiában részesültek, a kontrollcsoportot a várólistás kliensek alkották. A terápia végére a kezelt betegek 67%-ánál a szorongásos zavar diagnosztikus kritériumai már nem álltak fenn, szemben a várólistás gyermekekkel, akiknél nem történt változás ezen időszak során.

Amennyiben a KVT vagy a farmakoterápia nem hoz eredményt, akkor felajánlható a pszichodinamikus terápia, mely fókusza az alapkonfliktusos kapcsolati témán van, amely összefügg a szociális szorongásos tünetekkel, a szégyenérzéssel, bátorít a félelemkeltő helyzetekkel való szembenézésre, támogatja az önmegerősítő belső dialógusokat [31].

Mindfulness alapú pszichoterápiák

A mindfulness jelentése tudatos jelenlét, amely által képesek vagyunk közvetlenül odafigyelni, ráhangolódni arra, amit éppen csinálunk, vagy ami az elménkben, a testünkben, illetve a külvilágban épp történik [45]. Két megközelítés kap egyre nagyobb teret, az un. MBSR (mindfulness alapú stressz csökkentés) és az MBCT: tudatosságon alapú kognitív-behaviour terápia, melyek mindegyike alkalmaz mindfulness meditációs gyakorlatokat. Ezek az irányzatok ígéretesnek tűnnek a szorongásos betegségek kezelésében, de serdülők és gyermekek körében végzett randomizált, kontrollált vizsgálatok egyelőre nem állnak rendelkezésre [3].

Internet alapú terápiák

Az internet alapú terápiák lehetőséget teremtenek a bizonyítékon alapuló terápiák szélesebb körű elérhetőségére, valamint a programokhoz való rugalmas hozzáférhetőségre, további előnyük a költséghatékonyságuk [46, 47]. Egyre több az online, számítógép alapú, kognitív viselkedésterápiás szemléletű terápiás és prevenciós program (ilyen például a BRAVE for children-ONLINE, BRAVE for teenagers-ONLINE, Cool Teens, Camp Cope-A-Lot) [48], azonban sajnos még magyar nyelven nem hozzáférhetőek. A hatékonyságvizsgálatok eredménye szerint a cKVT hatékony eljárásnak tekinthető gyermek- és serdülőkorban is, azonban figyelembe kell venni, hogy a terápiás lemorzsolódás mértéke is jelentős lehet [46, 47].

A Trauma fókuszált kognitív viselkedésterápia (TF-KVT) egy rövid távú, komponensalapú beavatkozás, amely 12-15 munkamenetből áll. A program integrálja a kognitív, viselkedési, interperszonális és családi terápiás alapelveket, valamint a trauma beavatkozásokat. Mindegyik komponenst felajánlja a gyermeknek és a szülőnek mind paralel, mind együttes ülésekben. A komponensek a következők: pszicho-edukáció, relaxáció és érzelmi modulációs készségek tanítása, kognitív coping készségek tanítása, trauma narratívával való dolgozás, kognitív feldolgozás, in vivo nyomon követés, biztonság növelése és a jövőbeli fejlődés. Emellett segíti a szülőket, hogy hatékonyan tudjanak megküzdeni a saját érzelmi distresszükkel, hogy tudják támogatni gyermeküket [49].

Relaxációs terápiák (Autogén tréning, progresszív relaxáció, hipnózis)

Gyakran alkalmazzák és a tapasztalatok is kedvezőek, de nincs randomizált kontrollált vizsgálat gyermekeknél [50].

Ajánlás8

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

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

A jelenleg érvényben lévő nemzetközi irányelvek [30, 51, 52] első vonalban SSRI készítmények alkalmazását javasolják. Jelen fejezet írásának idején nincs olyan SSRI készítmény, amely hivatalos hatósági engedéllyel rendelkezik a gyermekkori szorongásos zavarok kezelésére Magyarországon. Az irányelvek ajánlásait több randomizált vizsgálat támasztja alá, de fontos tisztában lenni azzal, hogy a gyermekkori szorongásos zavarok SSRI terápiája „off label", vagyis indikáción túli alkalmazásnak minősül, amely Magyarországon egyéni hatósági engedélyhez kötött. A „Kérelem az indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére" nyomtatvány a XI. Mellékletben található.

A szorongásoldók az egyik leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek a pszichiátriai gyakorlatban. Jelenleg több, különböző gyógyszertani csoportba sorolt készítmény áll rendelkezésre a szorongásos kórképek kezelésére, melyek nagymértékben különböznek a szorongásoldó hatás kialakulásának gyorsaságában, tartósságában, a rövid, valamint hosszú távú mellékhatások tekintetében. Ezeknek a tényezőknek gondos mérlegelése szükséges az alkalmazandó terápia kiválasztása során.

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

A benzodiazepinek anxiolitikus, hipnotikus, izomrelaxáns és antikonvulzív hatással rendelkeznek, mely a központi idegrendszer GABA (gamma-aminovajsav) által mediált gátlásának fokozása révén jön létre. Anxiolitikus hatásuk erőssége alapján kis (klórdiazepoxid, diazepam) és nagy ponteciálú (alprazolam, klonazepam, lorazepam) készítményekre osztják a vegyületcsaládot. Az anxiolitikus hatás viszonylag gyorsan, 15-30 perc alatt kialakul, és készítménytől függően 4-12 órán keresztül fennáll. A dózis növelésével elsősorban a szedatohipnotikus hatás kerül előtérbe, majd a dózis további emelésével altató hatás alakul ki. Egyes rövid hatású benzodiazepin készítményeket elsősorban nem szorongásoldóként, hanem altatóként alkalmaznak a terápiás gyakorlatban, bár gyermek és serdülőkorban az alvászavart elsősorban KVT-val javasolt kezelni.

A benzodiazepineknek, a korábban széles körben alkalmazott barbiturátokhoz viszonyítva, toxicitása csekély, használatuk biztonságos, bár krónikus kezelés a tanulási folyamatok romlását, toleranciát és dependenciát

okozhat. A dependencia kialakulásának veszélye miatt az ajánlások szerint benzodiazepineket csak 2-4 hétig ajánlott alkalmazni a súlyos szorongásos állapotok, vagy álmatlanság oldására. A benzodiazepinek nem kívánt mellékhatásai közé rövidtávon álmosság, az éberség csökkenése, koncentrálási és tanulási nehézségek, paradox izgatottság és ataxia tartozik. Hosszú távú kezelés során tolerancia és dependencia kialakulásával kell számolni, valamint gyógyszerabúzus veszélye is szignifikáns.

A buspiron 5-HT1A-receptor parciális agonista. Anxiolitikus hatása csak hetek alatt alakul ki, azonban nincs szedatív hatása és nem okoz dependenciát.

Bizonyos ß-blokkolók (pl. propranolol) hatásosak lehetnek az elsősorban vegetatív tünetekkel járó szorongásos állapotok enyhítésére. Pszichotikus állapotokban a gyakran jelentkező heveny szorongásos tünetek enyhítésére leggyakrabban egy második generációs antipszichotikum (olanzapin, risperidon, kvetiapin) az első választandó szer, azonban pszichotikus állapot hiányában szorongásos tünetek enyhítésére alkalmazásuk nem indokolt.

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

Az SSRI-k általában jól tolerálhatóak a gyermekkori szorongásos rendellenességekben, enyhe és átmeneti mellékhatásokkal járnak, beleértve a gasztrointesztinális tüneteket, a fejfájást, a fokozott motoros aktivitást és az álmatlanságot. Az SSRI kezelést megelőzően rutinszerűen meg kell vizsgálni a bipoláris tünetek jelenlétét vagy a bipoláris családtörténetet a fiatalok körében. Birmaher és mtsai vizsgálatában [53] a szociális fóbiás és a GAD diagnózisú fiatalok szignifikánsan jobban reagáltak fluoxetinre, mint placebóra.

Második vonalbeli szerek: A triciklikus antidepresszánsok (TCA) szintén hatékonynak bizonyultak a szorongással küzdő fiataloknál több RCT-ben, különösen a clomipramine, amely Élelmiszerbiztonsági és gyógyszerészeti hivatali (FDA, USA) indikációval rendelkezik a 10 éves és idősebb gyermekek OCD kezelésében. A szociális szorongás kezelését vizsgáló RCT-k az imipramin [54, 55] és clomipramine előnyeit mutatták [56, 57]. TCA olyan betegeknél is alkalmazható, akik az SSRI-kal szemben intoleranciát mutatnak, vagy az SSRI-k hatásának augmentációjaként alkalmazhatók OCD-ben. Annak ellenére, hogy a triciklikus antidepresszívumokat (TCA) ajánlják, a kedvezőtlen mellékhatás profil miatt mellőzendők. EKG monitorozásra van szükség a kardiális mellékhatás miatt, a túladagolás halálos is lehet, emellett székrekedés és szedáció fordul elő még mellékhatásként.

Mind a TCA, mind az SSRI antidepresszánsok hatékonyan kezelik a szorongásos rendellenességek széles skáláját, azonban az SSRI alkalmazását a nagyobb biztonság és tolerálhatóság miatt előnyben javasolt részesíteni a szorongásos rendellenességek kezelésénél. A kényszerbetegség és a szociális fóbia esetében az SSRI szinte mindig előnyösebb, mivel a TCA a vizsgálatok alapján nem tűnik hatásosnak ezeknél a rendellenességeknél. További kutatásokra van szükség a TCA és az SSRI gyógyszerek hosszú távú alkalmazásához a szorongásos rendellenességek kezelésében [58].

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

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

A 3. számú táblázat összefoglalja a gyermek- és serdülőkori szorongás terápiájában alkalmazható gyógyszereket. A gyógyszeres kezelést a gyermekkori szorongásos rendellenességek rövid távú kezelése részének kell tekinteni. Az optimális dózis és a gyógyszeres kezelés időtartamának további vizsgálata, valamint az életkor hatása a gyógyszerek hatásosságára és tolerálhatóságára indokolt. [59].

Létfontosságú hangsúlyozni, hogy a pszichoedukáció a szorongásos rendellenességek kezelésének lényeges eleme. A pszichoedukáció magában foglalja a tünetek, a kezelés, a kezelési stratégiák, a lehetséges mellékhatások, a kezelés időtartama stb. magyarázatát. Ezen kívül fontos annak ellenőrzése, hogy a beteg

megfelelően használja-e a gyógyszert. A kezelés kezdetén gyakrabban (egy-kéthetente) érdemes beszélni a beteggel, vagy egy telefonos nyomon követés jó alternatívát jelenthet a kezelés megfelelő biztosítása érdekében.

Ajánlás9

Enyhe szorongásos zavar esetén a pszichoterápia az első választandó módszer. középsúlyos és súlyos esetekben a gyógyszeres terápiát és a pszichoterápiát együtt ajánlott alkalmazni. (A)

Az enyhébb tüneteknél a pszichoterápiával kezdjük a kezelést, amely önmagában is hatékony lehet [31]. A választható terápiás forma lehet egyéni (KVT, játékterápia, relaxáció és szuggesztív terápiák, mindfullness alapú kognitív terápia (MBCT), mindfullness alapú stressz csökkentés (MBSR), csoportterápia (KVT, pszichodráma, önismereti), családterápia, vagy a szülő egyéni terápiájának indikálása, amennyiben a szülő is szorongásos zavarral küzd.

A pszichoterápia és a farmakoterápia kombinált alkalmazása indokolt lehet középsúlyos és súlyos szorongásos kórképeknél, komorbid betegség fennállása esetén, illetve, ha pszichoterápiával csak részleges javulást értünk el, végül, ha úgy látjuk, hogy a kombinált kezelés jobb kimenetelt eredményezne [60, 61].

A kombinált terápiával kapcsolatban kevés kontrollált vizsgálat történt. Súlyos szorongással és depresszióval járó serdülőknél kettős-vak vizsgálat során az imipramin + KVT hatékonyabb volt, mint a placebo + KVT [62]. Egy nagy létszámú, multicentrikus vizsgálatban (CAMS = Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study) 488 középsúlyos és súlyos generalizált szorongásos zavarral, szociális fóbiával vagy szeparációs szorongással diagnosztizált 7-17 éves fiatalt vontak be, akik háromféle terápiában részesülhettek: csak szertralint kaptak, csak KVT-t alkalmaztak vagy KVT-t és szertralint kombinálva. Tizenkét hétig tartó vizsgálat során mindegyik terápia eredményesebb volt a placebohoz viszonyítva (24%) azonban a kombinált terápia (81%) szignifikánsan hatékonyabb volt a KVT-nál (60%) és a gyógyszeres terápiánál (55%) egyaránt [63]. A 24 és 36 hetes követésnél is megmaradtak a pozitív eredmények [64], és hat év után mindhárom csoportban kb. 50%-uk remisszióban maradt [65]. Ugyanakkor elég sokan visszaestek, és ez felhívja a figyelmet a hosszabb távú gondozás jelentőségére [3].

Compton és munkatársai [66] szorongó serdülőkkel végzett multimodalis vizsgálatának eredménye szerint a kombinált (egyéni KVT és szertralin) kezelés hatékonyabbnak bizonyult minden résztvevő esetében, mint a monoterápiák (szertralin, az egyéni KVT és a placebo). A kombinált KVT a szeparációs szorongásos zavarban szenvedőknél volt a legeredményesebb. A monoterápiák vizsgálata során azt találták, hogy a generalizált szorongásban szenvedőknél a KVT hatékonyabb volt, mint önmagában a farmakoterápia, a szociális fóbiában szenvedőknél viszont pont fordítva, a szertralin segített többet, de a szerzők szerint ez nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy szociális fóbiásoknál a KVT csoportban történő alkalmazása hatékonyabb lehetett volna.

Ajánlás10

Multimodális terápiás megközelítés javasolt a kezelés során a legjobb terápiás kimenetel érdekében. (B)

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

Az evidence based vizsgálatok igazolták, hogy a KVT rövidtávon [67] és hosszútávon [40] is hatékony terápiás módszer, de nem minden gyereknél lehet elérni teljes gyógyulást. Kb. 20-50%-nál marad fenn szorongásos tünet a kezelés végén is, és ezért fontos a kezelési tervben a multimodális megközelítés [30].

A szorongásos zavar kialakulásában és fenntartásában szerepe lehet a szülői szorongásnak, a túlóvó nevelési attitűdnek és a bizonytalan kötődésnek. Az intervenciók célja a szülő-gyermek kapcsolat javítása, a családi problémák megoldása, a szülői szorongás csökkentése. Kisebbeknél a szülőknek is megtanított relaxáció, illetve koterapeutaként való bevonásuk a kezelésbe növelheti a gyógyulási esélyeket [30].

