

GYERMEK- GYÓGYÁSZAT



77. évfolyam – 2026/1. szám

A Magyar Gyermekorvosok Társaságának tudományos és továbbképzési szaklapja

200 ÉVES AZ MTA

- 150 éve született Klebelsberg Kuno, az MTA és a tudományos kutatás támogatója

GYERMEKPSZICHIÁTRIA TEMATIKUS SZÁM

- A gyermekgyógyászat és a gyermekpszichiátria együttműködése
- Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (ARFID): különböző evészavarok közös nozológiai keretben
- A koragyermekkorai táplálási zavarok diagnosztikája és terápiája integratív szemléletben
- A gyermekorvos szerepe az autizmus spektrumzavar korai felismerésében
- Szelektív mutizmus gyermekkorban: felismerés és ellátási szempontok
- Néhány szempont a gyermekkorai agresszív viselkedés kapcsán
- Pszichózis gyermek- és serdülőkorban
- Az autizmus és szkizofrénia spektrum zavarok serdülőkori diagnosztikájának nehézségei
- Poszttraumás stressz betegség és gyógyítása
- Serdülőkorú onkológiai betegek pszichoszociális, párkapcsolati jellegzetességei
- Sürgősségi gyermekpszichiátriai ellátás, a társadalmi nehézségek lenyomata
- Pszichés beteg serdülők felnőttellátásba kerülése – mit tehet a háziorvos?

AZ ALVÁS VILÁGNAPJA ÉS A GYERMEKEK EGÉSZSÉGE

VERES GÁBOR ÖSZTÖNDÍJ PROGRAM



Magyar Gyermekalvás
Innovációs és Kutatóközpont

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet



2026.03.13.

Gyermekalvás
Konferencia



8 KREDITPONT

www.gyermekorvostarsasag.hu

Gyermekegyógyászat

„Nem elég tudni – alkalmazni kell.
Nem elég akarni – csinálni kell.”
(Johan van Goethe)

TUDOMÁNYOS ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI SZAKLAP

A MAGYAR GYERMEKORVOSOK TÁRSASÁGA KÉTHAVONTA MEGJELENŐ ORSZÁGOS FOLYÓIRATA

FŐSZERKESZTŐ
Kovács Gábor

FELELŐS SZERKESZTŐ
Havasi Katalin az MGYT főtktára

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG ELNÖKE
Nagy Anikó az MGYT elnöke



A folyóirat megjelenését
támogatta
a Miniszterelnöki Kabinetiroda



A kiadvány
a Magyar Tudományos
Akadémia támogatásával
készült

A SZERKESZTŐBIZOTTSÁG TANÁCSADÓ TESTÜLETE

Arató András	Ilyés István	Maródi László	Simon Gábor	Sztrihai László
Balla György	Kálmán Mihály	Mészner Zsófia	Soltész Gyula	Tímár László
Cserhádi Endre	Kovács Julianna	Nagy Kálmán	Sólyom Enikő	Tulassay Tivadar
Decsi Tamás	Kovács Márta	Oroszlán György	Sulyok Endre	Vekerdy-Nagy Zsuzsa
Ertl Tibor	Kovács Zoltán	Orvos Hajnalka	Szabó András	Velkey György
Füzesi Kristóf	Kovács Tamás	Péter Ferenc	Szabó Attila	Verebély Tibor
Gyurkovits Kálmán	Madácsy László	Reusz György	Szabó László	

ROVATVEZETŐK

Ablonczy László
balajthy.andras@med.unideb.hu
Cseh Áron
dezsofi.antal@semmelweis.hu
Erhardt Éva
erhardt.eva@pte.hu
Fogarasi András
fog.andras@gmail.com
Halász Zita
hollody.katalin@pte.hu
Hollódy Katalin
kalman.attila@semmelweis.hu
Katona Gábor
katonagbor@gmail.com
Katona Márta
katonamarta@med.u-szeged.hu
Kiss Csongor
kisscs@med.unideb.hu
Kovács Ákos
akos.kovacs@gmail.com
Kovács Lajos
kovacs.lajos@semmelweis.hu
Kovács Tamás
kovacst@med.unideb.hu
Kriván Gergely
krivang@hu.inter.net

Laki István
Mikos Borbála
mogyorosy.gabor
Nemes Éva
Nyul Zoltán
nyul.zoltan@pte.hu
Ottóffy Gábor
ottoffy.gabor@pte.hu
Pászthy Bea
drpaszthybea@gmail.com
Szabó Cecília
szabo.cecilia@bethesda.hu
Szabó Miklós
szabo.miklos@semmelweis.hu
Szabó Tamás
szabotamas@med.unideb.hu
Szalai Zsuzsanna
zsszalai@heimpalkorhaz.hu
Tajti Zsanett
tajti.zsanett@med.u-szeged.hu
Tálosi Gyula
talosigy@gmail.hu
Tory Kálmán
tory.kalman@semmelweis.hu
Ujhelyi Enikő
eni_ujhelyi@dpckorhaz.hu

gyermektudo@gmail.com
borbala.mikos@gmail.com
mogyoros@dote.hu
enemes@dote.hu
nyul.zoltan@pte.hu
ottoffy.gabor@pte.hu
drpaszthybea@gmail.com
szabo.cecilia@bethesda.hu
szabo.miklos@semmelweis.hu
szabotamas@med.unideb.hu
zsszalai@heimpalkorhaz.hu
tajti.zsanett@med.u-szeged.hu
talosigy@gmail.hu
tory.kalman@semmelweis.hu
eni_ujhelyi@dpckorhaz.hu

A LAPOT ALAPÍTOTTA:
GEGESI KISS PÁL (1950)

Kiadó: Semmelweis Kiadó Kft.
Igazgató: Szabó György

1086 Budapest, Nagyvárad tér 4.
Postacím: 1445 Budapest, Pf. 370

Telefon: 210-4403

E-posta:
info@semmelweiskiado.hu

www.semmelweiskiado.hu

Semmelweis Kiadó
www.semmelweiskiado.hu

Szerkesztő: Vincze Judit dr.
Telefon: 06-20-221-4185
E-posta: vincze.judit@ext.semmelweis.hu

Grafika: Ángyán Gergő
www.angyangergely.hu
E-posta: angyan.gergely.01@gmail.com

Hirdetésszervező: Kovács Veronika
Telefon: 210-4403, 06-20-221-5265
E-posta: kovacs.veronika@ext.semmelweis.hu
A Kiadó a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

Nyomta és kötötte: Erdi Rózsa Nyomda Kft.

EBSCO Kiadványunk megtalálható az EBSCO adatbázisában.

Megjelenés: évente 6 alkalommal, 3000 példányban.

Terjesztés: A lapot a Magyar Gyermekorvosok Társasága tagjai a társasági tagdíj fejében (15 000 Ft, nyugdíjasoknak, akik nyugdíj mellett munkát nem vállalnak: 7000 Ft) ingyenesen, címlista alapján, postai úton megkapják. Előfizetési díj másoknak: 30 000 Ft/év. Megrendelhető az MGYT-nél.

© Semmelweis Kiadó, 2014–2025
Minden jog fenntartva.

Címlapterv: Dinya Gábor

200 ÉVES AZ MTA

150 éve született Klebelsberg Kuno, az MTA és a tudományos kutatás támogatója
Hencz Péter dr.

3

GYERMEKPSZICHIÁTRIA TEMATIKUS SZÁM

Bevezető / A gyermekgyógyászat és a gyermekpszichiátria együttműködése
Pászthy Bea dr.

6

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK

Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (ARFID): különböző evészavarok közös nosológiai keretben
Pászthy Bea dr.

7

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Reframing Heterogeneous Eating Disorder Presentations Within a Unified Nosological Framework

A koragyermekkori táplálási zavarok diagnosztikája és terápiája integratív szemléletben

Szalkay Krisztina dr.

18

Integrative Approach to the Diagnosing and Treating Early Childhood Feeding Disorders?

A gyermekorvos szerepe az autizmus spektrum zavar korai felismerésében

Pongrácz Kornélia dr., T. Zsindely Katalin

24

Early Identification of Autism Spectrum Disorder: The Role of Pediatricians

Szelektív mutizmus gyermekkorban: felismerés és ellátási szempontok

Dósa Sarolta dr., Sándor-Bajusz Kinga Amália dr., Csábi Györgyi dr.

31

Childhood Selective Mutism: Clinical Recognition and Management

Néhány szempont a gyermekkorai agresszív viselkedés kapcsán

Halász József dr.

36

Some aspects of childhood aggressive behavior

Pszichózis gyermek- és serdülőkorban

Csábi Györgyi dr.

42

Psychosis in childhood and adolescence

Az autizmus és szkizofrénia spektrum zavarok serdülőkori diagnosztikájának nehézségei

Kállai Imre dr., Kamuti Katalin dr.

47

Challenges in the Diagnosis of Autism Spectrum and Schizophrenia Spectrum Disorders in Adolescence

Poszttraumás stressz betegség és gyógyítása

Kaczvinszky Emilia dr., Halász-Szabó Petra, Kapornai Krisztina dr.

52

Post-traumatic Stress Disorder and Its Treatment

Serdülőkorú onkológiai betegek pszichoszociális, párkapcsolati jellegzetességei

Kovács Kinga Klaudia dr., Kamuti Katalin dr.

58

Psychosocial and Romantic Characteristics of Adolescent Oncology Patients

Sürgősségi gyermekpszichiátriai ellátás, a társadalmi nehézségek lenyomata

Várnai Nikoletta dr., Pászthy Bea dr.

63

Emergency Child and Adolescent Psychiatric Care: A Reflection of Societal Adversity

Pszichés beteg serdülők felnőttellátásba kerülése – mit tehet a háziorvos?

Kiss Enikő dr., Dochnal Roberta dr., Kapornai Krisztina dr.

70

Transition from child to adult mental health services – how can a general practitioner help?

*

ALVÁS VILÁGNAPJA

Az Alvás Világnapja és a gyermekek egészsége

Benedek Pálma dr.

77

VERES GÁBOR ÖSZTÖNDÍJ PROGRAM

Csehországi transzplantációs centrumban szerzett tapasztalatok

Mikes Bálint dr.

80

Veres Gábor ösztöndíj beszámoló

Muzslay Eszter dr.

83

Kedves Kollégák!

Emlékeztetni szeretnénk minden tagunkat az idei tagdíj befizetésére!

A tagdíj mértéke nem változott:

- Nyugdíjasoknak, akik nyugdíj mellett munkát nem vállalnak: 7000.- Ft/év
- Nem nyugdíjasoknak és azon nyugdíjasoknak, akik nyugdíj mellett munkát vállalnak: 15.000.- Ft/év

A tagdíj befizetési határideje az adott év, jelen esetben 2026. február 28.

Az év első Gyermekgyógyászat lapszámát – nyomtatott formában – minden tagunknak kipostázzuk, akik az előző évi tagdíjukat rendezték. Mivel a nyomdai és postázási költségek nagyon megemelkedtek, a további lapszámokat csak rendezett tagdíj esetén postázzuk!

Dr. Nagy Anikó
MGYT Elnök

Dr. Havasi Katalin
MGYT Főtitkár

150 éve született Klebelsberg Kuno, az MTA és a tudományos kutatás támogatója

Hencz Péter dr.

E-posta: peterdrhencz@gmail.com

„Én a nemzetek kultúrfokának megállapításánál fő kritériumaként azt keresem, mekkora annál a nemzetnél a gyermekhalandóság. Mentől műveltebb, civilizáltabb és erkölcsösebb egy nemzet, annál jobb dolga van annál a nemzetnél a gyermeknek. Gyermekegészségügyünk egyik nélkülözhetetlen előfeltétele pedig az, hogy legyenek a legmodernebb tudományos értelemben képzett gyermekorvosaink.” – mondotta gróf Klebelsberg Kuno (1875–1932), a Bethlen-kormány kiemelkedő vállás- és közoktatásügyi minisztere (1922–1931) az Országos Gyermekvédő Liga közgyűlésén 1926. április 25-én.

Klebelsberg a trianoni tragédia után a kultúra, az oktatás, a tudomány, az egészségügy, a művészetek, a sport kiemelt fejlesztésében látta a nemzet megmentésének és az ország felépítésének egyedüli útját. Ennek érdekében a nemzeti jövedelem 10–15%-át fordította ezen célokra, mely nemcsak hazai, hanem nemzetközi tekintetben is egyedülálló. Minisztersége során építteti fel és szervezi meg a Pozsonyból menekült pécsi, a Kolozsvárról elűzött szegedi és a debreceni egyetemeket 21 Európa élvonalába tartozó klinikájukkal, 4 főiskolát, így a kontinens élvonalába tartozó Testnevelési Főiskolát, a hasonló hírességű Margit-szigeti sportuszodát, 5000 népiskolát, 500 óvodát.

Az egyetemek építését mindenütt a klinikákkal, azon belül is a gyermek- és szülészeti klinikákkal kezdte.

„A magyar kultuszminiszter a magyar gyermek minisztere. Ezért illik, hogy munkáját a gyermekklinikák emelésével kezdje meg. De gyermekegészségügyünk állapota is rákényszerít bennünket arra, hogy a gyermek- és csecsemőgyógyászat ügyével a legnagyobb szeretettel foglalkozzunk. Hiszen Magyarországon egyenesen megdöbbentők a csecsemőhalálozásra vonatkozó statisztikai adatok. Egyetemépítő programom élére tehát a szülészeti és gyermekklinikák építését állítottam. Ennek eredményeképpen az elmúlt 2 évben már megnyitottam Pécsen a gyermekklinikákat 120 ágygal és Debrecenben egy másikat 120 ágygal... Szegeden a gyer-



„Lenni és művelődni, vagy nem lenni, ez nálunk teljesen egyértelmű”

mekklinikák mögött még e hónapban megkezdjük a nőgyógyászati és szülészeti klinikának, a magyar anya klinikájának munkáit.” – írja a szegedi gyermekklinikák, egyben az egyetem alapkövének letételekor 1926. október 5-én, ezzel is hangsúlyozva a gyermekellátás kiemelt fontosságát.

Avatóbeszédében többek között ezt mondja: „De ki képviseli a szebb jövő reménységét? A magyar gyermek. A magyar gyermeket tehát nemcsak tanítani kell, hanem egészségét, életét óvni talán még nagyobb nemzeti kötelesség. Nem pusztán véletlen tehát az, hogy a szegedi egyetem hatalmas telepének az építését a gyermekklinikával kezdtük, mely nemcsak Szegednek lesz speciális gyermekkórháza, hanem egyúttal a gyermekorvosok képzésének főiskolája.”

Az új gyermekklinikák 2 év és 4 hónap alatt készültek el, és a kor legmodernebb elvárásainak is megfelelt: volt bakteriológiai, fotó és kémiai laboratórium (elektromos pH-mérővel!), EKG, röntgen, könyvtár, tanterem, szeptikus és aszeptikus műtő, kísérleti állatműtő, játszósobák, levegőztető balkonok, orvos-, nővér- és apácaszállások, kápolna. A fertőző betegek külön épületet kaptak, mely hasonló felszereltségű volt. Még ma is megcsodálnák azt, hogy a klinikák ablaküvegei átengedték a nap UV-sugarait. Klebelsberg a Pesti Naplóban írja: „Csak legutóbb is büszkén mutattuk svéd pénzügyminiszternek a szegedi gyermekklinikát, mint Európának egyik legtekélyesebb ilyen intézményét.”

A vezető- és posztgraduális képzés céljából hozza létre Nyugat-Európában a Collegium Hungaricumok egész hálózatát, a magyar kultúra és tudomány



„Őrszemeit”, így Bécsben, Rómában, Berlinben, Párizsban, ahol a háború előtti és utáni vezető értelmiségeink, iskolateremtőink színe-java tanulhatott. Gyümölcsöző kapcsolatokat épített ki az amerikai Rockefeller Alapítvánnyal, mely önzetlen segítségével szerelte fel a klinikákat és küldte ki Nyugatra, tanulmányútra a tehetséges fiatal orvosokat is. Az alapítvány szegedi elnökévé Szent-Györgyi Albertet tette meg, akit Klebelsberg hívott haza Cambridge-ből tanszéket biztosítva számára, és máig is az egyetlen Nobel díjasunk, aki itthon, Szegeden nyerte el a rangos kitüntetést. A Nobel-díj elnyeréséről értesítő távirat vételét követően Szent-Györgyi első útja Klebelsberg, a szegedi dóm altemplomában lévő sírjához vezetett... És mikor hosszú távollét után 1973-ban Szent-Györgyi Szegedre látogatott a Szegedi biológiai Központ felavatására – melynek vezetője Szent-Györgyi tanítványa Straub F. Brunó lett – első útja ismét Klebelsberg sírjához vezetett.

Legújabb Nobel-díjasainkat is Klebelsberg kultúr- és tudománypolitikájának köszönhetjük.

Klebelsberg tudománypolitikáját fémjelzik olyan kiemelkedő, iskolateremtő gyermekgyógyász professzorok is, mint Heim Pál, Hainiss Elemér, Kerpel-Frónius Ödön, Kramár Jenő, Waltner Károly.

A 150 éve született Klebelsberg különös figyelemmel törődött a megalapításának épp most 200. évfordulóját ünneplő MTA-val, mely az akkori súlyos történelmi helyzetben helyzetben komoly pénzügyi válsággal küszködött. *„Anyagi tekintetben úgyszólván újra történő megalapítására várt”* (Glatz Ferenc). Törvényileg írta elő az Akadémia megsegítését, állami feladattá téve fenntartását (1923. I.tc.) A tudomány szabadságának védelme érdekében törekedett függetleníteni a mindennapi politikai áramlatoktól, az aktuális kormányzati elképzelésektől. A legtöbb támogatást 1933–1944 között az orvostudományok kapták.

Világviszonylatban is komoly visszhangja volt az 1926. január 3-tól 8-ig megrendezett Természet-, Orvos-, Műszaki és Mezőgazdaságtudományi Kongresszusnak, melynek megnyitójában Klebelsberg hangsúlyozta az orvostudomány kiemelt fejlesztését és anyagi támogatását. *„És ne maradjunk vissza attól, hogy első sorban felhívjuk a figyelmet az elméleti természettudományok kutatására, mindennek alapjára, a fizikára és a kémiára, és ami ezen nyugszik, a fiziológiára és a biológiára.”* A költségvetésben is legtöbbet az orvostudományok támogatására, klinikai, kórházi kutatómunkára fordították.

Megépítteti az Országos Közegészségügyi Intézetet, a kontinens vezető intézményét, melynek vezérkarát szintén az USA-ba küldi tanulmányutakra. Kiemelkedő államtitkárának, Johan Bélának, Európa első számú egészségnevelőjének köszönhető a világviszonylatban is kiemelkedő védőoltási rendszerünk megszervezése, valamint az ugyancsak hasonló hírességű terhes- és csecsemővédelmi hálózat kiépítése, melyet még a 80-as években is megcsodáltak a svédek. Fénykorát élte az iskolaegészségügy; az egészségügyi ismeretek tanítása kötelező tantárgy lett, melyet orvosok végeztek. Az 5000 népiskola nemcsak oktatási, hanem kulturális és egészségügyi központ volt. Háromszobás tanítói lakással, tangazdasággal, gyakran orvosi rendelővel és védőnői lakással, kápolnával is rendelkeztek. Itt végezték az egyházak is lelkipásztori tevékenységüket.

„Én minden kulturális intézményhez a végsőig ragaszkodom. Ragaszkodom az utolsó óvodához, egy pici dunántúli faluban is...” – mondotta a pécsi egyetem felavatásakor. 500 új óvodája elsősorban az ipari körzetekben létesült. Az óvónőképzést 2 évről 4 évre emeli. Klebelsberg kultuszministersége idején, irányítása alatt zajlott le a magyar közoktatás egyik legnagyobb és legsikeresebb reformja az óvodától az egyetemig. Az 1924. évi XI. törvény biztosítja, hogy *„a tanulót vallásos alapon erkölcsös polgárrá nevelje, hazafias szellemben általános műveltséghez juttassa.”* A vallásos nevelésbe az összes vallás, felekezet beletartozott. Kiemelt feladat lett a nyelvek, testnevelés és egészségügyi ismeretek oktatása. *„Én a magyar oktatótól, kezdve a kis óvónőn fel az egyetemi tanárig megkövetelek egyet: ne csak tanítsa, hanem szeresse a magyar gyermeket... Én tanuló és szorgalmas, de emellett játékos magyar gyermeket akarok. Mert csak játékos, eleven magyar gyermekből lehet derűs, dolgos magyar férfi.”*

Klebelsberget sokat foglalkoztatta a tehetséges gyermekek, fiatalok felkutatása és megőrzése. A nemzet sorsát meghatározza, hogy a tehetséges embereket idejében megfelelő állásba juttassa. *„Kevés ország van széles e világon, ahol aránylag több lenne a tehetség, mint Magyarországon. De még kevesebb ország van, ahol a tehetség teljes kifejlődésének annyi gátja lenne, mint éppen nálunk.”* – mondotta. Külön törvénnyel szabályozta, hogy a tehetséges falusi gyermekeket neki jelentse, hogy sorsukat nyomon követhesse és ösztöndíjjal gondoskodhasson róluk.

Klebelsberg hozta létre az ország első gyermekpszichológiai intézetét a szegedi egyetemen és az első pályaválasztási tanácsadó irodákat. Ekkor rendezik meg az első gyermeknapot, anyák napját,



madarak és fák napját, az első könyvhetet. Ekkor indulnak el a középiskolai tanulmányi versenyek, iskolai filmvetítések, szülői értekezletek. Meghatározó szerepe volt a magyar rádió létrehozásában, ahol elindul a népszerű Szülők Iskolája, neves gyermekorvosok részvételével. Fellendül a gyermekirodalom (Benedek Elek, Móra, Gárdonyi stb.) és tankönyvírás széleskörű szabadsággal. 1500 iskolakönyvtár, 1500 népkönyvtár létesül! Most lesz március 15.-e nemzeti ünnep és iskolai ünnepség. Megtiltják a 18 éven aluliak szeszfogyasztását, 16 éven aluliak mozilátogatását bizonyos filmek esetében. Klebelsberg rendelettel írta elő gyermekjátószóterek létesítését.

Klebelsberg valósított meg hazánkban először tudatos tudománypolitikát, melyben fontos szerepet szánt a természettudományok, orvostudomány művelésének. Az élettani, biológiai kutatások kiemelt fejlesztését, a posztgraduális képzést szolgálta a Tihanyi Biológiai Intézet létrehozása, mely Európában páratlan volt. Számos kiemelkedő gyermekgyógyászunk kutathatott és egyben pihenhetett is itt. Klebelsberg kultúrdiplomáciájának köszönhető a korábban nem létező francia, amerikai és angol tudományos kapcsolataink is.

Klebelsberg kultúr- és tudománypolitikáját fémjelzi több Nobel-díjasunk. Nem véletlen, hogy a Nature harmadik évezredbeli első száma vezető szerkesztőségi közleményének címe: *A 20. századot Magyarországon csinálták*. Ekkor kezdődött el a napjainkig tartó olimpiai sikersorozatunk. Az analfabetizmus drasztikus csökkenése miatt hazánk az írástudatlanság számarányát tekintve egy szintre került a nyugat-európai országokkal. A lakosság számarányához képest Magyarországon volt a világon legtöbb orvos megelőzve Svájcot, Németországot, USA-t! Megduplázódott a gyógyintézetek száma. Drasztikusan csökkent a fertőző betegségek száma, a 2-9 éves gyermekek halálozása Európában egyike volt a legkedvezőbbeknek. A magyar egészségügy egy szinten volt Ausztriával, Olaszországgal. Klebelsberg oktatás- és tudománypolitikájának meghatározó szerepe volt a modern magyar gyermekgyógyászat létrejöttében.

Klebelsberg végső, ünnepélyes búcsúztatása befejezésekor Szegeden egy kis tanyasi gyerek néhány szál virágot hozott sírjára, szalagján a felirat: *„Hálójára jelöl Dobó Józsika.”* 1938-ban Szent-Györgyi Albert így emlékezett vissza Gazdájára – ahogy ő hívta a kultuszminisztert: *„Az én dolgozószobámban mindig van egy cserépyi zöld növény Klebelsberg Kuno gróf képe alatt, jelöl annak, hogy ő még ma is él közöttünk.”* Klebelsberg alko-



Klebelsberg emléktáblája az újszegedi óvoda falán

tásai és gondolatai ma időszerűbbek, mint valaha: *„A magyar anya, aki világra hozza az újszülöttet, és a magyar tudós, aki kutat és tanít, ugyanazt szolgálja: Magyarország feltámadását.”*

Irodalom

- Glatz F. (szerk.). Tudomány, kultúra, politika. Klebelsberg Kuno válogatott beszédei és írásai (1917-1932). Európa könyvkiadó. Budapest. 1990.
- Hencz P. Gróf Klebelsberg Kuno (1875-1932). Orv. Hetil 1999; 140:1365-9.
- Hencz P. Gróf Klebelsberg Kuno a harmadik évezred minisztere. Bába és Társai Kft. Szeged. 1999.
- Hencz P. Gróf Klebelsberg Kuno betegsége, halála és temetése. Bába Kiadó. Szeged. 2002.
- Hencz P. 75 éve halt meg gróf Klebelsberg Kuno. Orv. Hetil 2007; 148:2199-2201.
- Korányi S. Megemlékezés néhai gróf Klebelsberg Kuno vallás- és közoktatásügyi miniszter úrról. A Magyar Élettani társaság kiadványa. Szeged. 1936.
- Romsics I. Magyarország története a XX. században. Osiris Kiadó. Budapest. 2004.
- Scholtz K. Magyarország egészségügyi viszonyainak alakulása a világháború óta eltelt évtizedekben. In: A mai magyar egészségügyi közszolgálat (Szerk. Mártonffy Károly). Budapest. 1942.
- T.Kiss Tamás. Állami művelődéspolitikai az 1920-as években. Mikszáth Kiadó. 1998.



A gyermekgyógyászat és a gyermekpszichiátria együttműködése

Pászthy Bea dr.

Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest (Igazgató: Szabó Attila dr.)

E-posta: E-posta: paszthy.bea@semmelweis.hu



A jóléti társadalmakban a gyermek- és serdülőkorúak 25–30%-a küzd érzelmi vagy viselkedési problémákkal és 7-ből 1 gyermeknek diagnosztizált mentális betegsége van.

Emellett egyre nő azoknak a gyermekeknek a száma, akik pszichológiai problémára vagy mentális betegségre hajlamosító vagy veszélyeztető környezetben élnek (munkanélküli szülők, szenvedélybeteg szülők, mentális betegséggel küszködő szülők, társadalmi izoláció, nem adaptív megküzdési stratégiák és alkohol-droghasználat a családban). A Covid-19 világjárvány tovább rontotta az egyébként is sokkoló epidemiológiai adatokat, az elmúlt hat évben világszerte szignifikánsan nőtt a gyermekpszichiátriai betegek száma.

A felnőttkori pszichiátriai betegségek 75%-a 25. életév előtt kezdődik, a betegek több mint felénél a tünetek már a 16. életév előtt megjelennek. Ezért is különösen fontos a gyermekpszichiátriai betegségek korai szűrése, felismerése, hatékony terápiája, hiszen a hatékony gyermekpszichiátriai ellátás a felnőttkori pszichiátriai betegségek kialakulásának legjobb prevenciója.

A gyermekpszichiátriai betegségek és kórállapotok az utóbbi években a gyermekgyógyászat érdeklődésének előterébe kerültek. A gyermekorvosok egyre gyakrabban szembesülnek azzal, hogy rendelésükön olyan pszichés, pszichoszociális, pszichoszomatikus problémákkal jelennek meg a páciensek és családjaik, melyek felismeréséhez, megoldásához, gondozásához nem rendelkeznek megfelelő ismerettel, terápiás eszköztárral.

Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok szerepe rendkívül fontos a pszichiátriai betegségben szenvedő gyermekek mielőbbi kiszűrésében és abban, hogy a betegek késlekedés nélkül szakellátásba jussanak. A prevencióban kiemelten fontos a mentális egészséget veszélyeztető kockázati tényezőkkel kapcsolatos tanácsadói tevékenységük, valamint a fokozottan veszélyeztetett gyermekek figyelemmel kísérése, szűrése. Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok igen fontos résztvevői a pszichoszociális rehabilitációnak is a családdal való szoros együttműködésük, a hosszú távú jó kapcsolatuk és a páciensre vonatkozó sokrétű ismereteik következtében.

A *Gyermekgyógyászat* jelen száma szerkesztését éppen ezért nagy örömmel és lelkesedéssel vállaltam. A szerkesztés alapelve az volt, hogy a gyermekorvosi gyakorlatban leggyakrabban előforduló, ugyanak-

kor gyakran bizonytalanságot okozó pszichiátriai kórképeket egy világos, egymásra épülő szakmai ív mentén mutassuk be. A tematikus sorrend a korai életkortól indul, és fokozatosan halad a serdülőkorban jelentkező problémák, valamint az ellátórendszeri átmenetek felé.

A lapszám elején a koragyerekkori problémák, a táplálási és evészavarok kérdésköre kap hangsúlyt, ezek integratív szemléletben való tárgyalása, a fejlődési, pszichoszomatikus és családi tényezők együttes értelmezését hangsúlyozza. A következő blokk a neurodevelopmentális zavarokra fókuszál, kiemelve a gyermekorvos szerepét az autizmus spektrum zavar korai felismerésében, valamint az autizmus serdülőkori diagnosztikájának nehézségeit és differenciáldiagnosztika kérdését taglalja. Ezek a kórképek különösen jól példázzák, hogy a korai gyanú és a megfelelő szakellátásba történő irányítás milyen mértékben befolyásolhatja jobb irányba a későbbi életutat. Ezt követően a gyermek- és serdülőkor klasszikus pszichiátriai problémái közül a szelektív mutizmus, az agresszív viselkedésformák, a pszichotikus zavarok és a poszttraumás stressz betegség kerülnek bemutatásra. A különszám záró részében a serdülőkor speciális kihívásai és az ellátórendszer határterületei kerülnek fókuszba: az onkológiai betegek pszichoszociális sajátosságai, a sürgősségi gyermekpszichiátriai ellátás, mint a társadalmi nehézségek lenyomata, illetve a pszichés beteg serdülő, felnőtt ellátásba kerülésének kérdései. Ezek a témák rávilágítanak arra, hogy a gyermekpszichiátria nem elszigetelt szakterület, hanem szorosan kapcsolódik az általános gyermekgyógyászati, illetve a felnőtt ellátórendszerhez.

Szerzőtársaimmal együtt bízunk abban, hogy a *Gyermekgyógyászat* jelen száma hozzájárul a gyermekpszichiátriai kórképek korábbi felismeréséhez, a hatékony terápiás beavatkozások elindításához és a társszakmákkal való együttműködés erősítéséhez. A gyermek testi és lelki egészsége elválaszthatatlan egymástól – ez a szemlélet ma már a korszerű gyermekgyógyászat egyik alapköve.

Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (ARFID): különböző evészavarok közös nozológiai keretben

Pászthy Bea dr.

Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest (Igazgató: Szabó Attila dr.)

LEVELEZÉSI CÍM:

Pászthy Bea dr.

1083 Budapest, Bókay u 53.

E-posta: paszthy.bea@semmelweis.hu

ÖSSZEFOGLALÁS Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) viszonylag új gyermekpszichiátriai diagnózis, 2013-ban került be a mentális zavarok diagnosztikai kritériumait és leírásait tartalmazó Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének 5. kiadásába (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) (1), majd változatlan formában a 2022-ben megjelent, szövegében felülvizsgált és jelenleg érvényes, DSM-5-TR kiadásba (2).

A kórkép magában foglalja a testképzavar nélküli restriktív táplálkozási zavarokat. Tartósan fennálló, a bevitel mennyiségét és/vagy választékát érintő elkerülő vagy korlátozó étkezés jellemzi, amely jelentős súly- vagy növekedési elmaradáshoz, tápanyaghiányhoz, kiegészítő vagy enterális táplálás szükségességéhez és markáns pszichoszociális károsodáshoz vezethet.

Az ARFID klinikailag heterogén betegség: leggyakoribb fajtái (1) a szenzoros érzékenységhöz társuló szelektív evés, (2) az étel iránti érdeklődés hiányából adódó tartós étvágytalanság, illetve (3) amikor a gyermek az evés következményeitől (fulladás, félrenyelés, hányás) való félelem miatt utasítja el az evést. A gyermek- és serdülőellátásban az ARFID elkülönítése kiemelten fontos az anorexia nervosától, mivel mindkét állapot járhat súlyos alultápláltsággal, de ARFID-ban hiányzik a testképzavar és a testsúlycsökkentési szándék. A differenciáldiagnózis kulcsa a restriktív motivációjának feltárása, a testkép- és hízástól való félelem szisztematikus vizsgálata, valamint a szomatikus okok (gasztroenterológiai, endokrin, allergológiai betegségek) kizárása. A cikk áttekinti a DSM-IV-től a DSM-5/DSM-5-TR-ig vezető nozológiai fejlődést, és gyakorlatorientált táblázatokkal foglalja össze a fő fenotípusokat, a kivizsgálás lépéseit és az elkülönítő szempontokat. Hangsúlyt kapnak a növekedési és mikrotápanyaghiányokból eredő kockázatok, amelyek ARFID-ben gyakran „láthatatlanok”, mert a testsúly akár normál tartományban is maradhat. Ismertetem a multidiszciplináris ellátás alapelveit, valamint a célzott pszichoterápiás megközelítéseket (CBT-AR, családalapú intervenciók).

KULCSSZAVAK elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (ARFID), evészavarok, DSM-5, gyermekkori malnutríció, szelektív evés, tápanyaghiány, anorexia nervosa, elkülönítő diagnózis

Bevezetés

Annak ellenére, hogy az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (ARFID) iránti szakmai érdeklődés és a vonatkozó kutatások száma az elmúlt évtizedben jelentősen növekedett, a kórkép a mindennapi gyermekorvosi és gyermekpszichiátriai gyakorlatban továbbra is gyakran rejtve marad és aluldiagnosztizált (3). Jelen tanulmányom célja, hogy az ARFID-dal kapcsolatos nemzetközi szakirodalmi ismereteket és a klinikai tapasztalataimat összegző, gyakorlatorientált áttekintést nyújtsam az ellátás frontvonalában dolgozó gyermekorvosok számára, támogatva a korai felismerést, a célzott kivizsgálási lépéseket, valamint az adekvát ellátási útvonalak kialakítását. Mivel az ARFID-ban érintett gyermekek ellátása jellemzően több szak-

ma határterületén zajlik – gyermekorvosok, gyermekpszichiáterek, pszichológusok, dietetikusok közös munkáját igényelve –, kiemelt jelentőségű egy közös szakmai nyelv és egységes szemléleti keret kialakítása, amely segíti a tünetek értelmezését, a differenciáldiagnosztikai gondolkodást és a multidiszciplináris kezelés hatékony koordinációját.

Történeti háttér és nozológiai keret

A pszichiátriai nomenklatúra hosszú időn keresztül külön kezelte a kora gyermekkori táplálási nehézségeket és a klasszikus értelemben vett evészavarokat. A DSM-IV-ben (1994) leírt, „csecsemő- vagy kora gyermekkorban jelentkező táplálkozási

zavar” néven definiált diagnózist 6 éves kor alatti gyermekeknél lehetett felállítani, ha legalább 1 hónapon át fennálló, a megfelelő táplálékfelvételt akadályozó táplálkozási probléma jelentős súlyfejlődés-elmaradáshoz vagy fogyáshoz vezetett (4). Ez a kategória azonban nem terjedt ki az idősebb gyermekekre, serdülőkre vagy felnőttekre, és nem adott lehetőséget olyan evészavaros tünetegyüttes diagnosztizálására, amely nem járt együtt testképzavarral. Ezek közé tartozott a szelektív evés, a fóbiás típusú evészavar, a tartós étvágytalanság és az étel elutasítással járó érzelmizavar (5). Ennek következtében számos eset diagnosztikai besorolás nélkül maradt, vagy a semmitmondó „*egyébként nem meghatározott evészavar*” (EDNOS) gyűjtőkategóriába került, mely sem a célzott terápiát, sem a kórképekkel kapcsolatos kutatásokat nem segítette, hátráltatva a betegség megértését és a betegek gyógyulását.

Az ARFID-ot mint új kórképet, 2013-ban a DSM-5-ben éppen ezért vezették be, hogy általa pontosabban diagnosztizáljuk ezen evészavaros betegeket. (6). A DSM-5 bevezetésével tehát jelentős átalakulás történt az evészavarok diagnosztikus fejezetében. Egységesült a nozológiai keret: valamennyi táplálási és evészavar egy közös kategóriába, a „*Táplálkozási és evészavarok*” közé került. Ide sorolták be a klasszikus evészavarok (anorexia nervosa, bulimia nervosa) mellett a túlevéses zavart, az ARFID, a pica és a ruminációs zavar diagnózist is (1).

Az ARFID DSM-5 kritériumai között már nincs életkori megkötés, azaz bármely életkorban diagnosztizálható, ha a tünetek fennállnak, ugyanakkor kizárási kritériumként szerepel, hogy a zavar nem magyarázható az ételekhez való hozzáférés hiányával vagy kulturális gyakorlattal, továbbá nem merülhet fel anorexia nervosa vagy bulimia nervosa részeként, és nem áll fenn testképzavar. Ez utóbbi kitétel biztosítja, hogy az ARFID ne átfedésben egyéb kórképekkel, hanem a *testképzavar nélküli restriktív evészavarok elkülönült kategóriájaként* legyen kezelhető.

Nemzetközi szinten az ARFID gyorsan beépült a szakmai köztudatba: a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11. kiadása (ICD-11, WHO, 2022) ugyancsak tartalmazza az ARFID diagnózist (6B83 önálló kóddal), megerősítve, hogy az állapot létezését és elkülöníthetőségét a szakma világszerte elfogadja (7). Ezáltal értelmezhetővé válnak a különböző evészavar kategóriák, mely lehetővé teszi a különböző evészavarok összehasonlítását és a közös valamint eltérő jegyek jobb megértését egy nozológiai kontinuum keretében. Ugyanakkor az ARFID és a hagyományos evészavarok, különösen az anorexia nervosa közötti differenciáldiagnosztikai határvonalak meghúzása időnként szakmai kihívást jelenthet, különösen részleges vagy válto-

zó tünetek esetén – erre a későbbiekben részletesen kitérek.

Epidemiológia

Az ARFID epidemiológiai jellemzőiről kevés megbízható adat áll rendelkezésre. Ezt egyrészt a standardizált, átfogó diagnosztikus mérőeszközök hiánya okozza, másrészt a kórkép heterogén jellege. Ugyanakkor a legutóbbi ARFID-prevalenciával kapcsolatos közleményben, mely a 2013–2024 között megjelent lektorált közlemények szisztematikus áttekintése és metaanalízise alapján készült, megállapították, hogy az ARFID gyakori zavar, 4,51–11,14% prevalenciát mutat. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy komoly klinikai és ellátásszervezési fejlesztések indokoltak ilyen tömegű beteg gyógyítására (8).

A meglévő prevalenciairodalom korlátozott a nem tekintetében is, ugyanakkor az elérhető, általános populációs vizsgálatok viszonylag hasonló férfi–nő arányokat jeleznek (9).

Emellett egy közelmúltbeli kutatás, amely gyermek- és serdülőkorú klinikai mintában vizsgálta az ARFID jellemzőit (N = 261), szintén hasonló nemi arányt talált (10).

Klinikai mintánk alapján az ARFID szelektív típusában (szelektív evés) fiú túlsúly, az averzív típusában (fóbiás típusú evészavar, hányásfóbia) inkább lány túlsúly tapasztalható.

Egy nagy autizmus kohorsz friss adatai 21%-os becsült prevalenciát mutattak, ami magas kockázati szintre és a neurodiverzitással való gyakori együttjárásra utal, különösen az ARFID szenzoros érzékenységgel társuló, szelektív evés formájára gondoljunk (11).

Epidemiológiai adatok alapján az ARFID gyermekpszichiátriai osztályokon, evészavar részlegeken sokkal nagyobb arányban fordul elő, mint ahányszor gondolunk rá. A serdülő evészavar-ambulanciákon az ARFID-diagnózissal azonosított betegek aránya 15–41% között mozog (12). Egy másik tanulmány szerint az ARFID prevalenciája 39% volt egy evészavar nappali kórházi programban (13), és még ennél is magasabb (43%) volt azok körében, akik 6-12 éves korukban jelentős testsúlyvesztéssel jelentkeztek evészavar-szakrendelésen (14).

Diagnosztikus kritériumok a DSM-5 szerint

Az ARFID heterogén zavar, sokféle etiológiai háttérrel, számos klinikai megjelenési formával, ennek megfelelően változatos kezelési megközelítéseket igényel. Az ARFID előfordul gyermek- és serdülőkorban, valamint felnőtteknél is.

1. táblázat: Diagnosztikus kritériumok a DSM-5 szerint

A kritérium: Evési vagy táplálkozási zavar, amely az alábbiak közül legalább egyhez vezet:

(1) jelentős súlycsökkenés, (2) jelentős tápanyaghiány, (3) enterális táplálásra vagy orális táplálékkiegészítőkre, tápszerre való utaltság, (4) a pszichoszociális működés jelentős romlása. A táplálkozási zavar hátterében az alábbi okok egyike állhat:

- Bizonyos ételek kerülése vagy csak nagyon szűk körének fogyasztása szenzoros okok miatt (például az étel illata, íze vagy állaga miatt): limitált változatosság, szelektív evés.
- Alacsony étvágy és érdektelenség az ételek iránt: tartós étvágytalanság.
- Ételek kerülése vagy korlátozott fogyasztása az evés következményeitől való félelem miatt (például fulladás, hányás vagy hányinger): averzív típus.

B kritérium: A táplálkozást akadályozó viselkedés nem magyarázható vallási vagy kulturális gyakorlatokkal, illetve nem az étel-miszer hozzáférhetőségének hiányából fakad.

C kritérium: A táplálkozási zavar nem tulajdonítható más evészavarnak, mint például anorexia nervosának vagy bulimia nervosának, amit az jelez, hogy hiányoznak a testképzavarra utaló tünetek vagy a testsúllyal való túlzott foglalkozás.

D kritérium: A táplálkozási zavar nem tulajdonítható más pszichiátriai vagy orvosi állapotnak (például gastrointestinalis betegségnek vagy rosszindulatú daganatnak), amely jobban megmagyarázná a tüneteket.

A megjelenéskor a betegek testtömege lehet alacsony, a testmagasságnak és életkornak megfelelő, de akár túlsúlyos is (pl. autizmusban érintett, nagymennyiségű szénhidrátot szelektíven evő gyermeknél), ez utóbbi ugyan ritkább. Az ARFID-os gyerekek ugyanolyan mértékben lehetnek súlyosan alultápláltak, mint az anorexiás betegek, de a testsúlyvesztés önmagában nem kötelező kritériuma az ARFID-nak.

Az étrend korlátozottságának mértéke is nagyon változatos lehet (15), az egyetlen ételt fogyasztó páceinstól a 10-12 ételt biztonságosan elfogadóig. A tápanyaghiány vagy a tápanyagkiegészítésre szorulás sem kötelező kritérium, azaz a szelektív táplálékbevitel és a pszichoszociális működés érintettsége önmagában is elégséges tünet a diagnózishoz. A heterogén megjelenési formák között a közös tüneti jellemző és így a diagnosztikus kulcs tehát a korlátozott, restriktív étrend, illetve az ennek következtében kialakuló alkalmazkodási problémák, pszichoszociális következmények, amelyek azonban esetről-esetre változhatnak (16).

Az ARFID altípusai

Az ARFID klinikailag heterogén betegség: leggyakoribb fajtái (1) a *szenzoros érzékenységhöz társuló szelektív evés, szenzoros altípus*, (2) az *étel iránti érdeklődés hiányából adódó tartós étvágytalanság, apatikus altípus*, illetve (3) amikor a gyermek az evés következményeitől (fulladás, félrenyelés, hányás) való félelem miatt utasítja el az evést, *averzív altípus* (1. ábra).

1. ARFID-szenzoros altípus: szenzoros érzékenységhöz társuló szelektív evés

A szenzoros altípusra jellemző, hogy a páciens – gyakran már kora gyermekkorától – nagyon szűk



1. ábra: ARFID altípusai

ételrepertoárral rendelkezik, kevesebb, mint 10féle ételt fogad el. A gyermek bizonyos érzékszervi jellemzők (íz, illat, állag, látvány) miatt utasít el ételeket. Az ételkerülés elsődleges motivációja tehát **nem testsúlyaggodalom vagy testképzavar, hanem az ételek szenzoros jellemzőivel szembeni fokozott érzékenység** (íz, szag, állag, hőmérséklet, vizuális megjelenés), így az elfogadott ételek választéka rendkívül korlátozott. Gyakori, hogy az ilyen gyerekek csak néhány, nagyon specifikus ételt hajlandók megenni (pl. csak ropogós állagú sós snackeket, vagy csak pépes, semleges ízű ételeket). A szenzoros ARFID egyik tipikus megnyilvánulása az ún. „**bézs diéta**”, amely homogén színű, semleges ízű, kiszámítható állagú ételekre korlátozódik. Gyakran elfogadott ételek: fehér kenyér, pirítós, főtt tészta, főtt rizs, krumpli (sült, püré), panírozott húsok, natúr tejtermékek. Ezek az ételek alacsony szenzoros komplexitásúak, ezért népszerűbbek a szenzoros gyerekek körében.

Elutasítás tárgya lehet: bizonyos állagok (pl. krémes, rostos, „nyálkás” ételek), kevert textúrák (pl. leves betéttel vagy nem eszi együtt a húst és köre-

tet, a szendvicset szétszedi és csak egyes részeit eszi meg), intenzív szagú vagy ízű ételek (pl. hal, káposzta), az étel színe, formája, hőmérséklete (zöld színű ételeket nem eszi meg, bogyós gyümölcsöket, kismagvas gyümölcsöket nem fogadja el).

Új ételektől idegenkednek vagy undort éreznek, ha ismeretlen ízzel/állaggal találkoznak, öklendezhetnek vagy hánynak is. Már csecsemőként megfigyelhető az érzékenység (pl. bizonyos bébiételeket mindig kiköpött).

Ez az altípus gyakran **autizmus spektrum zavarral** társul. A táplálékbevitel összmenyisége lehet, hogy elegendő (pl. a gyermek nagy mennyiségben fogyaszt egy-két kedvelt ételt, mondjuk sült krumpelit és főtt tésztát), de a rendkívül egyoldalú étrend miatt **jelentős tápanyaghiányok, rosthiány alakul ki**. Az egyoldalú szénhidrátbevitel hosszú távon növekedési, illetve metabolikus problémákhoz vezethet.

Emellett **komoly pszichoszociális problémák** is jelentkeznek: a családi étkezések feszültek, a gyermek nem tud máshol enni, csak otthon a megszokott ételeit, nem eszik a menzán vagy vendégségben. Az ételkerülés gyakran erős averzív reakciókkal társul (undor, öklendezés, szorongás, viselkedéses elkerülés), amelyek túlmutatnak az életkornak megfelelő „válogatosságon”. Fontos megértetni a szülőkkel, hogy a gyermek vagy serdülő nem „akaratos”, nem „hisztis”, hanem szenzorosan túlterhelt. A szenzoros altípus felismerése kulcsfontosságú, mivel megfelelő megközelítéssel a táplálékrepertoár lassan, de fenntarthatóan bővíthető, ugyanakkor elkerülhető a téves anorexia-diagnózis és az inadekvát terápia.

