

---

---

# Gyermekkori pszichotikus megbetegedések tünettana és diagnosztikai kritériumai

---

---

DR. HIRSCH ANIKÓ

GYERMEK-ÉS IFJÚSÁGPSZICHIÁTER, CSECSEMŐ-ÉS GYERMEKGYÓGYÁSZ, PSZICHOTERAPEUTA

OSZTÁLYVEZETŐ FŐORVOS, MRE BETHESDA GYERMEKKÓRHÁZ

MENTALHYGIÉNÉS OSZTÁLY

## **Pszichotikus állapot definíciója**

- A realitással való kapcsolat megszakad
- **Az egyén saját belső világát érzékeli a realitás referenciapontjaként**
- Intermittáló lefolyás
- Pozitív / negatív tünetek
- **Számos kórállapotban kialakulhat**

# Tünettan

- **Pozitív**
  - Téveszmék- delúziók
  - Hallucinációk
  - Beszéd inkoherencia
  - Szétesett vagy kataton viselkedés – agitáció vagy beszűkültség
- **Negatív**
  - Érzelmi elsivárosodás
  - Anhedonia, amotiváltság, aszocialitás, alogia
  - **Kognitív károsodás**
- **Hangulati tünetek**

# Pszichotikus állapotok előfordulhatnak

- **Belgyógyászati:** infekció, hypoglikémia, elektrolit egyensúly zavarok, hypoxia
- **Neurológiai:** temporális epilepszia, encephalitis, Wilson kór, Huntington
- **Toxikológiai:** benzodiazepinek, barbiturátok
- **Drog okozta:** alkohol, kokain, amfetamin
- **Pszichiátriai** kórképek

- **Elsőként leírt a szkizofrénia**
  - Krónikus lefolyás
  - Sajátos hasadás a gondolkodás, érzelmek és viselkedés között
  - Sajátos kognitív károsodás- „dementia praecox”
- **Modern felfogás szerint kifejezetten heterogén kórkép**
- **Szkizofrénia spektrum- DSM-V.**
- **Nehézség:** a diagnosztikai rendszerek változásai miatt a pszichotikus állapotok epidemiológiai adatai még hiányosak
  
- Balázs J, Miklósi M. A gyermek-és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve, Budapest, Semmelweis kiadó 2015.

# Szkizofrénia epidemiológia

- Incidencia: 0,22 ‰
- **Élettartam prevalencia 0,4-1,4 ‰ átlag: 1,0 ‰**
- **Világszerte azonos**
- Első tünetek megjelenése
  - Férfiaknál: 15-25 év
  - Nőknél: 25-35 év
  - Második csúcs: 40-45 év

## **Gyermekeknél:**

**10% kezdődik 18 éves kor alatt**

**12 éves kor előtt: "igen korai kezdetű" sch**

**12-18 év között: „korai kezdetű” sch**

( Fekete és mtsai 2010, Füredi és mtsai 2009, Balázs és mtsai 2006, Vetró 2008 )

# Kiemelt népegészségügyi jelentőség

- a beteg súlyos funkcióromlását idézi elő, gyakran élethosszig tartó gyógyszeres kezelést igényel.
- **A WHO szerint a szkizofrénia a rokkantságot okozó leggyakoribb 10 betegség között szerepel**
- A mortalitási arány jelentősen magasabb az átlagnépességhez viszonyítva
- **magas öngyilkossági arány** (közel 10%),
- gyakoribb erőszakos halál
- **a belgyógyászati betegségek** magasabb gyakorisága dohányzás, obezitás és a diabetes mellitus

# Kóreredet

- Multifaktoriális ( bio-pszicho-szocialis tényezők )
  - Gyermekkori is – **genetika, neuro-biológiai okok, szociális, környezeti okok, pszichés okok összjátéka( Vetró 2008 )**
  - Acut, átmeneti pszichózis- inkább a szociális, pszichológiai tényezők
  - Súlyosabb tünetek, kónikus lefolyás – inkább biológiai okok
  - Az agyi szinapszisok károsodása – jellegzetesen magasabb szintű információ feldolgozás zavara
- Balázs J, Miklósi M. A gyermek-és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve, Budapest, Semmelweis kiadó 2015.