A szupportív, támogató pszichoterápiás intervenciót - megfelelő empátiás készséggel rendelkező - háziorvos biztosíthatja a betegei részére. A speciális pszichoterápiás módszerek - pl. relaxációs terápia (autogén tréning, hipnózis), KVT, családterápia, pszichodinamikus terápiák - alkalmazása már képzett szakemberek (pszichiáterek, pszichológusok, pszichoterapeuták) feladata [29].

Gyermekeknél és serdülőknél elsődlegesen ambuláns kezelés javasolt, kórházi kezelésre nagyfokú szenvedésnyomás, magas szintű a funkcióromlás, öngyilkossági kockázat vagy ambuláns kezelésre nem reagáló esetekben kerül sor [31].

Ajánlás11

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

A szorongásos zavarok gyakran társulnak depresszióval, ADHD-val, kóros szerhasználattal, amelyek súlyosbítják az állapotot, és korlátozzák a beavatkozási lehetőségeket (pl. pszichoterápia alkalmazása). A komorbid állapotok pontos diagnózisa és korai kezelésbe vétele döntő a prognózis szempontjából [30]. A diagnózis felállítását nehezíthetik azok a tünetek, melyek több pszichiátriai betegségben is jelen vannak, mint például a koncentrációzavar (ADHD, depresszió, szorongás, szerhasználat tünete lehet) [6]. Amennyiben farmakoterápia szükségessé válik, a komorbid betegséget is javasolt figyelembe venni a gyógyszer kiválasztásakor [6]. Komorbid major depresszív zavar jelenléte az életkorral gyakoribbá válik, a szorongásos zavar tüneteit súlyosbítja és jelentősebb funkcionális károsodást okoz. Ebben az esetben az MDD kezelése elsődleges (pszichoterápiával és/vagy SSRI kezeléssel), mely a szorongásos tünetek csökkenését is eredményezheti [6, 60]. Figyelemzavar és hiperaktivitás (ADHD) és szorongásos zavar együttes jelenlétekor javasolt elsőként az ADHD kombinált gyógyszeres és viselkedésterápiára a szülőket is bevonni. Serdülők esetében a szerhasználat (főleg alkohol) másodlagosan alakulhat ki a kezeletlen szorongásos zavarok mellett. Ebben az esetben az alkohol abúzus/dependencia kezelése mellett alkalmazott KVT csökkenti a szorongásos tüneteket. A szorongás esetében alkalmazható alternatív coping stratégiák kialakítása és megtanulása segíti az alkohol fogyasztás csökkentését is [6].

Ajánlás12

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

A szorongásos zavarok gyakran fordulnak elő gyermekkorban és serdülőkorban, és hátrányosan befolyásolják a társadalmi és családi kapcsolatokat, valamint az iskolai teljesítményt. A szorongásos zavarokkal küzdő gyermekeknél és serdülőknél nagyobb valószínűséggel fordul elő az öngyilkossági gondolat vagy az öngyilkossági kísérlet, mint az egészségeseknél [68].

Korai felmérés és beavatkozás megfontolandó a gyermekkori szorongásos zavarok kezelésére és megelőzésére. Idősebb korban a tünetek súlyossága fokozódik, a szülői pszichopatológia, a családi működés nehézségei a rosszabb kezelési eredmények prediktorai. A korai beavatkozás és a megelőzés proaktív módszert kínál a szorongásos tünetek enyhítésére [69, 70, 71, 72]. Ezek a tapasztalatokon alapuló kockázati tényezőket célozzák meg, amelyek alkalmasak a bizonyítékok által támogatott beavatkozásra. [73]. A korai beavatkozás és a gyermekkori szorongásos rendellenességek megelőzésének lehetőségei: közösségek szűrése, korai felmérés, korai beavatkozás a közösségi környezetben, média-alapú és közösségi alapú pszichoedukáció, osztálytermi alapú programok, szülői készségfejlesztő programok, valamint a szülői szorongásos rendellenességek szűrése és kezelése. A közösségek szűrésével (óvodákban, iskolákban) és a korai felméréssel ki tudjuk szűrni a magas rizikójú fiatalokat, rövid önkitöltős tesztvizsgálatokkal [74, 75], és/vagy a tanár észrevétele alapján [76]. Az iskolai és más közösségi környezetben alkalmazott csoportos beavatkozások KVT-vel hatékony korai kezelést biztosítanak azoknak a gyermekeknek, akiknek enyhe vagy közepesen súlyos szorongásos tünetei vannak és hosszútávú funkciójavulást eredményeznek [70, 75, 77, 78]. Szülői készségfejlesztő tréning programok során a szülőknek megtanítják a szorongás menedzselését. Az egészséges szülő-gyermek kapcsolat csökkentheti a szorongásos megbetegedések kialakulását a magas rizikójú fiatal gyermekeknél [71]. Magyarországon szűrővizsgálatra használatos teszt a Spielberger-Gy állapot és vonás kérdőív [9, 10]. A Coping Cat KVT [40, 41] csoportosan használható közösségekben is, nemcsak terápiás, hanem preventív célzattal is.

Az iskolai környezet olyan hely, ahol a serdülők életük nagy részét töltik, és az iskolai tantervnek magába kellene foglalnia a mentális egészség hatékony tanulását. Az ilyen pszichoedukáció különösen fontos az öngyilkossági gondolatok gyakorisága miatt. A „Thiswayup” Iskolai depresszió és szorongás tanfolyamok bizonyították a hasznosságukat. Az ausztráliai oktatási szolgáltatások keretében online tanárvezérelt programot használtak [79].

Számos vizsgálat igazolta a szorongáskezelési programok hatékonyságát iskolai populációkban. Ezek a programok hasonlóak a terápiás programokhoz, beleértve az edukációt, a relaxációt, a kognitív átalakítást és az in vivo expozíciót; gyakran tartalmaznak további készségeket, például kommunikáció és problémamegoldó készségfejlesztést. Az eredmények leginkább a szorongás csökkenését mutatták, általában alacsony hatékonysággal [80]. A szelektív szorongási programok olyan gyermekekre vonatkoznak, akik mérsékelt vagy

több szorongásos tünetet mutatnak, de nem feltétlenül felelnek meg a rendellenesség diagnosztikus kritériumainak. Ezek a gyermekek nagyobb kockázatot jelentenek a rendellenességek jövőbeli kialakulása szempontjából, és ezért a szorongáskezelési képességek oktatása egyértelmű módszert kínál a megelőzésre. A beavatkozások többsége iskolai populációban történik. Többféle módszerrel lehet kiválasztani a jelentős szorongással küzdő gyermekeket, a leggyakrabban a fiatalok önjellemzését és a tanári beszámolót használták [81]. Egyes kutatások folyamatos javulást mutattak be a beavatkozás után két évig [77]. Néhány tanulmány elkezdte vizsgálni az olyan programokat, amelyek a magas kockázati tényezőjű gyermekekre irányulnak. A gyermekeket leggyakrabban a temperamentum-gátlás magas szintje alapján és a szülői szorongás alapján választották ki. Az egyetlen hosszabb távú tanulmányban a Cool Kids program módosított változatát feljesztették ki, ez a Cool Little Kids. A program célja a gátolt óvodás korú gyermekek szüleinek szól és 6 csoportos foglalkozást tartalmaz. A program a szülői túlóvás csökkentésére és a gyermekek in vivo expozíciójára irányul. A 7. életévüket megelőzően azok a gyermekek, akiknek a szülői a programban részt vettek, szignifikánsan alacsonyabb szorongásos tüneteket és kevesebb szorongásos diagnózist mutattak, mint azok a gyermekek, akiknek a szülei nem részesültek képzésben [80, 82, 83].

Ajánlás13

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

Enyhe tüneteknél vagy korai életkorban jelentkező kényszereknél a pszichoedukációval bővített vezetett önsegítés önmagában is hatékony lehet [84, 85]. Ha a pszichoedukáció és az önsegítés nem volt eredményes, illetve ha már középsúlyos esetről van szó, akkor mindenképpen javasolt az expozíción és válaszmegelőzésen (ERP) alapuló kognitív-viselkedésterápia alkalmazása. Számos jól kontrollált vizsgálat [84, 86, 87] és egy meta-analízis is igazolta a hatékonyságát [88].

A rövid, 12-20 hetes expozíción és válaszmegelőzésen alapuló (ERP) KVT programok esetében, ahol a szorongáshierarchia mentén ERP jellegű feladatokat oldanak meg, 40-65%-os tünetredukció tapasztalható minden korosztálynál [89].

A National Institute of Mental Health Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) randomizált kontrollált vizsgálatban lefektették a terápiás protokollt, amely 12 hét alatt 14 vizitet jelent és öt szakaszra osztható: pszichoedukáció, kognitív tréning, a kényszeres tünetek feltérképezése, ingerexpozició és válaszmegelőzés (ERP), általános gyakorlás. A 3. héttől kezdve az ülések közé egy-egy 10 perces telefonos interjút iktatnak [90].

A KVT-t csoportterápia keretében is eredményesen alkalmazzák, illetve súlyosabb esetekben intenzív formában is hatékony módszer. [51, 89, 91].

A család bevonása a terápiába nagyon hasznos lehet, különösen, ha kiterjesztett kényszerek is fennállnak [52, 92]. McHugh és mtsai [93] longitudinális vizsgálata szerint a családok csoportban történő pszichoterápiája ugyanolyan hatékony hosszútávon, mint a hagyományos családterápia, sőt a társuló depresszív tünetek jobban csökkentek a csoportos családterápiában résztvevőknél. Idősebb serdülők esetében a nehezebben felvállalható kényszereik (pl. szexuális jellegű) miatt átgondolandó a szülők terápiába való bevonásának mértéke, azonban a szülőknek tartott pszichoedukáció minden esetben javasolt [84].

Az OCD kognitív-viselkedésterápiájában gyakran alkalmazott módszerek, mint például az ingerexpozíció, válaszmegelőzés, késleltetés, idő- és számcsökkentés, ceremónia elemek csökkentése, túlceremonizálás, habituációs tréning, gondolatstop, mind egyéni, mind csoportos formában egyaránt alkalmazhatók, a lényeg a fokozatosság és az, hogy a gyermeket minél több sikerélményhez juttassuk a kényszerrel szembeni küzdelem során. A súlyos, vagy a pszichoterápiára nem megfelelően reagáló esetekben, illetve ha a család képtelen együttműködni a kezeléssel, indokolt az SSRI-kal kombinált terápia [52].

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

Ha semelyik kezelésre sem reagál a kliens, akkor a terápiás tervet újra kell gondolni, figyelembe véve a terápiarezisztenciát okozó egyéb tényezőket, mint például a fennálló komorbid betegségeket, az állandósult pszichoszociális kockázati elemeket (pl. familiaris diszfunkciók, a szülő mentális problémája) [52].

A gyermek- és serdülőkori OCD kezelésében az evidence based medicine (EBM) alapján a KVT hatékony, elsődlegesen választandó módszer [94], de a kezelés megválasztásánál adaptálni kell a gyermek fejlődési

életkorához. Csak a nagyon fiatal kényszerbeteg gyermekek kezelését illetően nincs egyértelmű bizonyíték a kognitív-viselkedésterápia eredményessége mellett [95].

Ígéretesek a többféle komponensből álló terápiás programok, amelyek az általános viselkedésterápiás elemek mellett ingerexpozíciót és válaszmegelőzést (ERP), kognitív stratégiákat és relapszus prevenciót is tartalmaznak [96], illetve bevonják a családot is [97].

A bizonyítékokon alapuló orvoslás (EBM) szerint nem bizonyított a pszichodinamikus terápiák kizárólagos használatának hatékonysága OCD-ben, viszont sok szempont mentén közelíthet a kognitív-viselkedésterápiás irányzathoz. A sématerápiával kombinált kezelés segíthet a terápiát akadályozó korai maladaptív sémák korrekciójában (pl. ambivalens mentális reprezentációk, sémák kényszerbetegségben betöltött szerepe) [98, 99].

OCD-ben elsősorban ambuláns kezelés javasolt, kórházi ellátást akkor igényel, ha erős a szenvedésnyomás, és/vagy magas szintű a funkcióromlás mértéke, vagy nem reagál megfelelően az ambuláns kezelésre, illetve öngyilkossági kockázat fennállása esetén [52].

Ajánlás14

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

Az EMDR bizonyítékon alapuló integratív pszichoterápia a poszttraumás stressz rendellenesség (PTSD) és más pszichiátriai rendellenességek esetén. PTSD során a pszichopatológiai tünetképződés a traumatikus vagy zavaró káros élettapasztalatok maladaptív kódolásának és/vagy hiányos feldolgozásának eredménye. A traumás események és/vagy a kedvezőtlen élettapasztalatok a memóriában rosszul kódoltak, mely elégtelen vagy gyengébb kapcsolatot eredményez a több adaptív információt tartalmazó memória hálózatokkal. Az információ diszfunkcionálisan kapcsolódik az érzelmi, kognitív, szomatoszenzoros és időbeli rendszerekbe. Az emlékek ezáltal hajlamosak az idő, a hely és a környezet szempontjából diszfunkcionális visszahívásra, és széttöredezett formában jelentkezhetnek. Az új információk, pozitív élmények és hatások nem képesek funkcionálisan kapcsolódni a zavaró memóriához. A károsodás hozzájárul a tünetek fennállásához, valamint hátráltatja a páciens azon képességét, hogy ezeket a tapasztalatokat adaptív módon integrálja. Az EMDR terápia lehetővé teszi a normál információfeldolgozást és integrációt, ami a tünetek enyhítését, a zavaró emlékezet csökkenését vagy megszüntetését eredményezi bilaterális vizuális, hallási és/vagy tapintási stimulációt alkalmazva [100]. A folyamat aktiválja a zavaró életesemények memória elemeit és megkönnyíti az adaptív információfeldolgozást és az integrációt.