2. ARFID-apatikus altípus: érdeklődés hiánya az evés iránt, tartós étvágytalanság

Ebben az altípusban az evés elkerülésének elsődleges oka, hogy a páciens **nem érez éhséget**, vagy egyszerűen **nem érdekli az evés**, az étkezés számára sem jutalmazó, sem motiváló élményt nem jelent. Az **alacsony belső éhségjelzés** az, amely a táplálékbevitel mennyiségi elégtelenségéhez vezet. Ez a jelenség gyakran félreértelmezett, mivel kívülről passzivitásnak, „jó alkalmazkodásnak” vagy egyszerű étvágytalanságnak tűnhet, valójában azonban komplex neurobiológiai és fejlődési mechanizmusok állnak a háttérben. Az apatikus ARFID-ban az egyik legfontosabb tényező az interoceptív jelzések csökkent észlelése. Az interocepció – vagyis a belső testi állapotok érzékelése – kulcsszerepet játszik az éhség, jóllakottság és energiaszükséglet felismerésében. Ezeknél a gyermekeknél az éhséghez társuló testi jelzések gyengék, bizonytalanok vagy nem elégségesek ahhoz, hogy táplálkozást indítsanak el. Az éhség nem válik

szubjektíven sürgető élménnyé, a gyermek „nem érzi, hogy éhes”, és ennek megfelelően nem kezdeményez étkezést.

Az apatikus altípus másik lényeges jellemzője, hogy az evés **nem rendelkezik megfelelő jutalmazó értékkel**. Az étkezés nem vált ki örömeztést vagy pozitív megerősítést, így nem épül be a gyermek motivációs rendszerébe. Az evés „semleges” tevékenységgé válik, amely könnyen háttérbe szorul más, belsőleg motiváló tevékenységekkel – például játékkal, tanulással vagy elmélyült érdeklődési területekkel – szemben. Ez a jelenség indifferens viszonyt jelent az ételhez.

Már csecsemő- vagy kisgyermekkorban feltűnhet, hogy az érintettet nehéz etetni, könnyen elterelődik evés közben, lassan eszik, hamar jóllakik. Emiatt már ekkor jellemző lehet a **nem megfelelő súlygyarapodás** vagy kifejezett soványság. Ezt a képet régebben „infantilis anorexiának” is nevezték. Sok esetben az étvágytalanság mellett a gyermek általános aktivitása normális vagy fokozott lehet, például egy ADHD-s gyerek annyira nyüzsög-pörög, hogy „elfelejt enni”. Klinikailag jellemző, hogy a gyermek nem panaszkodik, nem tiltakozik az evés ellen, ugyanakkor **nem kezdeményez étkezést**, és minimális mennyiséggel is hamar jóllakottnak érzi magát. Az étkezések gyakran elhúzódnak, a gyermek lassan eszik, könnyen elterelődik, és külső emlékeztetés nélkül kihagyhat étkezéseket. A szülők beszámolója szerint „sosem volt jó evő”, „mindig keveset kért”, „gyorsan jóllakik”, vagy „inkább játszik, mint eszik”. Az apatikus altípus gyakran **korai életkortól fennáll**, nemritkán csecsemőkori etetési nehézségek, lassú súlygyarapodás vagy „nyugodt, keveset jelző” baba anamnézisébe illeszkedik. Az evéshez társuló érzelmi reakciók általában szegényesek: nincs kifejezett szorongás, undor vagy félelem, ugyanakkor az étkezés **alacsony prioritású viselkedéssé válik**. A gyermek sokszor csak akkor eszik, ha külső strukturálás, időkeret vagy aktív bevonás történik.

Fontos differenciáldiagnosztikai szempont, hogy az apatikus ARFID-ban nem áll fenn testsúly- vagy testképzavar, és a csökkent táplálékbevitel nem hangulatzavar, depresszió következménye, nem jár együtt primer hangulatzavarral jellemző anhedóniával vagy negatív önértékeléssel. Bár alacsony energiaszint, fáradékonyság társulhatnak. Elkülönítendő továbbá krónikus szomatikus betegségektől, felszívódási zavaroktól, illetve gyógyszer-mellékhatásoktól.

A klinikai következmények: elmaradó súlygyarapodás, mikrotápanyag-hiányok, csökkent izomtömeg, késői pubertásindulás. Mivel a gyermek „nem válogatós” és nem ellenálló, a probléma sokáig aluldiagnosztizált maradhat.

A terápiás megközelítés középpontjában **az evés mint biológiai szükséglet tudatosítása, a táplálko-**

zás rendszeressége és mennyiségi növelése áll. Hatékony elemek lehetnek a strukturált étkezési rend, az étkezést jutalmazó zsetonrendszer, energia- és fehérjedús étrend, dietetikai támogatás, valamint pszichoterápiás keretben az interoceptív jelzések felismerésének és megértésének erősítése. Az apatikus ARFID altípus felismerése különösen fontos, mert a gyermek viselkedése gyakran „probléma-mentesnek” tűnik, miközben a **tartós alultápláltság és fejlődési elmaradás** jelentős egészségügyi kockázatot hordoz. A korai intervenció lehetőséget ad a növekedési pálya korrekciójára és a hosszú távú szomatikus következmények megelőzésére.

3. ARFID-averzív altípus: az evés következményeitől (pl. hányás, félrenyelés, fulladás) való félelemhez társuló táplálékelutasítás

Az ARFID harmadik altípusa olyan klinikai megjelenési formát jelöl, amelyben a táplálékbevitel korlátozásának elsődleges oka **az evéshez társított negatív következményektől való intenzív félelem**. A páciens az evést vagy bizonyos ételeket azért utasítja el, mert azokat **fulladással, félrenyeléssel, hányással, hányingerrel vagy más testi veszélyérzettel** kapcsolja össze. A klinikai kép gyakran egy **konkrét kiváltó eseményhez, traumához** köthető, például félrenyeléshez, hányáshoz, refluxos epizódhoz, gastroenteritishez, fogászati vagy fül-orr-gégészeti beavatkozáshoz. Nem ritka azonban, hogy a félelem **megfigyeléssel tanulás** útján alakul ki (családtag rosszullete, médiában látott esemény), vagy fokozatosan, egyértelmű trigger nélkül erősödik fel. A gyermek az evést egy potenciálisan veszélyes cselekvéssé kódolja, amely felett elveszítheti a kontrollt. Pszichopatológiai szempontból az averzív ARFID-ban a központi mechanizmus a **kondicionált félelem és az elkerülés**. Az evéshez kapcsolódó testi érzetek – torokézés, teltség, hányinger – **fenyegető jelentést** kapnak, és szorongásos reakciót váltanak ki. Az elkerülés rövid távon csökkenti a szorongást, hosszú távon azonban **fenntartja és generalizálja** a félelmet. A félelem-alapú altípusra jellemző, hogy az érintett szorong az evéstől, és sokszor **szertartásokat** alakít ki (pl. nagyon lassan rág, vagy csak pürésített ételt hajlandó lenyelni). Testképzavar itt sincs a háttérben. A klinikai megjelenés gyakran drámai: a gyermek **enni szeretne**, éhes, ugyanakkor az evés gondolata is **pánikszzerű reakciót** válthat ki. Gyakoriak az étkezéshez kötődő szorongásos tünetek: sírás, remegés, tachycardia, hasi panaszok, elmenekülés az asztaltól. A szülők beszámolója szerint „fél lenyelni”, „fél, hogy megfullad”, vagy „attól tart, hogy hányni fog”.

Az ARFID diagnózisához az is kell, hogy a táplálkozás elkerülése **súlyos hiányállapotokhoz** vagy **fogyáshoz vezessen**. Gyakran látjuk, hogy ezek a gyerekek csak folyékony vagy lágy állagú ételeket (pl. csak turmixokat, krémlevest, joghurtot) esznek, mert kevésbé félnek, hogy azt félrenyelik. Az is előfordulhat, hogy egyszerre csak kis mennyiségeket mernek fogyasztani, nehogy tele legyen a gyomruk és hányingerük legyen. Az evés így az egész család számára jelentős stresszforrássá válik.

A klinikai következmények gyorsan kialakulhatnak: **jelentős testsúlycsökkenés, dehidráció, elektrolitzavar**, valamint másodlagos szorongásos zavarok. A gyermek gyakran kifejezetten szenved a helyzettől, és motivált a javulásra, ami fontos terápiás erőforrás.

A kezelés alapja a **félelemalapú elkerülés célzott oldása**, strukturált, fokozatos expozíció segítségével. A kognitív viselkedésterápia ebben az altípusban különösen hatékony, mivel az evéshez társított veszélyérzet kognitív és viselkedéses újratanulását célozza. A terápia során kulcsfontosságú a szülők bevonása, az elkerülést erősítő minták csökkentése, valamint a gyermek biztonságérzetének helyreállítása. Súlyos esetekben a pszichoterápia mellett orvosi támogatás (pl. enteralis táplálás, illetve szorongás oldását célzó gyógyszer) válhat szükségesé.

Az ARFID három altípusának elkülönítése a rendelőben

A három altípus elkülönítéséhez, így a helyes diagnózis felállításához készítettem a **2. táblázatot**.

Rizikófaktorok és társuló állapotok

Az ARFID **multifaktoriális** eredetű zavar, kialakulásában veleszületett és környezeti tényezők egyaránt szerepet játszanak. Bár a pontos okok nem ismertek, a kutatások alapján több veleszületett idegrendszeri és temperamentumbeli jellemző hajlamosíthat rá. Ide tartozik a szenzoros információk feldolgozásának sajátossága (bizonyos érzékszervi ingerekre – íz, illat, látvány, állag – való túlérzékenység), az erős averziós (undor) reakció, az újdonságoktól való fokozott félelem (neofóbia), a kognitív rigiditás (rugalmatlan viselkedésminták), a szorongásra való hajlam (magasabb szorongásszint), valamint az éhségérzet testi jelzéseinek csökkent észlelése. Genetikai ikervizsgálatok szerint az ARFID háttérben a genetikai tényezők hozzájárulása jelentős lehet, egy svéd vizsgálatban 79%-ra becsült a kórkép hertitabilitása (17), ugyanakkor családi és kulturális tényezők szintén befolyásolják a megjelenését és fennmaradását: családi étkezési szokások, a szülők aggodása a

2. táblázat: Az ARFID három altípusának elkülönítése a rendelőben célzott kérdésekkel

Gyors differenciáló döntési kérdések

- „Ha nem zavarna az állaga, megennéd?” → Szenzoros altípus
- „Ha eszedbe jutna, ennél?” → Apatikus altípus
- „Ha nem félnél, megennéd?” → Averzív altípus
-

Vizsgálati szempont	Szenzoros altípus (szenzoros érzékenység)	Apatikus altípus (alacsony érdeklődés, tartós étvágytalanság)	Averzív altípus (félelem az evés következményeitől)
Nyitókérdés	Mi az, amit nem tudsz megenni? Az étel milyen tulajdonsága az, ami miatt nem eszed meg?	Milyen gyakran jut eszedbe, hogy enned kell? Gyakran van olyan, hogy elfelejtesz enni?	Mi jut eszedbe, amikor enni kell? Volt-e az evéssel kapcso- latban rossz élményed?
Az evéshez való alapviszony	Mennyire igaz rád: „bizonyos ételek kellemetlen érzéseket váltanak ki bennem”	Mennyire igaz rád: „az evés nem különösebben érdekel”	Mennyire igaz rád: „az evés veszélyes, félek tőle”
Elutasítás oka – célzott kérdés	Van olyan étel, aminek az állaga, szaga vagy kinézete zavar vagy undort vált ki belőled?	Szoktad érezni, hogy éhes vagy?	Félsz attól, hogy evés közben baj történik? Milyen baj történhet evés közben?
Tipikus válasz	„Nem bírom az állagát / szagát/ kinézetét”	„Nem vagyok éhes” „Elfelejték enni”	„Megfulladhatok” „Hányini fogok”
Éhségérzet	Jelen van, de csak bizonyos ételekkel csillapítja	Igen gyenge vagy hiányzik, ezért nem eszik	Jelen van, de felülírja a félelem
Ételek köre	Nagyon szűk, de stabil (pl. „bézs diéta”)	Nem specifikusan kerül egyes ételeket, semmit nem kíván	Fokozatosan szűkül, főleg „veszélyesnek” ítélt ételek miatt
Új ételre adott reakció	Undor, öklendezés	Közömbösség	Szorongás, pánik (nem csak az új ételekkel kapcsolatban)
Evési helyzetben megfigyelhető érzélem	Undor, irritáció	Semleges, passzív	Intenzív szorongás
Félelem jelenléte	Nincs	Nincs	Kifejezett
Kontrollélmény	Kontroll az ételek szenzoros tulajdonságai felett	Nincs igény kontrollra	Kontrollvesztéstől való félelem
Kiváltó esemény az anamnézisben	Gyakran nagyon korai kezdet	„Mindig ilyen volt” mondja a szülő gyakran	Gyakran konkrét esemény (félrenyelés, hányás)
Szülői megfogalmazás	„Válogatós, de nagyon következetes”	„Soha nem kér enni”	„Fél az evéstől”
Mit NEM mond a gyermek?	„Félek”	„Undorító”	„Nem vagyok éhes”
Leginkább félrediagnosztizálják mint...	Válogatós evés	Alkatilag vékony, anorexia nervosa vagy hangulatzavar	Anorexia nervosa vagy szorongásos zavar
Kulcskérdés a döntéshez	Ha az állaga más lenne, megennéd?	Ha szólnának, ennél?	Ha nem félnél, megennéd?

gyermek étkezésével kapcsolatban vagy a táplálás körüli interakciók minősége (nyomásgyakorlás, konfliktusok).

Az ARFID gyakran más kórképekkel együtt fordul elő, melyek önmaguk is rizikófaktorok lehetnek. Kiemelendő az autizmus spektrum zavar (ASD) és az figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD): ezen neurodevelopmentális zavarokban gyakoribb az ARFID előfordulása. Különösen az ARFID szenzoros érzékenységgel társuló, szelektív evés formája jár gyakran együtt neurodiverzitással (11).

Hasonlóképpen, a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarban (ADHD) érintett gyermekek között is fe-

lülreprezentált az ARFID, és viszont: egy nagy mintájú (több, mint 30 ezer fős) ikervizsgálatban az ARFID-os gyerekek 17,5%-ánál találtak komorbid ADHD-t, 13,8%-ánál pedig autizmus spektrum zavart (17).

A rizikófaktorok ismerete segíthet a veszélyeztetett gyermekek kiszűrésében. Akinek a kórtörténetében csecsemőkortól fennálló etetési nehézség, krónikus étvágytalanság vagy válogatósság, extrém szenzoros érzékenység, szorongásos zavar vagy neurodevelopmentális eltérés szerepel, azt fokozottan figyelni kell a későbbi evészavarok tekintetében.

Differenciáldiagnózis

Az ARFID diagnózisának felállításakor gondosan mérlegelni kell más állapotokat is. Először is, el kell különíteni a válogatóságtól. Kisgyermekkorban gyakori és 2–3 éves kor között életkori normának tekinthető bizonyos fokú válogatóság. Az ARFID azonban *minőségileg és mennyiségileg is túlmutat* ezen: itt a táplálkozás elkerülése vagy korlátozása extrém mértéket ölt, a gyermek étrendje rendkívül beszűkül és ennek jelentős növekedési/táplálási következményei vannak (súlymegállás, hiányállapotok). Nagyon fontos elkülöníteni az ARFID-ot az **anorexia nervosától**: bár mindkét zavarban alacsony lehet a *testsúly, anorexiában a testsúly- és alak miatti aggodalom és a testképzavar (soványsága ellenére is túlsúlyosnak látja magát)* áll a fogyás háttérben, míg ARFID-ban ilyen nincs, és az evés kerülés más okokra vezethető vissza. Ha a serdülő tagadja a testképzavart és a testsúlyával kapcsolatos aggodalmakat, és inkább szenzoros vagy averzív okokat említ, ARFID merül fel. Ennek ellenére mindig körültekintően kell vizsgálni, nincs-e rejtett testképzavar!

A gyermek-serdülőkori ARFID-ot leginkább az anorexia nervosával tévesztik össze a gyermekorvosok, gyermekpszichiáterek, pszichológusok, s ez gyakran okoz félrediaosztizálást, illetve helytelen és nem hatékony terápiák alkalmazását.

Az anorexia nervosa és az ARFID elkülönítése

Az evészavarok differenciáldiagnosztikájában az egyik legnagyobb kihívást az **anorexia nervosa (AN)** és az **elkerülő–korlátozó táplálékbeviteli zavar (ARFID)** elkülönítése jelenti, különösen gyermek- és korai serdülőkorban. Mindkét kórkép közös jellemzője a csökkent táplálékbevitel, a testsúly- és növekedési eltérések, valamint a potenciálisan súlyos szomatikus következmények. Ugyanakkor a két zavar pszichopatológiai magja, motivációs háttere és terápiás implikációi alapvetően különböznek, ezért az elkülönítés nem pusztán nozológiai, hanem klinikai jelentőségű.

Az anorexia nervosa központi jellemzője a testsúlytól és testzsírtól való kóros félelem, valamint az ezekkel összefüggő testképzavar. A táplálékbevitel tudatos korlátozása az esetek túlnyomó többségében testsúlycsökkentési szándékból fakad, a soványság a beteg számára pozitív, kontrollt jelentő állapotként jelenik meg. Ezzel szemben ARFID-ban a restriktió nem testsúly- vagy testképzérelt, hanem az evéshez kapcsolódó más tényezők – szenzoros érzékenység, érdeklődés hiánya, illetve félelem az evés következményeitől – állnak a háttérben. A két kórkép közötti különbségeket a 3. táblázatban foglaltam össze.

Klinikai szempontból különösen fontos, hogy ARFID-ban a páciensek gyakran szeretnének „normálisan enni”, és szenvednek az evési nehézségtől, míg anorexia nervosában az evés elutasítása a beteg identitásának és önértékelésének részévé válik. Az ARFID-os gyermek nem a testsúlygyarapodástól fél, hanem az evéstől mint élménytől, testi érzettől vagy következménytől; az anorexiás beteg viszont a súlygyarapodást és a kontroll elvesztését éli meg fenyegetőnek.

A fejlődési lefolyás is különbözik. Az anorexia nervosa gyakran serdülőkorban indul, sokszor pszichoszociális stresszorokkal, önértékelési zavarral, perfekcionizmussal, szorongással és kontrolligénnyel összefüggésben. Az ARFID ezzel szemben gyakran kora gyermekkorra visszanyúló anamnézissel rendelkezik: a szelektív evés, az alacsony érdeklődés vagy a félelemlapú elkerülés már évekkal a diagnózis előtt jelen lehet. Ez különösen az apatikus és a szenzoros altípus esetében jellemző. Anorexiában a restriktió aktív, célvezérelt viselkedés; ARFID-ben inkább reaktív vagy passzív következménye az evéshez kapcsolódó nehézségeknek.

A fizikális állapot önmagában nem alkalmas a két kórkép elkülönítésére. Mind az anorexia nervosában, mind az elkerülő–korlátozó táplálékbeviteli zavarban kialakulhat súlyos alultápláltság, elektrolitzavar, kardiovaszkuláris problémák, endokrin eltérés, növekedési és csontanyagcsere-zavar, valamint kognitív és pszichoszociális funkcióromlás. Ezek a szomatikus következmények azonban nem a kórkép típusából, hanem az elégtelen bevitel mértékéből és időtartamából fakadnak, ezért önmagukban nem alkalmasak a differenciáldiagnózisra.

A klinikai elkülönítés kulcsa az alultápláltság jelentésében és motivációs háttérében rejlik. ARFID esetén a testsúlycsökkenés rendszerint nem cél, hanem a szelektív evés, az étellel kapcsolatos averziók vagy az evés iránti érdektelenség másodlagos következménye; a testi eltérések gyakran „meglepetésszerűen” derülnek ki egy olyan gyermeknél vagy serdülőnél, aki nem mutat klasszikus evészavaros attitűdöket. Ezzel szemben anorexia nervosában a restriktió tudatos és célvezérelt, a testsúly és a kontroll kérdése központi jelentőségű, és a szomatikus károsodás a pszichopatológiai kép szerves részeként értelmezhető.

Klinikai szempontból ezért különösen fontos hangsúlyozni, hogy a testképzavar hiánya nem jelent kisebb orvosi kockázatot, „egyszerűbb” kórképet. Az ARFID-ban a súlyos szomatikus szövődmények gyakran alulértékeltek, holott a biológiai kockázat mértéke a restriktió súlyossága és hosszabb időtartama miatt azonos lehet ARFID-ban és anorexia nervosában. ARFID esetén különösen fontos a mikro-tápanyag-hiányok célzott keresése (B₁₂-, folsav,

3. táblázat: Az ARFID és az anorexia nervosa differenciáldiagnosztikai jellemzői

Jellemzők	ARFID (elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar)	Anorexia nervosa
Motiváció, kiváltó ok	Az evés kerülésének hátterében nem a testsúly befolyásolása áll, hanem egyéb okok: pl. tartós étvágytalanság, az ételek bizonyos érzékszervi tulajdonságainak intoleranciája, vagy az evéssel kapcsolatos félelem (fulladás, hányás, hasi fájdalom stb.). A páciens nem törekszik fogyásra, sőt gyakran zavarja a túlzott soványság.	A táplálékbevitel korlátozásának primer célja a testsúlycsökkentés. A beteg intenzíven fél a hízástól, és kórosan torzult testképe miatt még kóros soványság esetén is kövérnek látja magát. A fogyás szándékos, az evés visszautasítása a soványság elérését szolgálja.
Testtömeg és tápláltság	Az esetek egy részében a testsúly az életkorhoz viszonyítva a normál tartományban marad (főleg a szenzoros altípusban). Súlyos esetben előfordul alultápláltság és súlydeficit, de ez nem szándékos fogyókúra eredménye, hanem a nem megfelelő bevitel következménye. Gyermekeknél gyakori a növekedés elmaradása is.	Szinte mindig jelentős soványság jellemzi. A DSM-5 szerint a testtömeg az életkor, nem és testmagasság szerint várható minimumnál lényegesen alacsonyabb. A fogyás mértéke extrém is lehet. A soványság tudatosan előidézett, a beteg büszke a testsúlycsökkenésére.
Testkép és betegségbelátás	Nincs testképzavar, a páciens általában megfelelő testképpel bír, nem foglalkozik kórosan a külsejével. Gyakran nincs reális észlelete arról, hogy állapota malnutrícióval jár - ha felhívják rá a figyelmét, nem tagadja a soványságát, sőt zavarhatja is az esetleges kóros kinézet.	Kifejezett testképzavar: a beteg saját testét (vagy bizonyos testrészeit) kövérnek látja, aránytalanul nagy jelentőséget tulajdonít a testsúlynak az önértékelésében. A betegségbelátás hiánya jellemző; az anorexiás páciens gyakran nem ismeri el, hogy túl sovány, vagy ha igen, nem látja problémásnak.
Demográfia, epidemiológia	Már gyermekkorban gyakori, 3–10 éves korban indul legtöbbször, de bármely életkorban előfordulhat. A fiúk és lányok közel egyforma arányban érintettek. Gyakran autizmusban vagy más fejlődésbeli zavarban szenvedőknél jelentkezik, illetve a szorongás előfordulása is magas.	Tipikusan serdülőkorban (12–18 év között) kezdődik, de újabban a fiatalabb életkorban induló esetek száma is nő. 9:1 arányban nők körében gyakoribb. Kísérő betegségek: gyakori a depresszió, szorongás, kényszeres személyiségjegyek (perfekcionizmus) és obszesszív-kompulzív zavar társulása. Autizmus spektrum zavarban is előfordulhat, különösen a korábban kezdődő restriktív anorexia.
Fizikai tünetek	A táplálékmegevonás miatt előfordulhat testsúlyesés, de ritkábban okoz extrém életveszélyes lesoványodást, mint anorexiában. Jellemző viszont a szelektív tápanyaghiány (pl. vashiány, vitaminhiány), mely specifikus tüneteket okozhat. Gyermekeknél növekedésbeli elmaradás, pubertáskori késés felléphet. Szélsőséges esetben orvosi szövődmények: bradycardia, hypotensio, elektrolitzavarok (főként, ha hosszú ideig fennáll a súlyos alultápláltság).	Az éhezés szomatikus következményei előtérben vannak: súlyos esetben bradycardia, hipotenzio, hypothermia, száraz bőr, lanugo szőrzet. Lányoknál gyakori az amenorrhoea (bár ez DSM-5-ben már nem diagnosztikus kritérium.) Hosszan tartó anorexia súlyos szervkárosodásokhoz vezethet: csonttritkulás, szívritmuszavarok, májkárosodás, endokrin eltérések. Súlyos állapotban az anorexia magas halálozású (a pszichiátriai betegségek közül az egyik legmagasabb mortalitás).
Pszichés jellemzők	Gyakoriak a szorongásos zavarok (generalizált szorongás, specifikus fóbiák), melyek megelőzhetik vagy követhetik az ARFID kialakulását. A betegek körében a hangulatzavarok előfordulása is lehetséges, de jellemzően másodlagos (pl. frusztráció az evés nehézsége miatt). Nincs kórosan alacsony önértékelés vagy perfekcionizmus az evészavarral összefüggésben.	Hangulati ingadozások, ingerlékenység, depresszió gyakori, részben a koplalás következményeként. Kiemelendő a betegség-specifikus kognitív torzítás: a testsúllyal való állandó foglalkozás, kényszeres gondolatok a kalóriáról, ételről. Az anorexiások sokszor maximalisták, iskolai teljesítménykényszerrel, rigid gondolkodással. Gyakori a családtagokkal konfliktus a kényszerű táplálás miatt.
Lefolyás, prognózis	Lehet hosszan elhúzódó, krónikus – különösen a szenzoros és étvágytalan altípus fennállhat kora gyermekkortól kezdődően évekig. Az averzív-altípus gyakran akut fellobbanású, és megfelelő terápiával akár gyors javulás is elérhető. Összességében az ARFID prognózisa változó; enyhébb esetben a fejlődéssel javulhat az étvágy és a válogatosság, súlyos esetben viszont serdülőkoron átívelő probléma maradhat. Tartós utánkövetéses vizsgálatok még korlátozottak, de eddigi adatok szerint az ARFID nem „vált át” tipikus anorexiába spontán, és megfelelő kezeléssel a hosszú távú kimenetele is kedvezőbb, mint az anorexiáé.	Az anorexia gyakran krónikus lefolyású, a betegek egy része évekig küzd relapszusokkal és remissziókkal. A serdülőkorban kezdődő anorexiások ~50%-a 10 éven belül felépül, de ~20-30%-nál a zavar hosszú távon is fennmarad. A prognózist rontja a hosszú betegség-időtartam, extrém soványság, társuló pszichiátriai kórképek (pl. OCD), illetve ha a kezelésbe vonás későn történik. Korai intenzív beavatkozással javítható a kimenetel.

D-vitamin, vas), míg anorexia nervosában gyakoribb a globális energiahány és az elektrolitzavar. A differenciáldiagnosztika szempontjából kulcsfontosságú a célzott exploráció. Olyan kérdések, mint: „Mi okból nem eszel? „Mitől félsz pontosan?“, „Mit jelentene számodra, ha gyarapodnál?” gyakran gyorsan feltárják a motivációs különbségeket. ARFID-ban a válaszok jellemzően nem a testsúlyra vagy az alakra, hanem az evés élményére, testi érzetére vagy hiányára vonatkoznak.

Terápiás következmények szempontjából az elkülönítés alapvető jelentőségű. Anorexia nervosában a kezelés középpontjában a testképzavar, a kognitív torzítások és a kontrollproblémák állnak, míg ARFID-ban a fókusz az evéshez kapcsolódó akadályok célzott oldásán van (szenzoros deszenzitizáció, expozíció, strukturálás). Az ARFID anorexiaként való félrediagnosztizálása felesleges konfrontációhoz, terápiás kudarchoz és a család bizalmának elvesztéséhez vezethet.

Összességében elmondható, hogy bár az anorexia nervosa és az ARFID felszínesen hasonló táplálkozási tüneteket mutathat, nagyon eltérő pszichopatológiai struktúrával rendelkező kórképek, amelyek elkülönítése nélkülözhetetlen a megfelelő ellátás szempontjából. Az ARFID önálló zavar, nem az anorexia egy korai stádiuma vagy változata. A pontos diagnózis felállításához multidiszciplináris teammunka ajánlott: gyermekgyógyász, gyermekpszichiáter, dietetikus, pszichológus együttműködése segíthet kizárni az egyéb szomatikus okokat (pl. krónikus emésztőszervi betegséget) és megérteni a táplálékmegegyezés pszichés indítékait. Az anorexiától való megkülönböztetés nemcsak elméleti jelentőségű, hanem a kezelés irányát is meghatározza – hiszen míg az anorexiában az akaratlagos koplalást és a kontrollt kell célba venni a terápia során, addig ARFID-ben egészen más terápiás stratégiákra van szükség.

Az ARFID terápiaja

Az ARFID komplex zavar, egyszerre vannak orvosi (táplálkozási, fejlődésbeli) és pszichológiai vetületei, emiatt optimális ellátása több szakember együttműködését igénylő multidiszciplináris kezelőcsoportban valósulhat meg (lásd feljebb). A család bevonása már a terápia korai szakaszától kiemelten fontos: a szülők nemcsak információforrások a gyerek étkezési szokásairól, hanem a terápia aktív résztvevői, akik a mindennapi étkezések levezényléséért felelnek.

Az ARFID elsődleges kezelési módja a különféle **pszichoterápiás beavatkozások**, amelyek az evés körüli maladaptív viselkedések és félelmek módosítására irányulnak. Bizonyítékalapú adatok az ARFID terápiaja kapcsán még korlátozottak, de a

klinikai tapasztalat és néhány kezdeti kutatás alapján több megközelítés is sikerrel alkalmazható. Az egyik a **kognitív viselkedésterápia**, amit kifejezetten adaptáltak az ARFID sajátosságaira (CBT-AR). Ennek során a terapeuta segít a gyermeknek felismerni és átstrukturálni az evéssel kapcsolatos szorongáskeltő gondolatokat miközben fokozatos viselkedéses expozíciót tervez az étkezést kerülő magatartások leküzdésére.

A **szisztematikus deszenzitizálás** jól bevált módszer az ARFID félelem-alapú altípusában: ez lényegében egy fokozatos ingerterhelés, amelynek keretében a gyermek játékos, nem fenyegető módon ismerkedik új ételekkel. Például a terápia elején nem elvárás az evés – először csak megérinti, megszagolja az új ételt, később a szájához érinti, majd esetleg kiköpi, és végül lenyeli. A haladás üteme a gyermek toleranciájához igazodik, a cél a szorongás csökkentése és pozitív élmények társítása az evéshez.

Operáns kondicionálás technikák is alkalmazhatók: pl. a gyermek jutalmat kap (dicséret, matrica, kis ajándék) minden apró előrelépésért, új falat megkóstolásáért. Fontos azonban, hogy a jutalmazás *pozitív megerősítés* legyen, ne pedig nyomás vagy büntetés: az erőltetés kontraproduktív.

A **családterápia** – mely anorexiában az első vonalbeli kezelés –, ARFID-ban is hasznos lehet. Nagyon hasznosak a **szülőcsoportok és pszichoedukációs tréningek** is, ahol a szülők megtanulhatják, hogyan reagáljanak megfelelően a gyermekük evési nehézségeire, és hogyan teremtsenek nyugodt, támogató étkezési környezetet. A szülőcsoportban való részvétel segít csökkenteni a szülők büntudatát és izolációérzését is, hiszen láthatják, hogy más családok is küzdenek hasonló problémával. ARFID-ban különösen fontos az egyénre szabott célkitűzés (16).

Jelenleg nincs specifikus gyógyszer, amelyet az ARFID kezelésére hagytak jóvá. A **farmakoterápia** ezért nem elsődleges kezelés, de bizonyos esetekben kiegészítő szerepe lehet. Amennyiben az ARFID-dal küzdő gyermeknél komoly szorongásos tünetek állnak fenn, a kezelőorvos mérlegelheti *szorongásoldó vagy antidepresszáns* gyógyszer (pl. SSRI) bevezetését, mindig egyénileg elbírálva a kockázat-haszon arányt. Hasonlóképpen, extrém étvágytalanság esetén szóba került már *étvágyfokozó* gyógyszer használata gyermekeknél – ezt néhány klinikai esetleírás említi, főleg „apátiás, érdektelenség” típusú ARFID-ban. Azonban ezen szerek hatékonysága nem egyértelműen bizonyított, rutinszerű alkalmazásukat nem támasztja alá evidencia. Fontos tudni, hogy a gyógyszeres kezelés önmagában nem oldja meg az ARFID-ot, mindig a pszichoszociális intervenciók kiegészítéseként alkalmazandó, és csak indokolt esetben.

Prognózis

Az ARFID hosszú távú kimenetele egyelőre kevésbé ismert, de a tapasztalatok azt mutatják, hogy a korai beavatkozás sokat javít az életminőségen és a testi fejlődésen. Sok gyermeknél elérhető, hogy a kritikus időszakot áthidalva (pl. pubertás előtt) stabilizáljuk a tápláltsági állapotot. Előfordul azonban, hogy az evészavar *felőttkorban is megmarad*: vannak olyan ARFID-os felnőttek, akik független életvitelét nagyban befolyásolják elkerülő-korlátozó táplálkozási szokásaik. A megfelelően alkalmazott terápiák segíthetnek megelőzni ezt, de szükség lehet az ellátórendszerben a **gyermekpszichiátriai és felnőttpszichiátriai ellátás** összekapcsolására, az átmenetet segítő programokra a kamaszkor végén, hogy senki ne vesszen el a gyermekből felnőtt szakellátásba való átgondozás során.

Összegzés

Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (ARFID) a DSM-5 bevezetésével egyértelműbb keretet kapott, és mára a különböző heterogén altípusok közös nosológiai rendszerének szerves részévé vált. A gyermekkori ARFID egy komplex evészavar, amelynek korai diagnózisa és kezelése kritikus a gyermek egészséges fejlődése szempontjából. A gyermekorvosoknak érdemes gondolniuk erre a kórképre a szélsőségesen válogatós, gyengén evő gyermekek értékelésekor, és szükség esetén multidiszciplináris csapat bevonásával kezelni azt. Az utóbbi évek szakirodalma megerősíti, hogy az ARFID nem egyszerű „rossz evési szokás”, hanem valódi pszichiátriai zavar, mely megfelelő terápiával jól kezelhető. A tudatosság növekedésével és a szakmai protokollok finomodásával várhatóan egyre több érintett gyermek kaphat időben segítséget, megelőzve a zavar hosszú távú következményeit.

Summary

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Reframing Heterogeneous Eating Disorder Presentations Within a Unified Nosological Framework

Bea Pászthy MD, MSc, PhD; Semmelweis University, Pediatric Center, Child and Adolescent Psychiatry, Budapest

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) is a relatively new diagnosis in child and adolescent psychiatry. It was introduced in 2013 in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (1), and was retained unchanged in the text-revised and currently valid edition, DSM-5-TR, published in 2022 (2).

The disorder encompasses restrictive eating disturbances occurring in the absence of body-image disturbance. It is characterised by persistent avoidant and/or restrictive eating that affects the amount and/or variety of food intake and may lead to significant weight loss or growth faltering, nutritional deficiencies, the need for oral nutritional supplementation or enteral feeding, and/or marked psychosocial impairment.

ARFID is clinically heterogeneous. The most common presentations include: (1) selective eating associated with sensory sensitivity; (2) persistent low appetite driven by an apparent lack of interest in food or eating; and (3) food avoidance due to fear of aversive consequences of eating (e.g., choking, gagging, vomiting). In child and adolescent care, distinguishing ARFID from anorexia nervosa is of particular importance, as both conditions may be associated with severe malnutrition; however, in ARFID, body-image disturbance and intentional weight-loss behaviours are absent. The key to differential diagnosis lies in clarifying the motivation for restriction, systematically assessing body-image concerns and fear of weight gain, and excluding somatic causes (e.g., gastroenterological, endocrine, and allergic disorders).

This article reviews the nosological development from DSM-IV to DSM-5/DSM-5-TR and summarises the main phenotypes, diagnostic work-up steps, and distinguishing clinical features in practice-oriented tables. Special emphasis is placed on growth-related risks and micronutrient deficiencies, which are often “invisible” in ARFID because body weight may remain within the normal range. The paper also outlines the principles of multidisciplinary care, the role of dietetic rehabilitation and psychoeducation, and evidence-informed targeted psychotherapeutic approaches, including CBT-AR and family-based interventions.

KEYWORDS avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), eating disorders, DSM-5, childhood malnutrition, selective eating, nutritional deficiency, anorexia nervosa, differential diagnosis

Irodalom

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association, 2013.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association, 2022.
3. Norris ML, Katzman DK. Change Is Never Easy, but It Is Possible: Reflections on Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Two Years After Its Introduction in the DSM-5. *J Adolesc Health*. 2015; 57(1):8–9.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association, 1994.
5. Pászthy Bea. A gyermek- és serdülőkori evészavarok. *Orvosképzés* 2010; 85:2.116-118

6. Fisher M.M., Rosen D.S., Ornstein R.M., et al. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a "new disorder" in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 2014; 55(1):49–52.
7. International statistical classification of diseases and related health problems. 11th ed. ICD-11, World Health Organization, 2019.
8. Nicholls-Clow R, Simmonds-Buckley M, Waller G. Avoidant/restrictive food intake disorder: Systematic review and meta-analysis demonstrating the impact of study quality on prevalence rates. *Clin Psychol Rev*. 2024 Dec; 114: 102502.
9. Dinkler L, Bryant-Waugh R. Assessment of avoidant restrictive food intake disorder, pica and rumination disorder: Interview and questionnaire measures. *Current Opinion in Psychiatry*, 2021; 34(6): 532-42.
10. Watts R, Archibald T, Hembry P, et al. The clinical presentation of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents is largely independent of sex, autism spectrum disorder and anxiety traits. *EClinicalMedicine*, 2023; 63, 102190. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2023.102190>
11. Tanner Koomar TRT, Pottschmidt NR, Lutter M, Michaelson J. Estimating the prevalence and genetic risk mechanisms of ARFID in a large autism cohort. *Frontiers in Psychiatry*, 2021; 12. 10.3389/fpsyt.2021.668297
12. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology health-care network. *Int J Eat Disord*. 2015; 48(5):464–70.
13. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord*. 2014; 2(1):21.
14. Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, Rome ES. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Illness and Hospital Course in Patients Hospitalized for Nutritional Insufficiency. *J Adolesc Health*. 2015; 57(6):673–8.
15. Coglan L, Otasowie J: Avoidant/restrictive food intake disorder: what do we know so far? *BJPsych Adv*, 2019; 25(2):90-8.
16. Demetrovics O, Demetrovics Zs: Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar: Egy új evési zavar a diagnosztikus rendszerekben. *Psychiat Hung* 2025; 40 (1):70-83.
17. Wronski ML, Kuja-Halkola R, Hedlund E, Martini MI, Lichtenstein P, Lundström S, Larsson H, Taylor MJ, Micali N, Bulik CM, Dinkler L. Mental and Somatic Conditions in Children With the Broad Avoidant Restrictive Food Intake Disorder Phenotype. *JAMA Pediatr*. 2025 Apr 1; 179(4):428-437. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.6065. PMID: 39960738; PMCID: PMC11833662.

Útravaló tudnivaló

- Az ARFID egyelőre még kevésbé felismert, testképzavar nélküli restriktív evészavar, amely gyermekkorban súlyos tápanyaghiányt, növekedési elmaradást és pszichoszociális nehézségeket okozhat.
- A diagnózist megkönnyíti a három jól elkülöníthető tünettani altípus ismerete, valamint az anorexia nervosától való tudatos elkülönítés.
- A korai felismerés és multidiszciplináris kezelés jelentősen javíthatja a testi tüneteket és pszichés prognózist.

Tesztkérdések

1. Melyik állítás megfelel meg leginkább az ARFID definíciójának?

- a) Az ARFID olyan evészavar, amelyben a táplálékbevitel korlátozása elsősorban testsúlynövekedéstől való félelemből fakad.
- b) Az ARFID kizárólag csecsemő- és kora gyermekkorban fordul elő, és serdülőkorban spontán megszűnik.
- c) Az ARFID diagnózisához elengedhetetlen a kifejezett testképzavar jelenléte.
- d) Az ARFID esetén a táplálékbevitel zavara jelentős testi és/vagy pszichoszociális következményekkel jár, anélkül, hogy alak- vagy testsúlyfókusz állna a háttérben.
- e) Az ARFID a normatív válogatosság súlyosabb, de átmeneti formája, amely nem igényel multidiszciplináris ellátást.

2. Melyik az a klinikai jellemző, mely inkább ARFID-ra, és nem anorexia nervosára utal?

- a) Tudatos kalóriamegkorlátozás és testsúlycsökkentési cél.
- b) „Kövér vagyok” élmény és kifejezett testképzavar.
- c) Szorongás és a táplálkozás elkerülése egy korábbi fulladás- vagy hányásélmény után, alak- és súlyaggodalom nélkül.
- d) Állandó súlyellenőrzés.
- e) Testsúlyhoz kötött önértékelés és intenzív hízástól való félelem.

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekeorvostarsasag.hu.
A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a teszteket jól megoldóknak!



A koragyermekkori táplálási zavarok diagnosztikája és terápiája integratív szemléletben

Szalkay Krisztina dr.

MRE Bethesda Gyermekkorház, Koragyermekkori Pszichoszomatikus Részleg
(Igazgató: Velkey György János dr.)

LEVELEZÉSI CÍM:

Szalkay Krisztina dr.

2031 Érd Pf.121.

E-posta: szalkayk@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS Cikkünk áttekintést nyújt a koragyermekkori táplálási zavarok kialakulásáról, diagnosztikájáról és korszerű ellátásáról. A szerző a modern gyermekgyógyászat transzdiszciplináris megközelítését követve hangsúlyozza, hogy a táplálási problémák megértése és kezelése kizárólag integrált, multidimenzionális szemléletben lehetséges. Bemutatja a biológiai, neurodevelopmentális és pszicho-szociokulturális tényezők komplex kölcsönhatásait, valamint a szülő-gyermek kapcsolat jelentőségét a reguláció, prevenció és intervenció vonatkozásában. Kiemeli a multidiszciplináris team-munka és a korai intervenció alapvető szerepét a gyermekek egészséges fejlődésének támogatásában.

KULCSSZAVAK táplálás, regulációs zavar, transzdiszciplinaritás, prevenció, korai intervenció

A koragyermekkor csodája

A koragyermekkori fejlődés életre szóló jelentősége az elmúlt évtizedekben került a gyermekellátás és a közegészségügy érdeklődésének fókuszába és szemléleti fordulatot hozott: az életben maradáshoz szükséges alapok biztosítása mellett ma már a gyermekek komplex fejlődésére, személyiségük kibontakozásának optimalizálására helyeződik a hangsúly. A koragyermekkori táplálás jelentősége messze túlmutat a tradicionális gyógyászati kereteken: az orvosi tevékenység szerepköre napjainkra kiterjedt a szoptatás, táplálás, altatás és csecsemőgondozás területeire, ahol a szakemberek állásfoglalása gyakran meghatározóbb a családtagok véleményénél, különösen a szülővé váló generáció társadalmi izolációja és megváltozott életmódja okán (1).

Az élet első ezer napja – a fogantatástól a kisgyermek kétéves koráig – kritikus időablak a pszichoneuro-immunológiai fejlődés szempontjából. Ebben az intenzív érési szakaszban a gyors agyi fejlődést a genetikai háttér és a környezeti hatások - beleértve a táplálkozást, szülői válaszkészséget, érzékszervi ingergazdagságot - együttesen alakítják. A gyors fejlődés időszaka sebezhetőséggel is jár: az agy fokozott anyagcsere-igénye, gyulladásra való érzékenysége miatt a szuboptimális környezet vagy inadekvát gondozás epigenetikai változásokat, fejlődési kockázatokat eredményezhet. A ko-

rai környezet és a célzott támogatás nem csak az agy szerkezeti és funkcionális érését segíti, hanem hosszú távon meghatározza a gyermek pszichoszociális alkalmazkodását és egészségi kimenetelét (2, 3).

A „második ezer nap”, vagyis a kisgyermekkor (2–5 év) az adaptív fejlődési utak kialakulásában jelent kiemelten fontos ablakot, melyben a motoros, nyelvi, érzelmi-szociális és kognitív területek fejlődése hangsúlyos. A környezeti tapasztalatok, az érzelmi biztonság, a gondoskodó kapcsolatok együttesen támogatják a reziliencia alakulását, segítik a viselkedés és kognitív képességek optimalizálását és a világ megismerése iránti nyitottságot. Ez a szabályozási dinamika a gyermek saját fejlődési programját, genetikai, pszichomotoros, neurológiai adottságait, a szülő-gyermek kapcsolat minőségét és a családi - kulturális környezet hatásait integrálja (4).

A koragyermekkori táplálás, evés, gyarapodás, mint bio-pszicho-szociokulturális jelenség

A koragyermekkori fejlődés komplexitása különösen jól szemléltethető az evés, táplálkozás és gyarapodás területének megismerésén keresztül, mely egyben a koragyermekkori prevenció és intervenció egyik leghatékonyabb lehetősége, az egyik leg-

fogékonyabb, legkorábban jelző és legösszetettebb rendszer ebben az életkorban.

Az étkezés mindennapos tevékenység, alapvető fiziológiai szükségleteink egyike, a gyermek testi, lelki és szociális fejlődésének egyik legkorábbi, legfontosabb terepe. Az optimális korai táplálás - mennyiség, minőség és viselkedés szempontjából - egyszerre tükrözi és alakítja a szülő-gyermek kapcsolatnak. A kisgyermek fiziológiai érettségétől, kultúrájától, egyéni tapasztalatoktól és igényektől függően nagyok az eltérések a táplálási szokások tekintetében, ám kultúrájától függetlenül minden egészséges anya szeretné gyermekét a lehető legjobban táplálni. Egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy az első ezer nap az egész életre szóló immunológiai egyensúly kialakításában is kulcsszerepet játszik, melyben kiemelt szerepet jut a mikrobiomnak, melyet a várandós anya életmódja, a szülés módja, a szoptatás és a tudatos hozzátáplálás együttesen formál (5).

A táplálás, táplálkozás szerepe a biológiai szükségletek kielégítésén túl az egészséges pszichomotoros fejlődés, kötődés, önszabályozás és társadalmi alkalmazkodás kialakulásában is alapvető. Multidimenzionális rendszert alkot, amelyet genetikai, neurológiai, érzékszervi, szociális, érzelmi és környezeti tényezők kölcsönhatásában alakul, ezért a legkisebb diszfunkció is komplex hatást gyakorolhat a gyermek szomatomentális fejlődési pályájára és egészségére. A táplálkozás mintázatai, az étkezés körüli interakciók minősége, a gyarapodás mértéke és a szomatikus fejlődési ütem már a gyermek fejlődésének korai szakaszában megbízhatóan jelezheti a belső problémák mellett az idegfejlődési eltérések és pszichoszociális zavarok fennállását.

REGULÁCIÓ: a szülővel közösen történő szabályozás

„A csecsemő kapcsolatba születik. Az én az anyával való kapcsolatban fejlődik” (6) „ahol csecsemő van, ott anyai gondoskodás is, anyai gondoskodás nélkül nem lenne csecsemő.” (7).

A reguláció fogalma kulcsfontosságú a koragyermekkorai fejlődés és az esetleges zavarok természetének megértésében. A táplálkozást a köldökszín- és a méhlepényen keresztül történő „passzív” tápanyagellátástól a szoptatáson vagy tápszeres etetésen, majd a szilárd ételek fokozatos bevezetésén át az önálló étkezés kialakulásáig egy hosszú fejlődési folyamatként érdemes szemlélünk. Az első életévek fő tevékenységei (evés, alvás, ürítés, játék) a reciprocitásra és érzelmszabályozásra épülnek, az elsődleges gondozóval közös, úgynevezett interszubjektív térben történnek. Minél fiatalabb egy gyermek, viselkedése és bio-pszichoszociális egyensúlya annál inkább a szülővel és más gondozókkal való kapcsolataiba ágyazott. A mindennapi gondozási szituációkban, az interakciók szintjén, javarészt nem tudatos szinten zajló interaktivitás tétje a gyermek saját állapotszabályozási készségeinek, illetve a kötődési mintázatának alakulása. A reguláció minőségét számos tényező alakítja mind a csecsemő, mind az elsődleges gondozó, mind a környezet oldaláról (1. táblázat). A kisgyermek helyzete viselkedésében tükröződik, az aktiváló és gátló hatások egyensúlya kulcsfontosságú az új helyzetekhez való alkalmazkodáshoz (1. táblázat).