# Idegfejlődési zavar teóriák

- **A korai idegfejlődési zavar:** a prenatális és/vagy perinatális időszakban genetikai vagy epigenetikai ok
- **károsítja az agy fejlődését,** elsősorban a **neuronok migrációját és a szinapszisok proliferációját.**
- A központi **idegrendszeri strukturális eltérések** a **korai kezdetű szkizofréniában** kifejezettek
- **A késői idegfejlődési zavar:** a **kamaszkorban** fiziológias folyamat, az ún. **szinaptikus kimetszés ( pruning )** válik diszfunkcionálissá.
- hallucinációk, téveszmék: mezolimbikus struktúrák szinapszisaiban magasabb dopamin koncentráció
- negatív tünetek, kognitív tünetek: prefrontális lebeny alacsonyabb dopamin koncentráció

# Genetika

- **Multigénes öröklés**
- Két beteg szülő esetén 35-40 %-os ismétlődés kockázat
- **Kendler 1986. ikervizsgálatok:** monozigóta ikrek esetében 59,2%-os, dizigóta ikrek esetében 15,2%-os konkordanciát talált,
- megerősíti a **gén-környezet interakció** szerepét
- egy testvér rizikója a betegségre 10,1%,
- **Igen korai sch-nál közel 10%-ban találtak citogenetikai abnormalitásokat, mint deléció, duplikáció**

# Környezet

- **Rizikó faktorok**

- Gyermekbántalmazás - az összefüggés „dózis-hatás” jellegű
- a drogfogyasztás, különösen fiatalkori, 15 éves kor előtti droghasználat esetén.
- Abban az esetben, ha a dopamint bontó **katekol-O-metil-transzferáz (COMT) valin-valin funkcionális polimorfizmusa** áll fenn, a cannabishasználat 15-szörösére emeli a szkizofrénia kialakulásának

- **Védőfaktorok**

- A magas genetikai rizikót hordozó betegekben a védő, támogató családi környezet
- **Az alacsony „Expressed Emotion” a családtagok részéről** szintén csökkenti a tünetek manifesztációját a rizikócsoportban, továbbá csökkenti a relapszus rátát.
- **családi interakciós mintázat**
  - túlinvolváltság, érzelmileg túlfűtött viselkedés, kritikusság, ellenségesség, ambivalens elvárások

## BNO-10 kategóriák

F20.0	Paranoid szkizofrénia
F20.1	Hebefrénia
F20.2	Kataton szkizofrénia
F20.3	Nem differenciálható szkizofrénia
F20.4	Szkizofrénia utáni depresszió
F20.5	Reziduális szkizofrénia
F20.6	Szkizofrénia simplex
F20.8	Egyéb szkizofréniák
•	Coenaesthopatias szkizofrénia
•	Szkizofreniform zavar k.m.n.
•	Szkizofreniform pszichózis k.m.n.

## DSM-5 kategóriák

293.89	Katatónia
295.40	Szkizofreniform zavar
295.70	Szkizoaffektív zavar
295.90	Szkizofrénia
297.10	Paranoid pszichotikus z.
298.80	Rövid pszichotikus zavar
301.22	Szkizotípiás zavar

# Diagnosztika

- **részletes anamnézis:**
  - akut állapot tüneteit a bekerülés körülményei
  - Terhesség, születés, pszichomotoros fejlődés, szocializáció, közösség, tanulmányi eredmények
- **A gyermekek többségénél premorbid pszichiátriai problémák észlelhetőek**
- ADHD, magatartászavar, autizmus spektrum zavar tünetei.
- **A diagnózis felállításához szükséges a fejlődéstörténet részletes elemzése**

# Diagnosztika

- Széles körből célszerű anamnesztikus adatokat gyűjteni
- A korábban a gyermeket kezelőktől szerzett információk begyűjtése, dokumentálása fontos
- befolyásoló tényezők, pl. fejlődési rendellenességek, hangulati zavarok, trauma az előtörténetben, szerhasználat
- BPRS (rövid pszichiátriai becslőskála), PANSS (pozitív és negatív tünetek skálája), Gyermek M.I.N.I. , MMPI-A, Rorschach teszt, TAT, Világjáték teszt, Neuropszichológiai tesztek.

- Az anamnézis és a beteg vizsgálata alapján a **diagnózist** a **BNO-10 és a DSM-5** diagnosztikus kritériumrendszere alapján állítjuk fel
- A pszichotikus állapot fennállásának megállapításához alapvetően **figyelembe kell venni a gyermek korának és fejlettségi szintjének befolyásoló szerepét**, melyek erőteljesen színezik a gyermekkori pszichózis klinikai képét
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermekkori pszichózisok diagnosztikájáról és ellátásáról 2019. EüK. 15. szám EMMI szakmai irányelv

- A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11. kiadását (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) az Egészségügyi Világszervezet, több évnyi előkészület után, 2018. június 18-án megjelentette.
- Az osztályozást 2019. május 29-én elfogadta a közgyűlés, és a tagállamok döntése értelmében 2022. január 1-jén hatályba lépett.
- Egyelőre Magyarországon hivatalos használatban még nincs
- A klasszifikációban több al-osztályozás súlyosság , specifikum szerint