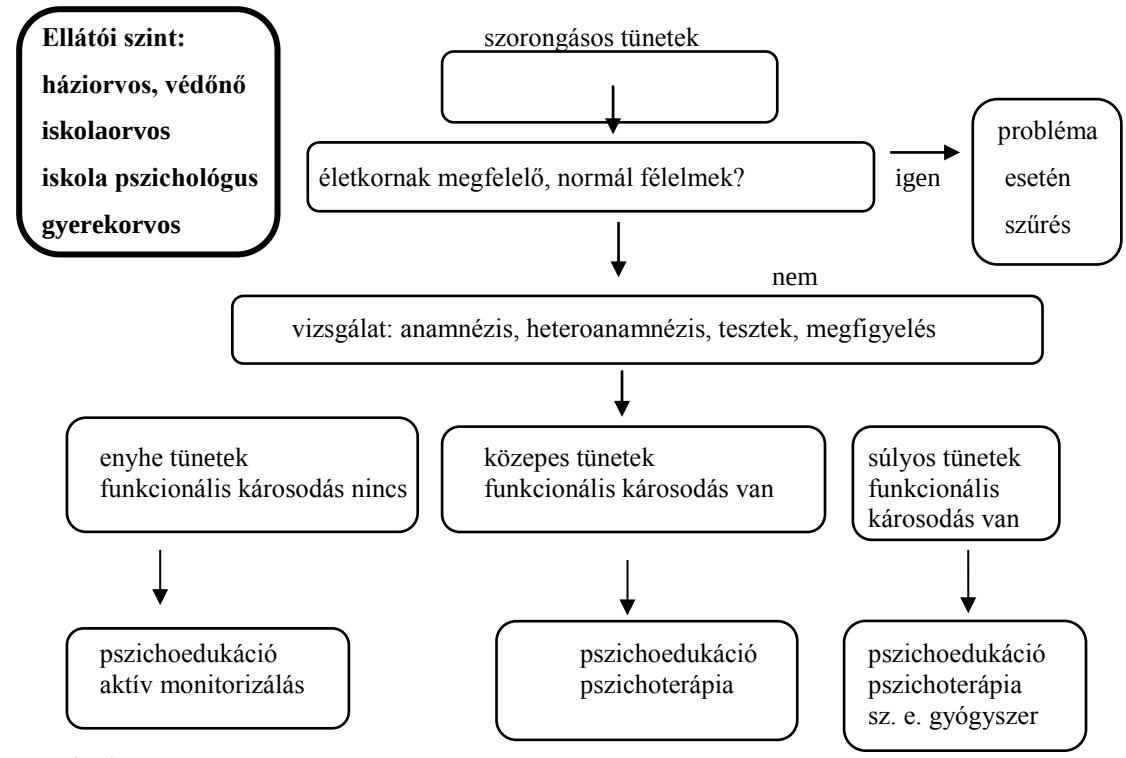
Az EMDR szabványos protokoll segítségével kerül alkalmazásra. A terápia során háromoldalú megközelítést alkalmaznak, amely magában foglalja a traumatikus esemény (múlt) etiológiáját, a PTSD tüneteinek jelen trigger tényezőit és a jövőbeni sablonok kidolgozását, a felbukkanó zavaró életeseményekkel való megküzdés megsegítésére [100]. A gyermekek számára egy adaptált protokollt alkalmaznak, életkornak megfelelő módosításokkal [101, 102, 103].

Az EMDR hatékonyságát több vizsgálat igazolta a PTSD kezelésében. Van Etten és mtsai [104] meta-analízisében ugyanolyan hatásosnak találták ezt a terápiát, mint az expozíciós terápiát és az SSRI szereket. Két másik meta-analízis szintén arra a következtetésre jutott, hogy a hagyományos expozíciós terápia és az EMDR egyenértékű hatású mind a kezelés után, mind az utánkövetéses vizsgálat során [105, 106]. Egy további meta-analízis 38 randomizált, kontrollált vizsgálat adatait elemezte a PTSD kezelésében és mind a Trauma-Fókuszú KVT-t, mind az EMDR-t hatékonynak találták [107].

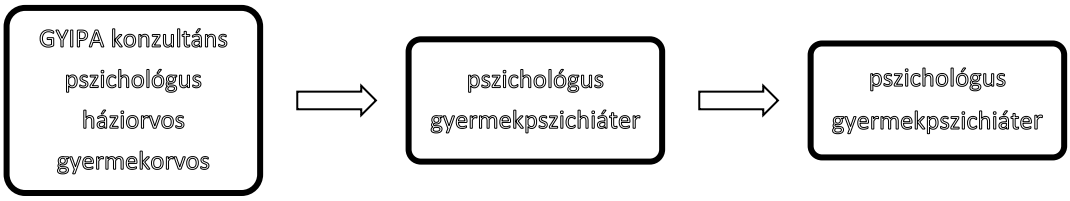
Egy további tanulmányban katasztrófa sújtotta gyermekek körében a KVT és az EMDR randomizált összehasonlítása történt. Mindkét kezelés szignifikáns mértékben csökkentette a tüneteket, és az eredmények 3 hónapos utánkövetésnél is megtartottak voltak. Az EMDR kevesebb üléssel ért el pozitív eredményt. Fontos a szülők kezelése is a gyermek terápiájának pozitív kimenetele érdekében [108].

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák):

2. számú ábra: A szorongásos zavarok ellátásának menete és az ehhez kapcsolt ellátói szintek algoritmus [31, 60, 61].



Ellátói szint:



VII. JAVASLAT 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 (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

A gyermek- és serdülőkori szorongásos zavarok diagnosztizálásában résztvevő szakemberek és feladataik:
Gyermekpszichiáter: A diagnosztikus kritériumok mentén a diagnosztikus formuláció megalkotása, terápiás terv elkészítése, a terápia során a beteg állapotának folyamatos nyomonkövetése, a komorbid gyermekpszichiátriai állapotok feltérképezése. 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: Részt vesz a korai észlelésben és azonosításban önkitöltős kérdőívek alkalmazásával. Figyelemmel kíséri a fokozott rizikótényezőkkel rendelkező (alacsony iskolázottság, alacsony szociális státusz, női nem, interperszonális traumák, elhanyagolás, abúzus, szülői szorongásos zavar) gyermekeket és serdülőket, szűrést végez esetükben szülői/nevelői, ill. önkitöltős gyermek/serdülő kérdőívek alkalmazásával. A kiszűrt gyermekeket, serdülőket szakellátásba irányítja. Részt vesz a relapszusok vagy egy megjelenő új szorongásos zavar korai észlelésében, a gondozás támogatásában.
Védőnő: Részt vesz a korai észlelésben és azonosításban a szűrővizsgálatok során szülői/nevelői, ill. gyermek/serdülő önkitöltős kérdőívek alkalmazásával. Figyelemmel kíséri az iskolában a fokozott rizikójú (alacsony iskolázottság, alacsony szociális státusz, női nem, interperszonális traumák, elhanyagolás, abúzus, szülői szorongásos zavar) tanulókat. A kiszűrt gyermekeket, serdülőket szakellátásba irányítja. Részt vesz a relapszusok és új szorongásos epizód megjelenésének korai észlelésében, a gondozás támogatásában.
Szociális gyermekjóléti (és gyermekvédelmi) szakember: Részt vesz a korai észlelésben és azonosításban a szűrővizsgálatok során szülői/nevelői, ill. gyermek/serdülő önkitöltős kérdőívek alkalmazásával. A kiszűrt gyermekeket, serdülőket szakellátásba irányítja. Részt vesz a relapszusok korai észlelésében, a gondozás támogatásában.
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai konzultáns: Indikált szorongásos zavar prevenciót önállóan alkalmaz. Pszichoedukációt nyújt a beteg és családja számára. Résztvesz a korai észlelésben és azonosításban a szűrővizsgálatok során szülői/nevelői, ill. gyermek/serdülő önkitöltős kérdőívek alkalmazásával. A kiszűrt gyermekeket, serdülőket szakellátásba irányítja. Részt vesz a relapszusok korai észlelésében. Folytatja a relapszus profilaxist.

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 szorongásos zavarok kivizsgálása, terápiája enyhe és közepesen súlyos esetekben ambuláns formában történik. 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 mellet 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, megszűntetve a sztereotip gondolatokat és csökkentve a stigmatizációt. A gyermek pszichés problémáinak követésére elsősorban a szülőnek, másodsorban a gyermek körül lévő szakembereknek (pedagógus, háziorvos, védőnő) van lehetősége, ezért az ő megfelelő tájékoztatásuk alapvető fontosságú. A szorongásos zavarok lányokban és alacsony szociális helyzetben gyakoribbak, de függetlenek a család anyagi viszonyától, a kulturális körülményektől.

1.4. Egyéb feltételek

Nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

Betegtájékoztató, oktatási anyagok

1.1.1. Szorongásos zavarokról szülőknek
1.1.2. Szorongásos zavarokról gyermekeknek
1.1.3. Szorongásos zavarokról serdülőknek
1.1.4. Ajánlások háziorvosoknak, gyermekorvosoknak, iskolaorvosoknak

Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok
- Spielberger-Gy „Hogyan érzem magam?"(STAI-T kérdőív)
- Spielberger-Gy „Hogyan érzem magam?"(STAI-S kérdőív)
- Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ)
- Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL SZÜLŐI KÉRDŐÍV)
- Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL TANÁRI KÉRDŐÍV**)**
- Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL ÖNÉRTÉKELŐ KÉRDŐÍV**)**
- CY-BOCS 1-5 – Kényszergondolatok Kérdőív
- CY-BOCS 6-10 - Kényszercselekvések Kérdőív
- Gyermek Yale-Brown Kényszergondolat és cselekedet skála - CY-BOCS

Táblázatok
1. számú táblázat: A szorongásos kórképekre jellemző specifikus tünetek
2. számú táblázat: A szorongásos zavarok kognitív-viselkedésterápiájában alkalmazható terápiás intervenciók
3. számú táblázat: Gyermek- és serdülőkori szorongás farmakoterápiája

Algoritmusok
1. **számú ábra**: Szorongásos zavarok diagnózisa algoritmus
2. **számú ábra**: A szorongásos zavarok ellátásának menete és az ehhez kapcsolt ellátói szintek algoritmusa

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, a szorongásos zavarok időtartamának csökkenése. Ezt a gyermek és/vagy serdülő valamint a szülő által kitöltött tünetbecslő skálák adatai alapján, egyes esetekben (ahol rendelkezésre áll) a szakorvos által felvett klinikai interjúk alapján lehet monitorizálni. A páciens saját állapotának összegző értékelése valamint a hozzátartozók (szülők, gondviselők) megítélése (romlott, változatlan, kicsit javult, sokat javult, teljesen tünetmentes) önmagában a legalkalmasabb és legautentikusabb vélemény. Ugyanígy a terápia hatékonysága felmérhető a tünetbecslő skálákon mért pontszám csökkenésével, illetve a beteg állapotának egyedi értékelésével.

Statisztikai indikátorként számos adat merül fel, mint például: az alapellátásban azonosított szorongó gyermekek és serdülők számának növekedése, a betegek szorongásos zavarban töltött napjai számának csökkenése, relapszusok 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 Gyermek pszichiátria és addiktológia 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. IRODALOM

1. 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)
2. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA: Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56(3):345-365

3. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MH, Connolly SD, Strawn JR: Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Cur Psyxhiatry Rep. 2015;17:52. doi 10.1007/s11920-015-0591-z
4. Beesdo K, Knappe S, Pine DS: Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. Psychiatr Clin North Am. 2009;32(3):483-524
5. Balázs J, Miklósi M, Keresztény Á, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, et al: Adolescent subtreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54(6):670-677
6. American Association of Child and Adoelscent Psychiatry (AACAP): Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(2):267-283
7. Csorba J, Ficsor B, Horváth Á, Nagy E, Bóna A, Sörfőző Zs, et al: Epidemiológiai felmérés a dunántúli serdülők pszichiátriai betegségeiről. Mentálhigiéné és pszichoszomatika. 2008;9(1):35-59
8. Creswell C, Waite P, Cooper PJ: Assessment and management of anxiety disorder in children and adolescents. Arch Dis Child 2014. published online first doi:10.1136/archdischild-2013-303768. letöltés dátuma: 2018.01.15
9. Spielberger CD, Edwards CD, Montuori J, Lushene R: State-Trait Anxiety Inventory for Children. 1973 Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
10. Sipos K, Sipos M: A „State-Trait" Anxiety Invenoty for Children" standardizálása és validizálása magyar nyelven. Elméleti-Módszertani Tanulmányok. Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Intézete. 1979
11. Achenbach TM: Manual for the Child Behavioral Checklist 4/18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, 1991
12. Gádoros J: Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával. Psych Hungarica, 1996;11(2):147-166
13. Goodman R: The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. J Child Psychol Psychiatry, 1997;38:581-586.
14. Goodman R: Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001;40:1337-1345
15. 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
16. American Association of Child and Adoelscent Psychiatry (AACAP) Official Action: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010;49(4):414-430
17. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W: Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosom Med 1979 May; 41(3):209-18.
18. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Sharon I, King RA, Goodman WK, et al: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: reliability and validity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36:844-852
19. Leonard HK, Swedo SE, Lenane MC, et al: A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. Arch Gen Psychiatry. 1993;34:1147-1152
20. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM 5), Washington DC, USA, 2013
21. Franz L, Angold A, Copeland W, Costello J, Towe-Goodman N, Egger H: Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52(12):1294-1303
22. World Health Organization (WHO), Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT): A mentális- és viselkedészavarok osztályozása BNO 10: klinikai leírás és diagnosztikus útmutató, Budapest, 1994
23. Sherill JT, Kovacs M: Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(1):67-75
24. Puig-Antich J, Chambers W: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie SADS). New York: New York State Psychiatric Institute, 1978
25. Balázs J, Bíró A, Dálnoki D, Lefkovics E, Tamás Zs, Nagy P, Gádoros J. A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése. Psychiat Hung, 2004; 19(4): 358 -364
26. Costello EJ, Egger HL, Copeland W, Erkanli A, Angold A: The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. in Anxiety Disorders in Children and Adolescents, edited by Silverman WK and Field AP, 2nd ed., Cambridge, pp.56-75 www.cambridge.org/9780521721486
27. Kendall PC, Compton SN, Walkup JT, Birmaher B, Albano AM, Sherill J, et al: Clinical characteristics of anxiety disordered youth. J Anx Disors. 2010;24(3):360-365