Táplálási problémák koragyermekkorban

Csecsemő- és kisdedkorban szinte minden gyermek étkezése lehet átmenetileg „problémás” (kevesebbet eszik, bizonyos ételeket visszautasít), különösen a hozzátáplálás és az önálló evés időszaka-

1. táblázat: A regulációt befolyásoló faktorkok

Gyermek sajátosságai	Méhen belüli tapasztalatok Veszélyeztetett fiziológiai sajátosságok, temperamentum Pszichomotoros képességek (mozgás, aktivitás, figyelemszabályozás, intellektus, szociális-kommunikációs készségek) Szenzoros ingerfeldolgozás Nyelvi fejlődéssel és a társas világ kitágulásával párhuzamosan az énkép alakulása
Gondozói tényezők	Szenzitivitás: gyermek jelzéseinek észlelése, értelmezése, adekvát, időben történő reagálás Várandósság, szülés, szoptatás tapasztalatai, szülővé válás folyamata Szülők pszichés állapota, feldolgozatlan traumák, múltbéli és aktuális konfliktusok Szülők saját étkezéséhez való viszonya, önbizalma, kompetenciaérzése
Szociokulturális tényezők	A szülők alkalmazkodása a kisgyermekes lét normatív kríziséhez Párkapcsolat minősége Anyagi helyzet Szűkebb és tágabb családi, baráti támogatottság Társadalmi jóllét és attitűd

kában. Annak megítélése, hogy mindez kórosnak tekinthető-e, csak a gyermek aktuális fejlődési szintjéhez és normatív sajátosságaihoz viszonyítva lehetséges. A korai érzelmi- és viselkedészavarok diagnosztikájában régóta vita tárgya, hogy szabad-e pusztán érzelmi vagy viselkedéses tünetek alapján diagnózist adni kisgyermekek esetében (8). Gyakran nehézséget okoz annak eldöntése is, hogy egy probléma a diszharmonikus interperszonális kapcsolatok kifejeződése vagy egyéni pszichopatológia korai jele-e. A mai tudományos gondolkodásban a spektrum- vagy dimenzionális megközelítés dominál, amely a természetes variációkat figyelembe véve, de klinikai határértékeket kijelölve segíti a valóban jelentős tünetek azonosítását (10).

A gyakorlatban leggyakrabban két diagnosztikai keretrendszer kerül előtérbe: a DC:0-5™ (11) és a „Pediatric Feeding Disorder” (PFD) szakmai konszenzus alapján meghatározott definíciója (12). Mindkét rendszer multidimenzionális szemléletű, az evési zavarokat biológiai, pszichés és szociokulturális tényezők komplex együtteseként értelmezi.

A DC:0-5™ kifejezetten a koragyermekkorai lelki és viselkedészavarokra fókuszál. Táplálási zavart akkor állapít meg, ha a szülők vagy szakemberek a gyermek etetési viselkedését legalább négy héten át problémásnak ítélik. A tünetek a gyermek viselkedésében jelennek meg, ugyanakkor szorosan összefüggnek a gondozási helyzetekkel és a gondozó-gyermek interakciókkal. Ezek a zavarok fennállhatnak gyarapodási elmaradás vagy egyéb fizikai eltérés nélkül is, ugyanakkor a klinikai jelentőségük nem csökken, komoly figyelmet és alapos értékelést igényelnek. A PFD definíciója feloldja az organikus–nem organikus dichotómiát, célja a közös szakmai nyelv megteremtése a terápiás gyakorlat, a kutatás és az egészségpolitika számára. A PFD-t olyan életkornak nem megfelelő, legalább két hete fennálló szájüregi tápanyagfelvételi zavarként határozza meg, melyhez orvosi, táplálkozási, evési készségbeli vagy pszichoszociális diszfunkció társul. A gyermekorvosi gyakorlatban e rendszerek részletes kritikai összevetése helyett célszerű az egyes elemek gyakorlati, integratív alkalmazása, hogy a táplálási panasszal érkező családok ellátása átlátható és hatékony legyen.

Statisztikai adatok szerint a 4 év alatti tipikusan fejlődő gyermekek 25–45%-át érint valamilyen evéssel kapcsolatos zavar (13), míg a nem tipikusan fejlődő gyermekek körében ez az arány akár 80% is lehet (14). Hazánkban a 2–3 éves gyermekek 6,5%-a, a 4–10 évesek 23%-a túlsúlyos vagy elhízott (15). Bár a korai táplálkozási nehézségek általában átmenetiek, az esetek körülbelül 3–10%-ában tartóssá válhatnak és 1-2 % esetében súlyos

szomatikus fejlődési elmaradással is járnak (16). Különösen aggasztó, hogy a súlyos, elégtelen súlygyarapodással kísért táplálkozási problémák fennmaradnak a csecsemők 70%-ánál még 4–6 évvel később is. Az evészavarral küzdő szülők gyermekeinél, koraszülött, kis születési súlyú, fejlődési vagy értelmi akadállyal élő, krónikus betegséggel küzdő és alacsony szociális státuszú gyermekeknél különösen nagy a táplálási problémák kialakulásának kockázata (17).

Tünetek

Változatos formában jelentkeznek, az 2. táblázat tartalmazza életkori bontásban a leggyakoribb megjelenési formákat.

2. táblázat: A koragyermekkorai táplálási zavar tünetei

Életszakasz	Jellemző táplálkozási problémák
0–6 hónap	Kólikás panaszok, hányás-bukás, lassú táplálkozás, elégtelen gyarapodás, evés megtagadása (szopási sztrájk), „túl keveset” vagy „túl sokat” evés, nehezített szopás
6–12 hónap	Hozzátáplálás elutasítása, szelektív étkezés, szoptatás preferálása, lassú vagy túl gyors gyarapodás, új textúrák elfogadásának nehézségei, étkezési rutin elutasítása, infantilis anorexia.
12 hónaptól	Korlátozott ételpreferencia, repertoár szűkülése, önálló étkezés elmaradása vagy késése, kifogásolható étkezési viselkedés, bizarr étkezési szokások, viselkedéses problémák (pl. harapás, játék az étellel, figyelmelterelés étkezés közben), gyarapodási problémák.

Multietiológiai háttér

A koragyermekkorai étkezési nehézségek háttérében rendszerint nem egyetlen ok áll, hanem komplex, egymást kölcsönösen befolyásoló tényezők összessége alakítja a klinikai képet. A gyakorlatban célszerű a problémát négy fő dimenzió mentén vizsgálni: organikus, szociokulturális, pszichológiai és neurodevelopmentális tényezők szempontjából. Egy adott esetben több dimenzió is érintett lehet, amelyek kölcsönösen erősítik egymást.

1. Organikus háttértényezők: veleszületett vagy szerzett állapotok, neurológiai, szív-tüdő vagy emésztőrendszeri betegségek, strukturális/anatómiai rendellenességek, genetikai zavarok, koraszülöttség, amelyek közvetlenül akadályozzák az étkezést vagy rontják a tüneteket.

2. Szocio-kulturális tényezők: anyagi lehetőségek, családi változások (költözés, válás), aktuális stressz vagy életesemények, társadalmi krízisek, amelyek befolyásolják az etetés körülményeit és a család érzelmi stabilitását.
3. Pszichológiai faktorok: a reguláció, azaz érzelmi-és állapot szabályozás harmóniája sérül. Feltárhatók a szülői belső reprezentációk, a szülők saját táplálkozáshoz való viszonya, válaszkészsége, valamint a szülő-gyermek temperamentumának illeszkedése, az akut vagy fejlődési traumák, valamint az étkezés körüli negatív tapasztalatok. Fontos szem előtt tartani, hogy egy édesanya számára különösen megterhelő, ha csecsemőjét nem tudja megfelelően táplálni, amely valójában az „életben tartás kérdése?” (18). Megkérdőjeleződik a szülői kompetencia-érzés, meginog az önbizalom, eluralkodhat a harag, a kételkedés és szomorúság érzése. A szülő a csecsemő etetési problémáit ellene irányuló harcként, saját elutasításaként élheti meg, megjelenhet a negatív tulajdonságokkal való címkézése (makacs, önféjű). A zavarok tartós fennállása jelentősen veszélyeztetheti az elsődleges gondozó és gyermeke közötti érzelmi kötődés biztonságát (19).
4. Neurodevelopmentális érintettség: az evés képessége szorosan kapcsolódik a fejlődési mérföldkövekhez. Az érzékszervi és motoros éretlenség, autizmus spektrum zavar, hiperaktív fi-

gyelemzavar (ADHD), szenzoros feldolgozási zavar, izomtónus zavarok, mozgásfejlődési eltérések? korai manifesztációja gyakran étkezési nehézségben nyilvánul meg, ezért alapos értékelésük elengedhetetlen a teljes kép megértéséhez és a megfelelő intervencióhoz. A tünetek neurobiológiai hátterében kiemelt a szenzoros feldolgozás zavara (mely érintheti a tapintás, íz, szag, hallás, vizuális, mozgási érzékelés modalitásait). A szenzoros mintázatok (az ingerek keresése, elkerülése, érzékenység, regisztráció) alakítják az étel elfogadását, az étkezésre való motivációt, extrém esetben az elfogyasztható élelmiszerek rendkívül szűk köréhez vezetnek, mely különösen az autizmusban érintett gyermekek esetében hangsúlyos. A 3. táblázat a táplálkozási magatartásban észlelhető normatív és az autisztikus fejlődésmentre figyelmeztető jeleket foglalja össze (21).

Következmények

Az evés- és etetési zavarok következményei a gyermek életének valamennyi fő területén megjelenhetnek. A kezeletlen táplálási zavarok egyaránt hatnak a fizikai egészségre, növekedésre, az általános fejlődésre, a pszichoszociális működésre és a családi dinamikára. Tartós fennállásuk fizikai szinten hiányállapotokhoz, malnutritióhoz vagy akár elhízáshoz vezethet, emellett negatívan befo-

3. táblázat: Normál fejlődési mérföldkövek és az autisztikus fejlődésmentre figyelmeztető jelek

Életkor	Éhség jelei	Jóllakottság jelei	Figyelmeztető jelek
≤3 hónap	Száj nyitása, keresés; könnyű szopás; nyelv mozgás; sírás	Mellbimbó vagy cumi elengedése	Szopási nehézségek; szemkontaktus hiánya; gyenge szopási reflex
3–6 hónap	Nyelvcsettogás; morgás vagy sírás; kéz a szájhoz	(Külön nem jelölve, hasonló a kisebb csecsemőkhöz)	Szájnyitás hiánya; az etetési rutin vagy tápszer változására adott ellenállás; kéz szájhoz emelése nem észlelhető
–9 hónap	Érdeklődés az étel iránt; előrehalaj; kéz fogása az ételért; új ételek kipróbálása	Fej és test elfordítása; érdeklődés elvesztése; kéz eltolása; száj becsukása; negatív kifejezések	Szilárd ételek bevezetésének nehézsége; új ételek elutasítása; vízivás nehézsége; evőeszköz használatának nehézségei; étel szájba juttatásának nehézsége
9-12 hónap	Étel mutatása; kanál/villa használat kialakulóban, határozottan reagál az új illatokra, ízekre az ételre mutat	Evés lassulása; étel eltolása vagy száj becsukása	Evőeszköz megváltozása miatti ingerlékenység; finommotoros nehézségek; étkezési repertoár szűkülése
1-2 év	Egyre önállóbban eszik, megtartja a poharat és iszik abból, teljes állkapocs mozgással rág, használ evőeszközt, néha elejti Szavak és gesztusok az étel iránti vágy kifejezésére; gondozót ételhez vezet	Fejrázás, nemet mondás; asztal elhagyása; játék vagy étel eldobása	Nem megfelelő étkezési viselkedés; rituálék; rágási/nyelési nehézségek; kevés étel fogyasztása; érdeklődés hiánya, tárgyak gyakori szájba vétele
3 év	Érti az étkezéssel kapcsolatos társas eseményeket	(Nem külön jelölve, társas megértéshez kapcsolódik)	Ételkerülő stratégiák; rituálék; nehézségek szokatlan környezetben; gyakori evés éhség nélkül, diszruptív viselkedési problémák

lyásolják a kognitív és pszichomotoros fejlődést (12). A mindennapi etetési helyzetek körüli feszültség megingathatja a szülő–gyermek kapcsolatot, fokozhatja a szorongást, rontja az önértékelést és hozzájárulhat a kötődési bizonytalansághoz, míg a rugalmatlan vagy atipikus evési szokások a társas beilleszkedést is megnehezíthetik.

Longitudinális kutatások igazolják, hogy a korai táplálási zavarok növelik a későbbi evészavarok, például falásrohamos evészavar, anorexia nervosa kialakulásának kockázatát. (22). A csecsemőkori etetési, alvási és sírási problémák jelentősen hozzájárulnak a gyermek- és serdülőkorban megjelenő viselkedészavarok, köztük az ADHD, valamint az internalizáló és externalizáló tünetek kialakulásához (23), valamint növelik a felnőttkori hangulatzavarok és a csökkent szociális támogatottság kockázatát (24).

A koragyermekkorai táplálásfókuszú diagnosztika és intervenció

A korai fejlődési zavarok diagnosztikája és kezelése kizárólag transzdiszciplináris megközelítéssel valósítható meg hatékonyan, melyben a gyermekorvos, gyermekpszichiáter, pszichológus, gyógy-pedagógus, dietetikus, logopédus és további szakemberek integráltan dolgoznak együtt. A kivizsgálás alapja a részletes anamnézis, amely az orvosi szempontokon túl kiterjed a várandósságra, szüle-

tésre, korai fejlődésre, táplálkozási szokásokra, szülői mentális állapotra és a családi rendszer szerkezetére. Fontos a testméretek, fejlődési állapotok standardizált nyomon követése, továbbá az esetleges szomatikus eltérések szakorvosi vizsgálata. Az egyes szakterületek vizsgálati eredményeinek birtokában a szakemberek közösen határozzák meg a terápiás célokat és személyre szabott beavatkozási stratégiákat valósítanak meg. A terápiás siker záloga a valamennyi érintett dimenzióban nyújtott, összehangolt támogatás.

A korai beavatkozás célja a gyermek belszervi állapotának orvosi követése, a neuropszichés fejlődés gyógy-pedagógiai megsegítése, az evési szokások harmonizálása, illetve a szülői kompetenciák és a családi interakciók erősítése. Fontos a pszicho-educáció és a kapcsolati terápiák alkalmazása, amelyek a szülő–gyermek kapcsolat harmonizálására fókuszálnak. Magyarországon az integrált szülő–csecsemő–kisgyermek módszere ajánlható, emellett családterápiás intervenció, illetve a szülők egyéni pszichoterápia is indokolt lehet. A szoros kommunikáció és együttműködés a családdal kritikus jelentőségű a tartós eredmény elérése érdekében.

A hazai gyakorlatban a koragyermekkorai táplálási zavarok komplex multidiszciplináris ellátása elérhető a Bethesda Gyermekkorházban, a Heim Pál Gyermekkorházban és a Szent János kórházban (25).

Summary

Integrative Approach to the Diagnosing and Treating Early Childhood Feeding Disorders?

Krisztina Szalkay; Bethesda Children's Hospital, Budapest

Our article provides a comprehensive overview of the development, diagnosis and contemporary management of feeding disorders in early childhood. Adopting a modern paediatric approach, the author emphasises that an integrated, multidimensional perspective is essential for understanding and treating feeding difficulties. The article illustrates the complex interactions between biological, psychosocial, neurodevelopmental and sociocultural factors, and highlights the importance of the caregiver–child relationship in regulation and prevention. It highlights the crucial role of multidisciplinary teamwork and early intervention for supporting the healthy development of children.

KEYWORDS feeding disorders, regulation, transdisciplinarity, prevention, early intervention

Irodalom

1. Fewtrell M, Bandsma RHJ, Baur L, et al. Role of Pediatricians in Promoting and Supporting Breast-feeding: A Position Paper of the International Pediatric Association Strategic Advisory Group on Infant, Child, and Adolescent Nutrition. *Ann Nutr Metab.* 2023; 79(6): 469-75.
2. Sokolowski MB, Boyce WT. Epigenetic embedding of early adversity and developmental risk. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, editors. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Published Nov 2017 [cited 2025 Nov 17]. Available from: <https://www.child-encyclopedia.com/epigenetics/according-experts/epigenetic-embedding-early-adversity-and-developmental-risk>
3. Cusick SE, Georgieff MK. The role of nutrition in brain development: The golden opportunity of the "First 1000 Days". *J Pediatr.* 2016 Aug; 175:16-21.
4. Draper CE, et al. The next 1000 days: building on early investments for the health and development of young children. *Lancet.* 2024 Nov 23;404(10467):2094-2116.
5. Notarbartolo V, Carta M, Accomando S, Giuffrè M. The First 1000 Days of Life: How Changes in the Microbiota Can Influence Food Allergy Onset in Children. *Nutrients.* 2023 Sep 16; 15(18): 4014.

6. Ferenczi S. Nyelvezavar a gyermek és a felnőtt között. In: Ferenczi S. Klinikai napló és válogatott tanulmányok. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1913. 333-343.
7. Winnicott DW. The theory of the parent-infant relationship. *Int J Psychoanal.* 1960; 41:585-95.
8. von Klitzing K, Döhnert M, Kroll M, Grube M. Mental disorders in early childhood. *Dtsch Arztebl Int.* 2015 May 25;112(21-22):375-86.
9. Hédervári-Heller É. A szülő-csecsemő konzultáció és terápia: A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban. Budapest: Animula Kiadó; 2020.
10. Danis I, Kalmár M. A fejlődési pszichopatológia alapjai: kockázati és védőtényezők, sérülékenység és reziliencia a kora gyermekkorban. In: Tóth I, Danis I, szerk. Válogatott fejlődépszichológiai tanulmányok. Budapest: ELTE PPK; 2020. 76-125.
11. Zeanah CH, Carter AS, Cohen J, Egger H, Gleason MM, Keren M, Lieberman A, Mulrooney K, Oser C. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood DC:0-5: Selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant Ment Health J.* 2016 Sep;37(5):471-475.
12. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dorrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019 Jan;68(1):124-129.
13. Sdravou K, Emmanouilidou-Fotoulaki E, Printza A, et al. Feeding problems in typically developing young children, a population-based study. *Children (Basel).* 2021 May 13;8(5):388.
14. Mayes SD, Zickgraf H. Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders.* 2019 Aug;64:76-83.
15. Sárga D, Bíró L, Kiss-Tóth B, Veresné Bálint M. 4–10 éves magyar gyermekek tápanyagbeviteli és tápláltsági állapotának felmérése. *Orv Hetil.* 2023;164(14):533-540.
16. Sharp WG, Volkert VM. Feeding problems in children: diagnosis and treatment. *Ann Clin Psychiatry.* 2005;17(4):229-236.
17. Daley SF, Riaz Y, Sergi C. Pediatric Feeding Disorders: Recognition, Diagnosis, and Management. [Updated 2025 Jun 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564306/>
18. Stern DN. Az anyaság állapota. Budapest: Animula; 1998.
19. Danis I, Németh T, Prónay B, Góczán-Szabó I, Hédervári-Heller É, szerk. A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények. Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2020. https://semmelweis.hu/mental/files/2020/12/Kora-gyermekkori-lelki-egeszseg_I-kotet.pdf
20. Schlensog-Schuster F, Klein AM, Biringen Z, von Klitzing K, Bergmann R. Maternal sensitivity and intrusiveness in early childhood as predictors of children's weight at school age. *Pediatr Obes.* 2022; 17(1):e12842.
21. Castro K, Faccioli LS, Perry IS, Riesgo RdS. Feeding-Related Early Signs of Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review. *J Pers Med.* 2024;14(8):823.
22. Herle M, Stavola B, Hübel C, Abdulkadir M, Ferreira DS, Loos RJF, et al. A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *Br J Psychiatry.* 2020; 216(2):113-9.
23. Galling B, Brauer H, Struck P, et al. The impact of crying, sleeping, and eating problems in infants on childhood behavioral outcomes: A meta-analysis. *Front Child Adolesc Psychiatry.* 2023; 11:1099406.
24. Jaekel J, Franzel T, Hoehn T, Felderhoff-Mueser U, Huening BM. Mental health sequelae of neonatal critical illness: A multicenter cohort study. *BMC Psychiatry.* 2023; 23(1): 394.
25. Tory V., Szalkay K, Csohány Á, & Scheuring N. Early Childhood Feeding Disorders in Pediatric Clinical Practice at St. John's and Bethesda Children Hospitals (Part 2). *Hungarian Pediatrics,* 2024; 2(4):16–25.

Útravaló tudnivaló

- A korai pszichoszomatikus szabályozási zavarok – köztük az etetési és gyarapodási problémák – komplex biológiai, pszichológiai és szociális rendszerek egyensúlyzavarai.
- A modern gyermekgyógyászatban a transzdiszciplinaritás, a szülő-gyermek kapcsolatra építő, holisztikus szemlélet, valamint a prevenció és korai intervenció képezi az ellátás alapját.
- Empatikus, evidencián alapuló, csapatmunkára építő megközelítés adja meg a legjobb esélyt az egészséges fejlődés helyreállítására és a későbbi pszichés megbetegedések megelőzésére.

Tesztkérdések

1. Mely háttértényező a leggyakoribb a koragyermekkori táplálási zavarok hátterében?

- a) Gasztroenterológiai problémák
- b) Szülő-gyermek kapcsolati nehézségek
- c) Autisztikus fejlődésmenet, szenzoros érzékenység
- d) Multifaktoriális eredet, amely magában foglalja a belgyógyászati, pszichoszociális és neurodevelopmentális tényezőket is

2. Mennyi ideig kell fennállnia az etetési problémának a DC:0-5TM szerint, hogy a zavar diagnosztizálható legyen?

- a) Legalább 1 hét
- b) Legalább 2 hét
- c) Legalább 4 hét
- d) Legalább 6 hét

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekeorvostarsasag.hu. A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!



A gyermekorvos szerepe az autizmus spektrum zavar korai felismerésében

Pongrácz Kornélia dr., T. Zsindely Katalin

MRE Bethesda Gyermekkórház, Bethesda Kora Gyermekkori Intervenció és Diagnosztikai Szakszolgálat, (KIDSz) (Igazgató: Velkey György János dr.)

LEVELEZÉSI CÍM:

T. Zsindely Katalin

Pécs, József Attila utca 7.

E-posta: zsindely.katalin@bethesda.hu

ÖSSZEFOGLALÁS A tanulmány áttekinti az autizmus spektrum zavar kisgyermekkori felismerésének legfontosabb elemeit, különös tekintettel a gyermekorvos szerepére. Bemutatja a korai figyelmeztető jeleket, a státuszvizsgálatokba könnyen beépíthető célzott megfigyeléseket, valamint az alapellátásban használható szűrőeszközöket (M-CHAT-R/F, Q-CHAT). Kiemeli, hogyan segítheti a gyermekorvos a családot a gyanú megfogalmazásától a célzott, rendszerszemléletű, interdiszciplináris kivizsgálás elindításáig. Célunk az, hogy olyan gyakorlati útmutatást nyújtsunk, amely támogatja a korai felismerést és a megfelelő ellátási út megtalálását.

KULCSSZAVAK autizmus spektrum zavar, gyanújelek, szűrőeljárások, rendszerszemlélet, interdiszciplináris diagnosztika

Bevezetés

Az autizmus spektrum zavar (röviden ASD) olyan neurodevelopmentális állapot, amely a fejlődés korai időszakától kezdve eltéréseket eredményez a kommunikáció, a szociális interakció, valamint a viselkedésszervezés területén (1). Az autizmus gyanújelei bár már kisgyermekkorban, akár másfél-kétéves kor körül, is észlelhetők, gyakran hosszabb idő telik el az első szülői jelzések és a diagnózis megszületése között (2).

A DSM-5 és a BNO-11 (3) diagnosztikus kategóriarendszerek az autizmus spektrum zavart két fő dimenzió mentén határozzák meg:

1. A társas kommunikáció és a szociális interakciók tartós és többféle helyzetben megjelenő minőségi eltérései, amelyek érinthetik a kölcsönösséget, a verbális és nonverbális kommunikáció (például a tekintet, gesztusok, mimika) használatát, illetve a társas kapcsolatok kialakításának és fenntartásának módját.
2. Korlátozott és ismétlődő viselkedéses mintázatok, érdeklődési területek vagy tevékenységek, amelyek megnyilvánulhatnak repetitív mozgásokban, sztereotip viselkedésekben, a megszokott rutinokhoz való erős ragaszkodásban, rugalmatlanságban, szenzoros feldolgozási nehézségekben és beszűkült, intenzív érdeklődésben (1-3).

A korai felismerés kiemelt jelentőségű, mivel korai életkorban indított fejlődést követő, családközpontú intervenciók hatékonyságát számos kutatás támasztja alá: ezek kedvezőbb adaptív működéssel járhatnak együtt és pozitív hatással bírhatnak a család pszichés jóllétére (2).

A gyakorlatban a szülők első aggodalmaiknak többnyire a házi gyermekorvosnál és a védőnőnél adnak hangot, ezért a gyermekgyógyásznak kiemelt szerepe van az autizmusra jellemző gyanújelek felismerésében és a további célzott vizsgálatok elindításában.

A gyermekgyógyász a rendszeres találkozások révén hosszú távú rálátással rendelkezik a gyermek fejlődésére, észleli a mindennapi vizsgálati helyzetekben mutatott viselkedést, és ő hallja elsőként a szülők jelzéseit a kommunikációval, társas működéssel vagy viselkedésbeli sajátosságokkal kapcsolatban. Emiatt kulcsfontosságú, hogy tisztában legyen az autizmus kora gyermekkorban tapasztalható gyanújeleivel, a gyermekorvosi gyakorlatban is alkalmazható szűrőeszközökkel, a hazai szakmai protokollokkal, és azzal, hogyan támogathatja a családot a megfelelő diagnosztikai és ellátási út megtalálásában (2).

Esetvignetta

A 19 hónapos Marci státuszvizsgálat során nem reagál a nevére, kerüli a szemkontaktust, és egész idő alatt ugyanazzal a tárggyal foglalatkoskodik. A szülők szerint „csendes, elvan magában”. A gyermekorvos feljegyzi a közös figyelem hiányát, és első lépésként hallás- és látásvizsgálatot kér a lehetséges organikus okok kizárására. Emellett a rendelőben felvesz a családdal egy életkorhoz illeszkedő szűrőkérdőívet (pl. Q-CHAT-10), majd az eredmények alapján a gyermeket további, célzott, diagnosztikai kivizsgálásra irányítja.

Az autizmus spektrum zavar előfordulási gyakorisága

Az autizmus spektrum zavar előfordulása az elmúlt két évtizedben világszerte emelkedő tendenciát mutat. A WHO epidemiológiai összegzése szerint az autizmus globális prevalenciája egy százalék körül mozog (4). Az Egyesült Államokban egy 2020-ban végzett reprezentatív felmérés szerint a 8 éves gyermekekre vonatkozó adatok alapján az autizmus előfordulási gyakorisága mintegy 1:36, azaz 2,8 százalék (5). Európában a prevalenciára vonatkozó becslések jelentős heterogenitást mutatnak, elsősorban a módszertani különbségeknek köszönhetően. Egy 2022-ben megjelent nagymintás metaanalízis alapján (6) az európai populációkban az autizmus becsült előfordulása nagyjából az egy százalékos globális átlaggal esik egybe, ugyanakkor az egyes országok adatgyűjtési és diagnosztikai gyakorlata miatt a vizsgálatok eredményei széles tartományban mozognak. A szerzők hangsúlyozzák, hogy Európában nincs egységes, standardizált monitorozás, ami a becslések széles szórásához vezet.

Magyarországon tudomásunk szerint jelenleg nem áll rendelkezésre teljeskörű, országos prevalencia-becslés, azonban a hazai klinikai tapasztalatok és az egészségügyi szakmai irányelv alapján feltételezhető, hogy a magyarországi adatok a nemzetközi gyakorisághoz hasonló tendenciát mutathatnak, bár az ellátórendszerben megmutatkozó területi eltérések miatt aluldiagnosztizáltság valószínűsíthető (2). A diagnosztikához való hozzáférés régióként jelentős eltérést mutat: a nagyobb városokban több diagnosztikai kapacitás áll rendelkezésre, míg vidéki térségekben jellemzőbbek a hosszabb várólisták és a kevesebb szakember (például a gyermekpszichiáterek alacsony száma miatt). Fontos hangsúlyozni, hogy a növekvő előfordulási arányok mögött nem kizárólag „valódi” incidenciánövekedés áll, hanem több, egymással össze-

függő tényező együttes hatása is szerepet játszhat, mint például:

- a diagnosztikai kritériumok változása és bővülése (DSM-5, BNO-11 változások),
- a szakemberek és szülők növekvő tájékozottsága,
- a korai szűrőeljárások elterjedése,
- a szolgáltatásokhoz való jobb hozzáférés bizonyos régiókban,
- valamint az a tény, hogy enyhébb viselkedési tünetek is nagyobb eséllyel kerülhetnek felismerésre és azonosításra (4–6).

Több epidemiológiai elemzés felhívja a figyelmet arra, hogy a lányok tünetei gyakran finomabbak, jobban kompenzáltak, illetve több szociális utánzással fedik el nehézségeiket, azaz maszkolnak, ami a diagnózis késéséhez vagy elmaradásához vezethet (6). Ez tovább erősíti azt a gyakorlati tapasztalatot, hogy a gyermekorvosi praxisokban a ténylegesen érintett gyermekek száma magasabb lehet, mint amit a statisztikai adatok jeleznek.

Gyakorlati ajánlás gyermekorvosoknak:

A gyermekorvosi praxisban több autizmusban érintett, de diagnózis nélküli gyermek megfordulhat. A szülői jelzések iránti nyitottság és a korai tünetek célzott észlelése alapvető fontosságú a korai felismeréshez.

Az autizmus spektrum zavar tünetei kisgyermekkorban (0–6 év)

Az autizmus felismerése kisgyermekkorban a gyermekorvosok számára több okból is összetett feladat. A diagnózis jelenleg kizárólag viselkedéses megfigyelésen alapul, biomarker vagy objektív laborparaméter egyelőre nem áll rendelkezésre (4, 7). A viselkedéses kép azonban jelentős egyéni variabilitást mutat: függhet például az életkortól, az autizmus súlyosságától, a kognitív és nyelvi készségektől, a gyermek temperamentumától, a családi és környezeti tényezőktől, valamint a gyakori komorbid állapotoktól (2, 7-9).

A diagnosztikát nehezíti, hogy a tünetek gyakran fokozatosan bontakoznak ki, nem egyszerre és nem drámai módon jelennek meg. A szülők gyakran apró furcsaságokként írják le a korai eltéréseket: a gyermek „mintha nem venne rólok tudomást”, „nem reagálna a nevére”, „nem úgy játszik, mint a testvérei vagy a kortársai”. Ezek a korai, szubjektív észlelések különösen értékesek, ám gyakran nem sorolhatóak be könnyen a megszokott diagnosztikai kritériumok közé, eltúlzott aggodalmaknak tűnhetnek.

Fontos hangsúlyozni, hogy nincs egyetlen olyan tünet, amely önmagában megerősítené az autizmus diagnózisát, ahogyan nincs olyan viselkedési jegy sem, amely önmagában kizárhatná azt. Az autizmusra jellemző eltérések igen széles spektrumon mozognak, és minden olyan tünet – például visszhangszerű ismételtetések („mi ez? mi ez?”), repetitív játéktevékenység (autók sorba rendezgetése), szenzoros feldolgozási sajátosságok (szájjal tárgyak explorálása) –, amely megfigyelhető autizmus esetén, a tipikus fejlődés valamely szakaszában is megjelenhet, valamint más mentális zavarok, állapotok részjelenségeként szintén tapasztalható (2, 7, 9).

Az autizmusra jellemző eltéréseket célszerű nem hiányként, hanem inkább minőségi eltérésként értelmezni. Előfordulhat például, hogy a gyermek képes szerepjátékra, de az rugalmatlan, mindig ugyanarra a forgatókönyvre épül, vagy nem vonja be kortársait. A funkcionális játék (például tárgyak rendeltetésszerű használata) jelen lehet, miközben a mintha-játék (például játékbaba gondozása) szegényes vagy sztereotip mintázatot mutat. Hasonlóképpen előfordulhat, hogy bár tud beszélni a gyermek, mégsem kommunikál a környezetével, vagy tekintetét a felnőtt felé irányítja, de nem a társas szabályozás részeként (2, 7).

A gyermekgyógyász számára ezért különösen hasznos, ha a rutin státuszvizsgálatokba – főként a 12–30 hónapos kor közötti időszakban – tudatosan beépít néhány egyszerű, célzott megfigyelést.

Fókuszok lehetnek például a következők:

- reagál-e következetesen a gyermek a nevére (hallásvesztesség kizárásával),
- használ-e mutatót és tekintetváltást a közös figyelem kialakítására,
- spontán keresi-e a felnőtt tekintetét öröm vagy élmény megosztása céljából,
- megfigyelhető-e sztereotip mozgások (lábujj-hegyezés, repkedő kézmozdulatok),
- jelen van-e beszűkült, repetitív érdeklődés (2, 9).

Ezek nagy része néhány perc alatt is vizsgálható, és már rövid megfigyelés is elegendő lehet ahhoz, hogy a „valami nincs rendben” érzése megerősödjön vagy éppen megnyugtatóan csökkenjen.

A *beszélt nyelv területén a késés, a regresszió vagy a gesztusok* (például a közelre vagy távolra mutató) korlátozottabb használata különösen korai jelzés. A *névre adott válasz hiánya* – amennyiben hallászavar kizárható – a szakirodalmi források szerint az egyik legérzékenyebb marker (9). A társas helyzetekben gyakran figyelhető meg *csökkent válaszkészség, ritka kezdeményezés és kevesebb élménymegosztás* (2, 7).

A nonverbális kommunikáció eltérései – a *szemkontaktus atipikus használata, a szegényes mimika* – sokszor már másfél éves kor körül jól megfigyel-

hetők (2, 7). A szenzoros feldolgozási sajátosságok, úgy mint *túl- vagy alulérzékenység, fokozott szenzoros érdeklődés* magtünetnek számítanak (1, 2, 3). A játék minősége a fejlődés egyik legérzékenyebb indikátora: a *mintha-játék szegényesége, a tárgyak repetitív és/vagy nem funkció szerinti használata, a nem változatos szerepjáték* mind fontos korai jelzés (2, 7).

A gyermekorvosnak fontos tudnia, hogy vannak gyakori, klinikailag releváns, de nem magtünetekhez sorolható nehézségek is, amelyek korai életkorban megfigyelhetők az autista gyermekeknél. Az *étkezéssel kapcsolatos problémák* – például a szelektív evés, az állag-, íz-, illatérzékenység, az új ételek elutasítása – a vizsgálatok szerint az autista gyermekek 60–70%-át érinthetik (9–11).

Alvással kapcsolatos nehézségek, mint például elalvási és átalvási nehézségek, rövid alvásidő, valamint alvásfüggő légzésviavarok és nyugtalan láb szindróma is gyakran előfordulhatnak autizmus esetén (9, 12).

A *mozgásfejlődésben megjelenő eltérések* – bár szintén nem tartoznak az autizmus diagnosztikai kritériumai közé – mégis sok gyermeknél megfigyelhetők, és már korai életkorban jelzőértékkel bírhatnak. Egyes kutatások szerint az autista kisgyermeknél gyakran tapasztalható a finom- és nagymozgások lassabb fejlődési üteme, valamint a mozgáskoordináció eltérései (pl. apró tárgyak manipulálásának nehézsége, bizonytalan rajzolás, illetve ügyetlenebb futás vagy labdakezelés) (13). Prospektív vizsgálatok arra is rámutatnak, hogy ezek a motoros sajátosságok már csecsemő- és kisgyermekkorban megjelenhetnek, és más társas-kommunikációs vagy repetitív viselkedésbeli jelekkel együtt erősíthetik az autizmus gyanúját (9). Az alvási, evési és motoros eltérések önmagukban nem autizmus-specifikusak, de más társas-kommunikációs vagy repetitív viselkedésbeli tünetekkel együtt fontos jelzést adhatnak, különösen akkor, ha a fejlődés longitudinális követése során is fennmaradnak.

Elkülönítő diagnózis

Vannak olyan zavarok, amelyek autizmushoz hasonló viselkedéses képet mutathatnak, de a fejlődési ív, a környezeti tényezők és az összkép alapján elkülöníthetők, mint például:

- **kötődési zavarok:** korai hospitalizáció vagy érzelmi elhanyagolás következtében előfordulhat szociális visszahúzódás, tekintetkerülés vagy alacsony válaszkészség. Ugyanakkor a gyermek kapcsolódási módja – például, keres-e vigaszt, képes-e megnyugodni az elsődleges gondozó jelenlétében – eltér az autizmusban látott mintázattól. A tünetek gyakran

javulnak biztonságos, stabil környezetben, ami szintén elkülöníti őket az autizmusra jellemző tartós és minőségi társas-kommunikációs eltérésektől.

- **korai trauma vagy tartós stressz:** traumát követően átmeneti vagy tartós szorongás, társas visszahúzódás és beszűkült viselkedés jelenhet meg. Ezek hasonlíthatnak az autizmus bizonyos tüneteire, azonban a viselkedési tünetek hullámzóak, helyzetből és érzelmi állapottól függően változhatnak. A gondo- és a gyermek kapcsolatának minősége különösen fontos elkülönítő jel: traumát átélt gyermekek jellemzően erősen reagálnak a biztonságot nyújtó felnőtt jelenlétére, míg autizmusban ez a fajta érzelmi szabályozási minta gyakran eltérő vagy kevésbé jellemző.
- **szelektív mutizmus:** a beszéd hiánya helyzetfüggő: a gyermek otthoni vagy biztonságos környezetben kommunikál, idegen helyzetben azonban nem szólal meg. A gesztusok, a mimika, a játék és a társas érdeklődés általában megtartott, ami egyértelműen segíti a differenciálást.
- **nyelvi fejlődési zavar:** megjelenhet nyelvi késés, motoros vagy akár receptív nehézségek, de a társas kommunikáció kölcsönössége, a gesztushasználat és a mintha-játék minősége általában megtartott, és nem tapasztalható az

autizmusra jellemző egyenetlen kommunikációs és viselkedésszervezési profil.

- **értelmi fejlődés zavara:** az eltérések több fejlődési területen egyenletesen és mélyen jelennek meg, míg autizmusban sokkal inkább egyenetlen, sajátos profil jellemző (2, 9, 14).

Amennyiben a szülői aggodalom és a gyermekorvosi megfigyelés is az autizmus gyanúját erősíti meg, a gyermekorvos feladata a család célzott kivizsgálásra irányítása. Ezt segítheti egy egyszerű, jól validált szűrőeszköz, például az M-CHAT-R/F alkalmazása, amely strukturáltan rákérdez a fő kockázati jelekre (17). A szűrés pozitív eredménye nem jelent diagnózist, hanem annak jelzése, hogy a tipikus fejlődéstől eltérés tapasztalható a szülők beszámolója és az elvégzett megfigyelések alapján, így indokolt egy további részletes pszichológiai, gyógypedagógiai és pszichiátriai vizsgálat elvégzése.

A gyermekorvos kommunikációja a családdal kulcsfontosságú. A szülők számára megnyugtató és az együttműködést támogatja például a következő megfogalmazás:

„A gyermek fejlődése néhány területen az átlagostól eltérő képet mutat, amit érdemes olyan szakemberekkel részletesebben feltérképezni, akik a korai fejlődés vizsgálatára specializálódtak.”

Ez egyszerre hitelesíti a szülői megfigyelést, csök-

1. táblázat: Kisgyermekkorai figyelmeztető jelek autizmus spektrumzavar gyanúja esetén

Terület	Figyelmeztető jelek
Beszélt nyelv	Megkésett nyelvi fejlődés, kevésbé kommunikációs céllal használja a beszédet, korábban használt szavak eltűnése, visszhangszerű ismétlések gyakori előfordulása.
Reakció más személyekre	A gyermek következetesen kevésbé vagy egyáltalán nem reagál a nevének hallatán, korlátozott érdeklődés a felnőttek vagy kortársak iránt, mások arckifejezéseire, érzelmi jelzéseire kevésbé válaszreakció.
Kölcsönös interakciók	Visszafogott kezdeményezés vagy érdeklődés társas helyzetekben, kevés utánpótlás, szerepcseré vagy kölcsönös játék ritkábban fordul elő, élmények megosztása (például érdeklődés, öröm esetén) kevésbé jellemző.
Nonverbális kommunikáció	Tekintet, mutató, gesztusok vagy mimika ritkább vagy atipikus használata, a szemkontaktus nem megfelelően koordinált és nem a társas szabályozást szolgálja.
Játék	A szimbolikus (mintha-) játék szegényes vagy ismétlődő, a tárgyakat nem megszokott módon, funkciójuktól eltérően használja, a játéktevékenység sokszor kevésbé változatos.
Repetitív és rugalmatlan viselkedés	Ismétlődő mozdulatok (pl. kézrázogató, tárgyak sorba rendezése, lábujjhegyezés), ragaszkodás a megszokott rutinokhoz és rituálékhoz, nehézségek a tevékenységek közötti váltás során, erősen beszűkült, intenzív érdeklődés bizonyos témák, tevékenységek vagy tárgyak iránt.
Szenzoros feldolgozási sajátosságok	Túl- vagy alulérzékenység bizonyos ingerekre, például hangokra, érintésre, fényekre vagy ízekre; tárgyrészek iránti szokatlan figyelem (pl. forgó kerekek hosszas nézése – szenzoros ingerkeresés).
Evési/etelési nehézségek (nem magtűnet, de klinikailag releváns)	Extrém válogatosság; állag-, szín- vagy szagpreferenciák; új ételek elutasítása.
Alvásproblémák (nem magtűnet, de klinikailag releváns)	Elalvási nehézség, éjszakai ébredések, az életkorában elvárhatóhoz képest rövidebb alvási időtartam.
Motoros sajátosságok (nem magtűnet, de klinikailag releváns)	Mozgásfejlődési késés, mozgáskoordinációs nehézségek (pl. ügyetlenebb futás).

kenti a bizonytalanságot, és elindít egy világos, áttekinthető folyamatot. Az érzékeny kommunikáció ellenére a szülői szorongás felerősödhet, bekövetkezhet, amitől tartott, de hárított és adott esetben még nem áll készen a kivizsgálásra.

Az 1. táblázat a kisgyermekkorban leggyakrabban észlelhető, autizmusra jellemző jellegzetességeket foglalja össze.

A kisgyermekkorú figyelmeztető jelek összefoglalásához elsősorban a hazai egészségügyi szakmai irányelvet vettük alapul (2), amelyet a nemzetközi ajánlások (AAP, NICE; 15,16) és a klinikai gyakorlat szempontjából releváns további kutatások eredményeivel egészítettünk ki (7,9–13).

Szűrővizsgálatok a gyermekorvosi gyakorlatban

Az autizmus jelei már kora gyermekkorban észlelhetők, ezért kiemelten fontos, hogy a gyermekorvosok és védőnők következetesen monitorozzák a társas és kommunikációs készségeket, valamint a szokatlan viselkedéseket. A szülői aggodalmak ebben a korosztályban nagyon jó előrejelzői a későbbi autizmus diagnózisnak (9), a szűrőeszközök pedig segítenek rendszerezni és keretezni a megfigyelést, de nem helyettesítik a diagnosztikai vizsgálatot (2, 9).

Hároméves kor alatt különösen figyelemfelhívó, ha a gyermek korábban már meglévő nyelvi vagy társas készségei terén visszaesés mutatkozik meg. Az ilyen jellegű regresszió sürgős, célzott kivizsgálást tesz indokolttá. Bizonyos magas rizikójú csoportokban – például autizmussal élő családtag, illetve bizonyos genetikai szindrómák (például sclerosis tuberosa, Rett-szindróma) esetén – a szülők már akár 12 hónapos korban észlelhetnek olyan eltéréseket, amelyek későbbi autizmus diagnózist vetítenek előre (2,9).

A nemzetközi ajánlások és a hazai szakmai irányelv egyaránt hangsúlyozzák, hogy a korai szűrés nem helyettesíti a diagnosztikai vizsgálatot, de megbízható kapaszkodót ad a rizikó jeleinek felismeréséhez (2, 9).

Az alapellátásban leginkább az alábbi két, könnyen alkalmazható eszköz használatát javasoljuk: M-CHAT-R/F és Q-CHAT.

- Az **M-CHAT-R/F** 16–30 hónapos gyermekek társas-kommunikációs eltéréseinek korai kiszűrésére szolgáló, szülői beszámolón alapuló kérdőív (17). Előnye, hogy gyorsan kitölthető, jól validált, és magas szenzitivitással azonosítja a legjellemzőbb korai rizikó-



jeleket. Limitációjának tekinthetjük, hogy utánkövetés nélkül viszonylag sok fals pozitív eredményt adhat, ezért a kiegészítő telefonos vagy a személyes formában ismételt rákérdezés kulcsfontosságú az értékelésben. A nemzetközi ajánlások szerint alkalmazása különösen 18 és 24 hónapos korban javasolt, illetve bármikor, amikor a gyermekorvos vagy a szülő a gyermek viselkedésében eltérést észlel (9, 16).

- A **Q-CHAT** elsősorban 18 és 24 hónapos gyermekek körében dimenzionális megközelítésben méri az autizmusra jellemző viselkedéseket: nemcsak azt jelöli, hogy egy tünet jelen van-e, hanem annak gyakoriságát is, ami finomabb eltéréseket is láthatóvá tesz (18).

Q-CHAT rövidített változata a Q-CHAT-10 különösen jól alkalmazható gyermekorvosi rendelőkben: mindössze 10 tétel, 2–3 perc alatt kitölthető, és már kis mértékű társas-kommunikációs atipikusságra is érzékeny. Előnye a gyors kitöltés, a gyakorlati használhatóság és a dimenzionális értékelés, amely a tipikus és atipikus fejlődés közötti átmeneteket is jól jelzi.

Hátránya ugyanakkor, hogy kevesebb adat áll rendelkezésre a prediktív értékéről, mint az M-CHAT esetében, és a nagyon enyhe vagy maszkolt profilokat kevésbé különíti el.

Különösen hasznos lehet akkor, ha gyors szűrésre van szükség, vagy ismételt kontrollvizsgálatok során szeretnénk követni a társas-kommunikációs viselkedések alakulását.

A szűrőeljárások alkalmazása értékes támpontot nyújt ahhoz, hogy időben felismerjük a gyanújeleket, azonban önmagukban nem elegendőek a diagnózis felállításához. Amennyiben a szűrés eredménye pozitív, vagy a megfigyelések alapján továbbra is fennáll az autizmus gyanúja – a kérdőív negatív eredménye ellenére –, a következő lépés a célzott diagnosztikai kivizsgálás kezdeményezése. A szűrés tehát nem lezárja, hanem elindítja azt a folyamatot, amely a célzott, sokoldalú állapotmegismeréshez és a megfelelő korai intervenció mielőbbi megkezdéséhez vezet.

A gyermekorvos szerepe a diagnosztikai folyamatban

Amennyiben az anamnesztikus adatok, a célzott megfigyelések, szűrések és a szülői beszámolók alapján az autizmus gyanúja megerősítésre kerül, a gyermeket és családját komplex, interdiszciplináris kivizsgálásra irányítjuk.