# Diagnosztika

- **A tünetek súlyossága meghatározza az akut pszichózisok diagnosztikájának menetét.**
- Az agitált állapot nehezíti, illetve korlátozza a részletes, adekvát szomatikus és pszichiátriai betegvizsgálatot.
- Ezekben a sürgősségi helyzetekben nem a pontos pszichiátriai diagnózis felállítása az elsődleges cél, hanem a beteg állapotának gyors rendezése.
- **A szomatikus fenyegetettség és a vitális jelek felmérése** alapvető
- **A kockázatok felmérése:** előzményekben szereplő auto- és heteroagresszív magatartás, komorbid alkohol és/vagy más pszichoaktív szer abúzus, imperatív hallucinációk és a szuicidalitásra utaló jelekre.
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermekkori pszichózisok diagnosztikájáról és ellátásáról 2019. EüK. 15. szám EMMI szakmai irányelv

## A szkizofrénia diagnosztikus kritériumai a BNO -10 alapján

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

### • **4 alaptünet - 4 „A” - Bleuler**

- Asszociációk zavara
- Affektus zavar – elsivárosodás
- Ambivalencia
- Autizmus

## Legfontosabb pszichopatológiai tünetek:

- **gondolatok visszhangosodása**, betoldása vagy elvonása, szétsugárzása
- külső irányítottságról, **befolyásolásról** vagy passzivitásról való meggyőződöttség
- **akusztikus hallucinációk**, a hangok egyes szám 3. személyben beszélnek a páciensről, vagy folyamatosan kommentálják viselkedését, vagy más akusztikus hallucinációk a test különböző részéből,
- A percepció kóros értelmezése
- **állandó téveszmék**, melyek az adott kultúrkörben elfogadhatatlanok és teljesen lehetetlenek (bizarr)

- bármely fajtájú **állandó hallucináció**, ha társul doxasma-töredékekkel vagy átmeneti téveszmékkal affektív komponens nélkül, vagy ha állandó túlértékelt eszmékkal, vagy ha a hét vagy hónap minden napján előfordul,
- szünetek és betoldások gyakoriak a gondolatmenetben, **inkoherens beszéd**, neologismák
- **kataton viselkedés**, mint a nyugtalanság, pózolás, flexibilitás cerea, negativizmus, mutizmus és stupor,
- **negatív tünetek**, mint kifejezett apathia, szűkszavúság, az érzelmi válasz színtelensége, vagy inkongruens (bizarr) volta,
- általában **szociális visszahúzódás**
- A tünetek **nem neuroleptikum mellékhatásai vagy depresszió következményei**

- **jelentős és állandó változás** a személy viselkedésében
  - közönyösség, céltalanság, elmagányosodás, ön-központúság
- lefolyása lehet **folyamatos vagy epizodikus, progresszív vagy stabil deficitekkel**. Lehet egy vagy több epizód teljes vagy részleges remisszióval.
- Szkizofrénia nem diagnosztizálható igen kifejezett mániás vagy depressziós tünetek esetén, csak ha egyértelműen korábban kezdődtek a szkizofrén tünetek.
- Nem diagnosztizálható idegrendszeri megbetegedés, valamint drog intoxikáció vagy megvonás esetén.
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermekkori pszichózisok diagnosztikájáról és ellátásáról 2019. EüK. 15. szám EMMI szakmai irányelv

# Szkizofrénia alcsoportok a BNO 10 szerint

- *Paranoid szkizofrénia F20.0*
- **Stabil, gyakran paranoid téveszmék, ált. akusztikus hallucinációk.** Egyéb tünetek vagy teljesen hiányoznak vagy enyhék.
- *Hebefrénia F20.1*
- a hangulatzavar kifejezett, a téveszmék és a hallucinációk átmenetiek és **fragmentáltak, a viselkedés felelőtlen (meggondolatlan) és kiszámíthatatlan,** valamint a **manierizmus** (gesztikuláció) általános.
- A hangulat sekélyes, nem odaillő, a gondolatok dezorganizáltak, a beszéd inkoherens.
- Szociális izolációs tendencia
- A prognózis rossz, mert viszonylag gyorsan alakulnak ki a negatív tünetek
- **Ált. serdülőknél és fiatal felnőtteknél**

- ***Katatón szkizofrénia F20.2***
- **a pszichomotorium szélsőséges zavarai uralják,**
- **extrém hiperkinezis vagy stunor (jelentős csökkenése a válaszkészségnek, a spontán mozgásoknak és tevékenységnek) vagy mutizmus, automatikus engedelmesség vagy negativizmus**
- hosszú időn át fennállhatnak
- heves izgatottság feltűnő – céltalan motoros nyugtalanság
- **A katatonia kombinálódhat élénk szcenikus hallucinációkkal kísért oneiroid (álomszerű) állapottal. A szkizofrénia általános kritériumainak teljesülnie kell**
- **Átmeneti és izolált katatón tünetek a szkizofrénia egyéb altípusaiban is előfordulhatnak, de a katatonia diagnózisához egy vagy több viselkedésnek dominálnia kell a klinikai képet**
- **A katatón tünetek nem specifikusak szkizofréniaira. Katatón tünet(ek)et okozhatnak a központi idegrendszer betegségei, anyagcserezavar vagy alkohol és drog, valamint hangulat (affektív) zavarban is előfordul.**
-