28. American Psychiatric Association (APA): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf last updated: Jan 2009
29. Pszichiátriai Szakmai Kollégium. Szorongásos zavarok. Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve, 2008, letöltés dátuma: 2018.02.15 https://docplayer.hu/1045603-Az-egeszsegugyi-miniszterium-szakmai-iranyelve-szorongasos-zavarok-keszitette-a-pszichiatriai-szakmai-kollegium.html
30. Connolly, S. D., Bernstein, G. A. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J Am Acad Child Adol Psychiatry, 2007;46(2), 267-283.
31. NICE. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. 2013, https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/chapter/1-recommendations#interventions-for-children-and-young-people-with-social-anxiety-disorder-2
32. Hannesdottir, DK., & Ollendick, T. H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. Clin Child Fam Psychol Review, 2007;10(3), 275–293.
33. Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing VR, Curry J, Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43:930-959.
34. Higa-McMillan, CK, Francis, SE, Rith-Najarian, L, Chorpita BF. Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. J Clin Child Adol Psychol, 2016; 45(2):91-113.
35. Albano AM, Kendall PC. Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. Int Rev Psychiatry 2002;14:129-134.
36. Gosch, E. A., Flannery-Schroder, E., Mauro, C. F., & Compton, S. N. (2006). Principles of Cognitive-behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Children. J. Cogn. Psychotherapy, 2006;3(20), 247.
37. Hogendoorn, S. M., Prins, P. J. M., Boer, F., Vervoort, L., Wolters, L. H., Moorlag, H., de Haan, E. Mediators of cognitive behavioral therapy for anxiety-disordered children and adolescents: Cognition, perceived control, and coping. J. Clin. Child Adol Psychol, 2014;43(3), 486–500.
38. Hirschfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, DePetrillo L, Briesch J, Ollendick TH, Rosenbaum JF, Biederman J. Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol. 2010; 78(4):498–510.
39. Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C: Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. J of Clin Child Adol Psychol 2008; 37(1):105-130.
40. Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E, Webb A. Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. J Consult Clin Psychol 2004;72:276-287.
41. Kendall PC. A gyermekkori szorongás kognitív viselkedésterápiája- terapeuta kézikönyv. Vadaskert Alapítvány, Budapest, 1992.
42. Ahrens-Eipper – Leplow. Csak bátran, Til tigris!, Medicina, Budapest, 2008.
43. Buron DB. Amikor a félelmeim túl nagyra nőnek!, Geobook, Budapest, 2017.
44. Göttken T, White LO, Klein AM, von Klitzing K. Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: a pilot study. Psychotherapy (Chic). 2014; 51(1):148–58.
45. Teasdale J, Williams M, Segal Z. Tudatos jelenlét a gyakorlatban. Kulcslyuk Kiadó, Budapest, 2016.
46. Ebert, D.D.,Zarski, A.C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y.,Cuiipers, P., Berking, M., Riper, H. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. PLoS One. 2015;18;10(3):e0119895.
47. Calear, A.L., Christensen, H. Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. Med J Aust. 2010;7;192(11 Suppl):S12-4.
48. Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. An Behavl Medicine, 2009;38(1): 4-17
49. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E (2006), Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York: The Guilford Press
50. Larson HA, El Ramahi MK, Conn, SR, Estes LA, & Ghibellini AB. Reducing Test Anxiety among Third Grade Students through the Implementation of Relaxation Techniques. J.School Counseling, 2010;*8*(19)
51. American Association of Child and Adoelscent Psychiatry (AACAP) Official Action: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51(1):98-113
52. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Obsessive-compulsive Disorder and Body dysmorphic Disorder: Treatment. https://www.nice.org.uk/guidance/cg31 last updates: Nov 2005
53. Birmaher B, Axelson DA, Monk K (2003), Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42:415-423
54. Gittelman-Klein R, Klein DF. School phobia: controlled imipramine treatment. Calif Med. 1971;115:42.

55. Bernstein GA, Borchardt CM., Perwien AR, et al. Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39:276–283.
56. Berney T, Kolvin I., Bhate SR, et al. School phobia: a therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome. Br J Psychiatry. 1981;138:110–118.
57. Flament MF, Rapoport JL, Kilts C. A controlled trial of clomipramine in childhood obsessive compulsive disorder. Psychopharrnacol Bull. 1985;21:150–152.
58. Zohar J, Westenberg HGM: Anxiety disorders: a review of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors. Acta Psychiatrica Scandinavia 2000;101(S403):39-49
59. Ipser JC, Stein DJ, Hawkridge S, Hoppe L Cochrane Review: Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents, Evidence-Based Child Health. Cochrane Review 2010 https://doi.org/10.1002/ebch.541
60. March JS (2002), Combining medication and psychosocial treatments: an evidence-based medicine approach. Int Rev Psychiatry 2002;14:155-163.
61. Ollendick TH, March J. Integrated psychosocial and pharmacological treatment. In: Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents, Ollendick TH, March JS, (eds.) New York: Oxford University Press, 2004.
62. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR et al. Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;39:276-283.
63. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J, Waslick B, Iyengar S, March JS, Kendall PC. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. N Engl J Med. 2008;359(26):2753–66.
64. Piacentini J, Bennett S, Compton SN, Kendall PC, Birmaher B, Albano AM, March J, Sherrill J, Sakolsky D, Ginsburg G, Rynn M, Bergman RL, Gosch E, Waslick B, Iyengar S, McCracken J, Walkup J. 24- and 36-week outcomes for the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014; 53:297–310.
65. Ginsburg GS, Becker EM, Keeton CP, Sakolsky D, Piacentini J, Albnano AM, Compton SN, Iyengar S, Sullivan K, Caporino N, Peris T, Birmaher B, Moira R, March J, Kendall PC. Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. JAMA Psychiatry. 2014; 71(3):310–318.
66. Compton, S. N., Peris, T. S., Almirall, D., Birmaher, B., Sherrill, J., Kendall, P. C., Albano, A. M. Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: Results from the CAMS trial. J Cons Clin Psychol, 2014; 82: 212–224.
67. Flannery-Schroeder EC, Kendall PC. Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: a randomized clinical trial. Cogn Ther Res 2000;24:251-278.
68. Strawn JR, Sakolsky DJ, Rynn MA: Psychopharmacologic Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Volume 21, Issue 3, July 2012, Pages 527-539
69. Crawford AM, Manassis K: Familiar predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(10):1182-1189
70. Dadds MR, Spence SH, Holland DH, Barrett PM, Laurens KR: Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled community trial. J Cons Clin Psychology, 1997;65:627-635
71. Hirschfeld-Becker DR, Biederman J: Rationale and proncipals for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. Clin Child Fam Psychol Rev, 2002;5:161-172
72. Southam-Gerow MA, Kendall PC, Weersing VR: Examining outcome variablitiy: correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. J Clin Child Psychol, 2001;30(3):422-436
73. Spence SH, Rapee R, McDonald C, Ingram M: The structure of anxiety symptoms among preschoolers. Behav Res Ther, 2001;39(11):1293-316
74. Dierker LC, Albano AM, Clarke GN, Heimberg RG, Kendall PC, Merikangas KR és mtsai: Screening for anxiety and depression in early adolescence. J Am ACad child Adolesc Psychiatry, 2001;40(8):929-936
75. Muris P, Meesters C: Symptoms of anxiety disorders and teacher-reported school functioning of normal children. Psychol Rep, 2002;91(2):588-590
76. Layne AE, Bernstein GA, Egan EA, Kushner MG: Predictors of treatment response in anxious-depressed adolescents with school refusal. J Am Acad Child Adoelsc Psychiatry, 2003;42(3):319-326
77. Dadds MR, Holland DH, Laurens KR, Mullins M, Barrett PM, Spence SH: Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2 year follow upl. J Cons Clin Psychology, 1999;67:145-150
78. Dadds MR, Roth JH: Prevention of anxiety disorders: Results of universal trial with young children. J Child Family Studies, 2008;17:320-335
79. Wong N, Kady L, Mewton L, Sunderland M, Andrews G: Preventing anxiety and depression in adolescents: A randomised controlled trial of two school based Internet-delivered cognitive behavioural therapy programmes. Internet Interventions, 2014 https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.05.004

80. Bayer JK, Rapee RM, Hiscock H, Ukoumunne OC, Mihalopoulos C, Clifford S és mtsai: The Cool Little Kids randomised controlled trial: population level early prevention for anxiety disorders. BMC Public Health, 2011;5:11:11 doi 10.1186/1471-2458-11-11
81. Mifsud C, Rapee RM: Early intervention for childhood anxiety in a school setting: Outcomes for an economically disadvantaged population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2005;44:996-1004
82. Rapee RM, Kennedy SJ, Ingram M, Edwards SL, Sweeney L: Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. Am J Psychiatry. 2010;167(12):1518-25.
83. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health, Letöltés dátuma: 2018.03.14
84. Clark S, Reynolds S. Obsessive-compulsive disorder. In: Graham, P., Reynolds, S: Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families. Cambridge University Press, Cambridge, 2013, pp. 275-291.
85. Németh, L. A gyermek és serdülőkori kényszerbetegség sajátosságai. In: Harsányi, A., Csigó, K., Demeter, Gy: Kényszerbetegség Elmélet, kutatás, terápia. Oriold és Társai, Budapest, 2015, pp. 245-255.
86. Seibell, P. J., Hollander, E. Management of Obsessive-Compulsive Disorder. F1000 Prime Reports 2014;6(68): 1-6
87. Barton R. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Paed Child Health, 2008;19(2): 67-72.
88. Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. J Child Psychol Psychiatry. 2008;49:489-498.
89. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Arch. Dis. Child, 2015;100: 495-499.
90. March J, Foa E, Gammon P, et al. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. JAMA. 2004;292:1969-1976.
91. Jónsson, H., Kristensen, M., Arendt, M. Intensive cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. J Obsessive-Compulsive Rel Disord, 2015;6:83-96.
92. Walitza S, Melfsen S, Jans T, Zellmann H, Wewetzer C, Warnke, A. (2011): Obsessive- compulsive disorder in children and adolescents. Dtsch. Arztebl. Int., 2011;108(11): 173–9.
93. McHugh O'Leary EM, Barrett P, Fjermestad KW. Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: A 7-year follow-up study. J Anx Disord, 2009;23 (7): 973-978.
94. Franklin ME, Kratz HE, Freeman JB, Ivarsson T, Heyman I, Sookman D, McKay D, Storch EA, March, J. Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. Psychiatry Res., 2015;227 (1): 78-92
95. Freeman, J. B., Garcia, A. , Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., Compton, S., Leonard, H.L. Early Childhood OCD: Preliminary Findings from a Family-Based Cognitive-Behavioral Approach. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2008;47(5): 593-602.
96. Rosa-Alcázar AI, Sanchez-Meca J, Rosa-Alcázar Á, Iniesta-Sepúlveda M, Olivares-Rodríguez J, Parada-Navas JL (2015): Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a meta-analysis. Span. J. Psychol. 2015;18:1-22.
97. Freeman, J., Garcia, A., Frank, H., Benito, K., Conelea, C., Walther, M., Edmunds, J. Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. J Clin Child Adolesc Psychol, 2014;43 (1): 1-30
98. Kempke S, Luyten P. Psychodinamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: is it time to work trough our ambivalence? Bull Menninger Clinic 2007;71: 291-311.
99. Thiel N, Caffier-Tuschen B, Herbst N, Külz AK, Nissen C, Hertenstein E és mtsai: The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. BMC Psychiatry. 2014;14:362: 1-13.
100. Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures. New York: The Guilford Press.
101. Tinker, R. H., & Wilson, S. A. (1999). Through the eyes of a child. New York: Norton & Company
102. Greenwald, R. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in child and adolescent psychotherapy. Northvale, NJ: Jason Aronson.
103. Adler-Tapia R, Settle C: EMDR and the Art of Psychotherapy with Children, Second Edition, Infants to Adolescents Treatment Manual, 2008, LCSW Springer Publishing Company
104. van Etten, ML & Taylor S (1998). Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. Clin Psychol Psychotherapy, 5, 126-144.
105. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 162 (2): 214-27.
106. Seidler GH, Wagner FE (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. Psychol Med 36 (11): 1515-22.

107. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. British J Psychiatry 190: 97-104.
108. De Roos C, Greenwald R, Den Hollander-Gijsman M, Noorthoorn E, Van Buuren S, De Jongh A: A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children, European J Psychotraumatology. 2011; 2: 5694 doi:http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5694.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

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

A szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfejlesztői csoportok kialakítása történt meg, valamint az összeférhetetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése. A fejlesztőcsoport a megalakulást követően meghatározta az egyes elvégzendő feladatokat. Az irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján, és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.
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 Összeférhetetlenségi Nyilatkozatok és azok Összefoglalója, Csoportos Összeférhetetlenségi 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: anxiety disorder, children, adolescent, OCD, PTSD, comorbidity, diagnosis, psychotherapy, CBT, Coping Cat, family therapy, pharmacotherapy. Kizárólag angol illetve magyar nyelvű publikációk átnézése történt meg.

A jelen szakmai irányelv elkészítéséhez az V. Bevezetés 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. fejezet 3. pontjában 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 ajánlásai, 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 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. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

1.1.1. Szorongásos zavarokról szülőknek

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

Milyen szorongásformák jelentkezhetnek?

Sok féle szorongás típus létezik.

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

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

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

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

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

Ha generalizált a szorongása folyamatosan aggódik.

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

Poszttraumás stressz zavar esetén a gyermekkel történt trauma után szorongás jelentkezik, vagy ha szemtanúja volt egy traumának, utána jelentkezik túlzott szorongás. Legtöbbször balesetek, testi, vagy nemi erőszak után megjelenő tünetegyüttes.

Milyen tünetek utalhatnak a gyermek szorongására?

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

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

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

1.1.2. Szorongásos zavarokról gyermekeknek

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

Szólj a szüleidnek, beszéld meg velük és kérj segítséget, ha

4. szorongsz, hogy szerepelned kell az iskolában
5. ha hangosan kell beszélned mások előtt
6. ha nem mersz bemenni olyan helyekre, ahol sokan vannak
7. ha folyamatosan izgulsz, félsz valamitől, amit te sem tudsz, hogy mi
8. ha attól félsz, hogy beteg leszel és ezért sokszor kell pl. kezet mosnod.

Fontos, hogy beszélj az érzéseidről egy felnőttel, akivel jóban vagy, az iskolában pl. az osztályfőnököddel vagy egy pszichológussal, vagy otthon a szüleiddel, akik tudnak segíteni. Megfelelő segítséggel jobban fogod magad érezni.

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

1.1.3. Szorongásos zavarokról serdülőknek

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

A szorongásos kórképek vezető tünetei:

9. állandó feszültség, visszahúzódás,
10. rettegés a lehetséges büntetéstől vagy sikertelenségtől,
11. pesszimizmus,
12. önbizalom hiánya, negatív önkép,
13. teljesítménybeli elmaradások, kudarckerülő magatartás,
14. testi tünetek (alvászavar, fejfájás, hasfájás, izzadás, arcpír, sóhajtozás)

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

A szorongás jellemző tünetei:
- Állandó aggódás, zaklatottság a legapróbb dolgok miatt is
- Nyugtalanságérzés, izgatott, felhúzott állapot
- Fáradtság érzés
- Koncentrációs nehézségek
- Ingerlékenység
- Izomfeszülés, izomfájdalom
- Remegés, ijedtség
- Alvászavarok
- Fokozott izzadás, hányinger, hasmenés
- Légszomj, gyorsabb pulzus

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

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

1.1.4. Ajánlások háziorvosoknak, gyermekorvosoknak, iskolaorvosoknak

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

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

Szorongásos zavar esetén a gyermekek félelmekről és aggodalmakról számolnak be, melyek eltúlzottak és nincsenek arányban vagy nem magyarázhatóak a kiváltó okkal. Sokszor megmagyarázhatatlan aggódás formájában jelentkeznek, sírással, irritábilitással, veszekedéssel, dühös reakciókkal és/vagy testi tünetekkel, melyek leggyakrabban visszatérő fejfájások, hasfájások, végtag fájdalmak. A betegek gyakran próbálják meg elkerülni a szorongást kiváltó helyzeteket, tárgyakat, jelenségeket. A gyakori testi panaszok miatt a betegek többnyire az alapellátásban jelentkeznek és a szorongásos zavarok gyakran nem kerülnek felismerésre, testi betegségnek vagy az irritábilitás miatt viselkedési problémának diagnosztizálják őket.