A vizsgálat célja nem csupán az autizmus diagnózisának megerősítése vagy kizárása, hanem a gyermek működésének többoldalú feltérképezése, az-

az a kommunikáció, a társas viselkedés, a játék, a szenzoros reakciók és a kognitív készségek megfigyelése, mellett a család erőforrásainak, dinamikájának megismerése is elengedhetetlen. (19) A kora gyermekkori diagnosztika diszciplínákat átívelő, integrált team-szemléletet igényel; a folyamatban, ideális esetben, rendszerint több szakember – jellemzően gyermekpszichiáter, pszichológus, gyógypedagógus – rendszerszemléletű megközelítésben, szoros együttműködésben vesz részt, és szükség esetén más társszakmák képviselői (például gyógytornász vagy dietetikus) is bevonásra kerülnek. A diagnózis felállítása konszenzuson alapul, és az ellátás irányára vonatkozóan is közös, probléma-specifikus javaslatok készülnek. Az interdiszciplináris team tagjai strukturált és szabad feladathelyzetekben, egyéni és csoportos megfigyelések során értékelik a gyermek viselkedését, ami lehetővé teszi az aktuális állapot sokoldalú megismerését, a differenciáldiagnosztikai kérdések tisztázását és annak megértését, hogyan hatnak a környezeti tényezők és a családi sajátosságok a gyermek fejlődésére. A szülő partnerként, optimális esetben a team tagjaként történő bevonása a diagnosztikai folyamatba, a bizalmi kapcsolat kialakítása révén, elősegíti az intervenciós javaslatok elfogadását és a fejlesztő-terápiás úton való elindulást.

A gyermekgyógyász a diagnosztikai folyamat elindításában kulcsszereplő, hiszen általában ő észleli elsőként a gyanújeleket, javasolja a további vizsgálatokat, és támogatja a családot a folyamat során. A gyermekorvosok a gyermekgyógyászati alapellátásban gyakran több generáción át ismerik a családokat. Ez a folyamatos ellátási kapcsolat nemcsak az aktuális gyermek fejlődési menetére ad részletes rálátást, hanem lehetővé teszi a családi mintázatok, erőforrások és terhelések tágabb, intergenerációs kontextusba helyezett értelmezését is (19). Az autizmus korai felismerése szempontjából ez

különösen jelentős, mivel a szociális viselkedés, kommunikáció vagy szenzoros szabályozás finom eltérései pontosabban értékelhetők a családi fejlődéstörténet és a rendszerszerveződés sajátosságainak figyelembevétele mellett (20).

A gyermekgyógyász feladatai sokrétűek:

- felismeri és dokumentálja a gyanújeleket a megfigyelések, szűrési eredmények és szülői beszámolók alapján,
- tájékoztatja a családot arról, miért indokolt további kivizsgálás, és mi várható a folyamatban,
- kiállítja a beutalót a megfelelő szakellátásba (gyermekpszichiátria, koragyermekkori diagnosztikai centrum, Bethesda KIDSz),
- kommunikál a szakellátással, amennyiben szükséges (például egészségügyi előzmények, társuló állapotok, zavarok tisztázása),
- támogatja és követi a gyermeket és családját, hiszen sokszor újra a gyermekorvoshoz fordulnak a felmerülő kérdések és bizonytalanságok esetén.

Összegzés

A gyermekorvos fejlődést nyomonkövető munkája, célzott megfigyelései és a családokkal történő szoros együttműködése alapvető szerepet játszanak abban, hogy az autizmusra utaló gyanújelek a fejlődés korai időszakában azonosíthatók legyenek. A szűrés nem diagnózis, hanem egy folyamat első lépése, amely a családot a megfelelő szakemberekhez irányítja, és lehetővé teszi a komplex, interdiszciplináris kivizsgálást. A korai, összehangolt rendszerszemléletű szakmai teammunka érdemben hozzájárul a gyermek fejlődési esélyeinek javításához és a család támogatásához.

Summary

Early Identification of Autism Spectrum Disorder: The Role of Pediatricians

Kornélia Pongrácz, Katalin T Zsindely; Bethesda Children's Hospital, Hungarian Reformed Church – Bethesda Early Childhood Intervention and Diagnostic Service

This paper summarises key aspects of recognising autism spectrum disorder in early childhood, with a focus on the paediatrician's role. It outlines the most relevant early warning signs, targeted observations feasible during routine check-ups, and the screening tools commonly used in primary care (M-CHAT-R/F, Q-CHAT). The article emphasises how paediatricians can support families from the first expression of concern to initiating referral for interdisciplinary assessment. The goal is to provide practical guidance that promotes early identification and timely access to appropriate services.

KEYWORDS psychosis, autism spectrum disorder, early signs, screening procedures, interdisciplinary assessment, systemic approach

Irodalom

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013.
- Egészségügyi Szakmai Kollégium. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az autizmusról / autizmus spektrum zavarokról. 2020.
- WHO. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): 6A02 Autism spectrum disorder. Geneva: World Health Organization; 2022.
- Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. Transl Pediatr. 2020;9(Suppl 1):S55–S65.
- Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ. 2023;72(2):1–14.
- Zeidan J, Fombonne E, Scora J, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. 2022;15(5):778–790.
- Lord C, Elsabbagh L, Baird G, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder. Lancet. 2018; 392(10146):508520.
- Yu Y, Ozonoff S, Miller M. Assessment of autism spectrum disorder. Assessment. 2024; 31(1): 24–41.
- Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, et al. Early identification and interventions for autism spectrum disorder. Pediatrics. 2015;136(Suppl 1):S10–40.
- Adams SN. Feeding and Swallowing Issues in Autism Spectrum Disorders. Neuropsychiatr Dis Treat. 2022;18:2311–21.
- St. John BM, Ausderau KK. The characterization of feeding challenges in autistic children. Autism. 2024; 28(9):2381–23.
- Estes A, Hillman A, Chen ML. Sleep and autism: current research, clinical assessment, and treatment strategies. Focus. 2024; 22(2):162–169.
- Posar A, Visconti P. Early motor signs in autism spectrum disorder. Children (Basel). 2022;9(2):294.
- Olson L, Bishop S, Thurm A. Differential Diagnosis of Autism and Other Neurodevelopmental Disorders. Pediatr Clin North Am. 2024; 71(2):xi–xxiv. doi:10.1016/j.pcl.2023.12.004
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. NICE guideline CG128. London: NICE; 2011 (updated 2017).
- Hyman SL, Levy SE, Myers SM; Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. Pediatrics. 2020; 145(1): e20193447. doi:10.1542/peds.2019-3447
- Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-up (M-CHAT-R/F). Pediatrics. 2014;133(1):37–45. doi:10.1542/peds.2013-1813.
- Allison C, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Charman T, Richler J, Pasco G, et al. The Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers): A measure of autistic traits in 18–24-month-old children. J Autism Dev Disord. 2008; 38(8):1414–25.
- Carter B, McGoldrick M. The expanded family life cycle. Boston: Allyn & Bacon; 2005. pp. 3–34, 49–69.
- Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1974. pp. 1–34, 35–57, 58–86, 170–194.

Útravaló tudnivaló

- Minden státuszvizsgálat lehetőség célzott megfigyelésre. Néhány perc alatt is képet kaphatunk a névre adott válaszcól, a közös figyelmi viselkedésről, a játék minőségéről és a szenzoros sajátosságokról.
- A szűrés fontos, de nem azonos a diagnózissal. A szűrőeljárások segítik a kockázati jelek strukturált azonosítását, de pozitív eredmény esetén mindig további, interdiszciplináris kivizsgálás szükséges. Negatív eredmény sem zárja ki az autizmust, ha a klinikai gyanú fennáll.
- Nem csak a „magtűnetek” számítanak. Evési nehézségek, alvásproblémák, motoros eltérések, valamint szokatlan szenzoros reakcióknak is fontos jelző szerepe van, főként akkor, ha szociális és kommunikációs nehézségekkel együtt jelentkeznek.

Tesztkérdések

1. Melyik állítás írja le legpontosabban a gyermekorvos szerepét az autizmus korai felismerésében?

- A gyermekorvos feladata az autizmus diagnózisának felállítása és az intervenció fókuszainak meghatározása.
- A gyermekorvos kizárólag a szűrőeszközök kitöltését végzi, további feladata nincs.
- A gyermekorvos észleli a gyanújeleket, elvégzi vagy kezdeményezi a szűrést, tájékoztatja a családot, és megfelelő szakellátásba irányítja a gyermeket.
- A gyermekorvos csak akkor indíthat további vizsgálatot, ha a szűrés pozitív eredményt mutat.

2. Mi a szűrőeljárások fő szerepe az autizmus korai felismerésében?

- A szűrés önmagában diagnosztizálja az autizmust.
- A szűrés rendszerezi a megfigyelést, segít felismerni a rizikójeleket, és jelzi, mikor indokolt további vizsgálat.
- A szűrés minden esetben kiváltja a komplex interdiszciplináris kivizsgálást.
- A szűrés célja, hogy kizárólag a súlyos autizmust azonosítsa.

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekegyorvostarsasag.hu. A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!



Szelektív mutizmus gyermekkorban: felismerés és ellátási szempontok

Dósa Sarolta dr., Sándor-Bajusz Kinga Amália dr., Csábi Györgyi dr.

Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Tanszék, Pécs (Igazgató: Decsi Tamás dr.)

LEVELEZÉSI CÍM:

Dósa Sarolta dr.

Pécs, József Attila utca 7.

E-posta: dosa.sarolta@aok.pte.hu

ÖSSZEFOGLALÁS A szelektív mutizmus korai kezdetű, szorongásalapú zavar, amelyben a gyermek bizonyos – főként szociális – helyzetekben következetesen képtelen beszélni, miközben más környezetben beszédkézsége ép. A tünetek többnyire 2–5 éves korban jelentkeznek, de gyakran csak az iskolakezdés után válnak feltűnővé. Háttérben genetikai, környezeti és temperamentumbeli tényezők állnak. A kivizsgálás során fontos az organikus eltérések kizárása és a gondos differenciáldiagnosztikai megfontolások, különös tekintettel a szociális szorongásos és az autizmus spektrum zavarra. A kezelés alapját a viselkedéses és rendszerszemléletű intervenciók adják, amelyekben a szülők és az iskola aktív bevonása kulcsfontosságú, a gyógyszeres terápia kiegészítő jellegű.

KULCSSZAVAK szelektív mutizmus; szorongás; szociális helyzetek; differenciáldiagnózis; viselkedéses intervenciók

Bevezetés

A szelektív mutizmus (SM) olyan szorongásalapú zavar, amelyben a gyermek bizonyos – többnyire szociális interakcióval járó – helyzetekben képtelen megszólalni, leggyakrabban az óvodai vagy iskolai környezetben, miközben más helyzetekben (például otthon) a beszédkézsége teljesen ép (1, 2).

A tünetek általában 2–5 éves korban jelentkeznek, azonban gyakran csak az iskolakezdést követően kerülnek előtérbe, mivel az új környezet és a megnövekedett kommunikációs elvárások mellett a beszéd elmaradása feltűnőbbé válik (1,2).

Prevalenciája 0,18–1,9% közé tehető. Bevándorló vagy kétnyelvű családokból származó gyermekek-nél gyakoribb, ugyanakkor a nemi eloszlás tekintetében nincs jelentős különbség (1).

Kialakulásában a genetikai, neurobiológiai és környezeti tényezők mellett kiemelt szerepe van a gyermek temperamentumának, különösen a viselkedési gátoltságnak. Ez a temperamentumjellemző magába foglalja a visszahúzódot és a fokozott féltékenységet az ismeretlen személyekkel, helyzetekkel vagy tevékenységekkel való találkozáskor, ami közvetlenül hozzájárulhat a beszéd elmaradásához (3, 4).

A korai felismerés és a megfelelő szakemberhez történő irányítás kulcsfontosságú a szociális és

kommunikációs készségek alakulása, a tanulási készségek fejlődése, valamint az életminőség hosszú távú megőrzése szempontjából (3, 4).

Tünettan és klinikai kép

A DSM-5 (Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve; lásd 1. táblázat) a szelektív

1. táblázat: A szelektív mutizmus DSM-5 szerinti kritériumai (5)

- | |
|---|
| A) A személy következetesen nem képes beszélni olyan konkrét társas helyzetekben, melyekben elvárják tőle a beszédet (pl. iskolában), annak ellenére, hogy más helyzetekben beszél. |
| B) A tünetek akadályozzák az iskolai vagy munkahelyi teljesítményt vagy a társas kommunikációt. |
| C) A zavar fennállásnak időtartama legalább egy hónap (nem korlátozódik az iskola első hónapjára). |
| D) A beszéd kudarca nem tulajdonítható a társas helyzetben szükséges beszélt nyelv ismeretével vagy biztonságos használatával kapcsolatos hiánynak. |
| E) A tünetek nem magyarázhatók jobban kommunikációs zavarral (pl. a beszéd folyamatosságának gyermekkori kezdetű zavarával), és nem kizárólag autizmus spektrum zavar, szkizofrénia vagy egyéb pszichotikus zavar során jelentkeznek. |

mutizmust a szorongásos zavarok közé sorolja (5). Gyakran fordul elő átfedés más szorongásos kórképekkel, különösen a szociális szorongásos zavarral (SAD), ahol a komorbiditás 97–100%-os (1-4).

A zavar legjellemzőbb tünete, hogy a gyermek bizonyos szociális helyzetekben képtelen beszélni („mutizmus”), miközben más környezetben a beszédkézsége teljesen ép („szelektív”). Ez az állapot jelentősen korlátozza a gyermek mindennapi működését és szociális beilleszkedését (1-4).

Fontos hangsúlyozni, hogy a mutizmus nem csupán beszéd- vagy nyelvi zavarnak, illetve nyelvi hiányosságnak tulajdonítható, hanem elsősorban szorongásos eredetű viselkedés. Emellett gyakori, hogy a gyermek bizonyos helyzetekben testileg is „lefagy”, azaz mozdulatlaná válik vagy visszahúzódik (6).

Mitől aktiválódik a mutizmus?

A szelektív mutizmus központi kiindulópontja a szorongás, amely bizonyos helyzetekben felerősödik, így gátolva a beszédindítást. A kiváltó tényezők leginkább a személy–helyszín–tevékenység hármasának kölcsönhatásában ragadhatók meg: attól függően, kivel, hol és milyen tevékenység közben kerül a gyermek feszültség alá (6).

Schwenk és munkatársai (2022) kvalitatív vizsgálatukban, nyitott kérdések mentén tanulmányozták a szülők által észlelt kiváltó helyzeteket. A vizsgálatból körvonalazódtak azok a jellegzetes területek, amelyek mentén a szorongást kiváltó helyzetek csoportosíthatók (6, 7).

■ Személy

- **Idegenek vagy rég látott személyek:** olyan emberek, akiket a gyermek nem ismer vagy régóta nem látott.
- **Személyes tér figyelmen kívül hagyása:** olyan személyek, akik nem tartják tiszteletben a gyermek személyes terét, túl nagy nyomást helyeznek rá.
- **Tekintélyjellemzők:** felnőttek (például tanárok, orvosok), akik tekintéllyel bírnak, és a gyermek elvárását érez velük kapcsolatban.
- **Külső tényezők:** a személy külső megjelenése, amely félelmet válthat ki (például életkor, nem, magasság).
- **Gyermekek közötti figyelem hiánya:** olyan emberek, akik nem figyelnek a gyermekekre, nem próbálnak kapcsolatot teremteni, nem érzékenyek az érzelmi jelzéseire, és nem teremtenek játékos környezetet.

■ Helyszín

- **Ismeretlen helyek:** olyan terek, amelyek a gyermek számára újak, kiszámíthatatlanok.

- **Korábbi negatív élményekkel asszociált helyek:** helyszínek, ahol a gyermek korábban kellemetlen tapasztalatot szerzett.

- **Tömeg:** sok ember jelenléte, ami szorongást válthat ki.

- **Hangos környezet:** zajos terek, amelyek fokozzák a gyermek feszültségét.

■ Tevékenység

- **Új tevékenységek:** olyan feladatok, amelyeket a gyermek korábban nem végzett; ismeretlen kihívásokat tartogatnak, a következmények előre nem láthatók.

- **Motoros tevékenységek:** például mászás vagy mozgással kapcsolatos feladatok, amelyek el-sajátítása kihívást jelenthet, vagy veszélyesnek tűnhet a gyermek számára.

- **Kudarcc lehetőség:** olyan tevékenységek, ahol a gyermek attól tart, hogy nem fog sikerrel járni, vagy amelyek korábbi negatív tapasztalatokhoz kötődnek.

- **Figyelem középpontja:** tevékenységek, amelyek során a gyermek a figyelem középpontjába kerül, például amikor sokan figyelik vagy értékelik.

- **Beszédet igénylő tevékenységek:** feladatok, ahol elvárják, hogy a gyermek beszéljen, például kérdésekre válaszoljon, nyilvánosan megszólaljon vagy kommunikáljon másokkal.

Első észlelés az alapellátásban

A kivizsgálás, a diagnózis felállítása és a kezelés elsősorban pszichiáterek, pszichológusok és gyógypedagógusok feladata. Ugyanakkor a pedagógusok, logopédusok és az alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek kulcsszerepet játszanak a tünetek korai észlelésében és a gyermekek megfelelő szakemberhez történő irányításában (6, 7).

A személy–helyszín–tevékenység megközelítés ismerete különösen hasznos lehet az első interjú során. A beszélgetés történjen kiszámítható, barátságos környezetben, és ne helyezzen a gyermekre nyomást. Az orvosi vizsgálat önmagában is szorongást kelthet, ezért törekedni kell a játékos, előre kiszámítható közeg megteremtésére, ami segíti a gyermek megnyugvását és a pontos információgyűjtést (6).

A szomatikus vizsgálat része a részletes belgyógyászati és neurológiai státusz felvétele. Ki kell térni minden olyan organikus eltérésre, amely érintheti a beszédértést vagy a beszédprodukción. Külön figyelmet érdemel: a hallásvizsgálat; a neurológiai vizsgálat; a neuromuszkuláris eltérések; minden olyan állapot, amely másodlagosan kommunikációs nehézségeket okozhat (6, 7).

Differenciáldiagnózis

A szelektív mutizmus differenciáldiagnosztikája során kiemelt figyelmet kell fordítani a hasonló tünetekkel járó pszichiátriai és neurodevelopmentális állapotok elkülönítésére. Bár a DSM-5 a szelektív mutizmust formálisan kizárja az autizmus spektrum zavar (ASD) egyidejű jelenléte esetén, egyre több kutatás igazolja, hogy a két állapot között átfedések előfordulhatnak. A klinikai gyakorlatban ezért elengedhetetlen az ASD tüneteinek értékelése, különösen a beszéd és a társas-kommunikáció minőségének szempontjából, mivel az ASD-ben a kommunikációs problémák gyakran kvalitatív eltérésekkel társulnak, míg az SM jellemzője a helyzetfüggő teljes mutizmus (5-7).

Az SAD és a SM elkülönítése során fontos megkülönböztetni, hogy míg mindkét állapotban előfordulhat nehézség a mások előtti kommunikációban, a SAD esetén a gyermek ritkán mutat teljes hallgatást, és beszélni képes bizonyos helyzetekben, míg az SM-re a szituációspecifikus, kiterjedt beszédképtelenség a jellemző (5-7).

A kulturális és nyelvi tényezők feltérképezése kiemelt jelentőségű. Kétnyelvű vagy frissen bevándorló gyermekeknél az átmeneti hallgatás előfordulhat, amely nem minősíthető patológiának. Ezért a diagnosztikai folyamatban fontos a szociális és kulturális háttér, a nyelvi környezet és az iskolai kontextus figyelembevétele (1-4, 6).

Beavatkozások, terápiás megközelítés

Számos beavatkozás és terápiás megközelítés létezik az SM kezelésére, amelyek hangsúlyosan viselkedéses és kognitív-viselkedéses stratégiákra épülnek (lásd 2. táblázat). Ezek a megközelítések célja a szorongás csökkentése, a helyzetek ismerőssé tétele és egy biztonságos környezet létrehozása, amelyben a szelektív mutizmussal küzdő gyerme-

kek fokozatosan képesek felülkerekedni a némaságon (1, 6).

A kezelés fő irányelvei

I. Nem farmakoterápiás kezelés (első vonalbeli kezelés)

- **Kombinált viselkedéses / kognitív-viselkedéses kezelések:** Ezek az eljárások ígéretes eredményeket mutattak randomizált kontrollált vizsgálatokban. Fókuszuk, hogy a gyermekeket fokozatosan olyan helyzeteknek tegyék ki, amelyek szorongást váltanak ki, miközben támogatást kapnak a beszéd megindításához (például pedagógusok, szülők bevonásával).
- **Fókuszcsökkentett kommunikáció („Defocused Communication”):** Ez a technika a gyermekre irányuló közvetlen figyelem csökkentését jelenti; a terapeuta nem szemben ül a gyermekkel, hanem mellette, illetve közös figyelmet teremtő tevékenységet végez. A módszer csökkenti a beszédkényszert és lehetővé teszi, hogy a gyermek kényelmesebben érezze magát.
- **Gyermekvezérelt interakció (Parent-child interaction therapy: child-directed – CDI, parent-directed – PDI):** A terapeuta hagyja, hogy a gyermek vezesse az interakciót, a felnőtt megdicséri a megfelelő viselkedést, visszatükrözi a gyermek cselekvéseit, bekapcsolódik a játékba. Ez segíti a beszédnyomás csökkentését, csökkenti az arousalt, előkészíti a beszéd megindulását.
- **Graduális expozíció:** Javasolt a gyermek fokozatos kitétele az ismeretlen helyzeteknek vagy a szorongást kiváltó ingereknek (például új helyszíneknek, tevékenységeknek vagy személyeknek). A cél a pozitív élmények kialakítása és annak elkerülése, hogy a helyzetek „beszéd nélküli élménnyel” társuljanak.

2. táblázat: Szelektív mutizmusban alkalmazott intervenciók (1)

Intervenció típusa	Leírás / cél
Kombinált viselkedéses + rendszer-szemléletű megközelítések	Többkomponensű kezelések (expozíció, jutalmazás, szülői–iskolai bevonás). A legerősebb és statisztikailag igazolt hatékonyságot mutatják a beszédviselkedés javításában.
Expozíciós módszerek / graduált kitettség	Fokozatos kitétel új személyeknek, helyzeteknek, tevékenységeknek. Cél: pozitív élmények kialakítása és a „néma helyzetek” elkerülése.
Fókuszcsökkentett kommunikáció (defocused communication)	A közvetlen figyelem és beszédnyomás csökkentése (pl. terapeuta nem szemből kommunikál). Segíti a komfortérzetet és csökkenti a szorongást.
Gyermekvezérelt interakció / PCIT-SM jellegű technikák	A gyermek vezeti az interakciót; a felnőtt dicsér, visszatükröz, követi a játékot. Alacsony nyomású, biztonságos kommunikációs helyzet kialakítása.
Szülői bevonódás	A szülők társterapeutaként segítik a gyermek komfortérzetét és a tanult készségek generalizációját. Elsősorban a terápia kezdeti szakaszában hangsúlyos.
Intenzív csoportos viselkedésterápia	Rövid, intenzív programok (pl. 1 hetes csoportos beavatkozások). Ígéretes, de a bizonyítékok száma korlátozott.

- **Szülői bevonódás:** A szülők a kezdeti terápiás alkalmakon társterapeutaként segíthetnek, hogy a gyermek kényelmesebben érezze magát, és hogy támogassák a beszéd megjelenését.
- **Intenzív csoportos viselkedésterápia:** Intenzív csoportos viselkedésterápiás formákat is vizsgáltak előzetes beavatkozásként, amelyek potenciális előnyöket mutattak SM-ben érintett gyermekek számára.

II. Farmakoterápia (másodvonalbeli kezelés) – SSRI (fluoxetin, sertralín)

- A gyógyszeres kezelést általában komplex viselkedéses terápia mellett, kiegészítésként merül fel.
- Az adatok korlátozottak, kevés minőségi vizsgálat áll rendelkezésre.

Jelenlegi evidencia

A többkomponensű, viselkedéses és rendszerszemléletű intervenciók mutattak egyértelmű, statisztikailag is igazolt javulást a beszédviselkedésben. A legfrissebb metaanalízis hangsúlyozza a farmakoterápia szelektív mutizmusban való alkalmazásának bizonyítékhiányát, valamint a szülői aggodalmak jelentőségét, ugyanakkor kiemeli, hogy viselkedésterápiával kombinálva bizonyos esetek-

ben mérlegelhető annak átmeneti alkalmazása a funkciórontó tünetek mérséklésére (1, 2).

Esetvignetta

Az 5 éves S. pszichológusa javaslatára került kivizsgálásra, miután a szülők az iskolakezdéssel párhuzamosan azt tapasztalták, hogy idegen környezetben kifejezett ellenállást mutatott. Az óvodában nem kommunikált sem verbálisan, sem nonverbálisan, nem vett részt a közös játékokban, ételt és folyadékot nem fogyasztott, a mosdót nem használta. Testtartása ilyenkor merev volt, arca mimikaszegény, csendben és mozdulatlanul figyelte társait. A tünetek bármely idegen környezetben hasonlóan jelentkeztek: az utcán egy idegen ember megjelenése is „lefagyást váltott ki, a gyermek elbűjt, nem volt képes kapcsolatfelvételre. Otthoni környezetben ezzel szemben oldott, közlékeny és aktív volt; családtagjaival bőbeszédű, játékos viselkedést mutatott. A pszichiátriai osztályon végzett kivizsgálás során szelektív mutizmus, szociális szorongás és szeparációs szorongás diagnózis született. Antidepresszáns kezelés és rendszeres pszichoterápia hatására a gyermek tünetei fokozatosan oldódtak.

Summary

Childhood Selective Mutism: Clinical Recognition and Management

Sarolta Dósa, Kinga Amália Sándor-Bajusz, Györgyi Csábi; Department of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Pediatrics, Medical School, University of Pécs, Hungary

Selective mutism is an early-onset, anxiety-based disorder characterized by a child's consistent inability to speak in specific, primarily social situations, despite having normal speech in other contexts. Symptoms typically emerge between ages 2–5 but often become evident only after school entry. Genetic, environmental and temperamental factors contribute to its development. Clinical assessment should include ruling out organic conditions and careful differential diagnosis, with particular attention to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. Treatment is primarily based on behavioral and systems-based interventions, in which active involvement of parents and the school is essential, while pharmacotherapy serves only as an adjunct.

KEYWORDS selective mutism; anxiety; social situations; differential diagnosis; behavioral interventions

Irodalom

1. Hipolito G, Pagnamenta E, Stacey H, et al. A systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for children and adolescents with selective mutism. *JCPP Adv.* 2023; 3 (3):e12166.
2. Koskela M, Ståhlberg T, Yunus W, et al. Long-term outcomes of selective mutism: a systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 2023; 23(1):779.
3. Rozenek EB, Orlof W, Nowicka ZM, et al. Selective mutism – an overview of the condition and etiology: is the absence of speech just the tip of the iceberg? *Psychiatr Pol.* 2020; 54 (2): 333–49.
4. Rodrigues Pereira C, Ensink JBM, Güldner MG, et al. Diagnosing selective mutism: a critical review of measures for clinical practice and research. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023; 32 (10): 1821–39.
5. American Psychiatric Association. A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM–5). Budapest: Oriold és Társai Kiadó. 2013.
6. Schwenck C, Gensthaler A, Vogel F, et al. Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022; 31 (9): 1419–29.
7. Muris P, Ollendick TH. Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychol Res Behav Manag.* 2021; 14: 159–167.

Ajánlott irodalom:

Scéder V. Ismeretek a szelektív mutizmusról. *Különleges Bánásmód – Interdiszciplináris F.* 2018; 4(4): 45-57.

Útravaló tudnivaló

- A szelektív mutizmus szorongásalapú, helyzetfüggő kommunikációs blokk, nem beszédfejlődési zavar; gyanújelei főként óvodai–iskolai környezetben, illetve idegen helyzetekben válnak szembetűnővé.
- A zavar felismerésében kulcsfontosságú, ha a gyermek következetesen nem szólal meg idegenek, tekintélyszemélyek vagy kiszámíthatatlan helyzetekben, miközben otthoni környezetben beszéde és kommunikációja teljesen ép; fontos az organikus okok kizárása.
- A kezelés pszichológiai–pszichiátriai kompetencia, de az alapellátás szerepe lényeges: a nyomásmentes, játékos vizsgálati környezet segíti a tünetek feltárását, és a korai továbbküdés javítja a kimenetelt.

Tesztkérdések

1. Mi tekinthető a szelektív mutizmus első vonalbeli kezelésének?

- SSRI farmakoterápia önmagában
- Neurológiai rehabilitáció
- Kombinált viselkedés / kognitív-viselkedéses és rendszer-szemléletű intervenciók
- Csoportos művészetterápia
- EEG-alapú neurofeedback

2. Melyik jellegzetesség utal leginkább szelektív mutizmusra az első találkozás során?

- A gyermek otthon sem beszél, és a beszédfejlődése jelentősen megkésett.
- A gyermek idegenekkel való kommunikációban következetesen néma, miközben otthoni környezetben folyékonyan beszél.
- A gyermek időnként dadog, főként izgalmi helyzetekben.
- A gyermek nem érti meg a kérdéseket, ezért nem reagál.
- A gyermek viselkedése monoton, ismétlődő, és kevés szemkontaktust tart.

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekeorvostarsasag.hu. A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!

A minőségben sosem kötünk kompromisszumot.





- Közel 70 év tapasztalat a biogazdálkodásban.
- A jogszabályban előírtnál szigorúbb határértékek alkalmazása.
- Megújuló energiaforrások használata és folyamatos kutatás a fajok megőrzése és a biológiai sokféleség elősegítése érdekében.

Ezért a nevemmel kezekszedem.

Stephan Gips

Tájékoztató kizárólag egészségügyi szakemberek részére. A HiPP Kft. kizárja a felelősségét az egészségügyi szakembereknek szülői szakmai tájékoztatást anyagi illetéktelen személyek általi felhasználásáért.
FONTOS FIGYELMEZTETÉS! A csecsemő legjobb tápláléka az anyatej. A szoptatás a legelőnyösebb táplálási mód. Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anyatej, vagy a szoptatásnak más akadályja van, tápszer kizárólag a gyermekorvos javaslatára, orvosi ellenőrzés mellett, a használati utasítás szerint alkalmazható. Alkalmazás ajánlása, illetve rendelése előtt olvassa el a termék címkéjén feltüntetett adathozzájárulási és elkészítési útmutatót! Ne térjen el a használati utasítástól, mert az zavarokat okozhat a kisbaba fejlődésében. A Metafolin® a Merck KGaA, Darmstadt, Németország bejegyzett védjegye.
Anyatej-helyettesítő tápszer: Az anyatej a legjobb a csecsemő számára, 6 hónapos korig a kizárólagos szoptatás a legideálisabb táplálási mód. Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anyatej, vagy a szoptatásnak más akadályja van, az anyatej-helyettesítő tápszer a gyermekorvos utasítása szerint és ellenőrzése mellett ajánlott alkalmazni.
 HiPP Pre COMBIOTIK® Kózfiranszörzés alapjául elfogadott ár: 3.946 Ft. Támogatás összege: 987 Ft. Tértelési díj normatív támogatással: 2.959 Ft. HiPP 1 BIO COMBIOTIK® Kózfiranszörzés alapjául elfogadott ár: 3.946 Ft. Támogatás összege: 987 Ft. Tértelési díj normatív támogatással: 2.959 Ft. HiPP HA1 COMBIOTIK® Kózfiranszörzés alapjául elfogadott ár: 4.681 Ft. Támogatás összege: 1.170 Ft. Tértelési díj normatív támogatással: 3.511 Ft. HiPP 1 BIO Kózfiranszörzés alapjául elfogadott ár: 3.157 Ft. Támogatás összege: 789 Ft. Tértelési díj normatív támogatással: 2.368 Ft. Kiszámlázott árakértékesítésen keresztül rendelhetők és egészségpénztári számlára elszámolhatók.
 Forrás: www.neak.gov.hu, Publikus gyógyszertervezés (PUPHA), érvényesség kezdete: 2026. 01. 01. Lezárás dátuma: 2026. 01. 14. Azonosító: HiPP/SEMMEIWEIS/26/01

A HiPP Kft. magyarországi kommunikációs partnere:



Goodwill Pharma Nyrt. 6724 Szeged, Cserzy Mihály u. 32.

hcp.hipp.hu

HiPP Kft. 1015 Budapest, Szabó Ilonka u. 32. info@hipp.hu



Néhány szempont a gyermekkori agresszív viselkedés kapcsán

Halász József dr.

Pro Rekreatione Tóparti Szakambulancia, Gárdony

LEVELEZÉSI CÍM:

Halász József dr.

2484 Gárdony, Tópart u. 17.

E-posta: halaszjoe@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS A gyermekkori agresszív viselkedés klinikai konzultáció során az esetek egy részében nem rendelői keretek között jelenik meg, hanem beszámolók alapján. Az agresszív viselkedés kortól és kontextustól függően megjelenhet egészséges gyermekekben, illetve társulhat szinte mindegyik gyermekpszichiátriai állapottal, esetenként súlyos központi idegrendszeri állapot tünete is lehet. Célszerű a vélt vagy valós provokációra megjelenő reaktív agresszió, illetve az agresszió örömeért folytatott proaktív agresszív viselkedés elkülönítése. A klinikai gyakorlatban agresszió leggyakrabban oppozíciós zavarban és viselkedészavarban jelenik meg. A viselkedészavarban megjelenő proaktív agresszió rideg-érzéketlen vonással és a későbbi antiszociális fejlődési úttal kapcsolatos veszélyeztetettséggel társul.

KULCSSZAVAK agresszió, irritabilitás, proaktív, reaktív, viselkedészavar

Bevezetés

Ez a cikk néhány szempontot igyekszik összefoglalni a gyermekkori agresszív viselkedés kapcsán. Az agressziónak számtalan definíciója van, részletes definitív megközelítés szempontjából javasolt Hajnal összefoglalása (1). Jelen szempontból Hárدي kifinomultabb meghatározását lerövidítve és kissé átalakítva használjuk: ártó-támadó jellegű magatartási formák és ehhez társuló belső érzetek, amelyek irányulhatnak a külvilág és az egyén felé (2). Jelen fejezet esetében a gyermekkori fizikai heteroagresszív viselkedésen van a fókusz. Az ag-

resszív viselkedés nem önálló klinikai entitás, hanem számos állapotban megjelenhet. Klinikai szempontból lényeges, hogy a rendelői keretek között megjelenő jelentős fizikai agresszió esetében felmerülhetnek korlátozó intézkedések, illetve gyermekszükségleti, illetve gyermekpszichiátriai osztályra való tovább utalás, amennyiben ez szükséges. A legfontosabb irányelveket (magyar nyelvű irányelvek), amelyek az agresszió szempontjából közvetlenül relevánsak lehetnek, az 1. táblázat tartalmazza. Ez a cikk mérete miatt nem térhet ki részletesen minden algoritmusra és eljárásra, de szélsőséges esetekben az ellátónak tisztában kell lennie azzal, hogy mind a gyermek, mind a környezete, mind az ellátó személyzet védelme is elsődleges szempont, ebben a tünetbecslő skálák használata is segítséget nyújthat (3).

1. táblázat: A gyermekkori agresszív viselkedés kapcsán a hétköznapiakban legjobban használható gyermekpszichiátriai irányelvek

Irányelvek

1. Az agresszív gyermek ellátása
2. A gyermek- és serdülőkorú akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról
3. A gyermekkori viselkedészavarok ellátásáról
4. Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatalok esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei, valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben

Az irányelvek elérhetősége:

<https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek>

Háttér

Az agresszió neurobiológiai háttere rendkívül komplex, a szabályozásában szerepet játszó agyterületek összetett neuroendokrin szabályozás alatt is állnak. A három legfontosabb agyterület az orbitofrontális kéreg, az amygdala és a laterális hypothalamusz, amelyek interakciójába beleszólnak az androgének (elsősorban a tesztoszteron), glukokortikoid hormonok és a vazopresszin is. Érdekességgé megemlíthető, hogy a katekolami-

nok (adrenalin) és a szerotonin metabolizmusát is befolyásolják a stresszhormonok, így pl. a stresszhormonok nem pusztán közvetlenül az adott limbikus agyterület aktivitásának megváltoztatását, de az agyterület működését befolyásoló katekolaminerg és szerotonerg inputok modulálását is okozzák (4). Siever moduláris teóriájában az orbitofrontális kéreg mint „fék”, az érzelmközpont amygdala pedig „gáz”, azaz az agresszivitást csökkentő, illetve növelő területként szerepel. Az orbitofrontális kéreg működése trauma, pszichózis, szerhasználat során jelentősen deszinkronizálódik, és nem tudja a gátló funkciót hatékonyan kifejezni (5).

A klinikai gyakorlatban számos okból felmerülhet agresszív viselkedés, ezek esetében javasolt végiggondolni néhány általános szempontot, melyek a következők:

1. a gyermek temperamentuma,
2. a gyermek fejlődési szintje (pszichoszociális fejlődés),
3. a szülők személyisége és funkcionálisága,
4. a család fejlődési szintje (pl. első gyermek, legkisebb gyermek nagyobb testvérrel),
5. a család összetétele és a családi kapcsolatok rendszere, kulturális és szubkulturális értékrendje,
6. a család és szereplőinek életeseményei, stresszorok és védő tényezők (6).

A fenti elemek is sugallják, hogy a gyermek pszichoszociális fejlődése során számtalan olyan eset is létezik, amikor a gyermek részéről megjelenő agresszív viselkedés a normatív fejlődés részét képezi.

Ellenpólusként számos klinikai entitás során is megjelenhet agresszív viselkedés, melyek szomatikus állapotok talaján vannak jelen. Ezek lehetnek:

1. agyi organikus kórképek: elsősorban az orbitofrontális prefrontális kéreg, temporális lebeny és laterális hypothalamus sérülése, bevérzése, gyulladása,
2. endokrinológiai állapotok: hypoglykaemia, phaeocromocytoma, Cushing-szindróma, hyperthyreosis,
3. nehézfémmergezők,
4. hypoxia,
5. drog- vagy gyógyszerhatás (7).

Megjelenési formák

A gyermek-serdülő populáció kb. 3-5%-ában fordul elő hétköznapi funkcionális érintő ingerlékenység, amely „átcsaphat” fizikai agresszióba (8), és hosszabb utánkövetéses vizsgálatok is kb. 5%-nak találták a tartósan magas irritabilitást (9).

A fizikai agressziót megjelenése alapján reaktív, illetve proaktív agresszióként csoportosíthatjuk (10). A reaktív agresszió vélt vagy valós provokáció talaján jelenik meg, és az ingerlékenységgel, irritabilitással közvetlen kapcsolatba hozható, a proaktív agresszió elsősorban az agresszió örömeért, önmegegyező magatartásként van jelen (2. táblázat). Bár eredetileg a csoportosítás alapjául szolgáló kérdőív gyermekek-serdülők önbevallásán alapult, újabb közlemények szükségesnek ítélik a szülői-tanári megítélést is (11). Magyarországon 2013 óta áll rendelkezésre a reaktív-proaktív agresszióval kapcsolatos mérőeszköz (12).

2. táblázat: Gyermekkori reaktív/proaktív agresszió jellemzése (10) alapján

Reaktív agresszió	Proaktív agresszió
Vélt vagy valós provokációra megjelenő	Provokáció nélkül is megjelenő
Motiváció: sérelem elkerülése	Motiváció: az agresszió örömeért
Nagy gyakoriságú	Relatíven kis gyakoriságú
Adaptív is lehet	Szinte mindig maladaptív
Hyperarousal tünetek	Hypoarousal tünetek
Bármely gyermek-pszichiátriai állapotban	Jellemzően antiszociális fejlődés során
Kontroll lecsökkent, nem tervezett	Kontroll megtartott, tervezett
Látható emocionális komponens	Kevésbé érzékelhető emocionális komponens
Rideg-érzéketlen (CU) vonás ritkán	Rideg-érzéketlen (CU) vonás gyakran
Megbánás létező	Megbánás nem jellemző
Kriminalitás esetleges	Kriminalitás gyakori

A 3. táblázatban leírásra került néhány gyermek-pszichiátriai állapot, amely kapcsolatba hozható az agresszív viselkedéssel (13). Ezek elsődlegesen reaktív agresszióval járó állapotok, egyetlen jellemző kivétel mellett, mert a gyermekkorban viselkedészavar, különösen akkor, ha együtt társul az úgynevezett rideg-érzéketlen vonással (CU, callous-unemotional trait), akkor az antiszociális fejlődési út részét képezi, és proaktív agresszióval társul. Óvodás és kisiskolás korban inkább a neurodevelopmentális zavarok (ADHD, autizmus spektrum érintettség), a serdülőkor előrehaladtával pedig a szerhasználat és a pszichózis társulhat jelentős agresszivitással. Agresszív viselkedés esetén a bántalmazás mérlegelése is szükséges (14). A klasszikus externalizáló zavarok (externalizáló, elsődlegesen nem az egyén, hanem a környezet

3. táblázat: Ingerlékenységgel/agresszióval társuló gyermek-pszichiátriai állapotok

Ingerlékeny gyermeknél legnagyobb valószínűségű gyermekpszichiátriai állapotok

Alkalmazkodási zavarok
Autizmus spektrum zavarok
Bipoláris zavarok (I, II) [#]
Étkezési zavarok
Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) ^{*}
Frontrorialis kórképek (OCD, Tourette-szindróma)
Generalizált szorongás
Major depresszió [#]
Mentális retardáció
Oppozíciós zavar ^{*}
Pszichotikus állapotok
PTSD, abúzus
Szerhasználat
Viselkedészavar ^{*}

A * jelölt állapotok a klasszikus externalizációs zavarok (itt a leggyakoribbak a fizikai agresszió megjelenései), míg a # jelölt állapotok ugyan internalizáló állapotok, de diagnosztikus kritérium az irritabilitás jelenléte.

számára nehézséget okozó állapot, mint az ADHD, oppozíciós zavar és a viselkedészavar) mellett érdemes megemlíteni azt, hogy a bipoláris zavar esetében korosztálytól független diagnosztikus kritérium az irritabilitás (mánia és hypománia esetén), és a major depresszió esetében pedig 18 éves kor alatt úgynevezett „A” kritérium az irritabilitás (15). Az alábbiakban nagyon rövid esetleírásokkal szeretnénk segítséget nyújtani rendelői helyzetek értelmezéséhez és a továbblépés, megoldás kialakításához (a gyakoriságot is szeretné leképezni az esetvinyetták száma).

Reaktív agresszió

Esetvignetták

I.

Még otthon nevelt két éves lány, közösségbe még nem jár. Egyszülős család, testvér hat éves, iskolát most kezdi. Nagyobb testvérét rendszeresen piszkálja, boltban megjelenik indulati helyzet rendszeresen, ott nehezen lehet testvérel konfliktusát kezelni, ő is minden olyan dolgot szeretne a boltból, mint a testvére. Perinatalis anamnézise negatív, mozgás és beszédfejlődése megfelelő. Felmerülő diagnózis: sine morbo, pszichoedukáció, kétszemélyes helyzetek, figyelem és következetes nevelési elvek alkalmazása javasolt.

II.

Ovis fiú, 4 éves, rendezett családi háttér, első gyermek. Visszatérő indulatosság, jelentős befeszülések, szülők és ön maga bántalmazása akadályoztatás esetén. Beszédfejlődése megkésett, oviban csak 4 órát van, oviban is megjelenik kortársak bántalmazása. Étkezése jelentősen szelektív, oviban nem eszik, csak a saját csőrös poharát fogadja el, zajokra jelentősen érzékenyebb. Felmerülő diagnózis: autizmus spektrum zavar, autizmus specifikus gyógypedagógiai ellátás szükséges, vizuális módszertan bevezetésével.

III.

Negyedik osztályos fiú, 10 éves. Gyermekkora óta jelentős mozgásigénye van. Szülők kapcsolata fokozatosan romlik, két hónapja apa elköltözött, azóta apának új barátnője van, aki kilenc éves gyermekével összeköltözött apával. Otthon a legkisebb nőgatásra is befeszül mindkét szülő felé, új „testvérel” folyton összekap, tanulmánya utóbbi időben romlik, tanárokkal felesel, egyik osztálytársát megütötte, mert az csúfolta ügyetlenségéért, figyelmetlenségéért. Felmerülő diagnózis: aktivitás-figyelmetlenség (ADHD), társuló oppozíciós zavarral. ADHD specifikus medikáció javasolt, továbbá pszichológiai konzultáció szükséges mind egyéni, mind családterápiás szinten.

IV.

Tizedikes gimnazista lány, 16 éves. Kimagasló tanulmányi teljesítménye az elmúlt fél évben fokozatosan hanyatlik. Jelentős hangulati hullámzások jelentek meg. Anya kezelt bipoláris beteg. Az utóbbi napokban alig alszik, nagyszamos gondolatai vannak (felmerült benne, hogy otthagya a gimit, mert több modellügynökség komolyan érdeklődik iránta), a rendezett család ezzel szembesíti, ezzel kapcsolatban otthon nagyon jelentős dühroham, tárgyak összetörése jelenik meg. Felmerülő diagnózis: bipoláris érintettség mániás fázis. Azonnali osztályos hospitalizáció szükséges, célzott medikáció beállítása és szoros utánkövetés elkerülhetetlen.

Proaktív agresszió

Esetvignetta

V.

Hetedikes fiú, 14 éves. Anya egyedül neveli a bátyjával együtt, bár a testvérel csak ritkán

találkozik, mert külföldön dolgozik (19 éves). Apát nem ismeri, anyja három műszakban dolgozik. Család már évek óta családsegítő szolgálattal kapcsolatban van. Tanulmánya alsó tagozatban még jó nivójú volt, de felső tagozatban fokozatosan romlott, a hetedik osztályt ismétli. Anya tiltása ellenére testén már több piercing van, bevallottan egy éve dohányzik, és rendszeresen fogyaszt „ezt-azt”, ami nélkül már kiüresedett, értéktelen, az újabb szerekre „pénz mindig kell, bárhogyan”. Kortársakat rendszeresen bántja, „szivatja”, éjszakánként kimarad, és már előfordult videó megosztása arról, hogy megfenyegette egyik gyengébb osztálytársát. Felmerülő diagnózis: viselkedészavar, társuló addiktológiai problémákkal. Addiktológiai kezelés szükséges, szoros kontroll mellett, egyéni és csoportos pszichológiai támogatással.

Megbeszélés

Klinikai szempontból az irritabilitáshoz, reaktív agresszióhoz tartozó állapotok a gyakoribbak (13). Ezek közül a legjelentősebb az oppozíciós zavar, amely elsősorban a tekintélyszeméllyel (szülő, pedagógus, edző, ellátó) szemben áll fenn, legalább fél éves időtartamban, és funkcionális nehézséget okoz. A tünetek egyik csoportja a dühös, irritabilis hangulat, másik csoportja az ellenálló-megkérdőjelező-vitakozó viselkedés, míg az esetek egy kisebb részében a harmadik tünetcsoport a bosszúállással kapcsolatos (15). Ezek a gyerekek akár egy egyszerű kérdés-kérdés mentén jelentősen be tudnak feszülni, és a felnőtt automatikus befejezése egy ilyen helyzetben csak eskalációt eredményez, ezért ilyen esetekben kifejezetten hasznosak a de-eszkalációs technikák.

A proaktív agresszió leggyakoribb megnyilvánulása a viselkedészavar esetében van jelen. A viselkedészavar alapvető diagnosztikai kritériumai nem, de árnyalt értelmezése jelentősen változott a DSM-5 mentén (15). A viselkedészavar kiemelt jelentőségű, az összes mentális eltéréssel járó állapot közül világszerte a 14 év alatti életkorban ez jár a legmagasabb szintű társadalmi „teherrel” (16). A viselkedészavar diagnosztikusan négy területet érint, amely jellemzően a korosztályos normák súlyos megsértésére irányul: emberek és állatok felé irányuló agresszió, vagyonrongálás, csalás vagy lopás, szabályok súlyos megsértése. A DSM-5 bevezette a rideg-érzéketlen személyiségvonás jelenlétét (korlátozott proszociális érzelmek, melyek esetében kettő szükséges az alábbi négy tünetből

az elmúlt 12 hónap során: I. büntudat érintettsége; II. empátia érintettsége; III. érzelmi reaktivitás érintettsége; IV. morális ítéletalkotás érintettsége), ezzel kapcsolatban rövid magyar nyelvű összefoglaló elérhető (17). Ezek az állapotok gyakran együtt járnak komorbid ADHD-val, hangulati érintettséggel és szerhasználattal, amely megnehezíti az állapot menedzsmentjét. Miután ezeknél a gyermekeknél fennáll a későbbi antiszociális fejlődési út lehetősége, mindenképpen szükséges gyermekpszichiátriai irányban való további terápiás ellátásuk (18). A proaktív agresszió még ADHD-val társultan is elsősorban komorbid viselkedészavar esetében van jelen (19), és erős genetikai meghatározottsága van (20).