- – **pózolás** (akaratlagosan kivitelezett, felvett és fenntartott, a helyzethez nem illő vagy bizarr pózok),
- – **negativizmus** (látszólag értelmetlen ellenállás minden utasításnak és mozgatási kísérletnek, vagy ellenkező irányba mozog, mint ahogy az utasítás vagy a kísérlet szólt),
- – **rigiditás** (a merev testhelyzet fenntartása mások akaratlagos megváltoztatásával szemben),
- – **flexibilitás cerea** (a végtagokat abban a helyzetben tartja meg, amelyikbe valaki elmozgatta),
- - **parancs automatizmus** (a felszólításoknak, utasításoknak azonnali feltétel nélküli végrehajtása).
- **A nem kommunikáló páciensnél a szkizofrénia diagnózisa mindaddig provizórikus marad, míg a többi szükséges tünet egyértelműen be nem bizonyosodik.**



- *Nem differenciálható (differenciálatlan) szkizofrénia F20.3*
- Olyan pszichotikus állapot, amelyik megfelel a szkizofrénia általános kritériumainak, de **nem illik bele az F20.0-F20.2 altípusokba, vagy több mint egy altípus tüneteit mutatja, anélkül, hogy bármelyik tisztán meghatározó volna.**
- *Szkizofrénia utáni depresszió F20.4*
- **Szkizofréniát követő depresszió, amely elhúzódhat.** A szkizofrénia „negatív” vagy „pozitív” tünetei közül néhánynak meg kell lennie, de már nem uralják a klinikai képet. **Ebben az állapotban magas az öngyilkosság veszélye.**
- *Reziduális szkizofrénia F20.5*
- A szkizofrénia **krónikusan progrediáló típusa,** melyet (**nem feltétlenül irreverzibilis**), **negatív tünetek** jellemeznek, pszichomotorium, érzelmek elsivárosodása, passzivitás, indítékszegénység, a beszéd elsivárosodása, elhanyagoltság, és szegényes közösségi (társas) aktivitás.

- *Szkizofrénia simplex F20.6*
- **A tünetek szinte észrevétlenül** alakulnak ki, de fokozatosan egyre kifejezettebb különc magatartás észlelhető, a közösségi, szociális elvárásoknak nehezen tud megfelelni, és az összes teljesítménye hanyatlik.
- A reziduális szkizofréniaira jellemző negatív tünetek **kifejezett pszichotikus epizód jelentkezése nélkül** alakulnak ki.
  
- *Egyéb szkizofrénia F20.8*
  - Coenaesthopatias szkizofrénia
  - Szkizofreniform zavar k.m.n.
  - Szkizofreniform pszichózis k.m.n.

# DSM-V szerinti felosztás

- **Spektrum zavar**
- **Szkizofrénia**
- **legalább két tünet folyamatosan fennáll, funkció károsodás van, legalább 6 hónap, vannak negatív tünetek**
- **Paranoid pszichotikus zavar**
- **1 nap-1 hónap** közötti időtartamban fennálló tünetek
- **Egy vagy több téveszme** van jelen legalább 1 hónapon keresztül.
- A szkizofrénia „A kritériuma” soha nem teljesül.
- A tevékenység **nem károsodott jelentősen** és a viselkedés nem nyilvánvalóan bizarr vagy furcsa.

- **Rövid pszichotikus zavar** – egy vagy több tünet 1 nap-1 hónap közötti fennállás, negatív tünet nincs
- **Szkizofreniform zavar:**
- legalább két tünet, 1 hónap és 6 hónap közötti időtartamban
- **Szkizo-affektív zavar:**
- a pszichotikus tünetekkel egyidőben hangulati epizódok is fennállnak ( depresszió, mánia ), de a hallucinációk/téveszmék ettől függetlenül is min. 2 hétig fennállnak
- **Szkizotípiás zavar –**
- Különbféle helyzetben megnyilvánuló társas és interperszonális deficitek mindent átható mintázata, melyre a szoros kapcsolatok által kiváltott akut diszkomfortérzés és az irántuk való csökkent kapacitás, valamint kognitív és perceptuális torzítások és viselkedésbeli különbségek jellemzőek

# Katatónia

- Új kutatások szerint **önálló entitás – DSM-5**
- **Egyelőre kísérő dg.-ként** adható, ha az **alábbiakból min. 3 fennáll** és klinikailag meghatározó
- Stupor- teljes akaratí bénultság ( testi, beszéd, mozgás )
- Katalepszia – testhelyzet megtartása erő ellen
- Viasz hajlékonyság –
- Mutizmus –
- Negativizmus
- Manierizmus
- Agit lts g
- Sztereotípiák
- Echolalia, echopraxia

# Differenciál diagnózis

- Fantázia tevékenység – serdülés – confabuláció
- Deperszonalizáció
- Derealizáció
- Hipnagóg hallucinációk
- Hangulat zavarok – mikoromán, megalomán téveszmék – pszichotikus mértékű, jellegű hangulat zavar – depresszív és maniás fázisban is lehet
- Kényszeres zavar- pszichotikus mértékű- szkizo-obszesszív zavar –  
Attademo és mtsi 2012
- Balázs J, Miklósi M. A gyermek-és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve, Budapest, Semmelweis kiadó 2015.