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

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

Szomatikus tünetek: gyermek és serdülőkorban leggyakrabban bizonytalan fájdalmak formájában jelennek meg. Fejfájás, mely leggyakrabban frontális és occipitális lokalizációjú. Hasfájás, hátfájás, végtag fájdalmak, izomfájdalmak. Gyakori a finom hullámú kéztremor, izomfeszülés érzése, ellazulási képtelenség, fokozott izzadás, tachycardia, tachypnoe, szédülés, szájszárazság, hasmenés, emésztési panaszok. A tünetek általában nem súlyosak, azonban a panaszok halmozottan fordulnak elő, kifejezett diszfóriát okozva. Tipikus forma a pánik betegség, amikor pánik rohamok alkalmával számos testi tünet (részletesen lásd lentebb) jelentkezik

rohamszerűen és a betegek gyakran élnek meg halálfélelmet vagy megőrüléstől való félelmet a rohamok kapcsán és szinte minden alkalommal az alapellátásban kerülnek először észlelésre. FONTOS megjegyezni, hogy a testi panaszokat minden esetben kötelező kivizsgálni és csak abban az esetben tekinthetőek pszichésnek, ha nem igazolódik organikus elváltozás a hátterükben.

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

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

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

Gyermek és serdülőkori szorongásos zavarok DSM-5:

Szeparációs szorongás iskoláskorban jelentkezik. A gyermek nem képes elválni a számára fontos személyektől (leggyakrabban a szülők), mert attól tart, hogy a szeparáció alatt baj történik vagy a szülővel vagy saját magával (pl. a szülőt baleset éri, őt magát elrabolják), emiatt elutasítják az iskolába járást és a szeparáció gondolatára is heves szorongással, sírással reagálnak.
A fóbiák jellemzője a nagyon erős félelem és a félelmet kiváltó inger elkerülése.
Szociális fóbia esetén a gyermek/serdülő fél az olyan helyzetektől, amikor mások figyelmének van kitéve (pl. szóbeli felelés az iskolában, félhet mások előtt enni, átöltözni, másokkal közös WC-t használni). Az ilyen helyzetek heves szorongást váltanak ki és igyekszik elkerülni őket.
Specifikus fóbia esetében a gyermek/serdülő intenzív félelmet él át valamitől, ami lehet egy helyzet, tárgy, állat, természeti jelenség, orvosi beavatkozás stb., a félelem tárgyát igyekszik elkerülni és ez jelentősen zavarja a mindennapi normál életvitelét. Fontos megjegyezni, hogy a gyermekek sokféle félelemről számolnak be, de ezek jelentős része nem zavarja a mindennapi működésüket, ezért nem tekintünk rájuk betegségként (pl. ha egy gyermek retteg a vadállatoktól, az nem okoz neki napi szinten problémát, viszont ha a kutyáktól fél, az problémás is lehet a mindennapokban).
Agorafóbia esetén a gyermekek és serdülők félnek az olyan helyektől ahol sok ember van, és úgy gondolják, hogy ha rosszul érzik magukat, akkor nem tudnak segítséget kérni pl. félnek egyedül elmenni bevásárló központba, moziba, színházba, piacra, felszállni zsúfolt járműre. Az ilyen helyeket elkerülik, és ez jelentősen beszűkíti életterüket, problémához a mindennapokban. Súlyos esetben egyáltalán nem hagyják el az otthonukat.
Pánik betegség egy vagy több pánik rohamból áll, melyek után a gyermek/serdülő fél egy következő rohamtól. A pánik rohamok hirtelen alakulnak ki, ok nélkül, melyek során intenzív félelmet, diszkomfort érzést élnek át a betegek, melynek intenzitása pár perc alatt tetőzik. A következő tünetek közül legalább 4 jelentkezik a pánik roham alatt: heves szívverés, izzadás, remegés vagy reszketés, légszomj, fulladás érzés, mellkasi fájdalom, hányinger vagy hasi diszkomfort, szédülés, hidegrázás vagy hevülés, paresztéziák, derealizációs vagy depreszonalizációs élmények, megőrüléstől való félelem, halálfélelem. Legalább egy rohamot követően félelem érzése jelentkezik újabb rohamoktól és ennek következtében a viselkedés jelentős, maladaptív változása (pl. elkerüli az olyan helyzeteket, ahol pánik roham kialakulásától tart).
Generalizált szorongásos zavar (GAD) esetében a gyermek/serdülő túlzott aggodalmat vagy szorongást él át számos eseménnyel vagy tevékenységgel kapcsolatban (a múltban történtekkel, a jövővel, saját kompetenciával) legalább 6 hónapon át, szinte minden nap, a napok nagyrészében. A gyermek nem képes aggodalmait

kontrollálni. Jellemző a nyugtalanság, felhúzottság, feszültség érzés, fáradékonyság, koncentrációs nehézség (semmi nem jut az eszébe), irritabilitás, izomfeszülés, alvászavar (nehéz elalvás vagy nem kielégítő alvás).
Kényszeres zavar esetében kényszergondolatok, kényszercselekvések vagy mindkettő jelen van. A kényszergondolatok: visszatérő, tartósan fennálló gondolatok, késztetések vagy képek, melyeket a gyermek/serdülő betolakodónak, nem kívánatosnak él meg és amelyek intenzív félelemmel, szorongással töltik el. A gyermek megkísérli a kényszergondolatokat elnyomni, figyelmen kívül hagyni vagy semlegesíteni pl. kényszercselekvésekkel (tipikus a megfertőződési kényszergondolat semlegesítésére végzett kézmosás). A kényszercselekvések: visszatérő viselkedések (pl kézmosás, rendezgetés, ellenőrzés) vagy mentális tevékenységek (pl imádkozás, számolás stb.), melyeket a gyermeknek/serdülőnek meg kell tennie vagy a kényszergondolatra adott válaszként vagy olyan szabályok szerint, melyeket mereven be kell tartania. A viselkedés vagy mentális tevékenység célja a szorongás megelőzése vagy enyhítése, valamilyen rettegett esemény bekövetkeztének megakadályozása, azonban a fentiek nem kapcsolódnak realisztikusan ahhoz, amivel kapcsolatban a gyermek végzi őket és egyértelműen túlzó mértékűek. Kisgyermekek nem mindig képesek a tevékenységek célját meghatározni. A kényszeres tevékenység legalább 1 órát vesz igénybe naponta.
Poszttraumás stressz zavar (PTSD) Valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy testi/szexuális erőszak megtapasztalása közvetlen átéléssel vagy szemtanúként, vagy közeli családtagot/barátot ért traumatikus esemény híre által, a traumatikus események averzív részleteinek megtapasztalása által (pl. a helyszínen lévő maradványok látványa stb.).
A traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó, visszatérő, akaratlan, nyomasztó emlékek, visszatérő rémálmok (gyermekek esetében lehetnek ijesztő álmok, felismerhető tartalom nélkül), disszociatív reakciók (flashbackek) melyek során az illető úgy érez, és úgy viselkedik, mintha az esemény megismétlődne (gyermekek esetében a traumatikus esemény ismételt eljátszása játéktevékenység során), intenzív és hosszan fennálló pszichológiai szenvedés a traumára emlékeztető kulcsinger expozíció esetén. A traumatikus eseménnyel összefüggő ingerek tartós kerülése. Jelentősen csökkent érdeklődés a fontos tevékenységek iránt, másoktól való elidegenedés vagy közönyösség érzése, tartósan fennálló képtelenség pozitív érzelmek megélésére, irritabilitás vagy dühkitörések, féktelen vagy öndestruktív viselkedés, túlzott megriadási reakció, koncentrációs nehézségek, alvászavar.

1.2.Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Spielberger-Gy „Hogyan érzem magam?"

(STAI-T kérdőív)

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

Figyelmesen olvasd el valamennyit, és minden esetben döntsd el, hogy az egyes állítások: „szinte soha", „néha" vagy „gyakran" illenek-e rád.
Minden sorba oda tegyél jelet a körbe, amelyik állítást leginkább jellemzőnek tartod magadra. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok.

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

1. Félek attól, hogy hibát követek el	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
2. Előfordul, hogy sírok	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
3. Szerencsétlennek érzem magam	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
4. Nehezen tudom összeszedni magam	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
5. Nehezen tudom elmondani, ami bánt	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
6. Ok nélkül is félek	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
7. Otthon zaklatott a hangulat	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
8. Könnyen megijedek	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
9. Rosszul érzem magam	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
10. Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
11. Félek az iskolától	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran

12. Ha választanom kell, nehezen tudok dönteni	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
13. Hevesebben szokott verni a szívem	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
14. Titokban tartom, hogyha félek	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
15. Túl szigorúak a szüleim	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
16. Megizzad a tenyerem	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
17. Kicsit félek ha holnapra gondolok	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
18. Előfordul, hogy nem tudok aludni	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
19. Remeg a gyomrom	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran
20. Félek attól, hogy mit gondolnak rólam mások	O Szinte soha	O Néha	O Gyakran

Spielberger-Gy „Hogyan érzem magam?"

(STAI-S kérdőív)

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

ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZED MAGAD!

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

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

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

Spielberger-Gy STAI kérdőív értékelése:

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

STAI-T (állapot szorongás)

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

STAI-S (vonásszorongás)

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

1, 3, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 20 tételek: nagyon: 1 pont, középső tétel: 2 pont, nem: 3 pont (fordított pontozás)

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

Erőteljes szorongást jelez: STAI-T (állapot szorongás) 38 pont felett

STAI-S (vonásszorongás) 35 pont felett

Spielberger CD, Edwards CD, Montuori J, Lushene R: State-Trait Anxiety Inventory for Children. 1973 Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
Sipos K, Sipos M: A „State-Trait" Anxiety Invenoty for Children" standardizálása és validizálása magyar nyelven. Elméleti-Módszertani Tanulmányok. Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Intézete. 1979

Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ)

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

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

Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL SZÜLŐI KÉRDŐÍV)

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

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

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

Achenbach TM: Manual for the Child Behavioral Checklist 4/18 and 1991 Profile. University of Vermont,, Department of Psychiatry, Burlington, 1991
Gádoros J: Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával. Psych Hungarica, 1996;11(2):147-166

Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL TANÁRI KÉRDŐÍV)

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

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

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

Achenbach TM: Manual for the Child Behavioral Checklist 4/18 and 1991 Profile. University of Vermont,, Department of Psychiatry, Burlington, 1991
Gádoros J: Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával. Psych Hungarica, 1996;11(2):147-166

Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL ÖNÉRTÉKELŐ KÉRDŐÍV)

Az alábbiakban gyermekekre jellemző kijelentéseket olvashatsz.

Kérjük jelezd, hogy a kijelentés milyen mértékben jellemez Téged!

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

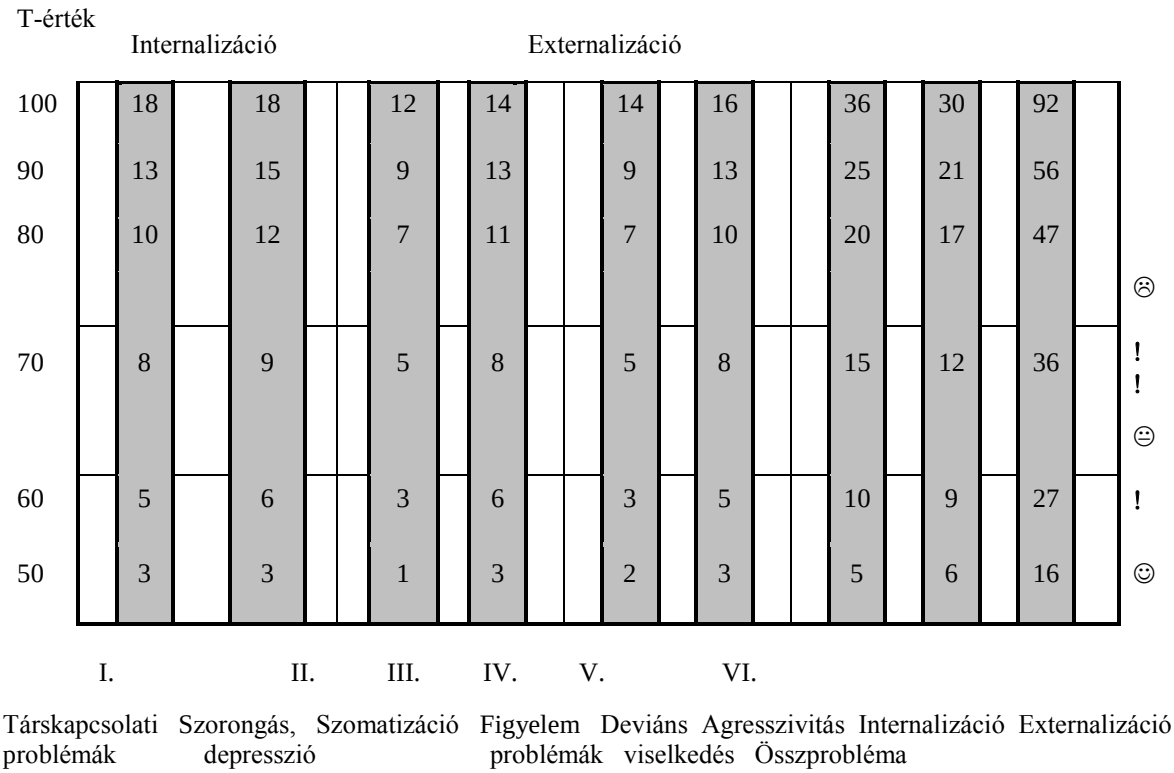
32. Gyakran hányok ismert egészségügyi ok nélkül is ..... 0 ..... 1 2
33. Testileg bántalmazok másokat ..... 0 ..... 1 2
34. Iskolai teljesítményem gyenge ..... 0 ..... 1 2
35. Szívesebben választom nálam idősebb gyermekek társaságát ..... 0 ..... 1 2
36. Vannak helyzetek, mikor nem vagyok hajlandó beszélgetni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

Achenbach TM: Manual for the Child Behavioral Checklist 4/18 and 1991 Profile. University of Vermont,, Department of Psychiatry, Burlington, 1991
Gádoros J: Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával. Psych Hungarica, 1996;11(2):147-166

Gyermekviselkedési kérdőív (7-14 év; Szülői változat)

A gyermek neve: ..... Életkora: .....