Az agresszió kezelése

Az elsődleges mindig a rendelői helyzet menedzselése, ha szükséges de-eszkalációs technikák használata, szélsőséges esetben mentők-rendőrség értesítése. Ezek tüneti lépések, de kritikusak a biztonság szempontjából. A következő lépés az alapbetegség (alapfelállítás) tisztázása. Az alapbetegség specifikus kezelése elsődleges pl. ADHD, autizmus spektrum zavar, bipoláris zavar, major depresszió, pszichotikus zavarok stb. Számos esetben a gyermek alapbetegségének specifikus gyógyszerelése szükséges, de elkerülhetetlen a szülői-környezet edukációja. Az agresszív viselkedés sokszor egy környezeti konstellációra adott reakció, lehet pl. otthoni bántalmazás, iskolai zaklatás (bullying), a szülők közötti feszültség kivetülése is. A szülők edukációja és tréningje mellett a gyermek pszichológiai ellátása is alapvető jelentőségű, sokszor családterápiás keretek is szükségesek (3, 13, 18, 21).

Az angolszász területeken nagy hagyománya van a szülőtréning programoknak (ezek döntően externalizációs problémák esetében, elsősorban iskolát megelőző időszakban bírnak kiemelt jelentőséggel), ilyen pl. a triple-P (22). Az angolszász NICE ajánlás a legfontosabbnak a szülőtréninget és a viselkedési intervenciókat tekinti (18), és a gyermekkor viselkedészavarokra vonatkozó hazai irányelv is az ilyen irányú intervenció fontosságát szorgalmazza (23). Örömmel számolhatunk be arról, hogy elindult egy magyar fejlesztésű intervenció program, a „Fel a hegyre”, ígéretes eredményekkel (24). Bár a jelzett magyar nyelvű program a klinikai szintet el nem érő gyermekpopuláció menedzselésére indult el elsődlegesen, az itt megfogalmazott gyermeknevelési elvek rendkívül jelentős szereppel bírnak a primer és szekunder prevenció szempontjából is.

Summary

Some aspects of childhood aggressive behavior

Jozsef Halasz, Pro Rekreatiöne Toparti Outpatient Clinic, Gardony, Hungary

In part of the cases aggressive behavior in childhood is based on parental reports rather than direct experience of the clinician. Depending on age and context, aggressive behavior can occur in healthy children, or it can be associated with almost any child psychiatric condition, and in some cases it can be a symptom of a serious central nervous system condition. It is advisable to distinguish between reactive aggression that occurs in response to perceived or real provocation, and proactive aggressive behavior that is carried out for the sake of aggression. In clinical practice, aggression most often occurs in oppositional defiant disorder and conduct disorder. Proactive aggression that occurs in conduct disorder and callous-unemotional trait is associated with the risk of later antisocial development.

KEYWORDS aggression, conduct disorder, irritability, proactive, reactive

Irodalom

- Hajnal Á. Az agresszivitás-impulzivitás problémái. In: Buda B, Kopp M, editors. Magatartástudományok. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2001. P. 407–34.
- Hárdi I. Az agresszió képi kifejeződése. Magyar Tudomány. 2006; 167:12–20.
- Kamarova S, Davidson SRE, Williams CM, et al. Predictive Validity of Violence Screening Tools in Emergency and Psychiatric Services: A Systematic Review. Trauma, Violence, & Abuse. 2025; DOI: 10.1177/15248380251358224.
- Haller J. Az agresszió neuroendokrinológiája. In: Buda B, Kopp M, editors. Magatartástudományok. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2001. P. 395–406.
- Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. Am J Psychiatry. 2008; 165:429–42.
- Schultz JR. Behavior Management and Discipline. In: Baker RC, editor. Pediatric Primary Care. Well-Child Care. Philadelphia, MA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. 215–25.
- Halász J. A glukokortikoid hipofunkció hatása az agresszióra és a társuló zavarokra. PhD Disszertáció, Semmelweis Egyetem, 2003; 1–131.
- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, és mtsai. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. Biol Psychiatry. 2006; 60:991–7.
- Leibenluft E, Allen LE, Althoff RR, et al. Irritability in Youths: A Critical Integrative Review. Am J Psychiatry. 2024; 181:275–90.
- Raine A, Dodge K, Loeber R, et al. The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys. Aggress Behav. 2006; 32:159–71.
- Fite PJ, Evans SC, Tampke EC, et al. Parent, Teacher, and Youth Reports on Measures of Reactive and Proactive Aggression. Child Youth Care Forum. 2024; 53:957–79.
- Bozsik C, Körmendi A, Ináncsy-Pap J, és mtsai. A reaktív/proaktív agresszió, a rideg/érzéketlen vonások és a viselkedési problémák kapcsolata magyar serdülőknél. Psychiatr Hung. 2013; 28:48–56.
- Halász J, Gádoros J. Ingerlékenység, indulatkezelési nehézség gyermekkorban: diagnosztikai megfontolások. Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle. 2012; 17:55–6.
- Baldwin JR, Wang B, Karwatowska L, et al. Childhood Maltreatment and Mental Health Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis of Quasi-Experimental Studies. Am J Psychiatry. 2023; 180:117–26.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Fifth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Psychiatry. 2022; 9:137–50.
- Halász J. DSM-5 változás és viselkedészavar. Gyermekorvos Továbbképzés. 2015; 14:10–3.
- National Institute for Health and Care Excellence. Antisocial Behaviour and Conduct Disorders in Children and Young People. Recognition, Intervention and Management. National Clinical Guideline Number 158. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2013.
- Vida P, Balázs J, Gádoros J, et al. Reactive and proactive aggression in clinical adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder: The moderating role of gender and comorbidities. Clin Child Psychol Psychiatry. 2022; 27:412–23.
- Kleine Deters R, Ruisch IH, Naaijen J, et al. Linking genetics to behavior: from glutamatergic genetic variation via amygdala morphology and fear recognition to youth's callous-unemotional traits and reactive-proactive aggression. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. 2025; <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2025.10.012>.
- Vida P, Halász J, Gádoros J. Az agresszív és proszociális viselkedés megjelenése a gyermekkori pszichopatológiában. Psychiatr Hung. 2013; 28:261–73.
- Sanders MR. Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple P-Positive Parenting Program. Annu Rev Clin Psychol. 2012; 8:345–79.
- Egészségügyi Szakmai Kollégium. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a gyermekkori viselkedészavarok ellátásáról. Egészségügyi Közlöny. 2019; 69:420–53.
- Miklósi M, Sulyok RS, Kárpáti N, Vasvári S, Gallai M. Online prevenció szülőtréning program hatékonyságának vizsgálata randomizált kontrollált elrendezésben. Gyermeknevelés Tudományos Folyóirat. 2024; 12:106–2

Ótírávaló tudnivaló

- Az agresszív viselkedés nem diagnosztikus entitás, bármely gyermekpszichiátriai kórképhez társultan és betegségállapot nélkül is megjelenhet.
- A vélt vagy valós provokációra megjelenő reaktív agresszió lényegesen gyakoribb, klinikai helyzetekben elsődlegesen ez valószínűsíthető.

- Az agresszivitás örömeért megjelenő proaktív agresszió antiszociális személyiségfejlődéssel kapcsolatba hozható.

Tesztkérdések

1. A viselkedészavarra jellemző (1 helyes válasz):

- Hormonális markerekkel jól diagnosztizálható
- Könnyen kezelhető kriminális érintettségű serdülőknél
- Megjelenhet a rideg-érzéketlen vonás
- Lányokban gyakoribb
- Mindegyik igaz

2. A proaktív agresszióra leginkább jellemző (1 helyes válasz):

- Bármely gyermekpszichiátriai kórképben gyakori
- Kipirult arc, verejtékezés kivétel nélkül társul hozzá
- Az agresszió önmegegerősítésként van jelen
- Tachycardia és hyperventilatio mindig jelen van
- Mindegyik igaz

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekeorvostarsasag.hu.
A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!

AB-KOLICARE®

Étrend-kiegészítő

Bifidobacterium longum KABP™ 042 (CECT 7894)

Pediococcus pentosaceus KABP™ 041 (CECT 8330)

A leggyorsabban
ható probiotikum
kólika esetén*

Újdonság a csecsemőkori kólika és funkcionális székrekedés kezelésében

- Klinikailag igazolt, nincsenek mellékhatások
- Az első naptól adható, tápszeres csecsemőknek is
- Csökkenti a sírás időtartamát és gyakoriságát
- Modulálja a bélfloát, serkenti a hasznos bifidobaktériumok szaporodását
- Növeli a bélfloa diverzitását és gátolja a patogén baktériumok szaporodását
- Elősegíti a bélfloa érését
- Segíti az anyatejben lévő oligoszacharidok (HMO) emésztését
- Nem termel gázt (homofermentatív metabolizmus)
- Gyulladáscsökkentő hatású



* Moreno-Villares, J. M. et al. Comparative efficacy of probiotic mixture *Bifidobacterium longum* KABP042 plus *Pediococcus pentosaceus* KABP041 vs. *Limosilactobacillus reuteri* DSM17938 in the management of infant colic: a randomized clinical trial. *Eur J Pediatr* 183, 5371–5381

AB-BIOTICS
Part of KANEKA Corporation

Magyarországi forgalmazó: LiME Pharma Kft.
További információ: info@limepharma.hu, www.ab-biotics.com



Pszichózis gyermek- és serdülőkorban

Csábi Györgyi dr.

Pécsi Tudományegyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Tanszék, Pécs (Klinikaigazgató: Decsi Tamás dr.)

LEVELEZÉSI CÍM:

Csábi Györgyi dr.

Pécs, József Attila utca 7.

E-posta: csabi.gyorgyi@pte.hu

ÖSSZEFOGLALÁS A gyermek-és serdülőkori pszichotikus betegségek komoly kihívást jelentenek a klinikai praxisban, a tünetek (hallucinációk, téveszmék, pszichomotoros nyugtalanság) súlyossága és a sok esetben negatív kimenetellel járó kórlefolyás miatt. Pszichotikus tünetek megjelenhetnek mentális betegségekben, de számos belgyógyászati és neurológiai betegségben is manifesztálódhatnak, így a tünetek felismerése, a betegség adekvát kezelése kiemelt gyermekgyógyászati jelentőséggel bír. A komplex kezelés az antipszichotikus medikáció mellett bevezetett pszichoszociális terápiákat, a családdal folytatott kapcsolattartást és a közösségi pszichiátriai intervenciókat jelenti.

KULCSSZAVAK pszichózis, gyermek- és serdülőkori szkizofrénia, differenciáldiagnózis, komplex kezelés

A pszichotikus világ

A pszichózis során a valósággal való kapcsolat megszakad, téveszmék, érzékszálódások jelentkeznek, melyet a beteg realitásként él meg. A kóros tapasztalás és élménytöbblet hatása alatt a viselkedés patológiás irányú változása jelenhet meg, auto- és heteroagresszív megnyilvánulások manifesztálódhatnak. A pszichózis gyakran sürgősségi beavatkozást igénylő állapot, abban az esetben, ha a beteg veszélyeztető magatartást tanúsít saját magára vagy másokra nézve. A pszichotikus tüneteket mutató gyermeket nem ritkán először a gyermekgyógyász vizsgálja, így a tünetek időben történő felismerése, helyes értékelése fontos gyermekgyógyászati jelentőséggel bír.

A pszichózis gyermekkorban ritka, míg serdülőkorban már gyakoribbá válik (1, 2), azonban pszichózist utánzó állapotok lényegesen gyakrabban fordulnak elő, amelyek differenciáldiagnosztikai nehézséget okozhatnak. Fontos, hogy a tüneteket a normál fejlődés és életkori sajátosságok kontextusában értelmezzük. Sok gyermek és serdülő jelez bizonytalan hallucinációkra és téveszmékre utaló tüneteket anélkül, hogy valóban fennállna pszichózis (1,2). Így a gyermekgyógyászati praxisban elkülönítendő probléma a gyermek fokozott fantáziatévékenysége következtében jelentkező, a pszichózis gyanúját keltő tünetek, illetve az ebben az életkorban nem ritkán megjelenő normál és kóros illúziók. Az illúzió reális ingerek keltette hamis

észrevezés, például, ha egy sötét helyiségben a gyermek egy bútor körvonalában szörnyet vél felfedezni. Kóros az illúzió, ha ez oly mértékben kihat a viselkedésére, hogy intenzív félelmi reakciót mutat, sírni, menekülni kezd. Mindkét esetben a gyermek realitáskontrollja megtartott, verbálisan jól megnyugtatható. A valódi pszichotikus állapotok hátterében többféle ok állhat. A pszichotikus tünettan megjelenhet mentális betegségekben, így előfordulhat szkizofréniában, szkizoaffektív zavarban, súlyos depresszióban, mániában, droghatás következtében, de előfordulhatnak pszichotikus tünetek organikus kórképekben is, például neurológiai (temporális epilepszia, agytumor, encephalitis) és belgyógyászati (SLE, hyperparathyreosis) betegségekben. A pszichózis hátterében álló mentális és organikus betegségeket az 1. táblázat szemlélteti.

A gyermek- és serdülőkori szkizofréniáról röviden

A következőkben a gyermekkori pszichotikus betegségek közül a – legnagyobb klinikai jelentőséggel bíró – szkizofrénia kerül részletesebben tárgyalásra. A szkizofrénia az elmeműködés zavara, melyet az észrevezés, gondolkodás, érzelmi élet, motiváció, magatartás zavarai jellemezhetnek, melyek a gyermek iskolai és szociális működésében zavart idéznek elő. A jellegzetes tünetek legalább

1. táblázat: A pszichózis hátterében álló mentális és organikus betegségek (13)

Pszichózis mentális betegség következtében	Pszichózis organikus betegségek következtében
Szkizofrénia	Epilepszia
Szkizoaffektív zavar	Virális, bakteriális encephalitis
Paranoid pszichotikus zavar	Autoimmun encephalitis (anti-NMDAr encephalitis)
Major depresszió	SLE
Mánia	Agytumor
Poszttraumás stressz zavar	Cushing-kór
Személyiségzavar	Hyperparathyreosis
	Hyperthyreosis
	Hashimoto encephalopathia
	Hepatikus encephalopathia
	Urémiás encephalopathia
	Kortikoszteroidok, antikolinerg szerek, szimpatomimetikumok
	Drogintoxikáció
	Wilson-kór
	Prader-Willi-szindróma, 22q11.2 deléciós szindróma

egy hónapon keresztül (sikeres kezelést követően rövidebb ideig) állnak fenn. A percepció zavara-ként hallucinációk jelennek meg, melyek szkizofréniaiban elsősorban akusztikusak (hanghallások utasító, kommentáló jelleggel). A gondolkodás zavara inkoherenciában, körülírt tartalmi zavara téveszmék formájában nyilvánul meg. A téveszmék általában bizarr téveszmék, melyek a való életben nem fordulhatnak elő, például gondolatok elvonása, gondolatok külső irányítottága, szétsugárzása. Jellemző az érzelmi élet elszegényedése, (ambivalencia, anhedonia), az akarati élet, motiváció megváltozása (abulia, apathia). A magatartás zavarai (dezorganizáció, katatonía) mellett megjelenhet a valóságérzékelés és ítélőképesség megváltozása. A szkizofréniaiban szenvedő betegek jelentős részének nincs betegségbelátása, mely gyakran megnehezíti a terápiával való együttműködést.

A szkizofrénia élettartam prevalenciája kb. 1%. Indulása leggyakrabban a fiatal felnőttkorra tehető, de mintegy 10%-ban gyermekkorban is jelentkezhet, így megkülönböztetünk korai kezdetű (12-18 év) és igen korai kezdetű szkizofréniát (<12 év). A 12 év alatt kezdődő szkizofrénia ritka (prevalencia: 1,6–1,9/100 000 gyermek), az előfordulás a kamaszkorban fokozatosan nő, az összes szkizofréniával élő páciens 5%-a esetében a tünetek 13 és 17 éves kor között kezdődtek (3). A preadoleszcens korban jellemző a 2:1 fiú dominancia, mely a fiatal felnőttkorra kiegyenlítődik. Az öngyilkossági rizikó elsősorban a serdülőkorú esetekben magasabb, ezen páciensek 32%-a kísérel meg szuicídiumot az első kórházi felvételt megelőzően (3). A gyermek-

és serdülőkorú szkizofrén pszichotikus betegek esetében a családi anamnézis gyakrabban pozitív, valamint genetikai abnormalitások – ezen belül is gén kópiaszám variánsok – magasabb számban észlelhetők (4).

A szkizofrénia etiológiája nem teljesen tisztázott, leginkább a stressz-vulnerabilitás modell mentén értelmezhető, mely szerint a genetikai és neurobiológiai faktorok a környezeti tényezőkkel interakcióban felelősek a betegség megjelenéséért. Ha a genetikai és neurobiológiai vulnerabilitás kifejezett, már viszonylag kisebb környezeti stressz is triggerelheti a betegség manifesztációját (5, 6).

A korai idegfejlődési zavar koncepció szerint a prenatális és/vagy perinatális időszakban manifesztálódik valamilyen genetikai vagy epigenetikai ok, amely károsítja az agy fejlődését, elsősorban a neuronális proliferáció és migráció zavarán keresztül. A statikus nem-progresszív agyfejlődési zavar interakcióba lép a normál agyi érési folyamatokkal, mely a tünettan megjelenéséhez vezet. A központi idegrendszeri strukturális eltérések a korai kezdetű szkizofréniában kifejezettebbek (5, 6).

A késői idegfejlődési zavar koncepció szerint egy, a kamaszkorban fiziológiásan megjelenő természetes folyamat, az ún. szinaptikus elimináció (nyesés, pruning) válik diszfunkcionálissá. A szinaptikus nyesés során az addig nem „behuzalozódott” szinapszisok eliminálódnak, mely élettani folyamat a kamaszkor végén jelentkezik és összefüggést mutat a kognitív képességek, elsősorban az absztrakt gondolkodás nagymértékű fejlődésével.

Szkizofréniában ez az eliminációs folyamat diszfunkcionális, mely magyarázza, hogy a tünetek időbeni megjelenése zömében a kamaszkor végére, illetve a fiatal felnőttkorra tehető (6).

A traumatogén neurodevelopmentális modell szerint a gyermekkorban elszenvedett súlyos traumatizációnak kóroki szerepe van a pszichózis kialakulásában. Minél súlyosabb a bántalmazás és minél elhúzódóbb, annál nagyobb az esélye a pszichózis kockázatának.

Az idegfejlődési zavar a neurotranszmisszió (dopamin, glutamát, szerotonin) zavarán keresztül idézi elő a szkizofréniára jellemző klinikai tüneteket. Míg a hallucinációk, téveszmék jelentkezéséért a mezolimbikus struktúrák szinapszisainak magasabb dopamin koncentrációja felelős, addig a negatív tünetek és a kognitív tünetek hátterében a prefrontális lebeny alacsonyabb dopamin koncentrációja áll (1).

A szkizofréniát súlyos, az esetek nagy többségében élethosszig tartó krónikus pszichiátriai betegség. A körlefolyást tekintve elkülöníthetünk premorbid, prodromális fázist, első epizódot, melyet remisszió és relapszus követhet. A premorbid fázisban már lehetnek jelek, amelyek utalhatnak az eltérő fejlődésre, leggyakrabban alacsonyabb kognitív képességek, tanulási zavarok, viselkedésszabályok fordulhatnak elő, melyek nem specifikusak. Egy szellemes és innovatív vizsgálatban, a kutatók szkizofrén betegek gyermekkori születési napjait videófelvételeit tanulmányozták, ahol a későbbi beteg társaival játszott és ünnepelt (7). A filmfelvételeket megtekintő vizsgálatok, akik nem tudták, hogy melyik gyermek lesz később beteg, képesek voltak azonosítani a későbbiekben beteggé váló gyermekeket, ekkor még alig jelentős magatartásbeli, affektív és motoros jegyek alapján. Az eredményeket később több vizsgálat is megerősítette (6). A prodromális fázisban markáns viselkedésváltozást láthatunk, a gyermek visszahúzódóvá válhat, tanulmányi eredménye romolhat, anhedónia jelentkezhet, környezetét, saját magát elhanyagolja, mely tünettan tévesen a depresszió, vagy az eriksoni, serdülőkorú identitáskriszís látszatát keltheti. A prodromális fázist követően, az első epizód indulásakor téveszmék, hallucinációk, inkohérensia, súlyosan dezorganizált vagy katatón viselkedés, negatív tünetek (érdeklődés, indíték elvesztése, érzelmi elsivárosodás) lépnek fel. A beteg sokszor agitált, ön-és közveszélyes állapotban van, ezért fontos a tünetek helyes értékelése és mielőbbi pszichiátriai ellátás megkezdése. Tekintettel arra, hogy az esetek jelentős részében betegségtudat nem áll fenn, a kórházi kezelés megkezdése a beteg akarata ellenére történik. A közvetlenül veszélyeztető magatartás esetében a beteg jogi szempontból cselekvőképtelen állapotúnak számít, mely a korlátozó intézkedések jogalapjául szolgál, vagyis megteremti az

alapot a sürgősségi pszichiátriai ellátáshoz. Ha a pszichotikus állapotban lévő beteget a gyermekorvos észleli először, joga van a gyermek és szülő akarata ellenére is a pszichiátriai osztályra szállítani a beteget, akár rendőri segítséggel is, ugyanakkor kötelessége a szülőt, gyámot, betegjogi képviselőt értesíteni az esetről. A gyermekpszichiátriai osztályon ilyen esetben a bírói szemle elrendelése kötelező, mely igazságügyi orvosszakértői vizsgálat alapján dönt a kötelező gyógykezelésről (2).

A szkizofrén pszichózisok diagnózisa és differenciáldiagnózisa

Az első pszichotikus epizód esetén a beteg részletes kivizsgálása indokolt. Elsőként el kell döntenünk, hogy induló mentális betegség részeként jelentek meg a pszichotikus tünetek, vagy másodlagosan, valamilyen organikus hátterű kórképhez csatlakozóan. Fontos a mindenre kiterjedő részletes anamnézis és fizikális vizsgálat, amely magában kell, hogy foglalja a családban előforduló pszichiátriai betegségről, perinatális anamnézisértől, fejlődésbeli eltérésekről, szociokulturális háttérrel, esetleges bántalmazásról szóló információkat. Ha az anamnesztikus adatok, fejlődéstörténet és a keresztmetszeti klinikai kép alapján szkizofréniát gyanúja merül fel, akkor a jelenleg hazánkban használt a BNO-10 és a DSM-5 diagnosztikus kritériumrendszere alapján állítható fel a diagnózis (2). Laborvizsgálattal (vérkép, elektrolit, CRP, vese-máj-funkció, pajzsmirigy hormonok, vércukor, lipidek, toxikológia) néhány differenciáldiagnosztikailag felmerülő kórkép kizárható, valamint fontos, hogy a terápia megkezdése előtti paraméterek, valamint kardiológiai státusz is rögzítésre kerüljenek, mivel az antipszichotikumoknak számos metabolikus és kardiotoxikus mellékhatása lehet. A temporális epilepszia, esetleges encephalitis kizárására EEG vizsgálat elvégzése javasolt, továbbá koponya MR vizsgálat is indokolt az organikus háttér tisztázása céljából. Ha felmerül a gyanúja annak, hogy a pszichotikus tünetek hátterében autoimmun encephalitis áll, vérből és liquorból kell meghatározni a specifikus antitesteket, melynek pozitívítása esetén állíthatjuk fel a definitív diagnózist. Az autoimmun encephalitisek esetében különös kihívás, hogy a betegség korai szakaszaiban szkizofrén pszichotikus és katatón tünetek uralhatják a tüneti képet, amelyek helyes értékelése életmentő lehet (8). Serdülőkorban az etiológiai faktorok között nagy jelentőséggel bír az esetleges drogfüggőség, mely egyrészt közvetlenül, az intoxikáció kapcsán képes pszichotikus tüneteket kiváltani, de késleltetett módon is előidézhethet pszichózist (1 hónapon belül), melyet drog indukálta pszichózisként értékelünk (9). Legújabb közlések a gyógyászatban

használt kannabinoidok esetében is fokozott pszichózis és szuicid rizikóról számolnak be (10). Mindezek alapján elengedhetetlen, hogy a toxikológiai vizsgálat részét képezze a kivizsgálásnak. Wilson-kór gyanúja esetén szérumban réz, cöruropiazmin és vizeletben réz ürítés vizsgálata javasolt. Láz és pszichotikus tünetek együttes jelentkezése esetén gondoljunk központi idegrendszeri gyulladásra, thyreotoxikózisra, vagy antikolinerg intoxikációra.

A kezelés szempontjairól

Kezelésében a komplex terápiás megközelítés javasolható. A terápia bázisa az antipszichotikus kezelés, de fontos kiegészítés a pszichoedukáció, a pszichoterápiás és családi intervenciók. A kezdeti, akut fázisban az agresszív, veszélyeztető magatartást mutató betegek sürgősségi ellátásánál Haloperidol és szükség szerint benzodiazepin adható, de felmerülhet fizikai korlátozás szükségessége is. A terápia bázisaként második generációs (atípusos) antipszichotikumot építünk fel. A kezelés során monoterápiára törekszünk, cél a legkisebb hatékony dózis beállítása, a mellékhatások egyidejű monitorizálása mellett. A gyermekpszichiátriai praxisban szkizofrénia kezelésére adható, törzskönyvezett készítmények a paliperidon, aripiprazol és brexpiprazol, terápiarezisztencia esetén klozapin adása javasolható. Egy 2014-ben közzétett szisztematikus áttekintés szerint a klozapin hatékonyabb volt más antipszichotikumokkal összehasonlítva kezelésre refrakter gyermek- és serdülőkorú szkizofrén betegek esetében (11). Az antipszichotikus hatás jelentkezését ki kell várni, ez minimum 2-4 hét, vagyis hibás az a gyakorlat, ha 1-2 hét kezelés után is fennálló tünetek esetén gyógyszerváltást indikálunk. A pszichoedukációnak és családi intervencióknak óriási szerepe van az adherencia kialakításában. Fontos, hogy részletes tájékoztatást adjunk a betegségről, annak prognó-

zisáról és kellőképpen elmagyarázzuk, hogy az esetleges gyógyszerelhagyásnak milyen káros következményei lehetnek a relapszus vonatkozásában.

A gyermeknél diagnosztizált szkizofrénia örökre megváltoztatja egy család életét, együtt élni a beteg gyermekkel nagyfokú alkalmazkodást igényel a család minden tagjától. Nagy hangsúlyt kell fektetni a mindennapi életben a családtagok részéről óhatatlanul felmerülő negatív érzelmek, kritikák, túlzott bevonódás csökkentésére. Ezen utóbbi jelenséget „Magas kifejezett érzelemnek” nevezzük és bizonyított, hogy az nagy jelentőséggel bír a relapszusok kialakulásának a szempontjából (12). Pszichoterápiás intervencióként az egyéni szupportív pszichoterápia mellett kognitív viselkedésterápia, művészetterápia, közösségi pszichiátriai intervenciók javasolhatók.

A korai indulású szkizofrén pszichózisok prognózisáról

A gyermekkorú szkizofrénia prognózisa kedvezőtlen. A betegek 80%-a kerül remisszióba az antipszichotikus kezelés hatására, de a későbbiekben jelentős a relapszusok aránya. A betegek 10–15%-ában nem jelentkezik újabb epizód. A korai kezdetű szkizofrénia esetén a betegek 50%-a súlyosan deteriorizálódik, kb. 10% hal meg szuicidium és egyéb, a betegséghez kapcsolható komplikációk miatt. Kiemelhető, hogy a szuicidális szkizofrén páciensek kezelése során a klozapin ajánlható (3). Rossz kimenetelt valószínűsít a pozitív családi anamnézis, a premorbid fázisban fennálló szociális funkciózavar, a diszmorfiás küllem, a kognitív funkciók zavara, a lappangó kezdet, az elhúzódó kezdetlen időszak és a negatív tünetek megjelenése. A szkizofréniával kezelt páciensek általános egészségi állapota rosszabb, tekintettel a gyakori dohányzásra, valamint a kezelés mellékhatásaként megjelenő metabolikus szövődményekre.

Summary

Psychosis in childhood and adolescence

Györgyi Csábi; Department of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Pediatrics, Medical School, University of Pécs, Hungary

Psychotic illnesses in children and adolescents pose a serious challenge in clinical practice, due to the severity of the symptoms (hallucinations, delusions, psychomotor agitation) and the often negative outcome of the disease. Psychotic symptoms can appear in mental illnesses, but they can also manifest in many internal medicine and neurological diseases, so the recognition of the symptoms and the adequate treatment of the disease are of particular importance in pediatrics. Complex treatment means psychosocial therapies introduced in addition to antipsychotic medication, contact with the family and community psychiatric interventions.

KEYWORDS psychosis, childhood and adolescent onset schizophrenia, differential diagnosis, complex treatment approach

Irodalom

- Poletti M, Rabbalo A. Schizophrenia spectrum disorders in children and adolescents: Clinical, phenomenological, diagnostic and prognostic features across subtypes. Schizophr Res 2024; 274: 189-198.
- Egészségügyi szakmai irányelv - A gyermekkori pszichózisok diagnosztikájáról és ellátásáról. 2019; Egészségügyi Közlöny. <http://kollegium.aeek.hu>
- Tényi T, Csábi Gy. A szkizofrénia klorzapin kezelése gyermek- és serdülőkorban. Psychiatr Hung 2019; 34: Különszám, 29-32.
- Addington AM, Rapoport J. The genetics of childhood-onset schizophrenia: when madness strikes the prepubescent. Curr Psychiatry Rep 2009; 11: 156-161.
- Keshavan MS, Murray RM. (edit.) Neurodevelopment and Adult Psychopathology. 1997; Cambridge, New, Melbourne, Cambridge University Press.
- Tényi T., Trixler M. Az idegfejlődés és a felnőttkor pszichopatológiája. Psychiatr Hung 1999; 14: 3119-334.
- Walker E, Lewine RJ. Prediction of adult onset schizophrenia from childhood home movies. Am J Psychiatry 1990; 147: 1052-6.
- Hau L, Csábi Gy, Tényi T. Anti-N-metil-D- aszpartát-receptor encephalitis - útmutató a diagnosztikus és terápiás kihívásokhoz. Psychiatr Hung 2015; 30:402-8.
- Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. Lancet Psychiatr 2019; 6:424-36.
- Silva JP, Carvalho F. Medical cannabinoid use and the risk of developing psychoses and suicidality. Curr Opin Toxicol 2025; 44:100551.
- Schneider C, Corrigan R, Hayes D et al. Systematic review of the efficacy and tolerability of clozapine in the treatment of youth with early onset schizophrenia. Eur Psychiatry 2014; 29:1-10.
- Weiss A, Chaudhry S, Marhefka A et al. Early intervention in the treatment of psychosis. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2024; 33:645-58.
- Manolesou S, Kyriakopoulos M. Acute-onset psychosis in children and young people. J Pediatr Child Health 2024; 34:439-43.

Útravaló tudnivaló

- A gyermek- és serdülőkor pszichózis sürgősségi beavatkozást igénylő állapot.
- Megjelenhet mentális betegség részeként, de manifesztálódhat belgyógyászati és neurológiai betegségekben is.
- A pszichózis kezdetlen időszakának hossza nagyban befolyásolja a prognózist, így kiemelt fontosságú a tünetek beazonosítása és az adekvát terápia időbeni megkezdése.

Tesztkérdések

1. Szkizofrénia tünetei, kivéve egyet

- téveszmék
- hallucinációk
- durván szétesett, katatón viselkedés
- inkoherencia
- konfabuláció

2. Gyermek- és serdülőkorban pszichotikus tünetek az alábbi állapotokban fordulhat elő, kivéve egyet

- bipoláris zavar
- anti-NMDAr encephalitis
- szorongásos zavar
- epilepszia
- agydaganat

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekeorvostarsasag.hu. A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!



Barbara Falenta

Anyáktól anyáknak és apáknak

SEMMEIWEIS KIADÓ



Az autizmus és szkizofrénia spektrum zavarok serdülőkori diagnosztikájának nehézségei

Kállai Imre dr., Kamuti Katalin dr.

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály
(Osztályvezető: Kamuti Katalin)

LEVELEZÉSI CÍM:

Kállai Imre dr.

4031 Debrecen, Bartók Béla út 3.

E-posta: dr.kallai.imre@med.unideb.hu

ÖSSZEFOGLALÁS Az autizmus spektrum zavar és a szkizofrénia spektrum zavar a neurodevelopmentális pszichiátriai zavarok közé tartozik. Mind klinikai megjelenésükben, mind pedig neurobiológiai hátterükben ismertek az átfedések, hasonlóságok, amelyek a diagnosztikai folyamatban sokszor nehézséget okoznak, különösen a serdülőkorban végzett vizsgálatkor. Gyakran születnek téves diagnózisok épp a serdülőkor szenzitív időszakában, hisz ilyenkor a személyiségfejlődés, a gondolkodás fejlődése még nem teljesedett ki, így sok esetben nehéz differenciálni az autizmus spektrum zavar miatt fennálló szociális interakciós nehézségeket a korai kezdetű szkizofrénia prodromális tünetei miatt kialakult kapcsolati nehézségektől. Jelen összefoglalás a hasonlóságok mögött álló tényezőkre kívánja felhívni a figyelmet, illetve a mindennapi klinikai gyakorlathoz hasznos szempontot kínál a biztonságosabb diagnózisalkotáshoz, mely szerint az idegfejlődési mérföldkövek feltérképezése nagyban segíti a differenciálást.

KULCSSZAVAK autizmus spektrum zavar, szkizofrénia spektrum zavar, differenciáldiagnózis, serdülőkori eltérések

Bevezetés

A szkizofrénia spektrum zavart (SSD) és az autizmus spektrum zavart (ASD) jelenleg különálló betegségeként értelmezzük a használatban lévő klasszifikációs rendszerek (DSM-5, BNO-10/11) felosztása szerint. A szkizofrénia spektrum-zavarok (SSD) magukban foglalják a szkizotípiás személyiségzavart. Ezek pozitív tünetekkel, mint téveszmék, hallucinációk, a gondolkodás rendezetlensége, rendezetlen viselkedés, és negatív tünetekkel, mint a gondolkodás elszegényedése, szociális izoláció, önelhanyagolás, érzelmi elsívárodás stb. járnak.

Az autizmus spektrum zavarok (ASD) a DSM-5-ben a neurodevelopmentális zavarok között szerepelnek, és akkor diagnosztizálhatók, ha a szociális interakció és a kommunikáció hiányosságai mellett kifejezetten repetitív vagy sztereotip viselkedési mintázatok, érdeklődés vagy tevékenység is jelen van (1). Épp a prodromális vagy negatív tünetei a szkizofrénia/pszichózisnak azok, amelyek átfedésben vannak az autizmusban tapasztalt szociális nehézségekkel, így serdülőkorban a differenciálás nehézségekbe ütközhet. A huszadik század neves professzorai szintén felismerték a két klinikai kép hasonlóságait. Eugen Bleuler a szkizofrénia-

ban a „4A”-ként elhíresült tünetek jelentőségét emelte ki: a fellazult vagy elszegényesedett asszociációk és az ellaposodott affektusok (érzelmi megnyilvánulások) problémái mellett az ambivalenciára (a beteg egyidejűleg él meg egymásnak ellentmondó késztetéseket, érzéseket) és az autisztikus viselkedésre hívta fel a figyelmet.

Így a két zavar sokáig nem is különült el egymástól, viszont az utánkövetéses vizsgálatok (2), a gyarapodó klinikai tapasztalat igazolták a két pszichiátriai probléma különbözőségeit, nem is beszélve a különböző terápiás lehetőségekről. Már az autizmus első leírója, Leo Kanner is látja a különbséget a „bleuler-i autizmus” és a gyermekkori autizmus között (3). Kanner különbséget tesz a szkizofrénia és az autizmus között: a szkizofrénia tapasztalható szekunder visszahúzódnak és az általa közölt esetek primer autisztikus visszahúzódnak között. Ezzel együtt a különbségtétel nehézségét az is árnyalja, hogy sok esetben komorbiditás is előfordul (2), amely lehetséges valós együttállás, de a korábban félrediaosztizált ASD is, amely valójában SSD prodromális időszaka volt vagy fordítva. Tehát az átfedő tünetek között könnyen születet miszdiagnózis (4), ez különösen igaz lehet a serdülőkori megjelenésre, hisz ebben a szenzitív időszakban a személyiség és a gondolkodás fejlődése még formálódóban van, így egyértelmű, klasszikus értelemben vett delúziók, hallucinációk

nem mindig figyelhetők meg épp a pszichotikus állapot prodromális időszaka miatt. Véleményünk szerint a gyermekpszichiátriai ellátásban dolgozó szakembereknek élesebb szemük van az autizmus spektrum zavar tüneteire, így könnyebben születik ASD diagnózis SSD esetében, ennek fordítottja vehető észre a felnőtt pszichiátriai ellátásban, amikor az autizmus zavarral élő páciensek nem meghatározott szkizofrénia vagy szkizotípiás zavar diagnózist kapnak, holott egy részletesebb diagnosztikai folyamat bizonyosan egyértelműen igazolná az ASD jelenlétét (5). Ugyanakkor a differenciálás kérdése nem csupán a szavak játéka, hanem komoly különbséget jelenthet a kezelés tervezésében és kivitelezésében. Egy szkizofrénia spektrum zavar prodromális időszakában indított antipszichotikus terápia pozitívan hathat a betegség lefolyására, az életminőség javítására, ugyanígy a jól megválasztott, autizmus specifikus fejlesztés szintén elengedhetetlen a beteg életvezetése szempontjából.

Átfedések és különbségek

Az autizmus spektrum zavar számos pszichiátriai betegséggel összefüggésbe hozható mind fenomenológiailag, a tünetek megjelenésének hasonlósága szempontjából, mind a genetikai meghatározottság, a környezeti rizikó faktorok oldaláról, mind pedig a neuroanatómiai eltérések szemszögéből. Ezen átfedések említése kontextualizálja gondolatmenetünket.

Korai kezdetű szkizofréniáról beszélünk, ha a betegség indulása a 13-18 éves kor közé esik, továbbá ritka esetben igen korai kezdetű, vagy gyermekkori betegségről is beszámolhatunk, amikor a betegség jelenléte egyértelműen igazolható 13 éves kor előtt (6). A szkizofrénia lefolyásában ismerünk prodromális, aktív és reziduális fázisokat. A prodromális időszakban nincs jelen kibomlott pszichotikus állapot, viszont a beteg funkcionalitásában, világhoz, önmagához, saját szelfjéhez való viszonyában, szociális kontaktusaiban, valóságérzékelésében, affektusában előfordulhatnak minőségi eltérések, amelyeket premorbid állapotban már érzékelhetünk. Gyakran ezen prodromális időszak épp a serdülőkor, a felnőtté válás tranziens időszakára esik, amely könnyen keltheti a vizsgálóban a gyanút, hogy fel nem fedezett autizmus spektrum zavarról lehet szó a társas kapcsolatok terén tapasztalható problémák, nyelvi és kommunikációs nehézségek, a beszédértés problematikusnak látszó volta vagy a gondolkodás rigiditása, rugalmatlansága miatt (7).

A tünetek fenomenológiai megjelenésében lévő átfedések egyértelműek, amely különösen nehézé teszi a tranziens időszakban elvégzett korrekt diag-

nózist. A fenotípusos átfedések mögött genetikai, neurobiológiai átfedések is bőven akadnak, a nemzetközi irodalom igen széles tárháza tárul elénk ezen hasonlóságok vizsgálatát illetően. Mind a szkizofréniának, mind pedig az autizmusnak magas, 0,8 körüli a heritabilitása. Egy új metaanalízis tanulsága szerint a teljes genomon végzett asszociációs vizsgálatokban az ASD-vel összefüggő gének 75%-a az SSD-vel is összefüggésbe hozható, így könnyű belátni az átfedést a genetikai háttér esetében is (8).

A genetikai háttér tényezőknél a környezeti rizikóhatások is sok közös ponton találkoznak, hisz ismert mindkét állapot esetében a szülés körüli komplikációk, fertőzések jelenlétének magasabb aránya (9). Mind az SSD, mind pedig az ASD prenatális kockázati tényezői között szerepel az idős paternális (50 év feletti) kor (10). Az agyi képalkotó eljárásokkal végzett eredmények hasonló képet mutatnak a fenomenológiai, genetikai és környezeti kockázati tényezőkkel foglalkozó kutatásokhoz: számos hasonlóság figyelhető meg a két zavar között, de különbségek is vannak. A hasonlóságok tekintetében metaanalízisek szerint mind az ASD-ben, mind az SSD-ben érintett egyéneknél csökkent szürkeállomány-volumen találtak a limbikostriatotalamikus körökben, főként a jobb oldalon, beleértve az insulát, a posterior cinguláris kérget és a parahippocampalis gyrust (11).

Érdekes, hogy a hasonló viselkedési problémák megjelenése mögött az agyi funkcionális képalkotó vizsgálatok különböző agyi aktivációs mintázatokat mutattak ki. Az ASD-ben érintett személyek csökkent agyi aktivitást mutattak a mentalizációs képességhez kapcsolódó kulcsfontosságú területeken (cinguláris régiók, felső temporális sulcus, paracentrális lebeny) és az érzelem feldolgozásban szerepet játszó régiókban (elsődleges és másodlagos szomatosenzoros területek). Ezzel szemben a szkizofréniában szenvedők ezekben a régiókban indokolatlanul fokozott aktivitást mutattak. Ez a jelenség azzal magyarázható, hogy a mentalizációs kapacitás mind az autizmus spektrum zavarában, mind pedig a szkizofréniában érintett és egyfajta hipomentalizáció figyelhető meg, amely a szociális kapcsolatokban megélt zavarokhoz, alkalmazkodási nehézségekhez, izolációhoz vezet. Ezzel együtt a szkizofréniában maladaptív hipermentalizáció is jelen van, amely a delúziók kialakulásához is vezet, amikor a beteg kóros vonatkozások mentén elveszíti a realitástesztelést (12).

A funkcionális konnektivitási elemzések elsősorban a default mode hálózatban (DMN – Default Mode Network) és a szalicienciahálózatban (SN – Salience Network) mutattak ki közös, atipikus kapcsolatokat, ugyanakkor eltérő mintázatok is megjelennek.

A DMN hálózat az agy egyik legfontosabb, funkcionálisan összekapcsolt hálózata. Akkor aktív, amikor nem végzünk célirányos feladatot, például álmodozunk, emlékezünk, elképzeljük a jövőt, saját magunkkal kapcsolatos dolgokon rágódunk, mások gondolatait próbáljuk elképzelni (mentalizáció). Az SN hálózat ezzel szemben észleli, kiválasztja és priorizálja a fontos ingereket, gyakorlatilag eldönti, hogy mire érdemes figyelni: felismeri, ha valami fontos vagy fenyegető körülöttünk; eldönti, hogy érdemes-e átváltani a „belső gondolkodásból” (DMN) egy aktív, feladat-orientált hálózatra (central executive network, CEN); koordinálja az érzelmi, testi és figyelmi reakciókat.

Szkizofréniában DMN–SN közötti atipikus kapcsolatok voltak jellemzők, míg ASD-ben az SN-en belüli (intra-SN) kapcsolati zavarok domináltak (13). Hálózati szinten tehát mindkét állapotban kimutatható a DMN és az SN diszfunkciója, ami arra utal, hogy ezek a hálózatok a szociális kogníció zavarának közös végső útvonalait jelentik. Ugyanakkor a specifikus kapcsolódási mintázatok eltérnek: szkizofréniában DMN–SN közötti hálózatközi diszkonnectivitás figyelhető meg, ami a hálózatok közötti koordináció zavarával áll összhangban, míg ASD-ben az SN-en belüli eltérések jellemzők, ami arra utal, hogy az információfeldolgozás hálózaton belül kóros. Tehát mindkét jelenség vezethet szociális kognitív deficithez, de alapvetően eltérő mechanizmusokon keresztül. Ez magyarázza, hogy a viselkedéses kimenetek hasonlóan tűnhetnek, annak ellenére, hogy a neurobiológiai háttér eltérő. Így alakulhat ki komorbiditás és diagnosztikus nehézségek (14).

Tünetek, diagnosztikus lehetőségek

Magyarországon jelenleg mind a szkizofréniát, mind pedig az autizmust a BNO-10 szerint diagnosztizáljuk, amely a DSM-IV meghatározásaival mutat hasonlóságot (7). Ennek ellenére a BNO-11 és DSM-5 TR diagnosztikus szempontjait ismerjük és figyelembe vesszük. A DSM-5 klasszifikációs rendszer újítása az előző verzióhoz képest a spektrum szemlélet, így az autizmus és a szkizofrénia is egy-egy spektrumot alkot az új klasszifikációban. Megszűntek mind a szkizofrénia, mind pedig az autizmus esetében az altípusok, így a DSM-5 rendszerében már nem beszélünk például paranoid szkizofréniáról vagy Asperger-szindrómáról. A tünetek az autizmus esetében jól ismert csoportokba rendezhetők: minőségi eltérések tapasztalhatók a nyelvi és kommunikációs készségekben, a reciprok társas interakciókban, a rugalmas viselkedésszervezésben, a szenzoros ingerfeldolgozásban, a gondolkodási mintázatokban, a kreativitásban. A DSM-5 szerint két magtűnet elengedhetetlen

a diagnózishoz: egyrészt a szociális és kommunikációs zavar és a repetitív viselkedési mintázatok. A szkizofrénia esetében pozitív és negatív tünetekről beszélhetünk, amelyek a DSM-5 szerinti diagnosztikus kritériumok között is szerepelnek. A pozitív tünetek a téveszmék, hallucinációk, dezorganizált beszéd, dezorganizált viselkedés. A negatív tünetek pedig a gondolkodás elszegényedése, a szociális izoláció, a beszűkült affektivitás, az önelhanyagolás stb. A spektrum megnevezéssel szemben megjelentek kritikus hangok, amelyek szerint a DSM-5 diagnosztikus kritériumai csökkentik a szenzitivitást, így azok a betegek, akik DSM-IV szerint bekerültek volna egy alkategóriába, a DSM-5-ben a spektrumon kívül esnek (15). Többek között emiatt is ajánlatos az autizmus diagnosztizálásának folyamatában a DSM és BNO kategóriákon túlmutató arany standardnak tartott vizsgálo eljárások alkalmazása, mint az ADI-R és ADOS eszközök (16).

Az ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) egy standardizált, félig strukturált mélyinterjú, diagnosztikai eszköz, amelyet az autizmus spektrum zavarok felmérésére használunk, használata tréninghez kötött. Kifejezetten szülőkkel vagy gondozókkal készül, és a gyermek korai fejlődésére, kommunikációjára, szociális működésére és viselkedésére fókuszál. Megbízhatóan alkalmazható 18 hónap felett, objektív, a diagnózis részeként különösen hasznos korai fejlődési mintázatok feltárására. Az ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) az autizmus diagnosztikájának másik fontos, arany standard eszköze, amely megfigyelésen alapuló vizsgálat. Azt méri, hogyan viselkedik a személy szociális helyzetben, kommunikációs feladatokban és játékhelyzetekben. Míg az ADI-R a szülőkkel készített részletes interjú, addig az ADOS a közvetlen, strukturált klinikai megfigyelés eszköze. Az előbbi egy hosszmetzeti, fejlődési képet ad a betegről, míg az utóbbi egy keresztmetzeti képpel szolgál és lehetőséget ad a pervazív fejlődési zavarra jellemző viselkedési jelek megfigyelésére (7). Természetesen rendelkezésre állnak különböző kérdőívek (AQ, SRS, SCQ stb.), amelyek szintén segítik a diagnosztikai folyamatot. A szkizofrénia spektrumban szereplő kórképek felismerése, diagnosztizálása a klinikai kép, részletes exploráció, a tünetek kezdetének pontos feltérképezése, családi anamnézisérvétel és pszichológiai vizsgálat folyamatában történik.