## Differenciál diagnózis

- **Deluzív (téveszmés) zavar:**

- Nem állnak fenn a sch.-ra jellemző egyéb tünetek (neg.tün., hallucinációk, dezorganizált/katatón viselkedés)

- **Obszesszív-kompulzív zavar és test diszmorfiás zavar:**

- Jelen lehet csekély/hiányzó belátás és az aggodalmak elérhetnek deluzív mértéket

- Előtérben állnak az obszessziók, kompulziók, testre fókuszáló repetitív viselkedések

- **Poszttraumás stressz zavar:**

- Hallucinátoros jellegű flashback-ek

- Fokozott éberség elérhet paranoid mértéket

- Anamnézis: traumatikus esemény

# Differenciál diagnózis

- **ASD** negatív tünetek és **katatóniás sajátosságok** hasonlóak lehetnek
  - Nehezítettség: **paranoiditáshoz hasonló** gondolkodási sajátosságok a rugalmatlanságból is eredhetnek
  - A krónikus pszichotikus tünetek kialakulása előtt már az ASD dg. fennállhatott!
  - **ASD-ben vannak társuló szociális interakciós deficitek, rugalmatlan viselkedés, kognitív és kommunikációs deficitek.**
  - **Korábbi életkori kezdet**
  - Komorbid betegségként sch diagnosztizálható, ha teljesíti a teljes kritériumrendszert, legalább 1 hónapon keresztül
- **Szomatizációs-konverziós zavarok: disszociatív zavarok – ált. funkciójuk van – nagyfokú bizarréria**
  - Balázs J, Miklósi M. A gyermek-és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve, Budapest, Semmelweis kiadó 2015.



# Differenciál diagnózis

- **Szerhatás** miatt kialakult pszichotikus tünetek - **előzmények alapján differenciálható**
- kannabisz, amfetamin, kokain, fenciklidin (PCP), hallucinogének, alkoholos hallucinózis, antikolinerg szerek, barbiturát megvonás, belladonna alkaloidok, kortikoszteroidok, antiparkinson szerek
- **Organikus ok:**
  - **Első epizódnál mindig gondolni kell rá!**
  - Vizsgálatok szükségesek: neurológia
  - Képalkotó vizsgálat
  - Labor
  - Tértfoglaló folyamat, gyulladás ( NMDA encephalitis )
  - Epilepsia

- **epilepszia (temporális lebeny),**
- **cerebrális tumor (frontális vagy limbikus),**
- **központi idegrendszer fertőzései (herpesz encephalitis, neuroszifilisz, Creutzfeldt-Jakob betegség, AIDS),**
- **autoimmun encephalitiszek (elsősorban az NMDA-receptor ellenes encephalitis)**
- **normál-nyomású hydrocephalus,**
- **delírium**
- **gyógyszerek mellékhatása**
- **paraneoplaziás tünet**

- szisztémás lupus erythematosus,
- akut intermittáló porfíria,
- **hipoglikémia, hipertireózis, Cushing-szindróma, pheochromocytoma,**
- **B<sub>12</sub>-hiány,** szénmonoxid mérgezés, nehézfém mérgezés (arzén, ólom, higany),
- **anyagcsere-zavarok** [homocystinuria, Wilson-kór, Niemann Pick-kór (C típus), Fabry-betegség, stb.
- genetikai szindrómák (pl. velokardiofaciális [22q11] szindróma).

## Tünettan - gyermekkor

- Érzékcsalódások
- Téveszmék, hallucinációk egyértelműen 6-8 éves kor felett ítéletők csak meg
- Szisztémás, rendezett tünetképzés 10 éves kortól ítéletők csak meg
- Auditív hallucinációk – gyakoribbak – hasonlóak a felnőttkorihoz – felszólító jelleg gyakori
- Vizuális hallucinációk ritkábbak, fenyegető tartalmúak
- A hallucinációk gyerekeknél hosszabban fennmaradhatnak

# Tünettan - gyermekkor

- **Téveszmék**

- hasonlóak a felnőttekhez – gyakori az üldöztetési, paranoid
- **Összességében sokkal ritkábbak, mint a felnőtteknél,**
- serdülőknél viszont ugrásszerűen megnő

- **A gondolkodás alaki zavarai**

- **Fejlődési normák figyelembevétele**
- 7 éves kor felett becsülhető
- Fellazult asszociációk