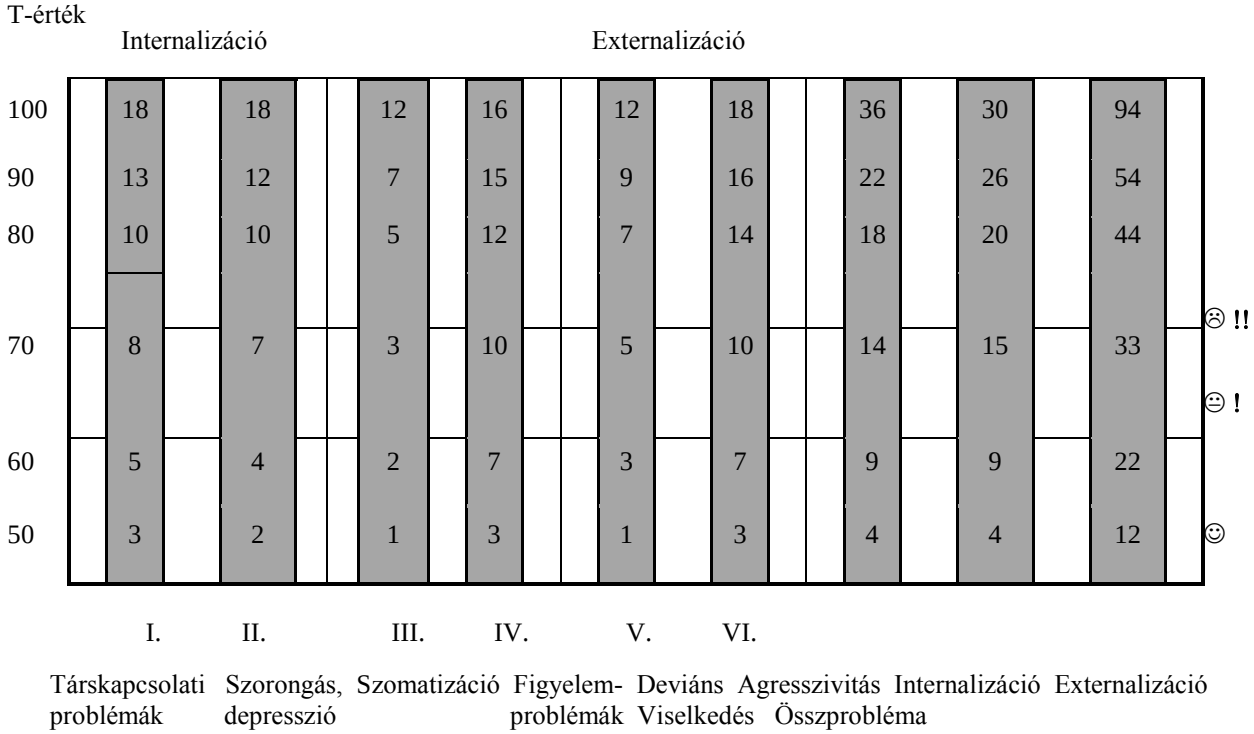
A kitöltés időpontja: .....



4. **.....**	**5.** **.....**	**27.** **.....**	**2.** **.....**	**13.** **.....**	**1.** **.....**	**I. + II.**	**V. + VI.**	**I. + II. + III. + IV. + V. + VI.**
12. **.....**	**7.** **.....**	**28.** **.....**	**3.** **.....**	**20.** **.....**	**8.** **.....**			
19. **.....**	**14.** **.....**	**29.** **.....**	**6.** **.....**	**23.** **.....**	**9.** **.....**	**Össz.:..**	**Össz.: ...**	**Össz.:....**
22. **.....**	**15.** **.....**	**30.** **.....**	**21.** **.....**	**38.** **.....**	**10.** **.....**			
25. **.....**	**16.** **.....**	**31.** **.....**	**24.** **.....**	**40.** **.....**	**11.** **.....**			
35. **.....**	**17.** **.....**	**32.** **.....**	**34.** **.....**	**42.** **.....**	**18.** **.....**			
36. **.....**	**26.** **.....**		**37.** **.....**	**44.** **.....**	**33.** **.....**			
39. **.....**	**43.** **.....**				**41.** **.....**			
45. **.....**	**46.** **.....**							
Össz.:	**Össz.: .....**	**Össz.:.....**	**Össz.: .**	**Össz.: ...**	**Össz.:.....**			

Gyermekviselkedési kérdőív (7-14 év; Tanári változat)

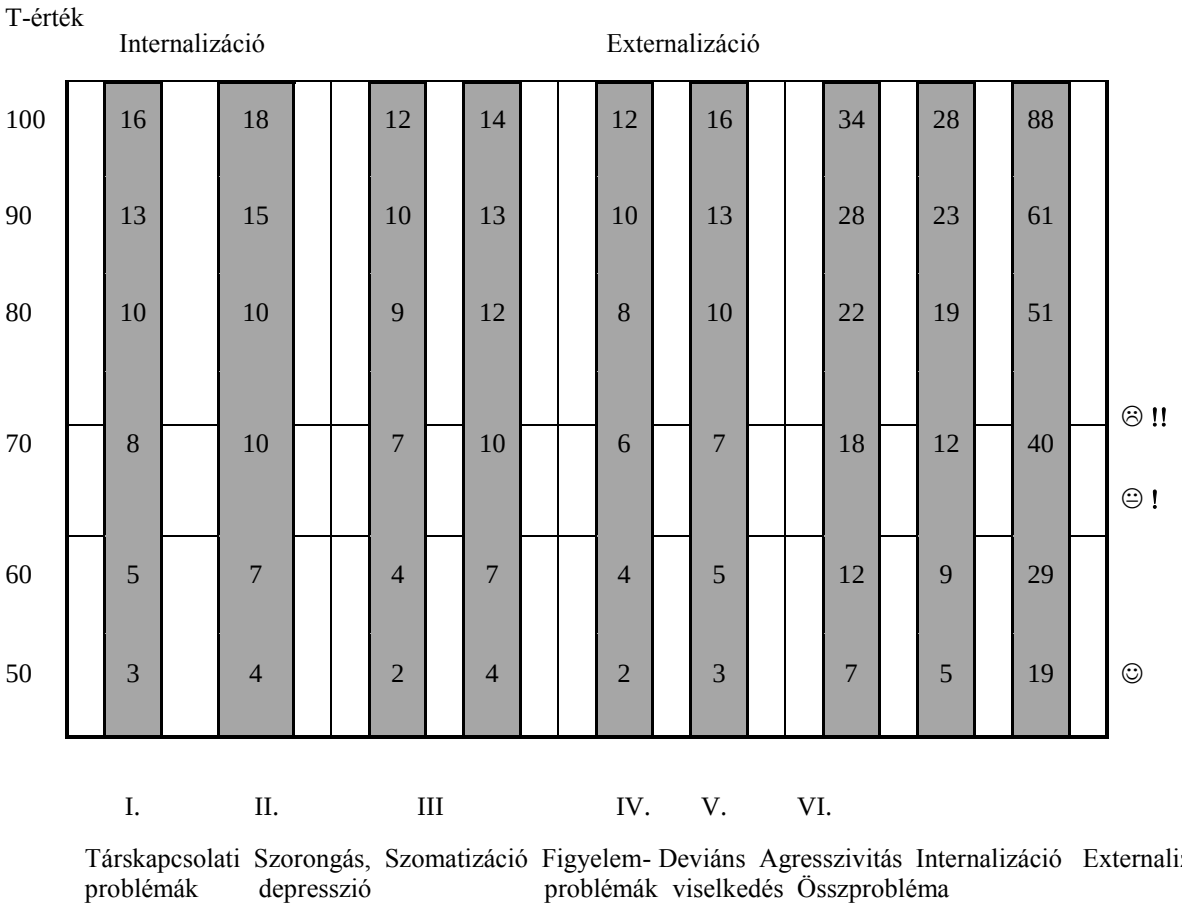
A gyermek neve: ..... Életkora: ..... A kitöltés időpontja: .....



4.	**5. .....**	**28. .....**	**2. .....**	**14. .....**	**1. .....**	**I. + II.**	**V. + VI.**	**I. + II. + III. + IV. + V. + VI.**
13.	**6. .....**	**29. .....**	**3. .....**	**21. .....**	**7. .....**			
20.	**15. .....**	**30. .....**	**8. .....**	**24. .....**	**9. .....**	**Össz.**	**Össz**	**Össz....**
23.	**16. .....**	**31. .....**	**10. .....**	**39. .....**	**11. .....**			
26.	**17. .....**	**32. .....**	**22. .....**	**41. .....**	**12. .....**			
36.	**18. .....**	**33. .....**	**25. .....**	**44. .....**	**19. .....**			
38.	**27. .....**		**35. .....**		**34. .....**			
40.	**45. .....**		**42. .....**		**37. .....**			
46.	**47. .....**				**43. .....**			
Össz:.....	**Össz.:.....**	**Össz.:....**	**Össz.:....**	**Össz.:.....**	**Össz**			

Gyermekviselkedési kérdőív (10-14 év; Önjellemző változat)

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



4. ……..	**5.....**	**27. .....**	**2. .....**	**20. .....**	**1. .....**	**I. + II.**	**V. + VI.**	**I. + II. + III. + IV. + V. +VI**
13. …...	**7. .....**	**28. .....**	**3. .....**	**23. .....**	**8. .....**			
19.	**14. .....**	**29. .....**	**6. .....**	**35. .....**	**10. .....**	**Össz.:....**	**Össz.:.**	**Össz.: ...**
22.	**15. .....**	**30. .....**	**9. .....**	**38. .....**	**11. .....**			
25.	**16. .....**	**31. .....**	**21. .....**	**39. .....**	**12. .....**			
36.	**17. .....**	**32. .....**	**24. .....**	**41. .....**	**18. .....**			
37.	**26. .....**		**34. .....**		**33. .....**			
43.	**42. .....**				**40. .....**			
	44.							
Össz.....	**Össz.: .....**	**Össz.:.....**	**Össz.:.....**	**Össz.: ..**	**Össz.:...**			

CY-BOCS 1-5 – Kényszergondolatok Kérdőív

"- Most azokról a gondolataidról fogok kérdéseket feltenni, amikre nem tudod megállni, hogy ne gondoljál."

1. "-Mennyi időt töltesz ezekkel a gondolatokkal?"

(Amikor a kényszergondolatok csak röviden, betörésszerűen jelennek meg, akkor azt kell megbecsülni, hogy milyen gyakran jönnek és hogy naponta kb. hány órát érintenek.)

"- Milyen gyakorisággal jelennek meg ezek a gondolatok?"

[A töprengéseket és a gondolatokba való belefeledkezést nem kell számtani, a k.gondolatoktól eltérően azok racionálisak és nem énidegenek (csak felnagyítottak).]

0	*semmi*	
1	*kevés*	Kevesebb, mint 1 ***óra/nap, vagy alkalmi betörések***
2	*közepes*	1-3 ***óra/nap, vagy gyakori betörések***
3	*sok*	3-8 ***óra/nap, vagy nagyon gyakori betörések***
4	*nagyon sok*	8 óránál több ***naponta, vagy szinte állandó betörések***

1/b. *(nem számít az összpontszámba)*

"-Mi a leghosszabb időszak átlagosan egy nap, hogy nincsenek k.gondolataid?"

0	*semmi*	
1	*kevés*	hosszú ***tünetmentes időszakok, vagy*** 8 óránál több ***egymást követő óra naponta***
2	*közepes/enyhe*	közepesen hosszú ***tünetmentes időszakok, vagy*** 3-8 ***egymást követő óra naponta***
3	*sok/súlyos*	rövid ***tünetmentes időszakok, vagy*** 1-3 ***egymást követő óra naponta***
4	*nagyon sok/ nagyon súlyos*	kevesebb, mint 1 ***óra/nap tünet nélkül***

2. "-Mennyire zavarják ezek a gondolatok az iskolai munkádat, vagy a barátaiddal való időtöltést?

-Van valami, amit miattuk nem teszel meg?"

(Ha éppen nem jár iskolába, akkor azt kell megbecsülni, hogy a tevékenységeit milyen mértékben befolyásolnák a k.godolatok, ha iskolában lenne.)

0	*semmi*	
1	*kevés*	*enyhe* ***akadályozó hatás a szociális és iskolai életben, de a legtöbb tevékenységét nem zavarja***
2	*közepes/ enyhe*	határozott akadályozó ***hatás a szociális és iskolai életben, de a helyzet még kezelhető***
3	*sok/súlyos*	lényeges zavart okoz ***szociális és iskolai életben***
4	*nagyon sok/ nagyon súlyos*	cselekvésképtelen***né teszik***

3. "-Mennyire zavarnak, vagy bosszantanak Téged ezek a k.gondolatok?"

(Csak a k.gondolatok okozta szorongást/frusztráltságot kell nézni.)

0	*semmi*	
1	*kevés*	ritkák ***és nem zavaróak***
2	*közepes / enyhe*	gyakoriak***, zavaróak, de még kezelhetőek***
3	*sok / súlyos*	nagyon gyakoriak ***és nagyon zavaróak***
4	*nagyon sok / nagyon súlyos*	szinte állandóak***, bénító distresszt okoznak és frusztrálóak***

4. "Mennyire próbálod visszatartani ezeket a gondolatokat, vagy nem venni róluk tudomást?"

(Az ellenállás mértékét és nem annak sikerességét kell nézni. Ha minimális a kényszer, akkor nem is fog ellenállni, ilyen esetekben 0-t kell adni.)

0	*semmi*	mindig ellenáll***, vagy a tünetek olyan minimálisak, hogy nincs szükség ellenállni***
1	*kevés*	többnyire ***megpróbál ellenállni***
2	*közepes / enyhe*	***megpróbál*** valamennyire ***ellenállni***
3	*sok / súlyos*	***beletörődik a k.gondolataiba anélkül, hogy megpróbálná őket kontrollálni, de aztán*** vonakodva szembeszáll ***velük***
4	*nagyon sok / nagyon súlyos*	***teljesen és*** szándékosan ellenáll ***minden k.gondolatnak***

5. "Amikor a kényszergondolatok ellen küzdesz, le tudod őket győzni? / Mennyire tudod kontrollálni a kényszergondolataidat?"

(Ez az előző kérdéssel szemben jobban kapcsolódik ahhoz, hogy milyen súlyosak a betörő gondolatok.)

0	*teljes kontroll*	
1	*erős kontroll*	általában ***képes visszatartani, vagy eltéríteni a k.gond.-kat***
2	*közepes kontroll*	néha ***képes visszatartani, vagy eltéríteni a k.gond.-kat***
3	*gyenge kontroll*	ritkán ***sikeres a k.gond.-ok visszatartásában és csak nehézségekkel tudja elterelni a figyelmét***
4	*a kont. hiánya*	***akaratától*** teljesen független***, gondolatait pillanatokra elterelni is csak ritkán képes***

CY-BOCS 6-10 – Kényszercselekvések Kérdőív

"- Most azokról a szokásaidról fogok kérdéseket feltenni, amiket nem tudod megállni, hogy ne kövess."

6. "-Mennyi időt töltesz ezekkel a szokásokkal? Ezek a szokások miatt mennyivel több időt töltesz a mindennapi dolgaiddal, mint mások?"