Serdülőkori pszichiátriai vizsgálat során észlelt furcsa, szokatlan magatartás, beszédben, kommunikációban való eltérés, meglassultság, szociális izoláció a klinikusban felvetheti a pszichotikus állapot, szkizofrénia prodromális szakaszát vagy épp az autizmus lehetőségét (17), emiatt a diagnosztikus folyamatnak megfelelő részletességűnek kell lennie. Serdülőkorban is elengedhetetlen a részle-

tes keresztmetszeti képen túl pontosan számba venni a beteg idegfejlődésének mérföldköveit, kitérni a szenzoros érzékelés zavarának jellegzetes tüneteire is, lényegében követni az ADI-R és ADOS diagnosztikus eszközök komplex képet nyújtó logikáját. A mindennapi klinikai gyakorlatban az imént említett vizsgálóeszközök mind idő, mind pedig képzett szakember hiányában nem mindig egyszerűen kivitelezhetők, ugyanakkor a diagnosztikus pontosság gyakorlásában elengedhetetlenek. Természetesen az ASD-t megerősíthetik a szórt intellektuális képességprofil, projektív tesztek jelzései is, amelyek a multidiszciplináris diagnosztikus team jelenlétét indokolják a diagnosztikus folyamatban. Természetesen az utánkövetés is bőven kínálhat differenciáldiagnosztikai lehetőségeket, hisz az SSD azon túl, hogy neurodevelopmentális zavar, neurodegeneratív is, így a funkcióromlás szembetűnő lehet az ASD-val szemben (7).

Érdekességgéként érdemes megemlíteni az ASD és SSD közötti lehetséges különbségtételt neuropszichológiai szempontból. Egy metaanalízis szerint az ASD-val diagnosztizált betegek szignifikánsan gyengébben teljesítettek az arcról való érzelmefelismerés típusú tesztekben, mint az SSD-val élők, viszont egyéb hasonló teszteknel, mint például a szemből olvasás teszt eredményeiben nem volt szignifikáns eltérés (18). Ugyanakkor ezen eredmények nem olyan erősek, hogy egyértelmű és a klinikai gyakorlatban is használatos megkülönböztető eszközzé váljanak.

Ershova és munkatársainak vizsgálata a gyermekkori skizofrénia és az autizmus spektrum zavar genetikai elkülönítését célozta, három ismétlődő genom régió (riboszomális DNS, III. szatellit, telomer) elemzésével. A skizofrénias gyermekek DNS-

mintái több riboszomális gént és kevesebb szatellit III ismétlődést tartalmaztak, mint az ASD-s és egészséges gyermekek mintái, míg a telomerismételek mindkét betegcsoportban csökkentek az egészséges kontrollhoz képest. A szerzők egy új mutatót ($K_{\text{III}} = R^2/(S \cdot T)$) vezettek be, amely a három ismétlődési típus eltéréseit együttesen veszi figyelembe, és rendkívül jól elkülönítette a skizofrénias és ASD-s gyermekeket ($AUC = 0,88$). Az eredmények alapján a K_{III} mutató ígéretes genetikai marker lehet a gyermekkori skizofrénia diagnózisának megerősítésére (19).

Összességében láthatjuk azokat a genetikai, környezeti, neurobiológiai eltéréseket, amelyek erős átfedésben vannak az autizmus és skizofrénia esetében, így a kórállapotok klinikai megjelenése is sok tekintetben hasonlóságot mutat és sokszor nehezíti a pontos diagnózist azzal együtt, hogy a komorbid állapotok sem ritkák. Viszont a rendelkezésre álló diagnosztikus eszközeink alkalmazása könnyíti a serdülőkori differenciálást, melyek által fontos szerepet kap az idegfejlődési mérföldkövek feltérképezése a részletes keresztmetszeti vizsgálaton túl. Ha nem komorbid ASD, SSD állapot fennállásáról van szó, akkor lényeges szerepe van az elkülönítésnek, hisz az autizmus magtüneteire mai tudásunk szerint gyógyszeres terápia nem létezik, viszont a pszichotikus tünetek jól kezelhetők, illetve a skizofrénia prognózisa javulhat időben elkezdett antipszichotikus kezelés mellett. Így megfelelő gyógyszeres kezeléssel javítható a beteg aktuális állapota, funkcionalitása és a betegség kimenetele hosszabb távon is perspektivikusabb lehet. (20).

Summary

Challenges in the Diagnosis of Autism Spectrum and Schizophrenia Spectrum Disorders in Adolescence

Imre Kállai, Katalin Kamuti; University of Debrecen, Department of Child and Adolescent Psychiatry

Autism spectrum disorder and schizophrenia spectrum disorder belong to the group of neurodevelopmental psychiatric conditions. Overlaps and similarities are well documented both in their clinical presentation and in their neurobiological underpinnings, often creating challenges during the diagnostic process, particularly in assessments conducted during adolescence. Misdiagnosis may frequently occur in this sensitive developmental period, as personality maturation and the development of higher-order thinking are still incomplete. Consequently, it is often difficult to differentiate social interaction difficulties arising from autism spectrum disorder from relationship problems stemming from the prodromal symptoms of early-onset schizophrenia. The present summary aims to draw attention to the factors underlying these similarities and to offer a clinically useful perspective for safer diagnostic decision-making—namely, that mapping neurodevelopmental milestones can substantially facilitate differential diagnosis.

KEYWORDS Autism spectrum disorder, schizophrenia spectrum disorder, differential diagnosis, adolescent characteristics

Irodalom

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Chisholm K, Lin A, Abu-Akel A, Wood SJ. The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: A review of eight alternate models of co-occurrence. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015 Aug; 55:173-83.
- Kanner L. Infantile autism and the schizophrenias. *Behav Sci.* 1965 Oct; 10(4):412-20.
- Küçük A, Maner F, Ceylan ME. Autism spectrum disorders among adolescents and adults and comparison with schizophrenia. *Eur Res J.* Nov. 2019; 5(6)
- Fusar-Poli L, Brondino N, Politi P, Aguglia E. Missed diagnoses and misdiagnoses of adults with autism spectrum disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2022 Mar; 272(2):187-98.
- Kendhari J, Shankar R, Young-Walker L. A Review of Childhood-Onset Schizophrenia. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2016 Jul; 14(3):328-332.
- Farkas K, Bálint M, Baráth K et al. Az autizmus diagnosztikája és ellátása felnőttkorban. *Psych Hun* 2024; 258-85.
- Romanovsky E, Choudhary A, Peles D, Abu-Akel A, Stern S. Uncovering convergence and divergence between autism and schizophrenia using genomic tools and patients' neurons. *Mol Psychiatry.* 2025; 30(3):1019-28.
- Meyer U, Feldon J, Dammann O. Schizophrenia and autism: both shared and disorder-specific pathogenesis via perinatal inflammation? *Pediatr Res.* 2011; 69:26-33.
- Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Prenatal risk factors for autism: comprehensive meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2009; 195(1):7-14.
- Cheung C, Yu K, Fung G, et al. Autistic disorders and schizophrenia: related or remote? An anatomical likelihood estimation. *PLoS One.* 2010; 5(8):e12233. Published 2010 Aug 18.
- Kéri S, Kállai I, Csígyó K. Attribution of Mental States in Glossolalia: A Direct Comparison With Schizophrenia. *Front Psychol.* 2020; 11:638. Published 2020 Apr 15.
- Chen H, Uddin LQ, Duan X, et al. Shared atypical default mode and salience network functional connectivity between autism and schizophrenia. *Autism Res.* 2017; 10(11):1776-86.
- Davidson C, Greenwood N, Stansfield A, Wright S. Prevalence of Asperger syndrome among patients of an Early Intervention in Psychosis team. *Early Interv Psychiatry.* 2014; 8(2):138-46.
- Tsai LY. Sensitivity and specificity: DSM-IV versus DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Am J Psychiatry.* 2012; 169(10):1009-11.
- Kamp-Becker I, Tauscher J, Wolff N, et al. Is the Combination of ADOS and ADI-R Necessary to Classify ASD? Rethinking the "Gold Standard" in Diagnosing ASD. *Front Psychiatry.* 2021; 12:727308. Published 2021 Aug 24.
- Barnevelde PS, Pieterse J, de Sonnevile L, et al. Overlap of autistic and schizotypal traits in adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Schizophr Res.* 2011; 126(1-3):231-236.
- Fernandes JM, Cajão R, Lopes R, Jerónimo R, Barahona-Correa JB. Social Cognition in Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Direct Comparisons. *Front Psychiatry.* 2018; 9:504. Published 2018 Oct 24.
- Ershova Elizaveta, Chudakova Yu, Veiko et al. Variation in the Content of Three Tandem Repeats (Ribosomal, Satellite III and Telomeric) in the DNA of Blood Leukocytes of Children with Mental Disorders, as a Potential Marker for the Differential Diagnosis of Childhood Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya).* 2025; 22:16-26.
- Vyas NS, Gogtay N. Treatment of early onset schizophrenia: recent trends, challenges and future considerations. *Front Psychiatry.* 2012 Apr 2; 3:29.

Útravaló tudnivaló

- A serdülőkorú ASD és SSD elkülönítése komplex, de jól strukturált diagnosztikai megközelítéssel lehetséges.
- A fejlődési anamnézis részletes feltárása, a pszichotikus élmények jelenlétének vizsgálata, a tünetek időbeli lefolyásának értékelése, valamint a funkcióromlás ütemének feltérképezése az elkülönítés alapja.
- A gyermekgyógyász szerepe kiemelt, mivel gyakran ő találkozik először a tünetekkel, és ő irányítja a beteget a megfelelő szakellátásba.
- A differenciáldiagnózis pontossága meghatározza a prognózist és a terápiás irányt mindkét kórkép esetében.

Tesztkérdések

- Az autizmus spektrum zavar és a szkizofréria spektrum zavar heritabilitása
 - 0,2
 - 0,4
 - 0,5
 - 0,8
 - 0,1
- Az ASD és SSD elkülönítésében a következő vizsgálóeljárások játszhatnak szerepet
 - ADI-R
 - ADOS
 - Projektív tesztek
 - Mindegyik
 - Egyik sem

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekegyorvosarsag.hu. A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!



Poszttraumás stressz betegség és gyógyítása

Kaczvinszky Emilia dr.¹, Halász-Szabó Petra², Kapornai Krisztina dr.¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátria Osztály, Szeged (igazgató: Bereczki Csaba dr.)

²Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Szeged, orvostanhallgató VI. évf.

LEVELEZÉSI CÍM:

Kaczvinszky Emilia dr.

6720 Szeged, Korányi fasor 14-15.

E-posta: kaczvinszky.emilia@med.u-szeged.hu

ÖSSZEFOGLALÁS A poszttraumás stressz zavar (PTSD) gyermek- és serdülőkorban jelentős diagnosztikai kihívást jelent, mivel tünetei gyakran atipikus formában, viselkedészavarok, önsértő viselkedés, szorongásos vagy figyelemzavaros tünetek mögé rejtve jelennek meg. A komplex traumák – különösen interperszonális kontextusban – a fejlődő idegrendszer sérülékenységét fokozzák, és tartós működésbeli zavarokhoz vezethetnek. A jelen cikk áttekinti a PTSD főbb tünetcsoportjait, rizikó- és védőfaktorait, valamint bemutatja az első vonalbeli, evidence-based terápiás módszereket: a traumafókuszú kognitív viselkedésterápiát (TF-CBT) és az Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) terápiát. Külön hangsúlyt kap a reziliencia fejleszthetősége, mint protektív tényező, illetve a komplex traumák kezelésének szekvenciális modellje (stabilizáció – feldolgozás – integráció). Röviden ismertetésre kerül a gyógyszeres kezelés szerepe és korlátai, valamint kitekintést nyújtunk a testorientált és integratív terápiás megközelítések lehetséges helyére a gyermekkori traumakezelésben. A cél a gyermekgyógyászok támogatása a korai felismerésben és a megfelelő szintű ellátásba irányításban, ezáltal a hosszútávú prognózis javításában.

KULCSSZAVAK poszttraumás stressz zavar (PTSD), gyermekkori trauma, EMDR-terápia, TF-CBT, komplex trauma, bilaterális stimuláció

Bevezetés

A poszttraumás stressz zavar (PTSD) olyan komplex mentális betegség, amely súlyos, fenyegető vagy életveszélyes események átélése után alakulhat ki. Bár korábban elsősorban a háborús veteránokhoz kapcsolták, mára bizonyítottá vált, hogy balesetek, testi sérülések, erőszakos cselekmények, fizikai vagy szexuális bántalmazás, illetve természeti katasztrófák után gyermekeknél és felnőtteknél egyaránt megjelenhet (1). Az elmúlt évtizedekben a PTSD kutatása és terápiája kiemelt figyelmet kapott, és a bizonyítékalapú kezelések között az egyik legígéretesebb és legszélesebb körben alkalmazott módszerré vált az Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) terápia, amelyet Francine Shapiro dolgozott ki az 1980-as évek végén (2, 3).

A PTSD fogalma és fő tünetcsoportjai

A PTSD a traumatikus élményeket követően kialakuló, hosszan fennmaradó és jelentős funkcióromlást okozó pszichés zavar. A DSM-5 diagnosztikai rendszere négy fő tünetcsoportot különít el (4):

1. **Intruzív tünetek:** ismétlődő, tolakodó emlékek, flashbackek, visszatérő rémálmok. Gyermekeknél gyakran nem jelenik meg felismerhető traumatikus tartalom; helyette a trauma elemeit reprodukáló repetitív játékok, illetve nem specifikus félelmi álmok jellemzők.
2. **Elkerülő magatartás:** a trauma emlékeit felidéző helyzetek, gondolatok, érzelmek vagy társas ingerek kerülése, tudatos és tudattalan szinten egyaránt.
3. **Negatív kognitív és hangulati változások:** tartós negatív hiedelmek, önvádolás, szégyenérzet, bizalmatlanság, diszfunkcionális kogníciók, valamint tartós negatív érzelmi állapot.
4. **Fokozott éberség és reaktivitás:** ingerlékenység, alvászavarok, koncentrációs nehézségek, túlzott riadókészültség, illetve időnként önsértő vagy önszabályozást sértő viselkedés.

Gyermekek esetében további életkori sajátosságok lehetnek jellemzők, például repetitív, traumát tükröző játékok vagy a traumára nem specifikus rémálmok, regresszív tünetek (5).

Fontos a **komplex trauma** fogalmát is megemlíteni. A komplex trauma olyan hosszan fennálló vagy ismétlődő traumatikus élményekre utal, amelyek

többnyire interperszonális jellegűek, és gyakran bizalmi vagy gondozói kapcsolatokban következnek be (pl. krónikus érzelmi/lelki bántalmazás, elhanyagolás, családon belüli erőszak, függőségi környezet). A gyermek idegrendszeri, érzelmi és kognitív fejlődésének kritikus időszakaiban elszenvedett trauma mélyebb és szélesebb körű pszichés következményekkel jár, mint az egyszeri traumák (single-event trauma) (6).

A komplex trauma hatásai gyakran érintik az érzelmszabályozást, a szelfkonceptiót és az önértékelést, a kapcsolati kötődést, a tanulási és viselkedésszerű funkciókat, valamint az emlékezeti integrációt (7).

A traumatikus élmények töredezett memóriaformában rögzülhetnek, ami fokozza a disszociáció, impulzivitás, internalizáló és externalizáló tünetek kockázatát. Gyermekpopulációban ezért kiemelt jelentőségű a biztonságos terápiás keret, a stabilizációs technikák és az életkori sajátosságok módszeres figyelembevétele.

PTSD rizikótényezők és védőfaktorok

A traumát átélők közül nem mindenkinél alakul ki PTSD. A kockázatot számos tényező befolyásolja: a trauma típusa és súlyossága, az egyéni pszichés és biológiai vulnerabilitás, a korábbi pszichés zavarok, valamint a társas támogatás minősége. Az utóbbi évek szakirodalmi ugyanakkor hangsúlyozza a védőfaktorok szerepét is, amelyek mérsékelhetik a trauma pszichés hatásait és elősegíthetik a későbbi adaptációt (1).

Védőfaktorok gyermek- és serdülőkorban a biztonságos kötődés legalább egy felnőttel, támogató családi vagy iskolai környezet, pozitív szelfkép és önhatékonyság, érzelmszabályozási készségek, társas megküzdési stratégiák, remény, pozitív jövőkép (1, 2).

Reziliencia, mint védőfaktor: a reziliencia nem a trauma hiányát, hanem a trauma utáni alkalmazkodóképességet jelenti. Többtenyezős jelenség, amely biológiai, pszichológiai és szociális faktork kölcsönhatásában alakul (9). Friss kutatások szerint a reziliencia nem statikus tulajdonság, hanem fejleszthető folyamat.

A TF-CBT és az EMDR terápiák pedig a reziliencia fejlesztésére is kedvező hatással lehetnek (10).

Olszewska-Turek (2024) gyermek- és serdülőkorú mintán igazolta, hogy a magasabb rezilienciaszint fordított kapcsolatban áll a PTSD-tünetek súlyosságával.

A PTSD terápiás lehetőségei

A PTSD kezelése multidiszciplináris megközelítést igényel. A bizonyítékalapú intervenciók közé tartozik:

- a trauma-fókuszú kognitív viselkedésterápia (TF-CBT),
- az EMDR-terápia, amely az utóbbi évek egyik legszélesebb körben kutatott és alkalmazott módszerévé vált,
- valamint a gyógyszeres kezelés.

A szakirodalmi adatok alapján mind a TF-CBT, mind az EMDR hatékony PTSD kezelésében, ugyanakkor az EMDR terápia egyes vizsgálatok szerint gyorsabb szubjektív tünetcsökkenést és mélyebb érzelmi feldolgozást eredményezhet, különösen szexuális abúzust átélt gyermekek és serdülők esetében (10).

A dinamikus és testorientált terápiák hozzájárulhatnak a traumakezeléshez, de nem tartoznak a PTSD első vonalbeli, evidence-based kezelési módszerei közé – különösen gyermek- és serdülőkorban. A dinamikus és testorientált megközelítések – mint például a sématerápia, mentalizáció-alapú terápiák, illetve a szenzomotoros pszichoterápia – gyakran használatosak traumafeldolgozásban, különösen komplex trauma esetén. Több kutatás vizsgálja integratív szerepüket a reguláció, a kötődés és a testérzékelés rendezésében. Klinikai tapasztalatok szerint az EMDR és a TF-CBT elakadásai esetén kiegészítő terápiás keretet adhatnak, de alkalmazásukhoz magas szintű szakmai kompetencia és stabil terápiás háttér szükséges.

Friss szakirodalom alapján inkább „adjunktív” vagy „másodvonalbeli” terápiás eszközöknek tekinthetők, nem pedig első vonalbeli PTSD-eljárásoknak (6).

A Trauma-Fókuszú Kognitív Viselkedésterápia (TF-CBT)

A Trauma-Fókuszú Kognitív Viselkedésterápia (TF-CBT) bizonyítékalapú, strukturált pszichoterápiás módszer, amelyet elsősorban traumát átélt gyermekek, serdülők és szüleik kezelésére fejlesztettek ki. A terápiás modellt *Judith A. Cohen* és munkatársai dolgozták ki, és ma az egyik legszélesebb körben ajánlott gyermekpszichoterápiás eljárás PTSD kezelésére.

A TF-CBT fő elemei a pszichoedukáció, érzelmszabályozás, kognitív átkeretezés, fokozatos expozíció, valamint a trauma narratív feldolgozása. A módszer integrálja a kognitív-viselkedésterápiás technikákat, a családterápiás elemeket és a traumainformált szemléletet. Számos vizsgálat bizonyítja, hogy hatékonyan csökkenti a PTSD-tünetek

ket, a szorongást, a depressziót és a disszociatív jelenségeket gyermekpopulációban. (11).

Az EMDR-terápia elméleti alapjai

Az EMDR módszert *Francine Shapiro* (1987) fejlesztette ki, amely az adaptív információfeldolgozási modellen (AIP) alapul (2, 3, 12). Az AIP-modell feltételezi, hogy az agy természetes, veleszületett információfeldolgozó rendszerrel rendelkezik, amely normál körülmények között integrálja az új tapasztalatokat az emlékezeti hálózatokba.

Trauma idején azonban ez a rendszer blokkolódhat, így az élmények nem adaptív, hanem fragmentált, maladaptív formában tárolódnak. Ez vezet a PTSD jellegzetes tüneteinek: intruzív emlékekhez, disszociatív jelenségekhez, testi érzetekhez és negatív kogníciókhoz.

Az EMDR-terápia célja a traumatikus emlékek újraaktiválása és adaptív integrálása. A folyamat során a kliens felidéri a traumatikus élményt, miközben bilaterális (kétoldali) stimuláció (BLS) – leggyakrabban irányított szemmozgás – történik. Kutatások szerint ez elősegíti a diszfunkcionális emlékek nyomok átdolgozását és egy adaptívabb, összehangoltabb emlékezeti reprezentáció kialakulását (13).

A bilaterális stimuláció hatásmechanizmusára több elmélet létezik: pszichológiai, pszichofiziológiai és neurobiológiai modellek. Bár a pontos mechanizmus továbbra is vita tárgya, a klinikai kutatások egyértelműen alátámasztják a módszer hatékonyságát.

Az EMDR-terápia nyolc fázisból épül fel:

1. **Anamnézis és terápia tervezés:** A terapeuta feltérképezi a kliens traumatikus életeseményeit, pszichés erőforrásait és lehetséges rizikófaktorait és megtervezi a terápiát.
2. **Előkészítés és stabilizáció:** A kliens megtanul érzelmszabályozó technikákat, amelyek biztonságos állapot teremtenek a traumatikus élmények későbbi feldolgozásához. Kiemelt jelentőségű a stabilizáció, mind felnőttek, mind gyermekek esetében. A stabilizációs technikák – pl. erőforrás-aktiváció, „biztonságos hely” gyakorlat, földelő technikák, 4 elem gyakorlat – olyan önszabályozó készségeket erősítenek, amelyek nélkülözhetetlenek az érzelmileg megterhelő tartalmak biztonságos feldolgozásához. Allen és mtai szerint a jóga, mint előkészítés, segítheti a betegek autonóm szabályozását és biztonságérzetét, különösen komplex traumák esetén. Ez a test-psziché integrációs modell új távlatokat nyit a szomatikus stabilizáció és a pszichoterápiás feldolgozás összekapcsolódásában (14).

3. **Értékelés:** Kiválasztásra kerül a „célpontként” kezelt emlék; a kliens negatív kogníciói, testi reakciói és érzelmi intenzitása mérhető formában kerülnek azonosításra.
4. **Deszenzitizáció:** A deszenzitizáció fázisban a kliens egy kiválasztott traumatikus emlékre koncentrálni, miközben bilaterális stimuláció történik (vizuális, auditív vagy taktilis). A kliens rövid, spontán asszociációkról számol be, amelyek a terápia során fokozatosan adaptív irányba szerveződnek (2). A terapeuta a kliens aktuális állapotának monitorozása alapján dönt a beavatkozások módjáról, a BLS-szettek hosszáról és a fázisok közötti váltásról (15).
5. **Posztív kogníciók installációja:** A negatív hiedelmek helyére adaptív, önazonosító pozitív kogníciók kerülnek – például: „Nem vagyok tehetetlen” vagy „Képes vagyok kezelni a helyzeteket.”
6. **Testi reakciók vizsgálata (body scan):** A kliens tudatosan végigpásztázza testérzeteit, hogy az esetleges feszültség hullámokat is el lehessen dolgozni – ez kulcs lépés gyermekeknél is.
7. **Lezárás:** A terapeuta biztosítja, hogy a folyamat érzelmileg rendezett állapotban záruljon, szükség esetén stabilizációs technikák ismétlése történik.
8. **Újraértékelés:** A következő ülés elején a terapeuta értékeli, hogy tartósan fennáll-e a tünetcsökkenés, illetve szükség van-e további feldolgozási fázisra.

Az EMDR-terápia hatékonysága

Az EMDR-terápia hatékonyságát a poszttraumás stressz zavar kezelésében számos nemzetközi vizsgálat megerősítette. A módszer mára a nemzetközi szakmai irányelvek részévé vált: a World Health Organization (WHO, (1), az American Psychological Association (APA, (16), a National Institute for Health and Care Excellence (NICE, (17), valamint a magyar Gyakori Gyerme- és Ifjúságpszichiátriai Kórképek Diagnosztikai és Terápiás Javaslatának Gyűjteménye (18) egyaránt ajánlja a PTSD bizonyítékalapú terápiájaként.

Klinikai vizsgálatok összehasonlító eredményei szerint az EMDR a tünetcsökkenés gyorsasága és a terápiás folyamat hatékonysága tekintetében több esetben felülmúlja a trauma-fókuszú kognitív viselkedésterápiát (TF-CBT). Metaanalízisek és neurobiológiai kutatások (19,20) arra utalnak, hogy az EMDR nem csupán tüneti szinten hatékony, hanem mérhető idegrendszeri változásokat is előidéz. Ezek a vizsgálatok kimutatták, hogy a bilaterális stimuláció hatással lehet többek között az amygdala túlaktivációjának csökkentésére, a hippocampus funkcióinak rendeződésére, valamint a pre-

frontális kontrollfolyamatok erősödésére, amelyek a traumafeldolgozás kulcsmechanizmusai.

A legújabb szakirodalom felveti, hogy a komplex trauma kezelésében a szekvenciális modell (stabilizáció – feldolgozás – integráció) különösen hatékony, melyben az EMDR a „feldolgozás” fázisában nyújt kiemelkedő eredményeket (7). Az EMDR különös hatékonyságot mutat a maladaptív hiedelmek, sémák és traumatikus emlényomok újra-integrációjában. Az EMDR alkalmazása jelentős érzelmi és kognitív átrendeződést eredményez, különösen a korai maladaptív hiedelmek célzott aktiválásán és átdolgozásán keresztül. A szerzők hangsúlyozzák az EMDR flexibilitását és más terápiás modellekbe való integrálhatóságát, amelyet a gyakorlatban pszichodinamikus és kognitív-viselkedésterápiás megközelítések mellett is jól alkalmazhatónak találtak (7).

Kritikai szempontok és kihívások

Bár az EMDR széles körben alkalmazott, viták övezik a bilaterális stimuláció szükségességét. Egyes kutatók szerint a hatás elsődlegesen a strukturált expozíción alapul, míg mások a BLS neurobiológiai előnyeit hangsúlyozzák (20).

A módszer hatékonysága nagyban függ a terapeuta képzettségétől, a protokollhoz való hűségtől, a kliens aktuális pszichés stabilitásától, valamint a komorbid állapotok kezelésének integráltságától (15).

Gyermekeknél különösen fontos az EMDR életkori adaptációja és a folyamatos monitorozás (5).

Gyermekekori PTSD és farmakoterápiája

A gyermekekori poszttraumás stressz zavar diagnosztikájában és kezelésében első vonalban továbbra is a pszichoterápiás módszerek, elsősorban a trauma-fókuszú terápiák (TF-CBT, EMDR) ajánlottak. A kutatások szerint a gyermekek és serdülők farmakoterápiás válasza jóval kevésbé igazolt, mint felnőttek esetében (21).

Az SSRI-k – mint a sertraline és a paroxetine – FDA-engedéllyel rendelkeznek PTSD kezelésére felnőttekben, azonban gyermekekben a bizonyítékok korlátozottak, és hatékonyságuk nem éri el a pszichoterápiáékat. Gyermekeknél az SSRI-k alkalmazását általában csak akkor mérlegelik, ha a pszichoterápia önmagában nem elégséges, vagy ha komorbid hangulati, szorongásos tünetek jelentősen rontják a funkcióképességet.

Egy korai, de máig hivatkozott metaanalízis szerint az SSRI-k, az expozíciós terápia és az EMDR hasonló hatásosságot mutattak PTSD esetében, ugyanak-

kor a pszichoterápiás módszerek tartósabb javulással jártak (22, 18).

A kezelés során fokozott monitorozás szükséges, különösen a hangulati ingadozások, agitáció, illetve a serdülőkori öngyilkossági rizikó miatt. A farmakoterápia így gyermekkorban kiegészítő, másodvonalbeli eszközként jelenik meg, a pszichoterápia mellett.

Esetvignetta

17 éves serdülő lány jelentkezett a gyermek-pszichiátria ambulancián fokozódó szorongás, utazáshoz kötődő pánikrohamok és visszatérő rémálmok miatt. A pszichés tünetek megjelenését egy két évvel korábbi szexuális abúzus-hoz kötötte, amelyről korábban nem tudott verbálisan beszámolni. Az anamnézisben korábbi önsértéses epizódok szerepeltek, vizsgálatkor önsértés és szuicid gondolatok nem jelentkeztek.

Az EMDR kezelést stabilizációval kezdtük: biztonságos hely gyakorlat, erőforrás-aktiváció, légzéstechnika, 4 elem gyakorlat. A következőkben az EMDR technikát alkalmaztuk.

A legrosszabb kép: hotelszoba, folyosó, SUD (Subjective Unit of Disturbances) 9–10, érzés: tehetetlenség, negatív kogníció: „tehetetlen vagyok”, pozitív kogníció: VOC (Validity of Cognition): „Biztonságban vagyok a saját testemben”, VOC: 3, Testérzet: mellkasban szorítás. A deszenzitizáció bilaterális stimuláció (BLS-szettek) fázisában a kliens az első sorozatok alatt intenzív testi reakciókat jelzett (gyomorszorítás, karfeszülés, szapora légzés). A 4–5. BLS-szett után spontán képi élmények jelentek meg (ajtó becsukódása, folyosó, bezártság).

Ezután terápiás fordulópont következett be: „Most már nem félek úgy a képtől... mintha én tudnám irányítani. Miután nem jött fel már semmi emlék, élmény és aktuálisan a zavaró kép (SUD) értéke minimálisra csökkent, a pozitív kogníció feltöltésével folytattuk az EMDR folyamatát. A feldolgozás végére a negatív hiedelem („Tehetetlen vagyok”) adaptív struktúrába rendeződött: „Nem az vagyok, ami történt velem.” „Túléltem. És már én döntök.” A záró fázisban már nem jelentkeztek testi feszültségek. A testérzetek ellenőrzése (body scan) során neutrális testérzetek voltak: „Olyan, mintha kívülről látnám a helyzetet.” „A hotelszoba már csak emlék, nem félek tőle.”

Ez az eset jól demonstrálja, hogy a serdülőkori PTSD esetén az EMDR életkori adaptációja – biztonságos stabilizációval és strukturált pro-

tokokkal – jelentős tünetcsökkenést, funkcionális javulást és reziliencia-fokozódást eredményezhet.

Összegzés – klinikai üzenetek gyermekgyógyászoknak

A poszttraumás stressz zavar gyermekkorban gyakran rejtett formában, atipikus tünetekkel jelentkezik, ezért a korai felismerésben a gyermekgyógyász kollégák szerepe kiemelt. Fontos szem előtt tartani, hogy a trauma nem minden esetben vezet PTSD-hez; a védőfaktorok – különösen a rezili-

encia és a stabil kötődés – nagymértékben befolyásolják a kimenetelt. A bizonyítékalapú pszichoterápiák, elsősorban a TF-CBT és az EMDR, jelenleg az első vonalbeli módszerek. A stabilizáció és a biztonságérzet megteremtése minden terápiás folyamat előfeltétele. Gyógyszeres kezelésre csak indokolt esetben, pszichoterápiával kombinálva kerülhet sor.

Gyermekegyógyászati ellátásban a legfontosabb feladat a trauma gyanújának felismerése, a biztonságos, ítéletmentes kommunikáció és a megfelelő szakemberhez való irányítás. A PTSD kezelése multidiszciplináris együttműködést igényel, amelyben a gyermekorvosok kulcsszerepet tölthetnek be – a prevenció, a felismerés és a támogatás elsődleges szintjén.

Summary

Post-traumatic Stress Disorder and Its Treatment

Emilia Kaczvinszky¹, Petra Halász-Szabó², Krisztina Kapornai¹; ¹University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Pediatric Clinic and Child Health Center, Child and Adolescent Psychiatry Department, Szeged, ²University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Medical School, medical student

Post-traumatic stress disorder (PTSD) presents a major diagnostic challenge in childhood and adolescence, as symptoms often appear in atypical forms, masked by behavioral problems, anxiety, or attention-related difficulties. Complex trauma – particularly in interpersonal contexts – increases neurodevelopmental vulnerability and may lead to long-term functional impairment. This paper reviews the main symptom clusters, risk and protective factors of PTSD, and introduces the first-line, evidence-based treatment modalities: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Particular emphasis is placed on the role of resilience as a modifiable protective factor, as well as the sequential treatment model of complex trauma (stabilization – processing – integration). The role and limitations of pharmacotherapy are briefly discussed, along with a perspective on body-oriented and integrative therapeutic approaches in the treatment of childhood trauma. The aim of the article is to assist pediatricians in early recognition and appropriate referral, thereby improving long-term outcomes.

KEYWORDS post-traumatic stress disorder (PTSD), childhood trauma, EMDR therapy, TF-CBT, complex trauma, bilateral stimulation (BLS)

Irodalom

- World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.
- Shapiro, F. (2007). EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. In F. Shapiro, F. W. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), Handbook of EMDR and family therapy processes (pp. 3–34). John Wiley & Sons, Inc.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: APA; 2013.
- de Roos C, Beer R, de Jongh A, ten Broeke E, de Roos F, van der Wee N, et al. EMDR therapy for children with PTSD: A randomized controlled trial. Eur J Psychotraumatol. 2017; 8(1):138150.
- Payne H, Koch SC, Tania JF. The role of body-oriented psychotherapy in trauma treatment: An integrative review. Body Mov Dance Psychother. 2023; 18(2):134-48.
- van Hemert L, de Groot R, Mares M. EMDR in complex trauma: A case study and integrative approach. Clin Psychol Psychother. 2025; 32(2): 145-62.
- Thielemann JFB, Kasparik B, König J, Unterhitzberger J, Rosner R. A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and adolescents. J Child Adolesc Trauma. 2024; 11(4):457-69.
- Olszewska-Turek K. Resilience as a protective factor in the development of post-traumatic stress disorder. Psychiatria i Psychologia Kliniczna. 2024; 24(2):103-12.
- Molero-Zafra M, Mitjans-Lafont MT, Hernández-Jiménez MJ, Pérez-Marín M. EMDR vs TF-CBT in adolescent sexual abuse survivors: A comparative study. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(12): 7468.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: Guilford Press; 2006.
- Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 1989; 20(3): 211-217.
- Landin-Romero R, Moreno-Alcázar A, Pagani M & Amann BL. How does EMDR therapy work? A systematic review of neurobiological studies. European Psychiatry, 2018. 51:10-9.
- Allene C, Durand F, Negre G, et al. Yoga-based stabilization prior to EMDR: A body-mind integrative model in trauma treatment. Eur J

- Psychotraumatol. 2025. (Epub ahead of print).
15. Tarquinio C, Rotily M, Montel S, Maran J, Tarquinio T. EMDR therapy in practice: Treatment parameters and clinical considerations. *Curr Psychol.* 2017; 36(4):713-22.
 16. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Washington DC: APA; 2017.
 17. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder: Evidence-based recommendations (NG116). London: NICE; 2018.
 18. Kiss E, Baji I, Kaczvinsky E, Németh L. A gyermekkori szorongásos zavarok diagnosztikájáról és ellátásáról. In: Vetrő Á, Pásztby B, szerk. Gyakori Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórképek Diagnosztikai és Terápiás Javaslatának Gyűjteménye. Budapest; 2020. 11-45.
 19. Baek J, Lee S, Chung C, Kim J, Kim H. Neural changes after EMDR therapy in PTSD patients: A resting-state fMRI study. *J Affect Disord.* 2019;249:253-61.
 20. Laliotis D, van den Hout M. Neural correlates of bilateral stimulation in EMDR: A review. *J Psychiatr Res.* 2023;158:127-39.
 21. U.S. Department of Veterans Affairs; U.S. Department of Defense. Clinician's guide to medications for PTSD. Holtzheimer P, Montañó M, editors. Washington DC: National Center for PTSD; 2023.
 22. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Psychother.* 1998;5(3):165-81.

Útravaló tudnivaló

- A PTSD gyermek- és serdülőkorban gyakran atipikus: figyelemzavart, regressziót vagy viselkedésproblémát is utánozhat.
- Trauma esetén érdemes pszichés rizikó- és védőfaktorokat is feltérképezni.
- Az EMDR és a TF-CBT az első vonalbeli, evidence-based kezelések.
- A stabilizáció (biztonságérzet, érzelemszabályozás) megelőzi a traumafeldolgozást.
- Gyógyszeres kezelés gyermekkorban csak másodvonalbeli, pszichoterápiával együtt alkalmazható.

Tesztkérdések

1. Melyik terápiás módszer tartozik az első vonalbeli, evidence-based kezelések közé gyermekkori PTSD esetében?

- a) Pszichoanalitikus terápia
- b) Trauma-fókuszú kognitív viselkedésterápia (TF-CBT)
- c) Gyógyszeres kezelés SSRI-val
- d) Szimbolikus játékterápia

2. Mely állítás igaz a gyermekkori EMDR-terápiára?

- a) Elsődleges célja a trauma részletes ismételt verbalizálása.
- b) Csak 16 éves kor felett alkalmazható.
- c) A bilaterális stimuláció az adaptív memória-integrációt segítheti elő.
- d) Nem integrálható más terápiás megközelítésekkel.

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekegyseg.hu.
A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!



Dr. Harangi Ferenc
Dr. Csoma Zsanett Renáta

Gyermek- bőrgyógyászati kiskönyv



SEMMELWEIS KIADÓ



Serdülőkorú onkológiai betegek pszichoszociális, párkapcsolati jellegzetességei

Kovács Kinga Klaudia dr., Kamuti Katalin dr.

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Debrecen
(Osztályvezető: Kamuti Katalin)

LEVELEZÉSI CÍM:

Kovács Kinga Klaudia dr.

4031 Debrecen, Bartók Béla út 3.

E-posta: kovacs.kinga.kk@med.unideb.hu

ÖSSZEFOGLALÁS Egyre több kutatás igazolja, hogy a daganatos betegségek kialakulásában és gyógyulásban pszichés tényezők is szerepet játszhatnak. A legjelentősebb ilyen tényezők közé tartoznak a stressz, annak menedzselése és az ártalmas gyermekkori élmények. Ezen tényezők hatása nemcsak a betegség kimenetelében, hanem a betegségre adott pszichoszociális reakciókban is megnyilvánul, különösen a fejlődés szenzitív időszakában. A serdülőkor az identitásformálódás, a testkép és a párkapcsolati tapasztalatok kialakulásának meghatározó időszaka, melyet egy daganatos betegség jelentősen megzavarhat. Jelen tanulmány célja a serdülőkorú onkológiai betegek pszichoszociális és párkapcsolati jellegzetességeinek elméleti áttekintése, kiemelve a testkép, az identitás, az intimitás és a társas támogatás szerepét.

KULCSSZAVAK pszichoonkológia, serdülő, daganatos megbetegedés, testkép, identitás

Bevezetés

Azt már régóta tudjuk, hogy az onkológiai betegségek kialakulásában a környezeti tényezők és a genetikai faktorok egyaránt lényeges szerepet játszanak (1). Manapság azonban egyre több kutatás bizonyítja, hogy a pszichés tényezők is hasonlóan fontosak ezen betegségek létrejöttében (2). Az egyik ilyen kiemelkedő faktor a stressz, mely a szervezet nem specifikus válaszreakciója minden olyan ingerre, amely kibillentí az eredeti egyensúlyi állapotából, alkalmazkodásra kényszeríti (3). A stressz alapvetően kétféle úton módosíthatja az immunrendszer működését: a szimpatikus idegrendszeren (SNS; adrenerg aktiváció) keresztül, illetve a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese (HPA) tengelyen keresztül. Az immunrendszer krónikus stressz miatti diszregulációja különféle betegségek kialakulását okozhatja, többek között a rákos megbetegedéseket (4).

Másik lényeges pszichés tényező a daganatos betegségek kialakulásában az ártalmas gyermekkori élmények (Adverse Childhood Experiences=ACE). Az ACE olyan potenciálisan traumatikus hatások összessége, melyeket az egyének gyermekkorukban tapasztaltak meg.

Három nagy kategóriára lehet őket felosztani:

1. Gyermekbántalmazás: fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazás
2. Elhanyagolás: fizikai és érzelmi elhanyagolás
3. Intrafamiliális kihívások: válás/szakítás, mentális betegség a családban, kábítószerrel való visszaélés a családban, szülő(k) bebörtönzés (5)

Zhao Hu és munkatársai (6) kutatásukban arra a megállapításra jutottak, hogy a különböző típusú ACE-k közül a szexuális és fizikai bántalmazás, a családon belüli pénzügyi nehézségek és a párkapcsolati erőszaknak való kitettség pozitív összefüggést mutatnak a rákbetegség kialakulásával, továbbá, hogy legalább két ACE-nek való kitettség jelentős kockázati tényező a daganatos betegségek manifesztációjában. Biológiai hátterének lehetséges magyarázata lehet az ún. traumás stresszválasz, a fokozott gyulladáshoz való válasz, a csökkent immunfunkció és az epigenetikus változások. Sejt szinten a gyermekkorú bántalmazás a sejttöredés felgyorsulásával (a telomerek rövidülésével) hozható összefüggésbe, ami csökkenti a sejtek regenerációs képességét, ez pedig a daganatok kialakulását és progresszióját segítheti elő (7).

Ezen pszichés és biológiai kockázati tényezők ismerete különösen fontos akkor, amikor a daganatos betegségek serdülőkori megjelenését vizsgál-

juk. Serdülőkorban ugyanis nemcsak a testi érés zajlik intenzíven, hanem a pszichoszociális fejlődés is rendkívül sérülékeny, ezért a betegség hatása nem csupán biológiai, hanem fejlődéslélektani szempontból is kiemelkedő jelentőségű (8).

A serdülőkor a testi, lelki és társas fejlődés egyik legintenzívebb időszaka, amelyben az identitás, a kortárskapcsolatok és az első párkapcsolati élmények meghatározó szerepet játszanak (9). Ebben az életkori szakaszban az egyén fokozottan érzékeny a testképre, a kortársak visszajelzéseire és a társas elfogadásra (10). A daganatos megbetegedés diagnózisa és kezelése azonban jelentős mértékben megzavarhatja ezt a fejlődési folyamatot: a fizikai változások (pl. hajhullás, heg, súlyingadozás), a hosszú kórházi tartózkodás és a bizonytalan jövőkép mind kihívás elé állítják a serdülőt (11).

A pszichoszociális nehézségek közé tartozik az önértékelés sérülése, a társas izoláció és a megküzdési stratégiák beszűkülése, amelyek gyakran együtt járnak a szorongás és a depresszió fokozott kockázatával (12). Mindezek hatással vannak a fiatal beteg kortárskapcsolataira, baráti köreinek alakulására és első romantikus tapasztalataira is (13). A párkapcsolat – amely serdülőkorban különösen fontos az identitás formálódásában – speciális dilemmákat vethet fel az onkológiai betegeknek: vajon elfogad-e a másik a betegség jeleivel együtt, hogyan lehet megélni az intimitást a testi változások tükrében, és milyen szerepet játszik a társas támogatás a kapcsolatok fenntartásában.

A témakör jelentőségét mutatja, hogy bár az elmúlt években egyre több tanulmány vizsgálta a daganatos serdülők pszichés jóllétét, a párkapcsolati sajátosságok feltárása még mindig kevésbé kutatott terület.

Testkép és identitás

A testkép és az identitás alakulása központi szerepet játszik mind a felnőttek, mind a serdülők onkológiai betegségének pszichológiai következményeiben, ugyanakkor eltérő hangsúllyal és következményekkel bír az életkori sajátosságok miatt. Kamaszok esetében a testkép a fejlődési szakasz egyik legérzékenyebb eleme. Erikson pszichoszociális fejlődésmélete szerint ebben az időszakban zajlik az identitás vs. szerepkonfúzió krízise (9). A kamasz- és fiatal felnőttkor természetes fejlődési feladatai közé tartozik: az önálló identitás kialakítása, a szülőktől való leválás, a kortárs kapcsolatok létrehozása, valamint választ találni arra a kérdésre, hogy „Ki vagyok én valójában?”. Egy onkológiai betegség azonban megtörheti ezeket a folyamatokat, ugyanis az érintett fiatalok sokszor visszakerülnek a szülői függőségbe, elidegenednek a kortársaiktól, valamint megváltozik az önké-

pük. Emiatt gyakran jelenik meg bennük bizonytalanság, elveszettség, a régi énjük elvesztésének érzete. Egyesek úgy érzik, hogy az addigi identitástukat felülírja, hogy ők rákbetegek lettek. Ez azonban pozitív változást is eredményezhet („erősebb vagyok, mint valaha”) (11).

A testkép negatív irányú változásai nemcsak az önértékelést, hanem a párkapcsolati működést is befolyásolják. Serdülők esetében a romantikus kapcsolatok általában rövidebb távúak, kevésbé szorosak és intim jellegűek, viszont érzelmileg intenzívek (13). Ezért a betegség következtében megváltozott testkép erősebben kihat a kapcsolat kezdeményezésére és fenntartására, sokszor a kortársi izoláció felé vezetve. Ugyanakkor a pozitív testkép és az önelfogadás erős védőfaktor lehet a serdülők pszichés jóllétében és kapcsolati elégedettségében (14).

Szexualitás és intimitás

A kamaszkor a szexuális identitás kialakulásának, az első szexuális élmények megszerzésének, valamint az intimitás iránti igény felerősödésének időszaka (9, 15). Zebrack szerint a rák és annak kezelése közvetlenül és mélyen beavatkozik a serdülők szexuális működésébe (11). Ez alatt érteni kell: a testi változásokat (műtéti hegek, hajhullás, testsúlyváltozás, esetleg bizonyos testrészek elvesztése), hormonális változásokat, libidócsökkenést és szexuális diszfunkciókat (pl. fájdalmas együttlét, erekciós zavar). Ezen kívül a szerző kiemeli, hogy a kezelésekhez tartozó testi változások jelentősen terhelik a testképet, ami közvetlenül hatást gyakorol a szexuális és romantikus életre is. A negatív testkép ugyanis csökkenti a szexuális önbizalmat, fokozza a szégyenérzetet és elkerülő viselkedéshez vezethet az intimitásban. A betegség miatt sokan félnek attól, hogy vonzóak-e a partnerük számára, illetve nehezebben kezdeményeznek vagy tartanak fenn intim kapcsolatot. A daganatos beteg fiatalok gyakran elszigetelődnek romantikus téren, mert félnek elmondani a partnerüknek, hogy rákbetegek voltak, ugyanis tartanak az elutasítástól. A „rákos identitás” megnehezítheti a flörtölést, az ismerkedést és a stabil párkapcsolat kialakítását is. Kiemelendő, hogy a serdülők esetében a szexualitásnál sokszor fontosabb az érzelmi intimitás. A kapcsolatban való biztonságérzet, az elfogadás, a romantikus élmények és a társas támogatás nagyobb súllyal bírnak, mint a konkrét szexuális együttlét (13). A serdülők első kapcsolatainak sérülése hosszú távon hatással lehet a felnőttkori párkapcsolati mintázatokra is. Kutatások arra is rámutattak, hogy a fiatalok erősen tartanak a meddőség jövőbeli lehetőségétől (16).