# Tünettan - gyermekkor

- **Az érzelmi élet zavarai**
  - Izolálódás, zárkózottság
  - **Kapcsolatok minőségi változásai**
  - Pótkapcsolatok – tárgyak
  - **Negativizmus, Regresszió**
  - **Affekt labilitás, Szorongás, tanácstalanság**
- **Beszéd, nyelvhasználat**
  - Fokozott vagy csökkent beszédkészlet
  - **Sztereotípiák, echolalia, - autisztikus sajátosságok lehetnek**

# Tünettan - gyermekkor

- A pszichomotorium zavarai
  - **Diszharmonia** – merevség, szögletesség
  - Spontán mozgás csökkenése
  - **Motoros sztereotípiák** – kényszeres jellegű mozgások
  - **Katatonia- katalépsia**

# Tünettan –prepubertas, serdülőkor

- Prepubertásban:
  - **rendszerezett téveseszmék** gyakrabbak
  - **ebben az időszakban a produktív tünetek gyakoribbá válnak**
  - Tartalmaik: szexualitás, identitás
- Serdülő és ifjúkorban:
  - Már a **felnőttkorival azonos tünetek**, sajátosságok dominálnak
  - De nagyobb a változékonyság
  - **Egészségesen a serdülőkori identitás krízisben bizarr tünetek előfordulása**



# Szkizofrénia lefolyása

Fekete és mtsai 2010

- **Spektrum** szemlélet
- **Fázisokban** kialakuló és zajló betegség
- Premorbid, prodromális, pszichotikus fázisok
- Remisszió
- Krónikus

- **Premorbid:**
  - Stressz, trauma érheti az egyént
- **Prodroma**
  - **Már van funkció változás**
  - **Akár évekig is eltarthat**
  - **Megjelennek az aspecifikus tünetek:** pl. alvászavar, szorongás, ingerlékenység, fokozott szeszitivitás, romló hangulat, csökkent koncentráló képesség, társas funkciók gyengülése
  - **Megjelenhetnek már a pozitív tünetek is**
  - **Késői fázis:** prepszichotikus állapot
- **Pszichosis**
  - **Hirtelen vagy lappangva is kialakulhat**
  - **Acut fázis**
  - **Florid pszichotikus tünetek**
  - **Korábbi negatív tünetek súlyosbodása**

- **Stabilizációs fázis**
  - Negatív tünetek és reziduális pozitív tünetek lehetnek
- **Stabil fázis**
  - **Korai időszak:** 5 év az első szub után
  - Funkcionális és tüneti hanyatlás itt a legvalószínűbb
  - **Plató szakasz**
  - A második 5 évben – funkcionalitás tekintetében
  - **Kritikus időszak, itt a leggyakoribb a relapszus**

**Krónikusan pszichotikus marad: 10-15 %**

**Nem jelentkezik újabb epizód: 10-15 %**

**Leggyakoribb: exacerbációk és remissziók váltakozása**

# Lefolyás, prognózis

- **Gyermekkori indulású sch rosszabb prognózisú, mint a felnőttkori indulású**
- Remisszió:
  - Teljes remisszió az indulást követő 3 hónapban valósul meg
  - Ha tünetek >6 hó fennálltak, akkor 15 % esély a teljes remisszióra
- **Rossz kimenetelt valószínűsíti a premorbid stádiumban:**
  - Szociális funkciózavar
  - Kognitív funkciók zavara
  - Első epizód elhúzódó időtartama
  - Nem kezelt pszichózis idejének elhúzódó volta
  - Negatív tünetek jelenléte

# Jobb prognózist jelez

- Női nem
- Családban affektív betegség
- Családban nincs szkizofrénia
- Premorbid állapotban magasabb IQ, jobb szociális funkciók
- Jobb iskolai eredmények
- Házasság
- Későbbi indulás – magasabb életkorban
- Akut kezdet – stressz, mint közvetlen kiváltó tényező
- Döntően pozitív tünetek
- Fázisos lefolyás, kevés, rövid periódusokkal

# Kezelés, ellátás

- NICE guideline- National Institute For Health And Health Care excellence
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermekkori pszichózisok diagnosztikájáról és ellátásáról 2019. EüK. 15. szám EMMI szakmai irányelv
- A gyermek és a serdülő korban a szkizofrénia kezelése multimodális megközelítést kíván
- Gyógyszeres
- Pszichoterápiás
- Pszichoszociális
- család-orientált intézkedéseket
- rehabilitációs eljárásokat.