(Amikor a kényszercselekvések csak röviden, megszakított cselekvésként jelennek meg, akkor azt kell megbecsülni, hogy milyen gyakran jelennek meg és hogy naponta kb. hány órát érintenek.)

"- Milyen gyakran jönnek elő ezek a szokások?"

[(A legtöbb esetben ezek a k.cselekvések megfigyelhetőek (pl. kézmosás), de van, hogy nem (pl. ellenőrzés).]

0	*semmi*	
1	*kevés*	***kevesebb, mint 1 óra/nap, vagy csak alkalmanként***
2	*közepes*	***1-3 óra/nap, vagy gyakoriak***
3	*sok*	***3-8 óra/nap, vagy nagyon gyakoriak***
4	*nagyon sok*	***Több mint 8 óra/nap, vagy szinte állandóak***

6.b. *(nem számít az összpontszámba)*

"-Milyen hosszú ideig nem jelennek meg ezek a szokások?"

0	*nincsenek tünetek*	
1	*kevés*	***hosszú tünetmentes időszakok, vagy több mint 8 egymást követő tünetmentes óra/nap***
2	*közepes*	***közepesen hosszú tünetmentes időszak, vagy 3-8 egymást követő tünetmentes óra/nap***
3	*sok*	***rövid tünetmentes időszak, vagy 1-3 egymást követő tünetmentes óra/nap***
4	*nagyon sok*	***kevesebb, mint 1 egymást követő tünetmentes óra/nap***

7. "-Mennyire zavarják ezek a szokások az iskolai munkádat, vagy a barátaiddal való időtöltést?

-Van valami, amit miattuk nem teszel meg?"

(Ha éppen nem jár iskolába, akkor azt kell megbecsülni, hogy a tevékenységeit milyen mértékben befolyásolnák a k.cselekvések, ha iskolában lenne.)

0	*semmi*	
1	*kevés / enyhe*	***enyhe akadályozó hatás a szociális és iskolai életben, de a legtöbb tevékenységét nem zavarja***
2	*közepes*	***határozott akadályozó hatás a szociális és iskolai életben, de a helyzet még kezelhető***
3	*sok/súlyos*	***lényeges zavart okoz szociális és iskolai életben***
4	*nagyon sok/ nagyon súlyos*	***cselekvésképtelenné teszik***

8. "-Milyen érzés lenne, ha nem hajthatnád végre ezeket a cselekvéseket? Mennyire zavarna?"
(Azt kel megbecsülni, hogy mennyire szorongana/ lenne frusztrált, ha a kényszeres cselekvését valami megszakítaná.)

"-Mennyire érzed magad rosszul, amíg nem fejezted be a tevékenységed?"

0	*semmi*	
1	*kevés / enyhe*	***enyhe szorongás/frusztráltság, ha a k.cselekvések akadályozottak; enyhe szorongás/frusztráltság a k.csel.-ek végzése közben***
2	*közepes*	***a szorongás/frusztráltság emelkedik, de kezelhető marad a k.cselekvések akadályozottságakor; szorongás/frusztráltság emelkedik, de kezelhető marad a k.csel.-ek végzése közben***
3	*sok / súlyos*	***kifejezett és nagyon zavaró szorongás/frusztráltság, ha a k.csel.-eket vm. megszakítja; kifejezett és nagyon zavaró szorongás/frusztráltság a k.csel.-ek végzése közben***
4	*nagyon sok / nagyon súlyos*	***cselekvésképtelenné tevő szorongás/frusztráltság bármi beavatkozástól, ami változtatni szándékszik a cselekvést; cselekvésképtelené tevő szorongás/frusztráltság a k.csel.-ek végzése közben***

9. "Mennyire próbálod visszatartani ezeket a szokásokat, vagy nem venni róluk tudomást?"

(Az ellenállás mértékét és nem annak sikerességét kell nézni. Ha minimális a kényszer, akkor nem is fog ellenállni, ilyen esetekben 0-t kell adni.)

0	*semmi*	***mindig ellenáll, vagy a tünetek olyan minimálisak, hogy nincs szükség ellenállni***
1	*kevés / enyhe*	***többnyire megpróbál ellenállni***
2	*közepes*	***megpróbál valamennyire ellenállni***
3	*sok / súlyos*	***beletörődik a k.gondolataiba anélkül, hogy megpróbálná őket kontrollálni, de aztán vonakodva szembeszáll velük (?)***
4	*nagyon sok / nagyon súlyos*	***teljesen és szándékosan ellenáll minden k.gondolatnak***

10. "Milyen erős az érzés, hogy végre kell hajtanod ezeket a cselekvéseket? Mi történik, amikor ezek a cselekvések ellen küzdesz? Mennyire tudod kontrollálni őket"

(Ez az előző kérdéssel szemben jobban kapcsolódik ahhoz, hogy milyen súlyosak a kényszercselekvések.)

0	*teljes kontroll*	
1	*erős kontroll*	***nyomást érez, hogy végrehajtsa őket, de általában képes akaratlagos kontrollra***
2	*közepes kontroll*	***csak nehezen tudja kontrollálni az erős nyomást***
3	*gyenge kontroll*	***a nagyon erős nyomás, késleltetni is csak nehezen tudja***
4	*a kont. hiánya*	***akaratlan és irányíthatatlan kényszer, ritkán képes csak pillanatokra is késleltetni***

11. "Mit gondolsz, ésszerűek ezek a gondolataid és szokásaid? (szünet)

Mi történne, ha nem tennéd meg ezeket a dolgokat? Biztos vagy abban, hogy tényleg történne valami?"

(Azt kell megállapítani, hogy a vizsgálat időpontjában mennyire látja be a kényszereinek az értelmetlenségét és eltúlzottságát.)

0	*semmi*	***kiváló belátása van, teljesen ésszerű***
1	*kevés*	***jó rálátása van, kész elfogadni az abszurditást, vagy a túlzásokat, de nincs tejesen meggyőzve, hogy ne lenne valami elfogadható oka a szorongásainak***
2	*közepes*	***megfelelő belátása van; vonakodva beismeri, hogy kényszerei ésszerűtlenek és eltúlzottak, de ingadozik; lehet, hogy vannak irreális félelmei, de nem 'fixa ideák'***
3	*súlyos*	***gyenge belátás, még fenntartja, hogy kényszerei ésszerűtlenek és eltúlzottak, de ingadozik; lehet, hogy vannak irreális félelmei, de elfogadja az ellenérvek érvényességét***
4	*nagyon súlyos*	***a belátás hiányzik, teljesen a tévhitében él, meggyőződött, hogy kényszerei ésszerűek, nem reagál az ellenérvekre***

12. "Volt, hogy elkerülted, hogy valamit megtegyél, valahová elmenjél, vagy valakivel találkozzál a kényszereid miatt? (ha igen:) Mi mindent kerülsz el?"

(A túlzott gyümölcsmosás csak kényszercselekvés, nem elkerülés, de ha nem eszik gyümölcsöt a 'kosz' miatt, akkor az elkerülés.)

0	*semmi*	
1	*kevés / enyhe*	***minimális elkerülés***
2	*közepes*	***valami elkerülés láthatóan van***
3	*sok / súlyos*	***sok elkerülés; feltűnően elkerülő***
4	*nagyon sok / nagyon súlyos*	***nagyon erősen elkerülő, szinte mindent megtesz, hogy elkerülje a kiváltó tüneteket***

13. "Vannak problémáid olyan kis dolgokról döntéseket hozni, amiken mások nem gondolkodnának kétszer (pl. melyik ruhát vedd fel, vagy melyik csokit akarod megvenni)?"

(Az ésszerű problémákról való töprengést stb. nem kell számítani.)

0	*semmi*	
1	*enyhe*	***néha problémái vannak kisebb döntések meghozatalakor***
2	*közepes*	***nyíltan jelentős problémákról számol be olyan döntésekről, amiken mások nem gondolkoznának többször***
3	*súlyos*	***folyamatosan latolgatja az érveket és ellenérveket jelentéktelen dolgokról***
4	*nagyon súlyos*	***képtelen bármiféle döntésre***

14. "Van, hogy nagyon felelősnek érzed magad azzal kapcsolatban, amit teszel, vagy annak kihatásairól? Szoktad magad vádolni azok a dolgok miatt, amiket nem tudsz irányítani?"

[El kell különíteni a normális felelősség-érzettől az értéktelenség érzésétől és a patológiás bűntudattól (itt a személy a tetteit rossznak vagy gonosznak tarja).]

0	*semmi*	
1	*enyhe*	***csak rákérdezésre hozza elő, gyenge felelősségérzet***
2	*közepes*	***alkalmanként, de láthatóan túlzott-felelősségtudata van olyan dolgokról, amik kívül esnek az ésszerű irányíthatóságon***
3	*súlyos*	***mindenre kiterjedő felelősségtudat olyan dolgokról, amik kívül esnek az ésszerű irányíthatóságon, túlzott, szinte irracionális önhibáztatás***
4	*nagyon súlyos*	***a felelősségérzet teljes tévhitében él (pl. egy 5000 km-re levő földrengés azért van, mert nem hajtott végre valamit)***

15. "Problémát okoz valaminek az elkezdése, vagy befejezése? Van, hogy a mindennapi dolgok tovább tartanak, mint kellene?"

(Meg kell különböztetni a depressziót követő pszichomotoros retardációtól. Azt kell megbecsülni, hogy mennyivel több időre van szüksége mindennapi dolgai elvégzéséhez még abban az esetben is, ha külön kényszert nem tudunk megállapítani.)

0	*semmi*	
1	*enyhe*	***alkalmanként több időre van szüksége dolgok elkezdéséhez/ befejezéséhez***
2	*közepes*	***mindennap cselekvései gyakran elhúzódnak, de feladatait végrehajtja, gyakran késik***
3	*súlyos*	***széleskörű és egyértelmű nehézsége van dolgok elkezdésével/ befejezésével, szokásosan késik***
4	*nagyon súlyos*	***segítség nélkül képtelen dolgokat elkezdeni, vagy befejezni***

16. "Amikor befejezel valamit, szoktál abban kételkedni, hogy jól csináltad-e? Van, hogy abban is kételkedsz, hogy egyáltalán elvégezted-e? Van, hogy nem hiszel az érzékeidnek (mit látsz, hallasz, tapintasz) miközben a feladatod végzed?"

0	*semmi*	
1	*enyhe*	***csak rákérdezésre hozza elő, gyenge patológiás kételkedés***
2	*közepes*	***alkalmanként, de láthatóan jelentős patológiás kételyek gyötrik; valamennyire befolyásolják a teljesítményét, de még kezelni tudja a dolgokat***
3	*súlyos*	***bizonytalan az érzékeiben és a memóriájában; a pat. kétkedés gyakran lerontja a teljesítményét***
4	*nagyon súlyos*	***érzékeiben állandóan kételkedik; a kételkedés alapvetően befolyásolja szinte minden ténykedését, cselekvésképtelenné teszik (pl. azt mondja: „az agyam nem hisz a szememnek.")***

17. Itt a *vizsgáló* átfogóan dönt a zavar súlyosságáról.

(Ehhez figyelembe kell venni a stressz mértékét, a megfigyelt tüneteket és a funkcionális zavarokat. A döntéshez az itt megismert adatokat súlyozni kell pontosságukkal és megbízhatóságukkal.)

0	*sine morbo*	
1	*minimális*	***csekély zavar, kételkedés, futólagos tünetek; nincs funkcionális zavar***
2	*enyhe*	***enyhe funkcionális zavar***
3	*közepes*	***funkcionális nehézségek***
4	*közepes súlyos*	***beszűkült funkciók***
5	*súlyos*	***a funkcióinak végrehajtásához segítségre van szüksége***
6	*nagyon súlyos*	***teljesen cselekvésképtelen***

18. Itt a *vizsgáló* átfogóan dönt, hogy az előző vizsgálat óta mennyi javulás történt a gyógyszeres kezelésnek köszönhetően.

0	*nagyon sokkal rosszabb*
1	*sokkal rosszabb*
2	*minimálisan rosszabb*
3	*nincs változás*
4	*minimálisan jobb*
5	*sokkal jobb*
6	*nagyon sokkal jobb*

19. Itt a *vizsgáló* átfogóan dönt az adatok megbízhatóságáról. Ezt befolyásolhatja a beteg együttműködési hajlandósága és természetes kommunikációs készsége. A kényszeres tünetek típusa és súlyossága zavarhatja a beteg koncentrációs képességét, figyelmét, vagy spontaneitását.

0	*kiváló*	***nincs okunk, hogy az adatokban kételkedjünk***
1	*jó*	***bizonyos faktorok kedvezőtlenül hatnak a megbízhatóságra***
2	*megfelelő*	***bizonyos faktorok kifejezetten csökkentik a megbízhatóságot***
3	*gyenge*	***nagyon alacsony megbízhatóság***

GYERMEK YALE-BROWN KÉNYSZER GONDOLAT ÉS CSELEKEDET SKÁLA – CY-BOCS

Név: _____ dátum: _____

	semmi	**enyhe**	**kevés**	**közepes**	**súlyos**	**sok**	**nagyon súlyos**	**nagyon sok**
1. KÉNYSZERGONDOLATOKKAL TÖLTÖTT IDŐ	0		1	2		3		4
2. A KÉNYSZERGONDOLATOK-AKADÁLYOZÓ HATÁSA	0		1	2		3		4
3. A KÉNYSZERGONDOLATOK-OKOZTA FESZÜLTSÉG	0		1	2		3		4
engedelmesség	mindig ellenáll							teljes
4. ELLENÁLLÁS	0		1	2		3		4
5. KONTROLL A KÉNY-SZERGONDOLATOK FELETT	teljes 0		erős 1	közepes 2		gyenge 3		kontr. hiánya 4

A KÉNYSZERGONDOLATOK ÖSSZPONTSZÁMA: (1-5. tétel): ……

6. KÉNYSZERCSELEKE-DETEKKEL TÖLTÖTT IDŐ	0		1	2		3		4
7. A KÉNYSZERCSELEKE-DETEK AKADÁLYOZÓ HATÁSA	0		1	2		3		4
8. KÉNYSZERCSELEKE-DETEK OKOZTA FESZÜLTSÉG	0		1	2		3		4
engedelmesség	mindig ellenáll							teljes
9. ELLENÁLLÁS	0		1	2		3		4
10. KONTROLL A KÉNY-SZERCSELEKEDETEK FELETT	teljes 0		erős 1	közepes 2		gyenge 3		kontr. hiánya 4

A KÉNYSZERCSELEKEDETEK ÖSSZPONTSZÁMA: (1-5. tétel): ……

CY-BOCS ÖSSZPONTSZÁM: (1-10. tétel): ……

Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Sharon I, King RA, Goodman WK, et al: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: reliability and validity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36:844-852
Leonard HK, Swedo SE, Lenane MC, et al: A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. Arch Gen Psychiatry. 1993;34:1147-1152

ÉRTÉKELÉS (súlyosság kényszer gondolatok és cselekedetek együttes jelenlétekor):

0 – 7 szubklinikai
8 – 15 enyhe
16 – 23 közepes
24 – 31 súlyos
32 – 40 nagyon súlyos

forrás: https://projectteachny.org/wp-content/uploads/2017/09/CYBOCS.pdf

1.3. Táblázatok

1. számú táblázat: A szorongásos kórképekre jellemző specifikus tünetek [20, 22].