Páros megküzdés és társas támogatás

A serdülők szerelmi kapcsolatai gyakran kevésbé biztosak és időben rövidebbek, a fő támogatási forrást inkább sokszor a kortársak és a család jelentik. A szülői támogatás azonban kettős funkcióval bír: egyszerre védőfaktor (biztonság, gondoskodás), ugyanakkor a túlzott kontroll akadályozhatja az autonómia fejlődését és a kortárskapcsolatok kibontakozását (17).

Zebrack rámutat arra, hogy a fiatal onkológiai betegek sokszor elszigetelődnek: a betegség kezelése miatt megszakadhatnak baráti kapcsolataik, ami a társas életükre és identitásérzetükre is negatív hatással van. Hangsúlyozza, hogy a serdülőkorú betegek számára a kortársaik támogatása különösen fontos: más, hasonló helyzetű fiatallal való kapcsolódás javíthatja a pszichológiai jólétet, segíthet a megküzdésben és csökkentheti az elszigeteltség érzését. Ezenkívül a fiatalok számára még komoly dilemmát jelent, hogy mikor és milyen módon osszák meg állapotukat másokkal. Félnek ugyanis az elutasítástól, valamint attól, hogy a betegség befolyásolhatja párkapcsolati identitásukat (11).

A párkapcsolati megküzdés tinédzsereknél sokszor még nem tudatos, inkább érzelmi szinten zajlik: a fiatalok a partner elfogadását, figyelmét és jelenlétét keresik, a kommunikációs és problémamegoldó stratégiák kevésbé kiforrottak (13). Nem egységes megküzdési stratégiákat alkalmaznak, hanem a coping attól függ, hogy milyen típusú kapcsolati stressznek vannak kitéve. A betegség okozta stressz könnyebben vezethet a kapcsolat megszakadásához, vagy ahhoz, hogy a serdülő teljesen elkerüli a romantikus kapcsolatokat. Ugyanakkor a kortársi támogató csoportok, online közösségek és a családi háttér erősen kompenzálhatják ezeket a hiányosságokat. A baráti kapcsolatok és romantikus partnerek képesek pozitív támogatást nyújtani, de különösen a daganatos betegséggel élő fiatalok körében előfordulhat, hogy a kapcsolat minősége sérül.

Kognitív torzítások

Az onkológiai betegséghez kapcsolódó pszichés megterhelés nemcsak az érzelmek és a viselkedés szintjén, hanem a gondolkodásban is megnyilvánul. A kognitív torzítások sajátos mintázatban jelennek meg. A serdülőkorban a gondolkodás jellemzője az egocentrikus torzítás, ami a betegség kontextusában felerősödik (18). A fiatal onkológiai betegek gyakran fogalmaznak meg olyan gondolatokat, mint „senki nem fog így elfogadni”, „mindenki egészséges, csak én vagyok beteg”, vagy „soha nem lesz barátom/barátnőm” (11). Ezek a torzítások nemcsak az önértékelést csökkentik, hanem

megnehezítik a párkapcsolatok kialakítását és fenntartását is.

Külön kiemelandó, hogy a serdülők esetében a kortársak visszajelzései fokozottan befolyásolják a gondolkodásukat. A negatív kortársi élmények (pl. csúfolódás, kiközösítés) megerősítik a maladaptív hiedelmeket, míg a támogató visszajelzések hozzájárulhatnak a torzítások oldásához (19). Ezért a serdülőkori intervenciók egyik központi eleme a kognitív viselkedésterápiás (CBT) technikák alkalmazása lehet, amelyek segítenek a maladaptív gondolkodási minták felismerésében és átalakításában.

Online kapcsolatok

Az online tér egyre jelentősebb szerepet tölt be a társas kapcsolatok alakításában, ugyanakkor hatása életkoronként eltérő mértékben érvényesül. Az onkológiai betegek számára az internetes közösségek, közösségi média és online támogató csoportok különleges lehetőségeket kínálnak, de egyben kockázatokat is hordoznak.

A fiatalok mindennapi szociális életének meghatározó terepe a digitális világ: a barátságok fenntartása, a párkapcsolatok kezdeményezése és a kortársakhoz való viszony sokszor a közösségi médiában zajlik (20). Az onkológiai betegség ebben a közegben kettős hatást gyakorolhat. Egyrészt lehetőséget nyújt az anonimitásra, a sorstársak megtalálására és az elfogadó online közösségekhez való csatlakozásra, ami csökkentheti az izoláció élményét (11). Másrészt viszont a testképzavarok és a fizikai különbözőség miatti bizonytalanság fokozhatja a negatív online tapasztalatokat, például a cyberbullying kockázatát.

Klinikai implikációk, következtetések

A serdülőkori daganatos betegség egyszerre érinti az identitásfejlődést, a testkép alakulását, a kortárskapcsolatokat és a romantikus szerepek formálódását, ezért pszichoszociális szempontból kiemelten sérülékeny időszak (11). A kezelés testi és érzelmi következményei hatással vannak a fiatalok önértékelésére és a jövőre vonatkozó elképzeléseire, így az intervencióknak a pszichés, társas és fejlődéslélektani szükségletek együttes támogatására kell irányulniuk (13).

A testképváltozások és az önértékelés sérülése gyakoriak (14), ezért hangsúlyos a pszichoedukáció, a testtudati és művészetterápiás módszerek alkalmazása, valamint a maladaptív gondolkodási minták kognitív viselkedésterápiás eszközökkel történő csökkentése. A kortársak szerepe serdülőkorban meghatározó; a negatív élmények fokozzák a torzí-

tásokat és a társas visszahúzódást (19), míg a strukturált támogató csoportok és sorstársközösségek csökkentik az izolációt és erősítik az érzelmi biztonságot (17).

A család bevonása különösen fontos, mivel a túlzott szülői kontroll akadályozhatja az autonómia fejlődését és hosszú távon a párkapcsolati kompetenciák kialakulását (13). A kommunikáció javítása és az autonómiát támogató szülői attitűd elősegíti a serdülők érzelmi stabilitását.

A digitális tér egyszerre nyújt lehetőséget a sorstárskapcsolatok kialakítására és hordoz kockázatot a cyberbullying, illetve a negatív összehasonlítás révén. A tudatos online jelenlét támogatása ezért a modern klinikai ellátás része kell, hogy legyen. A romantikus kapcsolatok terén a serdülők gyakran szorongással és elutasítástól való félelemmel kü-

denek; a pszichológiai intervenciók a kapcsolati kommunikáció, önbizalom és intimitásélmény fokozatos fejlesztésével segíthetik a későbbi egészséges kapcsolati minták kialakulását (11).

Összességében tehát elmondható, hogy a serdülőkori onkológiai betegek pszichoszociális ellátása akkor lehet igazán hatékony, ha a klinikai gyakorlat egyszerre épít a fejlődéslélektani ismeretekre, a bizonyítékokon alapuló pszichológiai intervenciókra és a serdülők saját élményvilágának mély megértésére. A multidiszciplináris ellátás - amelyben orvosok, pszichológusok, a család, iskolai közösségek és kortársak egyaránt szerepet kapnak - nemcsak a gyógyulási folyamatot támogatja, hanem hozzájárul a hosszú távú pszichés jólléthez és az egészséges kapcsolati működés alapjainak megőrzéséhez.

Summary

Psychosocial and Romantic Characteristics of Adolescent Oncology Patients

Kinga Kovács, Katalin Kamuti; University of Debrecen Clinical Center, Department of Child and Adolescent Psychiatry

An increasing number of studies indicate that psychological factors may play a role in both the development and recovery of cancer. Among the most significant of these factors are stress, stress management, and adverse childhood experiences. The influence of these variables appears not only in disease outcomes but also in the psychosocial responses to illness, particularly during sensitive periods of development. Adolescence is a crucial stage for identity formation, body image development, and the emergence of romantic experiences, all of which may be substantially disrupted by a cancer diagnosis. The aim of the present study is to provide a theoretical overview of the psychosocial and romantic characteristics of adolescent oncology patients, with particular emphasis on the roles of body image, identity, intimacy, and social support.

KEYWORDS *psycho-oncology; adolescents; cancer; body image; identity*

Irodalom

- Ádány R. A daganatos betegségekkel szembeni genetikai fogékonyság népegészségügyi megközelítésben. Magyar Tudomány. 2005; 8:981-88.
- Molnár I. A tartós stressz hatása a szervezet védekezőképességére, a krónikus gyulladások és a daganatok kialakulására. Lege Artis Medicinae. 2010; 20(1):31-7.
- Selye H. The stress of life. 1956, McGraw-Hill, New York, NY.
- Reed RG, Raison CL. Stress and the immune system. Environmental influences on the immune system. 2016; 97-126.
- Ports KA, Ford DC, Merrick MT, Guinn AS. ACEs: Definitions, measurement, and prevalence. In Adverse childhood experiences. Academic Press; 2020; 17-34.
- Hu Z, Kaminga AC, Yang J, Liu J, Xu H. Adverse childhood experiences and risk of cancer during adulthood: A systematic review and meta-analysis. Child abuse & neglect. 2021; 117:105088.
- Ujhelyiné Nagy A, Kuritárné Szabó I. Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapota-szakirodalmi összefoglaló [the effect of adverse childhood experiences on the health status in adulthood—review of literature—Hungarian]. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 2020; 21(1):1-36.
- Steinberg L. Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence. Boston (MA): Houghton Mifflin Harcourt; 2014.
- Erikson EH. Identity: Youth and crisis. New York (NY): Norton; 1968.
- Harter S. The construction of the self: Developmental and socio-cultural foundations. 2nd ed. New York (NY): Guilford Press; 2012.
- Zebrack B. Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. Cancer 2011; 117(10 Suppl):2289-94.
- Sansom-Daly UM, Wakefield CE. Distress and adjustment among adolescents and young adults with cancer: An empirical and conceptual review. Cancer 2013; 119(12):2323-34.
- Seiffge-Krenke I. Testing theories of romantic development from adolescence to young adulthood: Evidence of a developmental sequence. Int J Behav Dev 2003; 27(6):519-31.
- Davison TE, McCabe MP. Adolescent body image and psychosocial functioning. J Soc Psychol 2006; 146(1):15-30.
- Tolman DL. Dilemmas of desire: Teenage girls talk about sexuality. 2nd ed. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2012.
- Schwartz LA, Drotar D. Health-related hindrance of goals in adolescents and young adults with cancer. J Adolesc Health 2009; 44(2):169-75.
- Robertson EG, Sansom-Daly UM, Wakefield CE, et al. Sexual and romantic relationships: Experiences of adolescent and young adult cancer survivors. J Adolesc Young Adult Oncol 2016; 5(3):286-91.
- Elkind D. Egocentrism in adolescence. Child Dev 1967; 38(4): 1025-34.
- De Los Reyes A, Prinstein MJ. Applying depression-distortion hypotheses to the assessment of peer victimization in adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol 2004; 33(3):566-78.
- Lenhart A, Smith A, Anderson M, Duggan M, Perrin A. Teens, technology and friendships. Washington (DC): Pew Research Center; 2015.

Útravaló tudnivaló

- A serdülőkori daganatos betegségek nemcsak a fizikai egészséget, hanem az identitás, a testkép, a kortárskapcsolatok és a romantikus kapcsolatok fejlődését is jelentősen befolyásolják.
- A pszichoszociális támogatás, a család, kortársak és online közösségek szerepe kulcsfontosságú a szorongás, izoláció és maladaptív gondolkodás csökkentésében.
- A hatékony ellátás multidiszciplináris, a fejlődéslélektani sajátosságokat és a bizonyítékokon alapuló pszichológiai intervenciókat egyaránt figyelembe veszi.
- Összességében a serdülők pszichés jóllétének és kapcsolati kompetenciáinak támogatása elengedhetetlen a teljes körű onkológiai ellátás részeként.

Tesztkérdések**1. A serdülőkorban a daganatos betegség hatása azért különösen jelentős, mert...**

- a) ebben az időszakban a testi fejlődés már befejeződött
- b) az identitás- és kortárskapcsolati fejlődés kevésbé sérülékeny
- c) a szülői leválás már lezárult
- d) egyszerre érinti az identitást, a testképet, a kortárskapcsolatokat és a romantikus szerepeket
- e) a serdülők ritkán élnek meg stresszt

2. A serdülőkorra jellemző egocentrikus kognitív torzítás az onkológiai betegség kontextusában...

- a) csökken, mert a betegség külső fókuszot teremt
- b) nincs hatással a romantikus kapcsolatokra
- c) felerősödik, és olyan gondolatokhoz vezethet, mint „soha nem lesz barátom/barátnőm”
- d) felnőttkorra teljesen megszűnik
- e) kizárólag pozitív önértékelést eredményez

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekorvostarsasag.hu.
A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztet jól megoldóknak!

PRAXISHIRDETÉS**„Kedves Kollégák!**

Szigetszentmiklósi, 1300 fős házi gyermekorvosi praxisom, családi okok miatt eladóvá/átadóvá vált.

Szoros praxisközösségünkben 6 gyermekorvos kollégával dolgoztunk együtt. Asszisztenciám kiváló, kolléganőm világbjánok – mind szakmailag, mind emberileg –, önkormányzatunk rendkívül támogató.

Szigetszentmiklós egy dinamikusan fejlődő város, a gyönyörű, Ráckevei-Duna-ágot kísérő tanösvényével, és a rendelő utcájában található híres cukrászdájával.

Amennyiben felkeltettem valamelyikőtök érdeklődését, kérlek keressetek:
Dr. Lakos Piroska +36 30 303 7888 számon vagy e-mail-en a sarkanypir007@gmail.com



Sürgősségi gyermekpszichiátriai ellátás, a társadalmi nehézségek lenyomata

Várnai Nikoletta dr., Pászthy Bea dr.

Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest (Igazgató: Szabó Attila)

LEVELEZÉSI CÍM:

Várnai Nikoletta dr.

1083 Budapest, Bókay u. 53.

E-posta: varnai.nikoletta@semmelweis.hu

ÖSSZEFOGLALÁS Az elmúlt évtizedben világszerte, így Magyarországon is, markáns növekedés figyelhető meg a gyermek- és serdülőpszichiátriai sürgősségi ellátások igénybevételében. Egyre több gyermek jelenik meg a sürgősségi osztályokon akut pszichés krízis, szuicid gondolatok, önsértő viselkedés, súlyos szorongásos állapot, pszichotikus epizód vagy kontrollálhatatlan viselkedészavar miatt. A jelenség nem pusztán pszichiátriai kérdés, hanem komplex társadalmi, egészségügyi, családi rendszerprobléma lenyomata, amelynek első vonalbeli felismerésében és kezelésében a gyermekorvosok kulcsszerepet töltenek be.

KULCSSZAVAK gyermekpszichiátria, sürgősségi osztály, veszélyeztető állapot, szuicid rizikó, szociális ellátás

Bevezetés

A gyermekgyógyászati sürgősségi osztályok terhelése a pszichiátriai esetekkel jelentősen megnövekedett az utóbbi években, mely feszültséget generál az ellátó osztályok között és a páciensek bizonytalanságát is növeli. Nehézséget jelent a feladatok tisztázása, a biztonságos betegút megszervezése különösen a budapesti centrumokban, melyek nagy országos felvételi területtel rendelkeznek. Mindez nagy teher az egyébként is elesett állapotú vagy akut krízisben lévő családoknak és a humán erőforrás hiányos egészségügyi ellátórendszernek is. Emellett a szociális ellátók insufficienciájával összefüggésben dekompenzálódott, krónikus állapotú (súlyos autizmus, intellektuális képességzavar) gyógypedagógiai eszközöket igénylő kiskorúak is az akut ellátásban jelennek meg. Cikkünkben a rendszer működésének áttekintése, rövid gyakorlati útmutató szerepel. Végül esetvignetták segítségével mutatjuk be a jellegzetes, visszatérő nehézségeket.

A világszerte megfigyelhető tendenciának megfelelően hazánkban is növekszik a pszichiátriai betegségben szenvedő gyermekek száma. A kórképek egyre fiatalabb korban jelennek meg, súlyosságuk növekszik. A sürgősségi osztályokra érkező gyermekek 70%-ánál legalább egy mentális zavar jelen van, 23%-ban több is (1). A szülők, a védőnői, iskolai orvosok, iskolapszichológusok, házi gyermekorvosok, szolgálatok első észlelőként heroikus küzdelem-

mel próbálják beteg gyermekeket ellátáshoz juttatni, azonban mind a betegutak nehézségei, mind az ellátók csekély száma, a hosszú várólisták megnehezítik, késleltetik a páciensek adekvát ellátáshoz jutását.

A gyermekpszichiátriai ellátás egykapus rendszer. Az akut ellátást igénylő betegek először a sürgősségi osztályokra kerülnek, ahol első észlelésük, vizsgálatuk megtörténik. Itt az ellátásuk tekintetében a legfontosabb az akut veszélyeztető állapot felismerése és elhárítása, a de-eszkaláció, illetve annak elkülönítése, hogy az állapot organikus vagy pszichés, vagy kombinált eredetű (2-4). Ennek megállapítását követően történik a beteg referálása gyermekgyógyászati vagy pszichiátriai fekvőbeteg osztályra. A gyermekpszichiátriai veszélyeztető állapotú betegeket a területileg illetékes fekvőbeteg ellátó fogadja, ahol a beteg további vizsgálata és ellátása történik (5).

A sürgősségi osztályra kerülés pszichiátriai okai

A bekerülés leggyakoribb okai a következők: akut családi krízis, szerhasználat/intoxikáció, hallucinációk, zavart gondolkodás/viselkedés, inadekvát/bizarr érzelmek, hirtelen hangulatváltozás, auto-/heteroagresszió, kifejezett szorongás, az étkezés és folyadékbevitel elutasítása.

Az anamnézis, a heteroanamnézis és a fizikális vizsgálat minden esetben kiemelten fontos. A 12 év alatti gyermekeknél a hangulati állapot és kezdeti panaszok felmérése nehezített. A szülő jelenlétében végezzük a vizsgálatot úgy, hogy a gyermek biztonságban érezze magát. Serdülő esetében a lehetőséget kell biztosítani arra, hogy négy szemközt is fel tudja tárni panaszait, bekerülésének körülményeit. A vizsgálat során a gyermek és személyzet biztonsága elsődleges (2-4, 6, 7). A veszélyeztető tárgyakat el kell távolítani, állandó felügyelet szükséges, ingerszegény környezetet kell biztosítani.

Az agresszív beteg

A sürgősségi osztályokon kívül is, a gyermekorvos is számos esetben találkozhat agresszív cselekményekkel a rendelőben, kórházi osztályokon. Ezért kiemelten fontos, hogy legyen stratégiánk arra, mit tegyünk veszélyhelyzet esetén.

A vitális paraméterek ellenőrzése mellett, elsődleges szempont a beteg és környezete, illetve a szak személyzet biztonsága, az agresszív magatartás kockázatának felmérése. Az agresszív személy állandóan látható helyen legyen, ne hagyjuk felügyelet nélkül. Javasolt az agresszivitást megelőző/csökkentő, a megnyugtató és releváns információszerzést segítő kommunikációs technikák, illetve de-eszkalációs módszerek alkalmazása (1. táblázat)

Veszélyes, agresszív beteggel és hozzátartozókkal ne maradjunk egyedül, szükség esetén biztonsági személyzetet vagy rendőri felügyeletet is hívunk. Kiemelten fontos ez abban az esetben, mikor szer-

használat gyanúja szóba jön, mivel ezek a betegek tőlük a premorbid viselkedésükben nem megszokott viselkedést mutathatnak.

De-eszkalációs technikák

Az agresszív cselekmény veszélye esetén kezdjük el a leghatékonyabb agresszió-megelőzési stratégiát a de-eszkalációt alkalmazni. Amennyiben az agresszív viselkedés korai jeleit mutató egyénnel nem kezdődik el a de-eszkaláció, akkor az események kiszámíthatatlanná válásának, kiterjedésének a veszélye fenyeget (1. ábra).

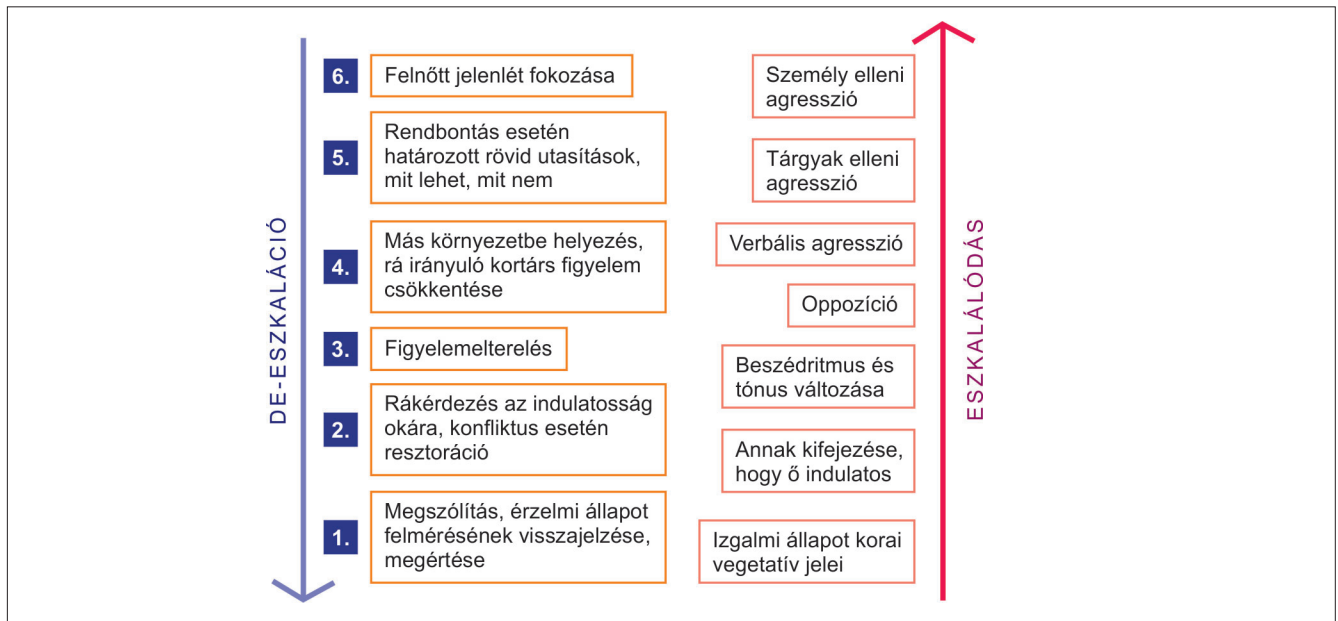
A de-eszkaláció esetén a kommunikációnk során tiszteletteljes megszólítást és bemutatkozást követően rövid, egyszerű mondatokat használunk. Ügyeljünk, hogy testtartásunk ne legyen fenyegető, de emellett mutassunk magabiztos nyugalmat. Empátiával, elfogadással hallgassuk a fiataalt és a hozzátartozóit. Figyelemelterelő technikákat alkalmazhatunk. Kerülendő a parancsoló és fölényes hangnem, a kritika, a megszégyenítés, a viszont agresszió. Ne feledjük, hogy az agresszió nem személyesen nekünk szól, hanem a beteg állapota szüli!

Korlátozás

Amennyiben a beteg állapota romlik, közvetlen veszélyeztető, kémiai és fizikai korlátozás válhat szükségessé. Kezdetben próbáljunk per os gyógyszer – midazolam, benzodiazepinek (clonazepam, diazepam) illetve haloperidol – alkalmazni. Amennyiben erre nincs lehetőség, intramuszkulá-

1. táblázat: Kommunikáció agresszív gyermekkel vagy serdülővel

- A beteghez egyszerre egy ember beszéljen, a kezelő orvos (vagy a helyzetet irányító szakember) mutatkozzon be, mutassa be a személyzetet is.
- A gyermeket kérdezzük meg, hogyan szólíthatjuk.
- Nyugodt, határozott, magabiztos hangvétellel, szemkontaktust tartva beszéljünk, rövid, tömör és egyszerűen megfogalmazott mondatokban. Az agított beteg verbális információ-feldolgozó képessége sérült lehet.
- Testtartásunk legyen barátságos, nem fenyegető, a csípőre vagy karba tett kéz kerülendő. Kerüljük a hirtelen mozdulatokat is.
- Tartsuk tiszteletben a beteg személyes terét, két karnyi távolságra álljunk tőle.
- Lehetőség szerint ingerszegény környezetet (kevés fény/zaj/személyek) biztosítsunk.
- Mindig magyarázzuk el röviden, egyszerűen, mi fog történni, erősítsük meg, hogy a segítségére, a biztonsága érdekében vagyunk itt.
- Fontos az empátiát, megértést és elfogadást tükröző verbális és non-verbális kommunikáció, melyhez a páciens helyzetének elfogadása, megértése, nézőpontjának megismerése szükséges.
- Hallgassuk meg a mondanivalóját empatikusan, kerüljük a kritikát és bíráló megjegyzéseket.
- Kisebb gyerekeknek ajánljunk fel jutalmat, érdekes játékot amennyiben együttműködik; ez a figyelem elterelés eszköze is lehet.
- Magyarázzuk el, mit szeretnénk elérni, mi az, amit tőle várunk el ennek eléréséhez, miért lesz az együttműködés számára is kedvező.
- Az agresszivitást/ellenséges magatartást a gyermek vagy a család részéről soha ne tekintsük személyünk ellen irányulónak.
- Kerülendő a viszont-agresszió, a beteg kritizálása, becsmérlése, megszégyenítése, a parancsoló vagy fölényes hangnem és a beteg sérelmeinek, problémáinak bagatellizálása.
- Nyerjük meg a szülők együttműködését, mely a gyermek együttműködését is elősegíti.



1. ábra: Az eskalálódási folyamat és a de-eszkaláció hierarchikus lépése. Forrás: Egészségügyi szakmai irányelv az agresszív gyermek ellátásról. EMMI/AEEK, 2019

risan juttassuk be a hatóanyagot (0,5-1 ampulla haloperidol és/vagy clonazepam).

A mellékhatásokat szorosan monitorozzuk, különös tekintettel az extrapiramidális tüneteket, a szédítést, a légzésdeprimációt és a QT-megnyúlást. Fizikális korlátozás esetén a beteg folyamatos felügyelete és az állapota újraértékelése elengedhetetlen, szigorú dokumentációhoz kötött. Fizikális korlátozás esetén mindig használjunk kémiai korlátozást is, a traumatizáció csökkentése érdekében (2).

Az állapot feltérképezése

Az állapot feltérképezésében rendkívül fontos a többforrású anamnézis, a heteroanamnézis: organikus és mentális előzmények, gyógyszerek, szerhasználat, családi pszichiátriai előzmények, fejlődési eltérések, életesemények, traumák.

Az organikus okok kizárása életmentő prioritás. Az indikált vizsgálatok lehetnek labor (vér, vizelet), drogteszt, EKG, liquor, bakteriológia, immunológia, képalkotás. Neurológiai, belgyógyászati, toxikológiai konzílium kérése szükséges lehet (1, 10). Az intoxikált beteg ellátása során a minimum 24 órás toxikológiai megfigyelés indokolt.

A belgyógyászati, neurológiai vizsgálat mellett a mentális státusz is értékelendő: megjelenés, higiéné, viselkedés, tudati szint és orientáció, hangulatváltozások, érzelmek és azok regulációja, szuicid készlettség, gondolkodás alaki és tartalmi zavarai, téveszmék, beszéd, észlelés (hallucinációk/illúziók), kognitív funkciók, memória, betegségbelátás, kooperáció.

A sürgősségi osztályra kerülés pszichiátriai tüneteket mutató szomatikus okai

Neurológiai okok: epilepszia, agydaganat, fejtrauma, cerebrovascularis esemény.

Endokrin/metabolikus okok: hypo-/hyperthyreosis, hypo-/hyperglykaemia, elektrolitzavarok, máj-/veseelégtelenség.

Intoxikáció: alkohol/drog, gyógyszer mellékhatás, gyógyszer túladagolás, környezeti toxinok.

Fertőző betegségek/autoimmun okok: encephalitis (pl. anti-NMDA), SLE, PANDAS)

Kórképspecifikus sürgősségi szempontok

Szerhasználat és acting out

Szerhasználat gyanúját alkoholos lehelet, tudatállapot fluktuációja, pupillatágasság vagy pupilla-szűkület, tachycardia, a környezetben észlelhető droghasználatra utaló jelek, illetve az iskolai teljesítmény romlása vetheti fel. Az acting out többnyire krízist követő, impulzív és opponáló viselkedés, amely tudatzavar nélkül zajlik. A sürgősségi ellátásban célzott szűrés, biztonságos környezet és a deeszkaláció elsődleges, a továbblépéshez pedig szükség szerint addiktológiai és pszichiátriai együttműködés javasolt (9).

Pszichózis/„bizarr” magatartás

A pszichotikus epizódok – többnyire akusztikus jellegű – hallucinációkkal, téveszmékkel, valamint dezorganizált beszéddel és viselkedéssel jelentkeznek, amelyekhez teljesítményromlás és foko-

zott irritabilitás társulhat. Ellátásuk során minde-
nekelőtt a veszélyeztető magatartás felmérése és
szükség esetén a korlátozó intézkedések mérlege-
lése szükséges. Gyermekkorban antipszichotikus
kezelésként jön szóba (paliperidon, risperidon,
haloperidol) Az extrapiramidális mellékhatások
megelőzésére biperiden adható. A környezet
ingerszegénné tétele és a nyugodt, rövid, egyér-
telmű kommunikáció támogatja a deeszkalációt.
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályos felvétel
indokolt a szomatikus okok kizárását követően
(10).

Hangulatzavarok

Pszichotikus tünetekkel járó depresszió esetén
a kombinált kezelés – antidepresszáns és anti-
pszichotikum – ajánlott, a szuicid rizikó miatt
gyakran indokolt a hospitalizáció. Bipoláris zavar-
ban az antidepresszív monoterápia ellenjavallt,
ilyenkor hangulatstabilizáló bevezetése szüksé-
ges. Mániás epizód pszichotikus tünetekkel rend-
szerint pszichomotoros nyugtalansággal, felgyor-
sult gondolkodással, inszomniával és fokozott im-
pulzivitással jár. Antipszichotikum és benzodia-
zepin kombinációja gyakran indokolt, az organi-
kus okok kizárását követően (11,12).

Öngyilkos magatartás

A sürgősségi osztály feladata a potenciálisan ártal-
mas eszközök eltávolítása, a biztonságos környe-
zet megteremtése és a folyamatos felügyelet bizto-
sítása. Az organikus eltérések – például intoxikáció
vagy sérülések – ellátását követően, fenyegető ve-
szély esetén azonnali gyermekpszichiátriai vizsgá-
lat és szükség szerint hospitalizáció indokolt.
A kockázatfelmére rész az ASQ (Ask Suicide-
Screening Questions) szűrés:

*„Kíváncsi-e az elmúlt néhány hétben, hogy bár-
csak meghalnál?”*

*„Érezted-e, hogy neked vagy a családnak jobb
lenne, ha meghalnál?”*

*„Az elmúlt héten gondoltál-e arra, hogy megöld
magad?”*

„Megpróbáltad-e valaha megölni magad?”

Bármely igen válasz után a jelen idejű szuicid gon-
dolat felmérése következik. Hospitalizációt indo-
kol a tartós öngyilkossági szándék vagy meghalási
vágy, a reménytelenség, a biztonsági terv elutasítá-
sa, a hiányzó családi/szociális támasz, a súlyos
megelőző kísérlet, valamint a komorbid szerhasz-
nálat és az impulzív-agresszív magatartás (13, 14).

Nem-szuicidális önsértés (NSSI)

A nem-szuicidális önsértés – vágás, égetés, szurká-
lás, ütögetés – serdülőkorban gyakori (15–46%).
Lányoknál két-háromszor nagyobb az előfordulás.
Bár elkülönítendő a szuicid magatartástól, együttes
előfordulásuk magas (50–70%) (12). A sürgősségi
ellátásban minden esetben szükséges a szuicid ri-
zikó felmérése. Amennyiben nem áll fenn szuicid
veszély, a beteg ambuláns ellátásba irányítható,
megfelelő utánpótlással.

Delírium

A delírium életveszélyes állapot. Akut kezdetű,
fluktuáló tudat- és figyelemzavarral jár, hátterében
gyakran fertőzés, szerhatás vagy megvonás,
autoimmun folyamat, malignitás vagy szervi elég-
telenség áll. Mintegy 20%-os magas mortalitása
miatt a korai felismerés kritikus. Ellátása a kiváltó
ok célzott kezelésén alapul. Kifejezett agitáció ese-
tén benzodiazepin (például diazepam vagy clona-
zepam) adható, pszichotikus tüneteknél haloperi-
dol javasolt, alternatívaként olanzapin vagy
risperidon mérlegelhető. A folyamatos monitoro-
zás és a multidiszciplináris konzultáció elengedhe-
tetlen (14).

Katatónia

A katatónia diagnózisa, az alábbiak közül legalább
három tünet fennállása esetén állítható fel: stupor,
katalepszia, viaszhajlékonyság, mutizmus vagy
negativizmus, pózolás, manierizmus, sztereotípi-
ák, grimaszolás, echolália vagy echopraxia, illetve
agitáció. Ellátásában elsőként benzodiazepin –
lorazepam vagy diazepam – javasolt. Az anti-
pszichotikumok általában kerülendőek, szükség-
ség esetén második generációs szerek – palipe-
ridon vagy aripiprazol – preferáltak. Differenciál-
diagnosztikában mindig gondolni kell anti-NMDA-
encephalitis lehetőségére. Súlyos esetekben inten-
zív osztályos felvétel, táplálási támogatás és a ve-
getatív instabilitás szoros monitorozása szükséges
(15).

Disszociatív zavarok

A klinikai képben gyakori a feltűnően megváltozott
vagy bizarr viselkedés, markáns memóriazavar, az
otthonról való elfutás, esetenként éjszakai vagy el-
húzódozó távollétek, valamint a súlyos visszahúzó-
dás. Ezek a tünetek gyakran a mindennapi műkö-
dés hirtelen beszűkülésével és a kapcsolatokról va-
ló elfordulással járnak. A sürgősségi vizsgálat so-
rán a vitális paraméterek rendszerint épek, a tudati
éberség megtartott, ugyanakkor dezorientáció
(hely-, idő- vagy személyorientáció zavara) és kife-

jezett szorongás észlelhető. Differenciáldiagnosztikai szempontból kiemelten fontos a temporális lebeny epilepszia kizárása.

Pánikzavar

Hirtelen induló, intenzív szorongásos epizódokkal jelentkezhet, amelyek percekben belül csúcsosodnak és a testi tünetek dominanciája miatt gyakran akut, életveszélyes állapot benyomását keltik. A gyermek heves szívdobogásról, mellkasi nyomásról, légszomjról, szédülésről, hányingerről, a végtagok zsibbadásáról számolhat be, miközben gyakran kifejezett „meghalok” érzés, azaz halálfélelem társul a rohamszerű állapothoz (14).

A sürgősségi vizsgálat során jellemző a tachycardia és a hiperventiláció, azonban az EKG rendszerint egyéb eltérést nem mutat. A tudati éberség és az orientáció általában megtartott, ugyanakkor a gyermek súlyos szorongást él át, ami a panaszoikat tovább erősítheti. Differenciáldiagnosztika – különösen az akut myocardialis infarctushoz hasonló tünetegyüttes kizárása – kulcsfontosságú. A célzott, gyors triázs és az életet veszélyeztető organikus okok kizárása mellett a gyermek megnyugtása elsődleges feladat.

Anorexia nervosa

Sürgősségi ellátást igénylő kórkép lehet, különösen akkor, ha a testi állapot romlása markáns, illetve a táplálék- és folyadékfelvétel elutasítása vagy minimális szintre szorítása fennáll. A klinikai képet gyakran kíséri depresszív hangulat, reménytelenség, és nem ritkán szuicid gondolat. A kooperációt nehezítheti az opponáló magatartás és a betegség-belátás hiánya. A fizikális vizsgálat során jellegzetes lelet a bradycardia, amely szélsőséges esetben 45/perc alá is csökkenhet, emellett amenorrhoea, valamint lanugószőrzet megjelenése észlelhető. Noha a tudati éberség és az orientáció rendszerint megtartott, a hangulat többnyire nyomott, depresszív, és átmeneti pszichotikus állapotok is előfordulhatnak. A tünetek összessége a hemodinamikai és metabolikus dekompenzáció kockázatát növeli, ezért a klinikai értékeléskor a pszichiátriai és szomatikus tényezők egyaránt kiemelt figyelmet érdemelnek (15).

Magatartászavar

A páciens gyakran irritábilis, ellenséges hangoltsággal, verbális és fizikai agresszióval, valamint szülőkkel, pedagógusokkal és kortársakkal szembeni oppozíciós viselkedéssel érkezik. Gyakran komorbid intellektuális képességzavarral, súlyos autizmussal, ami tovább nehezíti az együttműködést és a helyzet gyors, biztonságos rendezését.

A sürgősségi vizsgálat többnyire nem tár fel szomatikus eltérést; a klinikai képet pszichés tünetek uralják: kifejezett ingerlékenység, alacsony frusztrációtűrés, impulzivitás és – nem ritkán – szuicid fenyegetések. Gyakori a szerhasználat (alkohol, drog) való együtt járás is, amely a rizikót és az ellátás komplexitását is növeli. Az akut ellátásban elsődleges a gyermek, a család és a személyzet biztonságának biztosítása, az ingerek csökkentése és a de-eszkaláció.

Autizmus spektrum zavar

Sürgősségi megjelenésekor az agresszív vagy erősen agitált viselkedés gyakran szenzoros túlterhelésből, a kiszámíthatóság hiányából vagy a kommunikációs nehézségekből fakad. Az ellátás első vonala ezért a környezet és a kommunikáció gyors, célzott módosítása. Elsődleges teendő az ingerszegény, nyugodt környezet biztosítása (csökkentett zaj, fény, forgalom), valamint szenzoros megnyugtató eszközök felajánlása (például fülvédő/fejhallgató, súlyozott takaró, „fidget” eszközök). A vizuális támogatás különösen hatékony: képkártyák, piktogramok, egyszerű, lépésekre bontott vizuális utasítások. A kommunikáció legyen lassú, konkrét és rövid; egyszerre egy ember beszéljen, hagyjunk feldolgozási időt, kerüljük a metaforákat, a váratlan érintést és a hirtelen változtatásokat. A szülő/gondozó bevonása – mint biztonságos, ismerős támasz – gyakran kulcsfontosságú. Amennyiben ön- vagy heteroagresszió veszélye áll fenn, a legkevésbé korlátozó beavatkozásoktól haladjunk a korlátozóbbak felé, minden lépést röviden megmagyarázva és dokumentálva.

A gyógyszeres beavatkozás akkor indokolt, ha a nem-farmakológiai technikák elégtelenek, és továbbra is akut veszélyeztetés áll fenn. ASD-ben jelentkező agresszív viselkedés sürgősségi kezelése során haloperidol, risperidon is adható. Lehetőség szerint per os alkalmazás javasolt. Szükséges a vitális paraméterek és a mellékhatások (szedáció, extrapiramidális tünetek) szoros monitorozása, valamint antidótum (biperiden) elérhetősége. A megnyugvást követően a korlátozó intézkedéseket azonnal oldjuk fel, az eseményeket dokumentáljuk, és tervezzük meg a továbblépést: gyermek-pszichiátriai kontroll, viselkedéses-szenzoros stratégiák finomhangolása, szülői tréning és intézményi (iskolai/szociális) támogatás összehangolása (1-3).

Krónikus állapotok dekompenzálódása

Az egészségügyi ellátó túlterhelését fokozza, az olyan gyermekek rendszeres visszakérülése az akut ellátásba, akik a szociális ellátás inszuff-

ficienciája vagy a szülők állapota miatt dekompenzálódnak, terhelve a magas progresszivitású ellátó kapacitásait, erőforrásait.

Esetvignetta

I.

17 éves serdülő, autizmus spektrum zavar, hiperkinetikus magatartászavar és mentális retardáció diagnózisokkal, többszörös antipszichotikum, benzodiazepin és antikolinerg kombinált gyógyszeres kezelés mellett érkezett a sürgősségi osztályra, a családi körben megjelenő agitáció és fizikális sérülések miatt. A fiatal traumatológiai ellátását követően a gyermekpszichiátriai osztályra került átadásra. Az osztályon hamar megnyugodott, gyógyszereire állítottunk. Sokkal nyugodtabb, és élénken érdeklődő, vezethető volt. Otthonába küldése azonban rendszeresen meghiúsult, a szülő együttműködése hiányában. 18 éves koráig csupán néhány napot töltött otthon, több alkalommal súlyos fizikális bántalmazás jeleivel tért vissza osztályunkra a sürgősségi és traumatológiai ellátását követően. A szülők terápiába bevonása vagy pszichiátriai vizsgálata jelenleg nem kivitelezhető megfelelő jogszabály hiányában.

II.

14 éves mentálisan retardált, gyermekotthonban élő fiataalt agresszív, ellenséges viselkedés és szökések miatt küldte az otthon a sürgősségi osztály érintésével gyermekpszichiátriai ellátásba. A gyermeknél szomatikus ok a panasza

hátterében nem igazolódott. Szuicid kijelentéseket a sürgősségi osztályon azzal a szándékkal tett, hogy az „ismert” és számára megnyugtató környezetet biztosító pszichiátriai osztályra kerülhessen. A fiatal az osztályon gyógyszeres terápiája mellett együttműködő, terelhető, fokozottabb kapcsolódási igényű volt. Az otthonba több alkalommal próbáltuk visszagonдозni, azonban néhány óra elteltével az otthon, agresszív viselkedés okán mentővel újra visszaszállítottatta, személyes átadást nem eszközöltek, kísért nem küldtek.

III.

A súlyos evészavaros 11 éves gyermek hospitalizációját követően, kielégítő általános állapotban ambuláns ellátásba került, gyermekvédelmi jelzés mellett. A szülői felügyelet során fogott, magánellátást választottak szülei számára. A gyermek közel kilenc hónap elteltével 9-es BMI-vel, életveszélyes testi és pszichés állapotban került vissza a fekvőbeteg-osztályunkra, védelembevételét kezdeményeztük. A gyermekvédelmi hatóság ekkor a szülői felügyeleti jogot megszüntette. A szülő távoltartása és adekvát terápia mellett a gyermek visszanyerte elvesztett testsúlyát, gyarapodásnak indult, mentálisan stabilizálódott. Célsúlya elérése után egy gyermekotthonba helyeztük el, ahol azóta lakik. Állapota tartósan jó, nem esett vissza, jól tanul, sportol. A szülő keretek között látogathatja.

Summary

Emergency Child and Adolescent Psychiatric Care: A Reflection of Societal Adversity

Nikoletta Várnai, Bea Pászthy; Semmelweis University, Pediatric Center, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Budapest

Over the past decade, a marked increase has been observed worldwide, including in Hungary, in the utilisation of child and adolescent psychiatric emergency services. An increasing number of children present to emergency departments with acute mental health crises, suicidal ideation, self-harming behaviour, severe anxiety states, psychotic episodes, or uncontrollable behavioural disturbances. This phenomenon is not merely a psychiatric issue; rather, it reflects a complex interplay of societal, healthcare, and family-system challenges. Paediatricians play a key role in the first-line recognition and management of these presentations.

KEYWORDS child and adolescent psychiatry, emergency department, high-risk condition, suicide risk, social care

Irodalom

- Chun TH, Mace SE, Katz ER. Evaluation and Management of Children and Adolescents With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part I. Common Clinical Challenges of Patients With Mental Health and/or Behavioral Emergencies. *Pediatrics*. 2016; 138(3):e20161570 (Consensus statement)
- Kapornai, K., Csábi, Gy., Pásztor, P. (2020). A gyermek- és serdülőkori akut mentális tünetek és viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról. Egészségügyi Szakmai Irányelv (Azonosító: 002078). Budapest: EMMI/AEEK.
- Goldstein AB, Findling RL. Assessment and Evaluation of Child and Adolescent Psychiatric Emergencies. *Psychiatric Times*, 2006; 23 (9) <http://www.psychiatrictimes.com/psychiatric-emergencies/assessment-and-evaluation-child-and-adolescent-psychiatric-emergencies>
- Grupp-Phelan J, Harman JS, Kelleher KJ. Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Public Health Rep*, 2007; 122(1):55–61.
- Országos Mentőszolgálat, Mentési Igazgatóság, Szolgálatvezető Főorvosi Osztály, Budapest és Pest Vármegye, Sürgősségi és akut ügyeleti beutalási rendje 2026. január 1-től, 2025, 16.
- Chun TH, Mace SE, Katz ER, American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, and American College of Emergency Physicians, Pediatric Emergency Medicine Committee: Evaluation and Management of Children and Adolescents With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part I: Common Clinical Challenges of Patients With Mental Health and/or Behavioral Emergencies. Clinical Report Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care *Pediatrics* 2016; 138 (3) e 20161570
- Department for Health and Ageing, Government of South Australia: Restraint and Seclusion in Mental Health Services Policy Guideline. 2015. megtalálható: www.sahealth.sa.gov.au
- Karas S, Jr. Behavioral Emergencies: Differentiating Medical From Psychiatric Disease. *Emergency Medicine Practice* 2002; Volume 4, Number 3
- Turkel SB, Tavaré CJ. Delirium in children and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003; 15 (4):431–435.
- Shaffer D, Pfeffer CR, and the Work Group on Quality Issues; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 52:976–990.
- Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007; Nov; 63 (11):1045–1056.
- Horváth L, Mészáros G, Balázs J. Serdülőkori nem-szucidális önsértés: aktuális kérdések. *Neuropsychopharmacol Hung* 2015; 17:014–022.
- Horowitz LM1, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, Wharff EA, Ginnis K, Cannon E, Joshi P, Pao M. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2012; 166 (12):1170–6.
- Samuels M, Wieteska S, Advanced Life Support Group (Manchester, England). Advanced paediatric life support: the practical approach to emergencies. Chichester, West Sussex, UK: BMJ Books, 2016.
- Asztalos Z., Egervári L., Andrassy G. Katatónia és neurolpetikus malignus szindróma a pszichopatológiai és patofiziológiai átfedések tükrében: rövid összefoglaló tanulmány *Neuropsychopharmacol Hung* 2014; XIV:1. 19–27.
- Pászthy B, Ábrahám I, Sonnevend M: Egészségügyi szakmai irányelv az evészavarok ellátásáról. Egészségügyi Szakmai Irányelv (Azonosító: 002091). Budapest: EMMI/AEEK.

Útravaló tudnivaló

- A gyermekpszichiátriai sürgősségi ellátás csapatmunka: a gyors, strukturált szomatikus okok kizárása, az empátikus kommunikáció és a célzott pszichiátriai intervenció együtt ment életeket, csökkenti a hosszú távú károsodás kockázatát, és segíti a családot a krízis biztonságos átvészelésében.

Tesztkérdések

1. Mi az első teendő az akut ellátásban az agresszív beteg esetén?

- Kritika megfogalmazása a szállítás körülményeiről.
- Fenyegető testtartással megpróbálni az agresszív beteget rendre utasítani.
- Biztonságos környezetet teremteni a beteg és a személyzet számára, verbálisan megpróbálni vezetni a beteget, egyszerű, érthető szavakkal, ezt követően, ha szükséges, kémiai (elsőként per os, ha lehetséges, ha nem im.), ha nem, hatásos fizikai korlátozás is.
- Azonnal kémiai és fizikai korlátozást alkalmazni.
- Fizikális rögzítést követően hagyjuk magára a betegünket.

2. Mi a feladata a sürgősségi osztálynak a szomatikus tünetekkel jelentkező, pszichiátriai diagnózist korábban kapott beteg érkezésekor?