- **A pszichoedukáció** a rutin ellátás részét kell, hogy képezze
- A szkizofrénia kezelésében alapvető fontosságú a páciens és családjának együttműködése a kezeléssel
- Ezek meghatározzák az **adherenciát** a gyógyszeres terápiával kapcsolatban
- A **képzés a családdal való munkával, családterápiával** egészülhet ki, melynek célja elsősorban a családi kommunikáció javítása
- **strukturált tájékoztatás, oktatás** egyéni vagy csoportos formában
- Adaptív coping készségek elsajátítása
  
- „expressed emotion” :
  - családi interakciós mintázat
  - túlinvolyált, érzelmileg túlfűtött viselkedés, kritikusság, ellenségesség, ambivalens elvárások

# CBT- kognitív-viselkedésterápia, művészetterápia

- **CBT ajánlott** minden pszichotikus gyermek vagy serdülő részére
- **Célja a tünetek redukciója**
- Ez elkezdhető az akut fázisban
- **Művészetterápia:**
- **elsősorban a negatív tünetek csökkentése érdekében**
- A terápia megkezdhető akár az akut fázisban vagy a későbbi ellátás során



# Családi intervenció, specifikus oktatás

- **A NICE guideline** hangsúlyozza a család bevonásának kiemelt fontosságát
- **A családi intervenció a pszichotikus gyermekkel együtt történik**
- 3 hónap és 1 év közötti időtartamban, legalább 10 ülés
- **Különösen javasolt, ha relapszus** következett be, vagy magas annak rizikója, hogy perzisztálnak a tünetek.
- A pszichózissal diagnosztizált gyermekeket speciális oktatási szükségletűeknek kell tekinteni, és **egyéni szabott oktatási tervet kell kidolgozni számukra.**
- Kapcsolat: pedagógusokkal, Pedagógiai Szakszolgálattal
- Szociális munkás
- KórházSuli

- *Extrapiramidális mellékhatások:*
- **Akut disztónia** –végtagmerevség vagy kóros testtartás, fájdalommal jár, leginkább kezelés első 4 napján
- **Parkinsonizmus:** mimikátlan arc, merev testtartás, csoszogó járás, nyálcsorgás
- **Akatízia:** nyugtalanság, feszültség, járkálás, egy helyben maradási képtelenség
- **Krónikus forma: tardív diszkinézia,** akaratlan, ismétlődő, céltalan mozgásforma: nyelvöltögetés, grimaszolás
- A disztóniás, parkinsonos tünetek elkerülése antiparkinson szerek (pl. biperiden) profilaktikus alkalmazásával
- Clozapine mellett legalacsonyabb EPS tünetek előfordulása

## Nagy rizikót jelentő mentális állapotok/pszichózis rizikó szindróma

- **korai felismerés és intervenció jelentősége**
- a pszichózis megjelenésének késleltetése és lehetőség szerinti megakadályozása
- **pszichózis korai felismerése, hogy csökkenjen a kezeletlen pszichózis időtartama (DUP: duration of untreated psychosis),**
- A prodroma-kutatások sorában kiemelendő az Ausztráliában, Yung, McGorry és munkatársai által vezetett **PACE-Study (Personal Assessment and Crisis Evaluation)** és az USA-ban, a Yale egyetemen, Miller, McGlashan és munkatársai által koordinált **PRIME-400 study**

# ún.”Pszichózis rizikó szindróma” 3 formája

- **1. Attenuált (szubklinikai) pozitív tünetek szindrómája**
- Gyanakvó, vonatkoztatásos gondolatok, furcsa hiedelmek, mágikus gondolkodás, **perceptuális eltérések** (árnyak, morajlások érzékelése), furcsa, zavaros gondolkodás vagy beszéd, furcsa megjelenés, viselkedés van jelen, de enyhébb formában, a pszichotikus zavar szintjét nem éri el.
- **2. Rövid intermittáló pszichózis**
- **3. Genetikai kockázat és funkcionális romlás kombinációja**
- Első fokú rokonok között **pszichotikus** zavar fordul elő, vagy **szkizotípiás személyiségzavar** áll fenn az egyénnél, és emellett az elmúlt évben jelentős általános pszichoszociális funkcionális hanyatlás következett be.
- Ezek az állapotok több évvel előzhetik meg a pszichózis kialakulását.

- A legtöbb Pszichózis rizikó szindrómával azonosított gyermeknél **más mentális problémák vegyes képe is** megfigyelhető
  - (pl. depresszió, szorongás, szerhasználat, személyiségzavar irányába mutató fejlődés), melyek célzott intervenciókat igényelhetnek.
- **Az Attenuált pszichózis szindróma DSM-5 egyéb meghatározott szkizofrénia spektrum és egyéb pszichotikus zavarok (F28) kategóriájában található**
- **Attenuált pszichózis szindróma: pszichózisszerű állapot, de a pszichotikus zavar szintjét nem éri el**
- A tünetek kevésbé súlyosak, átmenetiek, és az azokra való rálátás relatíve megtartott.
- megváltozott mentális állapot jelei

# Lefolyás

- Az Attenuált pszichózis szindróma kezdete általában a középső- és késői serdülőkor közötti, vagy a kora felnőttkorra tehető, leggyakrabban 15–35 éves kor között diagnosztizálható.
- A megelőző fejlődésmenet lehet normális, de megjelenhetnek károsodott kognitív- vagy szociális fejlődés jelei, észlelhetők lehetnek negatív tünetek.
- a tüneti progresszió pszichózis diagnózist kimerítő mértéke 18%-ban 1 éven belül, 32%-ban 3 éven belül következik be.
- A hosszú távú kimenetelt még nem írták le.
- Az érintettek jelentős része idővel javul,
- sokaknál a tünetek csökkenése esetén is fennmaradhatnak enyhe-, közepes károsodások a szociális funkciókban, azonban sokan teljesen felépülnek.