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

2. számú táblázat: A szorongásos zavarok kognitív-viselkedésterápiájában alkalmazható terápiás intervenciók [30, 33, 34].

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

3. számú táblázat: Gyermek- és serdülőkori szorongás farmakoterápiája [30, 51, 52].

Hatóanyag	Indikáció és életkor OGYI engedély	Napi adag, kezdő dózis	Javasolt dózisemelés titrálással	Fenntartó napi adag tartomány	Kiválasztott jellemző hatás
Szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI)					
Fluoxetine	Gyermekkori szorongásos zavarokban OGYI engedély nincs. 8 éves kor felett - mérsékelt, ill. súlyos major depresszív epizódban.	gyermek 5 - 10 mg serdülő 10 mg	Egy hét után 20 mg, ha szükséges. 4-8 hét után lehet emelni a dózist	10 - 80 mg	Hosszú felezési idő. CYP2D6 izoenzim által metabolizálódik.

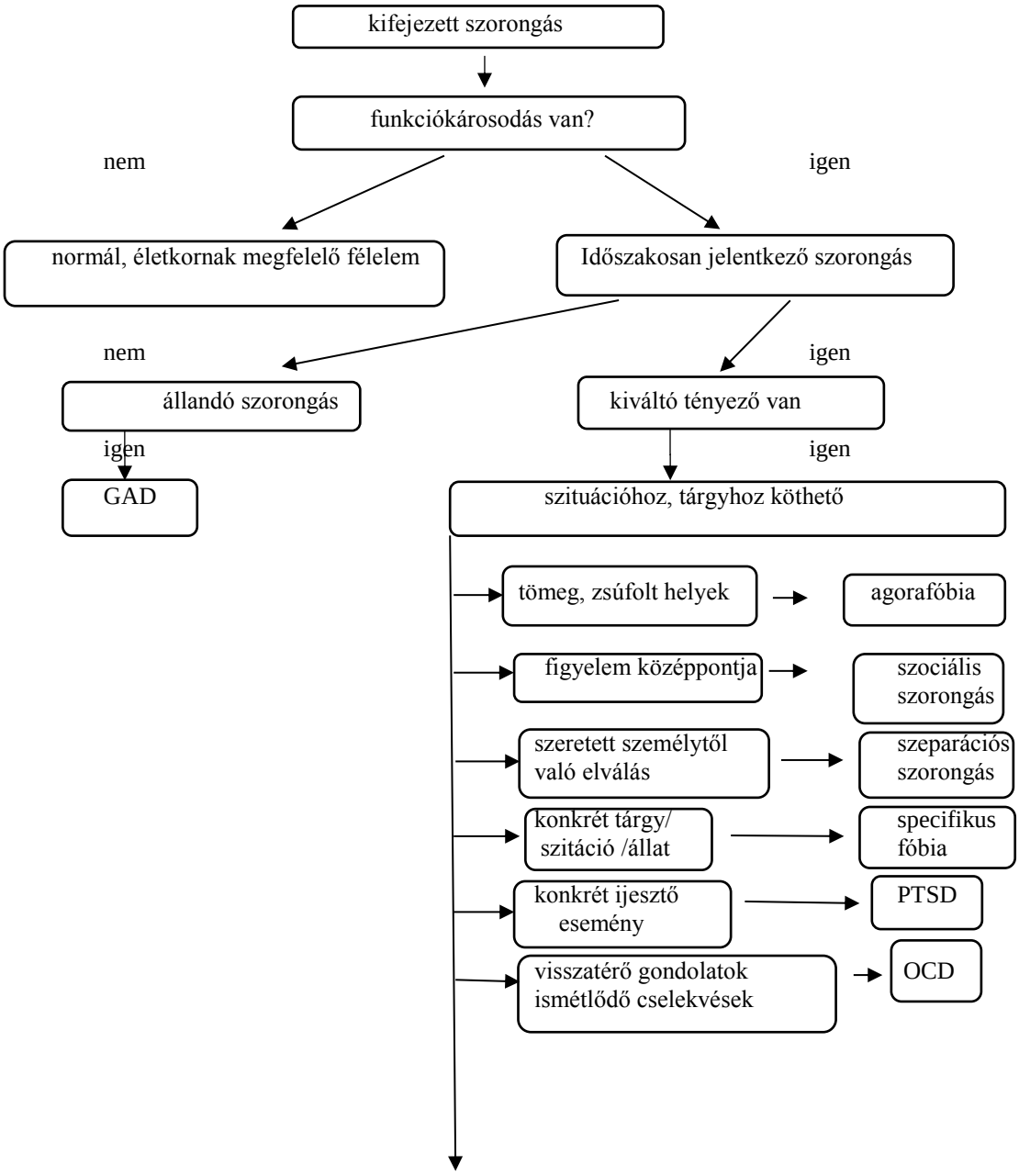
Fluvoxamine	Obszesszív-kompulzív zavar dg-ben adható 18 éves kor alatt, 8 éves kortól. Egyéb gyermekkori szorongásos zavarokban OGYI engedély nincs	25 - 50 mg lefekvés előtt	Kezdő adag 8 éven felül napi 25 mg este. Ezt 4-7 naponként, 25 mg-onként kell emelni hatásos dózis eléréséig.	50 - 200 mg (50 mg-ot meghaladó napi adagot két részre osztva kell bevenni. Ha a két rész nem egyenlő, akkor a nagyobb adagot kell este, lefekvés előtt beadni.	A lányok általában alacsonyabb fenntartó adagot igényelnek. Erőteljesen gátolja a CYP1A2-t és a CYP2C19-et. Kevésbé gátolja a CYP2C9-et, a CYP2D6-ot és a CYP3A4-et.
Sertraline	Obszesszív-kompulzív zavar dg-ben adható 6-17 éves gyermek-és serdülő számára. Egyéb gyermekkori szorongásos zavarokban OGYI engedély nincs.	12.5 - 25 mg	12.5 mg (gyermek) 25 - 50 mg (serdülő) szükség esetén dózis 1 hét múlva emelhető	50 - 200 mg	Hasmenés sűrűbben előfordul, mint egyéb SSRI-nál. CYP2D6 izoenzim által metabolizálódik. A szertralinnak enyhe-közepes fokú CYP 2D6-inhibitor hatása lehet.
Paroxetine	Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképben OGYI engedély nincs.	5 - 10 mg	5 mg (gyermek) - 10 mg (serdülő) szükség esetén dózis 1 hét múlva emelhető	10 - 60 mg	Rövid felezési idő. Enyhe anticholinerg. A paroxetin egy erős CYP2D6 gátló Súlynövekedés.
Szerotonin norepinefrin visszavétel gátló (SNRI)					
Venlafaxine nyújtott hatóanyag leadású (ER)	Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképben OGYI engedély nincs.	37.5 mg	37.5 mg (gyermek), 75 mg (serdülő) szükség esetén dózis 1 hét múlva emelhető	75 - 225 mg	Dózis-függő diasztolés RR emelkedés és/vagy pulzusszám emelkedés előfordulhat Súlyvesztés. A CYP 2D6 és 3A4-en keresztül metabolizálódik. QT szakasz megnyúlás.

Duloxetine	Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképben OGYI engedély nincs.	30 mg	30 mg kezdő dózis 14 nap után emelhető szükség esetén	30 - 60 mg 30 mg-onként emelhető minden 2-4 hétben, maximum 120 mg/napig	A CYP1A2 erős inhibitorokkal (pl. Fluvoxamin) vagy induktorokkal (pl. Karbamazepin, rifampin) történő alkalmazást általában kerülni kell. Erős CYP2D6 inhibitorok megemelhetik a duloxetine koncentrációt.
Triciklikus antidepresszáns (TCA) és Tetraciklikus antidepresszáns (Te-CA)					
Imipramine	Enurézis nocturna dg: 6 éves kor felett adható. Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképben OGYI engedély nincs.	10-25 mg	A 25 mg-os napi adag 7 nap után emelhető, ha szükséges. 2 részletben javasolt adni.	6-8 év: napi 25 mg 9-12 év: napi 25-50 mg 12 év : napi 50-75 mg Gyermekek napi adagja a 2,5 mg/ttkg-ot nem haladhatja meg!	clomipramine és imipramine: kardiovaszkuláris ellenőrzés, EKG javasolt a terápia kezdete előtt antikolinerg mellékhatások. Álmosság, ingerlékenység és hányás előfordulhat. A CYP 1A2, 2C19 és 3A4-en keresztül metabolizálódik.
Clomipramine	Obszesszív-kompulzív zavar dg-ben adható gyermek és serdülőkorban. Enurézis nocturna dg: 5 éves kortól adható. Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképben OGYI engedély nincs.	25 mg	A 25 mg-os napi adag 7 nap után emelhető. 2 részletben, étkezés közben.	Enurézisben a kezdő napi dózis: - 5-8 év: 20-30 mg; - 9-12: 25-50 mg; - 12 évtől: 25-75 mg. Kényszeres zavarokban a kezdő dózis naponta 25 mg, 3 mg/ttkg napi max. dózis vagy naponta 100-200 mg.	
Benzodiazepinek					
Clonazepam	Gyermekkori szorongásos zavarokban és más	0.25 - 0.5 mg		1 - 6 mg	clonazepam and lorazepam:

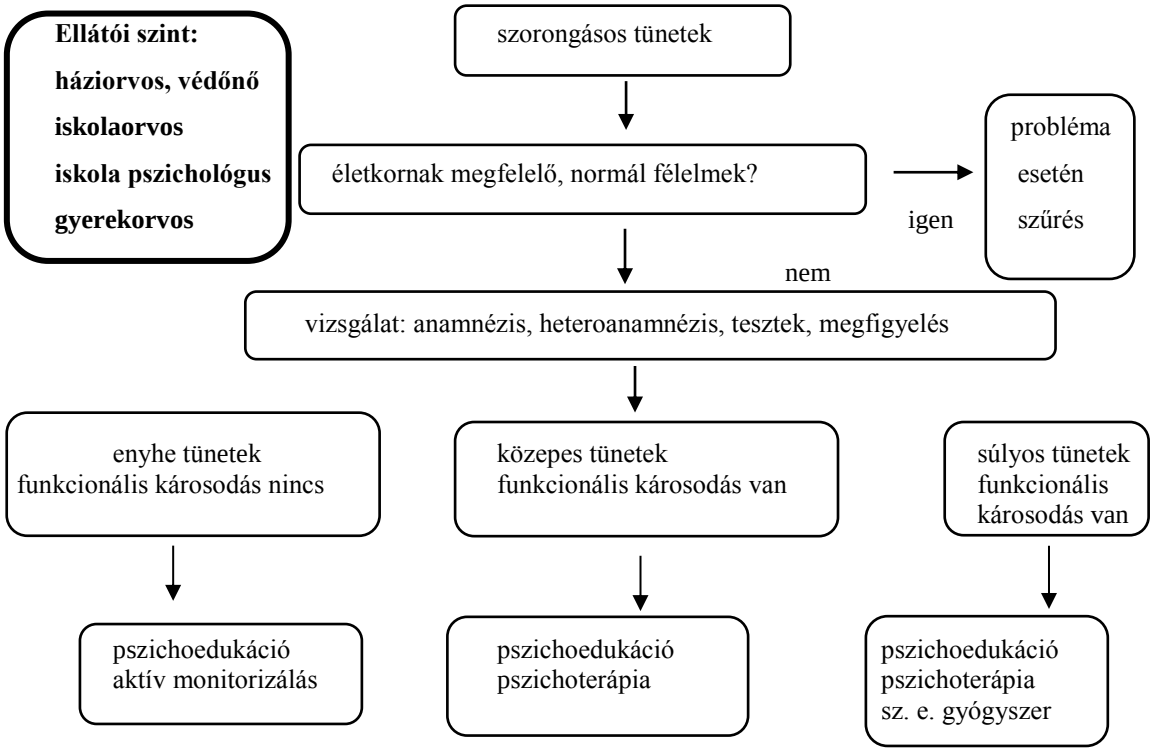
	gyermekpszichiátriai kórképben OGYI engedély nincs. A klonazepám biztonságosságát és hatásosságát pánikbetegségben szenvedő gyermekeknél nem vizsgálták.				Álmosság, ingerlékenység, oppozíció előfordulhat. Mentális és fizikai addikció is kialakulhat.
Lorazepam	A lorazepám alkalmazása nem ajánlott gyermek- és serdülőknek. OGYI engedély nincs.	0.25 - 0.5 mg		0.25 - 8 mg	
Antihisztamin					
Hidroxizin	A hidroxizin javallatai: - felnőttkori szorongás, - pruritus Gyermekek, serdülők: Pruritus tüneti kezelésére: 12 hónapos kortól: 1-2 mg/ttkg/nap, több részre elosztva. Műtéti előkészítésre. Gyermekkori szorongásos zavarokban és más gyermekpszichiátriai kórképben OGYI engedély nincs	napi adag 2 mg/ttkg		maximális napi adag 100 mg/nap.	QT-intervallum megnyúlás A hidroxizint az alkohol-dehidrogenáz és a CYP3A4/5 metabolizálja.

1.4. Algoritmusok

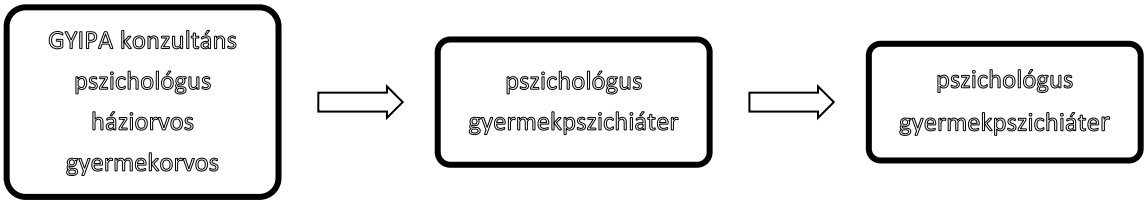
1. számú ábra: Szorongásos zavarok diagnózisa [20, 22].



2. számú ábra: A szorongásos zavarok ellátásának menete és az ehhez kapcsolt ellátói szintek algoritmus [31, 60, 61].



Ellátói szint:



1.5. Egyéb dokumentumok

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: .....

Kiszerelése: .....

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 kezelésről, 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.