- **rendszeresen monitorizálni kell 3 éven keresztül.**
- egyéni kognitív viselkedésterápia (CBT) végzését családdal együtt, vagy család nélkül.
- A fennálló szorongásos zavar, hangulatzavar, személyiség zavar, szerhasználat kezelése szükséges.
  
- Az **antipszichotikus kezelés** rutinszerű alkalmazása nem ajánlható, megkezdése **individuális mérlegelést** (családi anamnézis, tünettani sajátosságok, droghasználat) és döntést igényel

# Források

- BNO-10 zsebkönyv DSM-IV-TR meghatározásokkal Animula Kft (2004) ISBN:9789639410619
- Balázs J, Miklósi M. A gyermek-és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve, Budapest, Semmelweis kiadó 2015.
- Gillberg C. Epidemiology of early onset schizophrenia. In Schizophrenia in Children and Adolescents (ed. H. Remschmidt). Cambridge: Cambridge University Press 2001 pp. 43–59.
- Herczeg I, Széll K. Szkizofrénia és szkizofréniaszerű kórképek. In: Gyermek és ifjúságpszichiátria (Vetró Á szerk.), 2008 pp. 120-121 Medicina, Budapest
- Hollis C, Rapoport J. Child and adolescent schizophrenia. In: Schizophrenia (3rd edn) (eds D. Weinberger & P. Harrison), 2011 pp. 24–46. Wiley: London.
- International Early Psychosis Association Writing Group International clinical practice guidelines for early psychosis. The British Journal of Psychiatry 2005; 187,s120–s124.
- Kéri Sz, Kelemen O, Janka Z. A pszichózis szempontjából nagy kockázatú mentális állapotok és kezelésük: Első hazai eredmények Orv Hetil 2006; 4:201-204.



- McGlashan TH. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *Br J Psychiatr* 1998; 172:3-6.
- Morrison AP, French P, Parker S, et al. Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophr Bull* 2007; 33: 682–687.
- McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 921-8.
- Nelson B, Yuen HP, Wood SJ, et al. Long-term Follow-up of a Group at Ultra High Risk (“Prodromal”) for Psychosis The PACE 400 Study *JAMA Psychiatry* 2013; 70(8):793-802
- NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence): Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. National Clinical Practice Guideline Number 155. National Collaborating Centre for Mental Health; commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/CG155> 2013 (letöltés dátuma: 2018. 12.13.)  
doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1270

- Peris TS, Miklowitz, David J. Parental Expressed Emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. *Child Psychiatry Hum Dev* 2015; 46(6):863–873.
- Rapoport JL, Addington AM, Frangou S. The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005. *Mol Psychiatry* 2005; 10: 434–449.
- Rapoport JL, Gogtay N. Childhood onset schizophrenia: support for a progressive neurodevelopmental disorder. *Int J Dev Neurosci* 2011; 29(3):251-8.
- Schimmelmann BG, et al. Expressed emotion and the outcome of child and adolescent psychiatric disorders. *Fortschr Neurol Psych* 2003; 71(10):517-26.
- Sin J et al. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017; 56:13-24.

- Tényi T. A pszichopatológiai állapotok genetikai háttere. In: Gének, gondolkodás, személyiség. Bevezetés a humán viselkedésgenetikába. (szerk. Bereczkey T., Hoffmann Gy.) Akadémiai Kiadó, Budapest, 2012; 343-359.
- Trixler M, Tényi T. Szerk: A szkizofrénia pszichoterápiája Medicina, Budapest 2006.
- Trixler M, Herold R. és mtsai Pszichiátriai genetika In.Németh A, Füredi J. A pszichiátria magyar kézikönyve Medicina 2009; pp 28-45.
- Walsh T, McClellan J M, McCarthy SE, et al. Rare structural variants disrupt multiple genes in neurodevelopmental pathways in schizophrenia. Science 2008; 320: 539–543.
- Zuschlag Z, Kennedy A, Korte J, at al. DSM-5–defined attenuated psychosis syndrome and conversion to full-scale schizophrenia spectrum disorders: An institution-wide retrospective review Ann Clin Psychiatr 2016; 28: 4 pp. 246-255.