- Vizsgálat nélkül tovább küldeni a pszichiátriára.
- Hosszan explorálni, már az akut osztályon pszichoterápiát kezdeni.
- Felvilágosítani a szülőt, hogy a probléma a család struktúrájából és a szülő tévedéseiből fakad.
- Empizálva, a pszichiátriai betegellátás rendjét felülbírálni megpróbálni a személyes kapcsolatokon keresztül soron kívüli időpontot szerezni a betegnek.
- A beteg panaszait feltérképezni, szomatikus és pszichés vizsgálatot követően kizárni vagy megerősíteni a szomatikus okot a panasz hátterében. Az életet veszélyeztető szomatikus vagy pszichés panaszokat kezelni, szükség esetén konzíliumot kérni társszakmaktól. Az eredmények tükrében referálni a beteget fekvőbeteg-osztályra vagy járóbeteg-ellátásba.

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekegyseg.hu.
A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!



Pszichés beteg serdülők felnőttellátásba kerülése – mit tehet a háziorvos?

Kiss Enikő dr., Dochnal Roberta dr., Kapornai Krisztina dr.

Szegedi Tudományegyetem, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged (Igazgató: Bereczki Csaba dr.)

LEVELEZÉSI CÍM:

Kiss Enikő dr.

6721 Szeged, Korányi fasor 14-15.

E-posta: kiss.eniko.magdolna@szte.hu

ÖSSZEFOGLALÁS A gyermek- és serdülőkori mentális kórképek jelentős hányada átvezetődik a felnőttkorra is, ezért fontos, hogy a pszichés zavarok kezelése és nyomonkövetése folyamatos legyen a 18. életév betöltése után is. A jó tranzíció egy alaposan megtervezett, koordinált, beteg-központú folyamat, mely biztosítja a kezelés folyamatosságát, az egészség és a jólét optimalizálását, valamint a személy maximális funkciójának megtartását. Ugyanakkor hiányoznak a tranzícióval kapcsolatos szakmai útmutatók, a fiatalok és szüleik nem vesznek részt a betegátadással kapcsolatos döntésekben, nagy a gondozásból kieső fiatalok aránya. A hatékony tranzíció korán elkezdődik, multidiszciplináris team, a páciens és a szülők részvételével történik és többszöri találkozást igényel. Az elbocsátást követően rendszeres utánkövetés szükséges az alapellátásban, hogy az állapotromlás megelőzhető, kezelhető legyen. A háziorvost is tájékoztatni kell a betegátadás tervéről, hiszen az utánkövetés során neki lesz lehetősége a beteg állapotát figyelemmel kíséreni. Ahhoz, hogy a fiatal pszichiátriai betegek felnőtt ellátásba való átadása/elbocsátása magas színvonalon történjen, szükség van tranzíciós protokollra, a szolgáltatások megfelelő elérhetőségére és szoros együttműködésre a pszichiátriai szakellátók és az alapellátás szakemberei között. Egy esettel szemléltetjük a jelenlegi átadás folyamatát.

KULCSSZAVAK serdülőpszichiátria, tranzíció, elbocsátás, tranzíciós rés

Bevezetés

Az összes mentális betegség egyharmada 14 éves kor előtt, fele 18 éves kor előtt kezdődik (1). A gyermek- és serdülőpszichiátriai betegségek jelentős hányada folytatódik a felnőttkorban is. Az idegfejlődési zavarok, mint például a hiperaktív-figyelemzavar (ADHD) vagy a pervazív fejlődési zavar (autizmus, ASD) gyermekkorban kezdődnek, de 15-20%-ban felnőttkorban is funkciózavart okozhatnak (2). A serdülőkori depressziós epizód 2,8-szorosára növeli a felnőttkori depresszió esélyét, illetve 22,5%-ban bipoláris zavarként is folytatódhat, amennyiben mániás vagy hipomániás epizódok társulnak hozzá (3). A krónikus kórképek (evészavar, pszichózis) tüneteinek első megjelenését a serdülőkorra illetve a fiatal felnőttkorra teszik (1, 4). Az életkoron átívelő kórképek miatt fontos, hogy a gyermek és/vagy serdülőkori pszichés zavarok kezelése és nyomonkövetése folyamatos legyen a 18. életév, azaz a gyermekkor törvényileg szabályozott vége után is.

Átmenet a gyermekpszichiátriai és felnőtt pszichiátriai ellátás között

A tranzíció/betegátadás meghatározása és elkülönítése a transzfertől/átküldéstől fontos. Míg az előző egy folyamat, melynek több résztvevője és hosszabb ideje van, az utóbbi egy adminisztrációs lépés. A jó tranzíció egy alaposan megtervezett, koordinált, beteg-központú folyamat, mely biztosítja a kezelés folyamatosságát, az egészség és a jólét optimalizálását, valamint a személy maximális funkcionalitásának megtartását (5).

Egy átfogó irodalmi felmérés szerint a gyermekpszichiátrián kezelt fiatalok mindössze 24%-a került át a felnőtt ellátásba, míg 25% maradt a gyermekellátásban a felnőtt életkor betöltése után is (6). A tranzíciót követően magas a kezelés abbahagyásának az esélye, melynek lehetséges oka a két pszichiátriai ellátás közti kulturális és fókuszbeli különbségek (6). Európa több országában, így Magyarországon is a serdülő- és a felnőttpszichiátriai ellátás egymástól elkülönül. Eltérő helyszínen, új egészségügyi személyzettel, más szemlélettel végzik a kezelést. A gyermek/serdülő ellátása során a betegséggel kapcsolatos tájékoztatást ugyan mind

a fiatal, mind a szülők megkapják, a terápiás döntéseket azonban elsősorban a szülők hozzák meg. A felnőtt ellátás során a páciens maga dönt a kezeléséről, még akkor is, ha nincs erre felkészülve vagy a betegség természete miatt nem képes megfelelő döntést hozni (például nincs betegség belátás). Magyarországon és Európa több országában a felnőttkor határa és így a gyermek és felnőtt ellátás választóvonal a 18 év. Az életkori határ ilyen szigorú követése azonban nem veszi figyelembe az egyéni jellegzetességeket, mint például a családi háttér, az oktatási szint, az egyéni érettség.

A *MILESTONE (Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Healthcare)* kutatócsoport egy európai felmérést indított 28 ország részvételével a pszichiátriai betegek tranzícióját vizsgálva. Általánosságban elmondható, hogy a gyermek és felnőtt ellátóhelyek egymástól elkülönülten dolgoznak, a tranzícióval kapcsolatos szakmai útmutatók hiányoznak, a fiatalok és szüleik nem vesznek részt a betegátadási kapcsolatos döntésekben (7). Az európai szakemberek átlagban 33%-ra becsülték azon pszichés beteg serdülők arányát, akik felnőttkorban is kezelésre szorulnak. A kutatásban Magyarország is részt vett. A magyar eredmények alapján a felnőtt pszichiátrián kezelt 30 év alatti betegek 40%-a gyermek/serdülőkorban is kezelés alatt állt, ugyanakkor 0-24% közé tették azok arányát, akik felnőttkorban is pszichiátriai kezelésre szorulnak (7).

Krónikus pszichiátriai betegségek és a tranzíció

Érdekes külön kitérni azokra a pszichiátriai zavarokra, melyek nagy valószínűséggel folytatódnak a felnőttkor elérése után is és kezelés nélkül rossz prognózisúak. Ebbe a csoportba tartoznak az idegfejlődési zavarok, mint az ADHD és az ASD, valamint az evészavarok. Az utánkövetéses vizsgálatok alapján az ADHD tünetei a betegek 65%-ban fluktuáló intenzitással jelentkeznek a felnőttkorban is (8). Ugyanakkor a tranzíciós életkorban jelentős csökkenés észlelhető az ADHD gyógyszerek felírásában és a kezelést megszakítók közül kevesen folytatják később a gyógyszereszedést (8). Mindezek alapján az ADHD-val diagnosztizált betegek pszichoedukációja a betegség természetéről, a kezelés fontosságáról és a várható prognózisról kiemelten fontos. A betegek átadásának szervezése hosszabb folyamat, fontos, hogy a fiatal készen álljon arra, hogy felnőttként önálló döntéseket hozzon a betegségével kapcsolatban. Az ADHD-val együtt járó impulzivitás, érzelmi labilitás és kognitív nehézségek tovább nehezítik ezt a folyamatot. Az átadást akkor kell elkezdeni, amikor a páciens

stabil állapotban van (tehát ne a sürgősségi ellátás legyen az első felnőtt megjelenés).

Az autizmus spektrum zavarok gyermekkori zavarokként vannak elkönyvelve, a fejlesztés és szükség esetén a terápia is általában a gyermekellátás feladata. Ugyanakkor a tünetek a felnőttkorban is jelen vannak és funkciókárosodást okozhatnak. A felnőtt pszichiátriai ellátásban dolgozó szakemberek kevesebb tapasztalattal rendelkeznek ezen betegek ellátásában, kevésbé ismerik a farmakológiai és pszichológiai terápiás lehetőségeket. A komorbid kórképek, mint például depresszió, szuicid gondolatok, szorongás, elfedhetik az alapbetegséget, tovább nehezítve ezáltal az adekvát ellátást (2). Az ASD mellett jelen lévő szomatikus betegségek (epilepszia, allergiás problémák, gasztrointesztinális panaszok) további komplikációt jelenthetnek. ASD-vel élő felnőttek számára nincsenek megfelelően specializált ellátóhelyek, így 18 év betöltése után ezek a páciensek gyakran a háziorvoshoz lesznek irányítva. A háziorvosok bevonása az irányított betegátadási folyamatba ezért kiemelkedő jelentőséggel bír a pszichiátriai gondozás folyamatosságának fenntartásában (2). Egy másik probléma lehet az ASD beteg felnőtt ellátásba irányításával a szülők támogató szerepének elvesztése. Az autizmussal élő egyén kommunikációs nehézségei befolyásolhatják mentális és szomatikus szükségletei kifejezését, megértését, az orvosi, egészségügyi javaslatok alkalmazását és követését. Ezekben szülői/gondozói segítséget igényelhetnek, ami szokatlan lehet a felnőtt pszichiáter számára.

Az anorexia nervosa tüneteinek megjelenése a serdülőkorra tehető és a betegség elhúzódó jellegű. A kórkép kezdetekor az átlag életkor 15,5 év, a betegség lefutása átlag 10 évre tehető (4). Ebből következik, hogy sok fiatal páciens felnőttkorban is kezelésre szorul. A betegek felnőtt ellátásba kerülése gyakran egybeesik a tünetek kibomlásával és fontos élettani és életvitelbeli változásokkal, mint a megnövekedett autonómia és önállóság, valamint a felsőfokú oktatás megkezdése. Az anorexiás betegek 50%-a kimarad a pszichiátriai ellátásból, miután a gyermekpszichiátriáról elbocsátották (4). Ennek okai között szerepel a betegségtudat hiánya és a gyógyulás iránti ambivalencia, a serdülőkorban megrekedt személyiségfejlődés, valamint a szülők/gondozók háttérbe szorulása a felnőtt ellátás során. Az ellátásból való kiesést a gyermek és felnőtt ellátás közti szemléletbeli különbségek és bizalmatlanság, a minimális tájékoztatás, a terápiás lehetőségek és a felsőfokú tanulmányok folytatásának ütközése, a szülők/gondozók részvételének drasztikus csökkenése, valamint a hosszú várakozási idő alatti állapotromlás okozhatja (4). Egy longitudinális vizsgálat alapján az evészavaros páciensek 67%-a nem jelent meg a felnőtt ellátásban,

20% kapott kezelést evészavara miatt, 10% más jellegű tünetek miatt. A betegek csak 10,8%-a kapott beutalót a felnőtt pszichiátriára (4). Egy másik vizsgálat szerint a gyermekellátásból elbocsátott anorexiás páciensek 43,9%-át a háziorvos utalta be a felnőtt pszichiátriára. Azok a betegek, akiket korábban gyermekpszichiátrián kezeltek, erőteljesebb szorongással tekintettek a felnőttkorra, alacsonyabb volt az önértékelésük, ami megnehezítette a felnőtt ellátásba kerülésüket (4).

Irányított betegátadás szempontjai

A MILESTONE kutatócsoport kidolgozta az „irányított betegátadás” lehetséges protokollját (9), melyet egy randomizált kontrollált kutatás során vizsgált 8 európai országban (11). A vizsgálati csoportban a gyermekpszichiáterek tranzíciós képzést kaptak. Ezt követően a fiatalok és szüleik az irányított betegátadás részeként részt vettek egy tranzíciós interjúban, melyet a gyermekpszichiáter kezelőorvos végzett. Az interjú kiterjedt a fiatal jelenlegi állapotára, tüneteire, rizikótényezőire, tartalmazta a fiatal és a szülők elvárásait, valamint a kezelőorvos véleményét. Az interjú összefoglalóját a kezelőorvos átbeszélte a fiattal és továbbította a felnőtt ellátásba való átadásnál is. A kontroll csoportnál nem történt interjú és a kezelőorvos nem kapott képzést az átadás folyamatáról. A fiatalok pszichés és viselkedési tüneteit, alkalmazkodását és szociális funkcióit, életminőségét és a tranzíció sikerességét 9 és 15 hónappal később vizsgálták. Az utánkövetésnél, a vizsgálati és a kontroll csoportot együtt értékelve, a fiatalok egynegyede maradt a gyermekpszichiátrián ellátásban a felnőtt életkor betöltése után is, egynegyede került felnőtt ellátásba. A két csoport között az ellátás színterében nem volt szignifikáns különbség. A fiatalok mentális állapotát, tüneteit összehasonlítva mindkét csoportban javulás volt észlelhető a kiindulási állapothoz képest, de a tünetek csökkenése az irányított betegátadási csoportban gyorsabb volt. A szülők nagyobb százaléka volt elégedett az átadás folyamatával ebben a csoportban, mint a kontroll csoportban (11).

De milyen a jó tranzíció és hol lehet ebben a folyamatban a háziorvos szerepe? Nagyon fontos a jól megtervezett, időben elkezdett átadás szervezése. Ideális esetben ez akár a páciens 14–15 éves korában elkezdődhet és minimum három átadással kapcsolatos megbeszélést tartalmaz a gyermek- és a felnőtt pszichiáter között a fiatal és a család részvételével, mely lehet személyes vagy online. Ez segíthet a bizalmi kapcsolat kialakulásában, a közös egyetértésben és a kezelésre való motiváció fenntartásában. Fontos szempont a páciens és a szülők/gondozók felkészültsége az átadásra, melyet

befolyásol a beteg fejlettségi állapota, autonómia foka, az aktuális életvitel és célok, valamint a gyógyulás iránti elkötelezettsége. Az egészségügyi információ megosztása és átbeszélése a pácienssel és a szülőkkel növeli a compliance-t és bevonja a beteget és a szülőket az átadás folyamatába. A megbeszélésnek a fiatalkori ellátás ideje alatt kell megtörténnie, amikor a törvényi szabályozás lehetővé teszi az egészségügyi adatok szülőkkel való megosztását is. A várakozási idő alatt pozitív hatása lehet a pszichoedukációnak, mely tartalmazza a két ellátás közti különbségeket és hasonlóságokat, valamint a szülők/gondozók szerepének átforgalmazását támogató attitűd irányába a korábbi vezető pozícióból. Végül alapvető jelentőségű a két ellátóhely közti kommunikáció és rendszeres kapcsolat a tranzíció ideje alatt (4). Ebben a folyamatban sokat segíthet egy betegátadási koordinátor, aki mindkét szolgáltatóval kapcsolatot tart és segíti a páciens és családját az átadás során. *Ragnhildstveit és munkatársai* (4) „tranzíciós útlevelet” bevezetését is javasolják, mely egy digitalizált egészségügyi összefoglaló a páciens előzményeiről, állapotáról, terápiás történetéről.

Ajánlások az irányított betegátadásra, elbocsátásra

A MILESTONE kutatás eredményei alapján a szakemberek egy közös európai ajánlási rendszert dolgoztak ki a pszichiátrián betegátadás folyamatára (10). A NICE ajánlások között szerepel ugyan a gyermekkorai egészségügyi és szociális rendszerből a felnőttkori ellátásba való átmenet javaslatának leírásai (NICE guideline, 12), ezek azonban nem specifikusan a pszichiátrián ellátásra vonatkoznak. Az új európai ajánlás alapján a betegátadás első fázisa a tervezés és előkészítés. A tranzíció tervezését legalább 6 hónappal a betegátadás előtt el kell kezdeni, lehetőség szerint egy multidiszciplináris team részvételével. Ebben a teamben a gyermek- és felnőtt pszichiáter mellett a háziorvosnak is fontos szerepe van, hiszen ő az, aki segítheti a páciens és a szolgáltató váltás folyamatában. Fontos a fiatal beteg és a szülők/gondozók bevonása, informálása a betegségről, a kezeléssel, a várható prognózissal és az ellátóhelyek közti különbségekről, hogy a döntések közösen, megfelelő információk alapján történjenek. A tranzíció időpontjának kiválasztásában a fiatal életkora önmagában nem meghatározó. Fontos az egyéni érettség, a kognitív készségek, a szociális háttér és az egyéni körülmények figyelembe vétele. A betegátadás folyamatát jelentősen segítheti egy tranzíciós koordinátor (pl. egy nővér), aki elérhető a család számára a folyamat során. Fontos a kommunikációs csatornák definiálása, a digitális technika alkalmazása (üzenetek, online

megbeszélések), melyek lerövidítik a kommunikációs időt és javítják az elérhetőséget (10).

A tranzíciós döntés (kit, mikor, hova adnak át) több tényezőn alapul. A beteg aktuális állapota, a tünetek súlyossága, a funkcionális károsodás foka, a komorbiditások jelenléte segít eldönteni, hogy az adott beteg szempontjából az átadás mikor és milyen ellátási szintű helyre történjen (felnőttpszichiátria, gyermekpszichiátria, háziorvosi ellátás). A döntésbe fontos a páciens is bevonni, egyéni preferenciáit figyelembe venni. Ajánlott a döntéshez standardizált interjú/kérdőív használata (például Transition Readiness and Appropriateness Measure, TRAM, 13). Az átadás alatt a beteg állapotát rendszeresen felül kell vizsgálni. Súlyos pszichiátriai betegségek (mint pl. pszichózis, bipoláris zavar, súlyos depresszió, szorongás, evészavar, stb.) tranzíciója előnyt élvez az enyhébb kórképekkel szemben. Ezeknél a kórképeknél a tranzíciót támogatja a felnőtt ellátásban elérhető szélesebb farmakológiai terápiás spektrum is. A betegség súlyossága a döntésnél erőteljesebb, mint a diagnózis maga.

A terápia folyamatosságának biztosítása érdekében javasolt közös megbeszélések tartása a gyermek és felnőtt ellátók részvételével. Fontos, hogy ezeken a találkozásokon részt vegyen a tranzíció koordinátora is. Fontos a tiszta, jól érthető kommunikáció a két fél között a beteg szükségleteiről, gyógyszeres és pszichoterápiás tapasztalatairól, az alkalmazott terápia hatásságáról, a rizikó és protektív tényezőkről. Ezek az információk a páciens birtokában is kell legyenek. Nem minden gyermekpszichiátriai páciensnek van szüksége további ellátásra. Az ő esetükben az elbocsátás legyen fokozatos, amit például a ritkább találkozások, a rövidebb utánkövetés vagy a más típusú segítség (például közösségi támogatás) megszervezése jelenthet.

A megfelelő módon előkészített átadás személyre szabott, megfelelő szintű és megfelelő időben történik. A gyermekpszichiátriai ellátás lezárása általában fokozatos, elismeri és kiemeli az elért eredményeket és elegendő időt hagy a fiatalnak az érzelmek feldolgozására. A lezárásnál a fiatal ideális esetben megkapja betegségé összefoglalóját, melyet magával tud vinni a felnőtt pszichiátriai első interjúra vagy a terápia szünetelése, lezárása esetén a háziorvosához. Amennyiben felnőtt ellátásba kerül át, erre fel kell készíteni a páciens és a szülőket is. Segítheti ezt a folyamatot olyan fiatalokkal való találkozás, akik már átéltek hasonló eseményt. A szülők támogatása is fontos, mivel az ő szerepükben is változás történik, a családközpontú gyermekpszichiátriai ellátás után néha nehéz elfogadni a felnőtt ellátás személyközpontúságát.

A felnőtt pszichiátriai ellátás elindulása után javasolt a fokozott mértékű támogatás, a pszichiáter személyének állandósága az első néhány találkozásnál és a szülő/gondviselő jelenlétének felajánlása, amennyiben a fiatal erre igényt tart. A fiatalnak szüksége lehet támogatásra és kellő informálásra ahhoz, hogy döntéseket hozzon a terápiával kapcsolatban. A közös döntéshozatal növeli a páciens önbizalmát és autonómiáját. A kapcsolattartás módjában flexibilitásra lehet szükség (pl. videó konzultáció, üzenetek használata). A betegátadás hatását a betegre fontos átfogóan vizsgálni, tapasztalatait átbeszélni.

Amennyiben felnőtt pszichiátriai ellátás nem érhető el, fontos a család és a háziorvos bevonása a további ellátási szükségletbe vagy a gyermekpszichiátriáról történő elbocsátásba. A háziorvost ajánlott tájékoztatni a betegátadás tervéről, mert az utánkövetés során neki lesz lehetősége a beteg állapotát követni.

Amennyiben a fiatalnak nincs szüksége további pszichiátriai ellátásra tehát nem történik betegátadás és befejeződik a gyermekpszichiátriai gondozás, a fiatal visszakérül az alapellátásba a háziorvosához. Ebben az esetben is fontos, hogy legyen egy kórtörténeti összefoglaló és ellátási terv, mely utóbbi tartalmazza a specifikus célokat és erőforrásokat, melyek rendelkezésre állnak. Az életkornak és az adott mentális problémának megfelelő pszichoedukáció alapvető a fiatal és a család számára. Amennyiben gyógyszeres terápia folyamatban van, ennek megfelelő ellátási szintű kontrollja szükséges. A háziorvos a beteg elbocsátását követően kapja meg az orvosi dokumentációt a további gondozási javaslattal együtt. A fiatal segítséget igényelhet a lakóhelyén rendelkezésre álló közösségi támogatások elérésében. A pácienssel és a szülőkkel/gondozókkal együtt krízis prevenció és kezelési tervet kell kidolgozni, mely konkrét teendőket tartalmaz a tünetek exacerbációja esetén. Az elbocsátást követően rendszeres utánkövetés szükséges az alapellátásban, hogy az állapotromlás megelőzhető, kezelhető legyen. A rendszeres jó kapcsolat a beteg és a háziorvos között elősegíti a pszichiátriai ellátásba való visszakérülést, amennyiben arra szükség van. Végül fontos a szülők/gondviselők támogatása és edukációja a tranzíció és/vagy elbocsátás alatt a megváltozott szerepkör elfogadásához.

Ahhoz, hogy a fiatal pszichiátriai betegek felnőtt ellátásba való átadása/elbocsátása megbízhatóan történjen, szükség van tranzíciós protokollra, a szolgáltatások megfelelő elérhetőségére és szoros együttműködésre pszichiátriai szakellátók és az alapellátás szakemberei között.

Esetvignetta

Aktuálisan 18. életévét betöltött női páciens esete kerül leírásra, akinek a gondozását 16 éves korában, a Szegedi Tudományegyetem Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai osztályán, 2023 januárjában kezdtük el és 2025 szeptemberéig folytattuk, depresszióval és pszichotikus tünetekkel komplikált gyászreakció miatt. A páciens perinatális és kora gyermekkori fejlődése zavartalan volt. Édesapja csecsemőkorában elhunyt. Az édesapa halála után az apai szerepet az anyai nagyapa vette át, így a nagypapához rendkívül erős érzelmi kötés alakult ki. A serdülő pszichés állapota a nagypapa halála után kezdett el romlani. Hangulata mélyen fekvő lett, beszűkült, regresszív állapotba került. Az étkezés és az önellátás területén súlyos funkcióromlás jelentkezett. Az elhunyt nagypapa fényképeit nézegette, ruháit szorongatta, mindennapos rituáléjává vált a temetőlátogatás, amely elmaradása esetén heves auto- és heteroagresszív reakciók jelentkeztek. Szociális kapcsolatai beszűkültek, kommunikációja minimálisra korlátozódott, iskolába nem tudott visszatérni, önellátásában nagymamájára szorult. Kényszeres, rituálészzerű viselkedések és a

pszichotikus jellegű tünetei tovább súlyosbították a klinikai képet. 2023–2025 között több ambuláns vizsgálata és többszöri, hosszas hospitalizáció történt. A pszichofarmakoterápiás kezelések (fluoxetin, haloperidol, risperidon, sertralin, majd quetiapin–venlafaxin kombináció benzodiazepin-kiegészítéssel) eleinte átmeneti, majd tartósabb, de részleges javulást eredményeztek. Teljes gyógyulást nem sikerült elérni, további osztályos ellátást igényelt. Gyermekpszichiátriai hospitalizációja alatt töltötte be 18. életévét, így további kezelése felnőtt pszichiátriai osztályon vált indokolttá. A tranzíció protokoll nélkül, személyes kapcsolatokra épülve zajlott. A területileg illetékes felnőtt pszichiátriai osztály vezetőjével korábbi személyes ismeretség talaján vettük fel a kapcsolatot, aki a szakmai konzultációt követően a páciens átvételét biztosította. Szerencsés véletlennek köszönhetően a felnőtt osztály ápolói megfigyelőként osztályunkon tartózkodtak, így összeismertkedtek a pácienssel. A beteg mentális állapota miatt betegségbelátása nem volt adekvát, így a szülőt tájékoztattuk és beleegyezését kértük. A szülő és betegszállító segítségével került átadásra a páciens. A beteg átadásáról a háziorvost a nagyszülő tájékoztatta.

Summary

Transition from child to adult mental health services – how can a general practitioner help?

Enikő Kiss, Roberta Dochnal, Krisztina Kapornai. University of Szeged, Pediatric Clinic and Child Health Center, Child and Adolescent Psychiatry, Szeged

Given that a substantial proportion of mental disorders emerging during childhood and adolescence persist into adulthood, it is essential to ensure the continuity of treatment and follow-up of these conditions beyond the age of 18. A good transition is a carefully planned, coordinated, and patient-centered process that guarantees continuity of care, optimizes health and well-being, and maintains the individual's full potential. However, professional guidelines are lacking, young people and their parents are not involved in decisions related to the transfer of care, and a large proportion of young people drop out of follow-up. Effective transition planning should start early, involve a multidisciplinary team together with the patient and their parents, and include multiple meetings throughout the process. General practitioners should be informed about the transition plan, as they play a key role in monitoring the patient's condition during follow-up. Following discharge, regular follow-up in primary care is essential to prevent and manage any potential deterioration in mental health. To ensure a reliable transfer or discharge of young psychiatric patients to adult services, a structured transition protocol is needed, along with adequate service availability, and close collaboration between psychiatric specialists and primary care professionals. We demonstrate current practice with a case description.

KEYWORDS adolescent psychiatry, transition, discharge, transitional gap

Irodalom

1. Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022; 27(1):281-95.
2. Maurice V, Russet F, Scocco P, et al. Transition from child and adolescent mental health care to adult services for young people with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Autism Spectrum Disorder (ASD) in Europe: Barriers and recommendations. *Encephale*. 2022; 48(5):555-9.
3. Ratheesh A, Davey C, Hetrick S, et al. A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017; 135(4):273-84.
4. Ragnhildstveit A, Tuteja N, Seli P, et al. Transitions from child and adolescent to adult mental health services for eating disorders: an in-depth systematic review and development of a transition

- framework. J Eat Disord. 2024; 12(1):36.
5. Singh SP, Tuomainen H. Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. World Psychiatry. 2015; 14(3):358-66.
 6. Appleton R, Connell C, Fairclough E, et al. Outcomes of young people who reach the transition boundary of child and adolescent mental health services: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019; 28(11):1431-46.
 7. Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, et al. The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018; 27(4):501-11.
 8. Adamo N, Singh SP, Bölte S, et al. Practitioner Review: Continuity of mental health care from childhood to adulthood for youths with ADHD—who, how and when? J Child Psychol Psychiatry. 2024; 65(11):1526-37.
 9. Tuomainen H, Schulze U, Warwick J, et al. Managing the link and strengthening transition from child to adult mental health Care in Europe (MILESTONE): background, rationale and methodology. BMC Psychiatry. 2018; 18(1):167. Erratum in: BMC Psychiatry. 2018; 14;18(1):295.
 10. Tuomainen H, Appleton R, Asher G, et al. European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) practical guidance for clinicians and mental health services regarding child to adult mental health service transitions and managed discharge at the service boundary. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2025. In review.
 11. Singh SP, Tuomainen H, Bouliotis G, et al. Effect of managed transition on mental health outcomes for young people at the child–adult mental health service boundary: a randomised clinical trial. Psychol Med. 2023; 53(6):2193-204.
 12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition from children's to adults' services for young people using health or social services. 2016 Feb 24. Accessed 2025 Oct 15.
 13. Santosh P, Singh J, Adams L, et al. Validation of the Transition Readiness and Appropriateness Measure (TRAM) for the MILESTONE study. BMJ Open. 2020; 10(6):e033324.

Útravaló tudnivaló

- A gyermek és serdülőkorai mentális zavarok gyakran felnőttkorban is fennmaradnak, ezért a folyamatos ellátás kulcsfontosságú.
- A betegátadás folyamata rendszertelen és nem megfelelően szervezett, páciensek „elvesznek” a tranzíció során.
- A hatékony tranzíció strukturált protokollt, multidiszciplináris együttműködést és a háziorvos szerepének erősítését igényli.

Tesztkérdések

1. Mi a legfőbb oka annak, hogy a pszichiátriai tranzíció folyamatában sok fiatal kiesik az ellátásból Európában?

- a) A gyermek- és felnőttpszichiátrerek közti hierarchikus különbségek.
- b) A fiatalok gyakran meggyógyulnak a 18. életév betöltéséig.
- c) A két ellátórendszer közti strukturális és szemléletbeli eltérések, valamint a tranzíciós irányelvek hiánya.
- d) A fiatal páciensek nem szeretnék orvost váltani.
- e) A szülők túlzott mértékben beleszólnak az ellátási döntésekbe.

2. Mikor célszerű megkezdeni a pszichiátriai tranzíció tervezését?

- a) Közvetlenül a 18. életév betöltése után.
- b) A serdülő első krízishelyzete során.
- c) Legalább 6 hónappal a tervezett átadás előtt.
- d) Akkor, amikor a beteg gyógyszeres kezelése megszűnik.
- e) Amikor a szülők kéri a felnőtt ellátásba irányítást.

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekegyseg.hu.
A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jó megoldóknak!



Partha Nandi

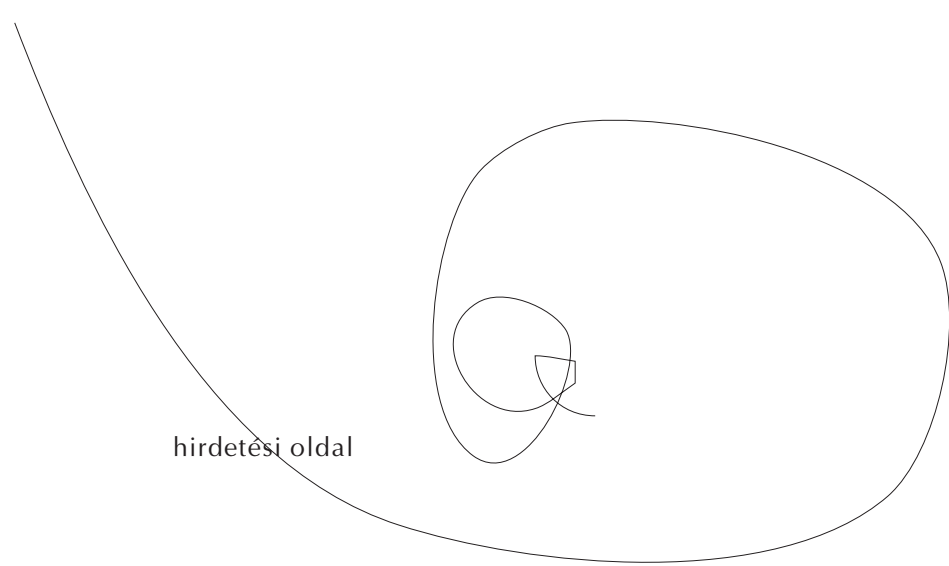
AGYAMRA MEGY A BELEM!

ÓVD A BELEIDET,
GYÓGYÍTSD
AZ AGYADAT!

www.semmelweiskiado.hu



hirdetési oldal





Az Alvás világnapja és a gyermekek egészsége

Benedek Pálma dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (Igazgató: Nagy Anikó dr.)

LEVELEZÉSI CÍM:

Benedek Pálma dr.

1089 Budapest, Üllői út 86.

E-posta: palma@heimpalkorhaz.hu

Bevezetés

Az Alvás világnapja egy nemzetközi kezdeményezés, amely évente egy alkalommal arra hívja fel a figyelmet, hogy az alvás mennyire fontos része életünknek. Különösen igaz ez a gyermekek esetében, mivel az alvás mint alapvető élettani szükséglet, kulcsszerepet játszik a testi, kognitív és pszichoszociális fejlődésükben. A megfelelő mennyiségű és minőségű alvás elengedhetetlen az idegrendszer érésehez, a memóriafolyamatokhoz, az érzelmi szabályozáshoz, valamint az immunrendszer optimális működéséhez. Gyermekkorban az alvás szerkezete és időtartama életkoronként jelentősen változik, ezért az alvásproblémák megítélése során fontos, hogy az életkornak megfelelően értékeljük a panaszokat és a tüneteket. A szakirodalom szerint a gyermekek 20–30%-a tapasztal átmeneti vagy tartós alvászavart fejlődése során, aminek jelentős népegészségügyi következményei vannak. (1).

Az Alvás világnapját a World Sleep Society kezdeményezésére hozták létre 2008-ban. A szervezet célja az alváskutatás világszintű támogatása, a szomnológia mint tudományág fejlesztése és ezen túl, az alvással kapcsolatos edukáció előmozdítása világszerte. Minden évben tematikusan rendezik meg a világnapot, fókuszálva egy-egy alvászavarra, illetve korcsoportra. A rendezvény-sorozat kiemelt lehetőséget biztosít az egészségnevelésre és a prevencióra, mivel kampányai felhívják a figyelmet az alváshigiéné fontosságára, az alvászavarok felismerésére és a szakemberhez fordulás szükségességére.

A gyermekalvás biológiai sajátosságai

A gyermekek alvásiigénye életkoronként jelentősen eltér. Csecsemőkorban az alvás időtartama elérheti a napi 14–17 órát, míg óvodáskorban átlagosan

10–13 óra alvásra van szükség. Az alvás szerkezete is eltér a felnőttekétől: gyermekkorban nagyobb arányban fordul elő mélyalvás, amely elengedhetetlen a növekedési hormon felszabadulásához és a szervezet regenerációjához.

Az idegrendszer fejlődése szempontjából kiemelt jelentőségű a REM-alvás, amely hozzájárul az emlénytémok rögzítéséhez, az érzelmi feldolgozáshoz és a tanulási folyamatokhoz. Az alvás-ébrenlét ritmus fokozatosan alakul ki, és a stabil cirkadián ritmus kialakulása kisgyermekkorban még érzékeny a környezeti hatásokra (2).

Az alvás szerepe a fejlődésben és a tanulásban

Számos kutatás igazolja, hogy az elegendő és jó minőségű alvás pozitívan befolyásolja a gyermekek kognitív teljesítményét. Az alváshiány összefüggésbe hozható figyelemzavarral, gyengébb emlékezeti teljesítménnyel és tanulási nehézségekkel. Iskoláskorban a nem megfelelő alvás rontja a koncentrációt, és csökkenti az iskolai teljesítményt (3).

Az alvás emellett jelentős hatással van az érzelmszabályozásra is. A kialvatlan gyermekek gyakrabban ingerlékenyek, impulzívabbak, és nehezebben kezelik a stresszt. Hosszú távon a krónikus alváshiány növelheti a szorongásos és hangulatzavarok kialakulásának kockázatát (4).

Gyakori alvásproblémák gyermekkorban

Gyermekkorban számos alvászavar fordulhat elő, amelyek gyakran életkori sajátosságokhoz kötődnek. Csecsemő- és kisgyermekkorban gyakoriak az elalvási nehézségek és az éjszakai felébredések, míg óvodáskorban megjelenhetnek az éjszakai fel-

riadások és rémálmok. Iskoláskorban az alváshiány egyik fő oka a késői lefekvés, amelyet gyakran a képernyőhasználat és a rendszertelen napirend okoz.

Általánosságban elmondható, hogy a leggyakoribb gyermekkori alvászavar az inszomnia, amely elsősorban elalvási nehézségben, gyakori éjszakai felébredésekben vagy korai ébredésben nyilvánul meg. Gyermekkorban az inszomnia gyakran viselkedéses eredetű, és szoros kapcsolatban áll a nem megfelelő elalvási rutinokkal (1). Szintén gyakoriak a paraszomniák, mint az alvajárás, az éjszakai felriadás (pavor nocturnus) és a rémálmok, amelyek főként az óvodás- és kisiskolás korban fordulnak elő, és általában jóindulatú, életkorhoz kötött jelenségeknek tekinthetők (5). A légzéssel összefüggő alvászavarok, különösen az obstruktív alvási apnoe, klinikailag kiemelt jelentőségűek, mivel kezeletlen esetben tartós oxigénhiányhoz, alvásfragmentációhoz, növekedésben való elmaradáshoz, illetve obesitáshoz vezethetnek. Kezeletlen esetekben sajnos még ma sem ritka, hogy akár életveszélyes állapot alakul ki a tartós hipoxia illetve hyperkapnia miatt. (6).

Az alvászavaroknak rövid és hosszú távú következményei lehetnek. Számos vizsgálat igazolta az alváshiány és a figyelemzavarok, tanulási nehézségek, impulzivitás és magatartásproblémák közötti összefüggést (4). Hosszabb távon fokozódik a szorongásos és depresszív tünetek, valamint az elhízás és egyes anyagcsere-betegségek kockázata is (4). Az alvászavarok nemcsak az érintett gyermekre, hanem a család egészére is hatással vannak, rontva a szülők alvásminőségét és pszichés jóllétét. A gyermekek alvászavara mindig az egész család alvászavarát jelenti. Egy alvásdeprivációban szenvedő szülőnek meg kell küzdenie saját alvászavarának következményeivel is.

Magyarországon jelentős szerepet vállal a gyermekalvászavarok diagnosztikájában és kezelésében a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratóriuma, mely az egyetlen európai sztenderdekkel rendelkező akkreditált gyermek alváslabor hazánkban. Szoros integrációban az alváslaborral működik a Magyar Gyermekalvás Innovációs és Kutatóközpont, ahol nemcsak a kivizsgálásában és kezelésben segítünk betegeinknek, hanem nemzetközi együttműködéseinkkel a gyermekkori alvászavarok etiológiájának, diagnosztikájának és kezelésének kutatásában is vezető szerepet töltünk be. 2026-ban a World Sleep Society hivatalos magyarországi delegáltjaként március 13.-án nemzetközi résztvevővel egy egynapos tudományos programmal hívjuk fel a figyelmet a gyermekkori alvászavarok jelentőségére. Konferenciánkon kutatóközpontunk tagjai ismertetik az alvásbetegségeket, azok kezelési lehetőségeit, valamint a legújabb kutatási eredményeinket (lásd a programot a következő oldalon).

Összefoglalás

A minőségi alvás elengedhetetlen a gyermekek testi és lelki egészségéhez, fejlődéséhez és tanulási képességeihez. Az Alvás világnapja kiváló alkalom, hogy felhívjuk a figyelmet: hogy az alvás nem luxus, hanem alapvető szükséglet. A Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet alváslaboratóriuma és kutatóközpontja kulcsszerepet játszanak abban, hogy a gyermekek alvászavarait felismerjük, megértsük és megfelelően kezeljük. A korai felismerés, a szakértői vizsgálat és a célzott ellátás hosszú távon hozzájárul a gyermekek egészséges fejlődéséhez és életminőségéhez.

Irodalom

1. Nunes ML, Bruni O. Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach. *J Pediatr (Rio J)*. 2015 Nov-Dec;91(6 Suppl 1):S26-35.
2. Benedek P, Tinku D, Katona G. A késleltetett alvásfázis szindróma és egyéb cirkadián ritmus zavarok gyermekkorban. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*. 2017. 1. sz., 2-6. p.
3. Csábi E, Benedek P, Janacsek K, Zavec Z, Katona G, Nemeth D. Declarative and Non-declarative Memory Consolidation in Children with Sleep Disorder. *Front Hum Neurosci*. 2016 Jan 11; 9:709.
4. Csábi E, Gaál V, Hallgató E, Schulcz RA, Katona G, Benedek P. Increased behavioral problems in children with sleep-disordered breathing. *Ital J Pediatr*. 2022 Sep 15; 48(1):173.
5. Tinku D, Benedek P, Katona G. Paraszomniák gyermekkorban. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*. 2017. 1. sz., 12-17. p.
6. Benedek P, Keserü F, Kiss G, Bella Z, Rovó L, Katona G, Bikov A, Csoma B, Lázár Z. Postoperative respiratory complications in children with obstructive sleep apnoea syndrome. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2022 Apr; 42(2):162-168.

Az alvás világnapján rendezendő Gyermekalvás konferencia programja



Program

Időpont: 2026. március 13., 9.00–16.00

Helyszín: Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Ludovika Főépület, 2. emelet

Érkezés: 08:30–09:00 óra között

Időpont	Téma	Előadó
8.30–9.00	Regisztráció	
9.00–9.10	Köszöntő	
9.10–9.20	Megnyitó, napismertető	
9.20–9.50	Sleep Well, Live Better... for every child	PROF. DR. KAREN SPRUYT National Institute of Medicine and Health (INSERM), Paris
9.50–10.20	Gyermekkori alvászavarok felismerése, multidiszciplináris ellátása. Az alváslaboratórium helye és szerepe az ellátásban	DR. MED. HABIL. BENEDEK PÁLMA PHD. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
10.20–10.50	A gyermekkori alvászavarok hatása a kognitív működésre	DR. CSÁBI ESZTER PHD. Szegedi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
10.50–11.20	Kávészünet	
11.20–11.40	Obesitás szomnológiai szemmel	DR. MED. HABIL. BENEDEK PÁLMA PHD. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
11.40–12.00	Alvásfüggő légzőszavarok ellátása, alvászsebészet, mint önálló tudományág	DR. KESERŰ FANNI PHD. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
12.00–12.20	Paraszomniák és éjszakai epilepszia	DR. KÖKÉNYESI LILI Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
12.20–12.40	A nyugtalan láb szindróma és az alvásfüggő légzőszavarok összefüggései	DR. DÉKÁNY LEA Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
12.40–13.00	A gyermekkori inszomnia	DR. MED. HABIL. BENEDEK PÁLMA PHD. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
13.00–14.00	Ebédészünet	
14.00–14.20	Koragyermekkori regulációs zavarok	DR. SCHEURING NOÉMI PHD. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
14.20–14.40	Az alvás és enuresis kapcsolata	PROF. DR. SZABÓ LÁSZLÓ PHD. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
14.40–15.00	BRUE – Brief Resolved Unexplained Event	DR. KÖKÉNYESI LILI Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
15.00–15.20	Kérdőívek szerepe az alvászavarok kivizsgálásban	DR. GAÁL VERONIKA Pécsi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika
15.20–15.40	Kávészünet	
15.40–16.00	A pszichológus szerepe az alváslaborban	DR. KESERŰ FANNI PHD. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
16.00–16.20	Együtműködésünk az alváslaborral	DR. SZÁRAY ESZTER Biatorbágyi Gyermekorvosi Rendelő
16.20–16.40	A mozgásterápia szerepe a gyermekkori alvászavarok kezelésében	ROMHÁNYI RÉKA Wekerlei Fejlesztő-műhely
16.40	Konferenciázáró	



Csehországi transzplantációs centrumban szerzett tapasztalatok

Mikes Bálint dr.

Semmelweis Egyetem, Gyermekklinika, Bókay utcai Részleg, Veseosztály

E-posta: mikes.balint@semmelweis.hu

A Veres Gábor ösztöndíj segítségével lehetőségem nyílt 2025 májusában, a prágai IKEM (*Institute for Clinical and Experimental Medicine*) vesetranszplantációs osztályán egy hetet eltölteni. A Klinikán a programot Ondrej Vikliczy professzor úr és munkatársai állították össze számomra. Mivel a Semmelweis Egyetem Gyermekklinikáján, nefrológusként érdeklődésem egyik fókuszában a vesetranszplantáció áll és több transzplantált gyermeket gondozok, különösen hasznos lehetőségként éltem meg, hogy Európa egyik legnagyobb transzplantációs intézményébe látogathattam.

A szerzett tapasztaltokat és élményeket, talán jobban visszaadja, ha napok szerint számolok be.

HÉTFŐ

Donor menedzsment:

Csehország, nem tagja az eurotransplantnak. 7 nagy centrum között oszlik meg a szervdonáció, ennek orosz-lánrészét az IKEM teszi ki (60-65% az országon belül). Jelenleg 3000-4000 ezer transzplantált (vese, máj, szív, tüdő) betegük van, évi 250-300 szervtranszplantáció történik. A vesetranszplantációt illetően, 90%-ban cadaver donoros transzplantációk zajlanak, ebből 10% DCD (szívmegállás) donorból, kb. 40-50% marginális donorból származik. Ennek kapcsán (marginális donorok), jobban elérhetőek speciálisabb kezelések, így a tacrolimus helyett a belatacept, amit havonta kell adni. Akutálisan 100 beteget kezelnek belatacepttel. Nem nefrotoxikus, de a költsége legalább annyi, mint a hemodialízis, így csak szigorúan meghatározott esetekben adható.

A kiszélesített „donorpool”-nak köszönhetően 10 hónap a várakozási idő a várólistán, ami az európai átlag, több éves időtartamához képest jelentősen kevesebb. Gyerekekben is hasonló mértékű (8-9 hónap) a várólistán eltöltött idő.

Jól szervezett transzplantációs koordinációs irodájuk van. A munkatársak kapcsolatot ápolnak 40 közközházal, 27 Intenzív osztállyal. Potenciális donor esetén, ahol szükséges, koordinátorok személyesen segítenek, vagy segítő anyagokat küldenek, hogy a potenciális donorok kiértékelését elvégezzék. Az agyhalál beálltának megállapításában is elősegítik az ezt megállapító szakmai csoport munkáját. Olykor a donor szállítását (szevenként változik) is biztosítják intézmények között, ezzel is csökkentve a CIT-et (cold ischemic time).

A donorok családjaival kapcsolatot tartanak fent. Külön füzetrel és konzultációval segítik a hozzátartozójukkal való történések megértését. A korábbi donorok részére, Prágában egy hosszú fal emlékezik, ahol a donorok életkora és keresztnéve szerepel, ennek a falnak a neve:

„Wall of life”, evvel a gesztussal, a hozzátartozók gyász megélésének elősegítése mellett, a donáció társadalmi megítélését is javítják.

Megfigyelések a nefrológiai osztályon:

Nincsenek papír lázlapok, helyette tablettát használnak. A bent fekvő betegekről, egységesen egy rendszer által összegenerált oldalon minden fontos információ elérhető (HLA egyezés, CMV/EBV konstelláció, lap diagnózis), amit a szoftver a korábban bevitt adatokból automatikusan, rendezetten összegenerál. A beteg mellett a donor részletes információi is elérhetőek, így a CIT-et (cold ischemic time) vagy hideg iszkémiás időt is láthatjuk, mely komoly prognosztikai jelentőséggel is bír. Pontosan nyomonkövethető a donor vese, a kiemelés pillanatától, hogy mennyi időt töltött a szerv a szervezeten kívül. Ezt a CIT időt a sebész adja meg a műtét után.

Az egységes ellátás érdekében saját belső, részletes protokoll füzetük van, amit rendszeresen az aktuális irodalmi adatokkal összevetve megújítanak.

Ez a kis füzet segítséget nyújt a fiatal, kezdő kollegáknak az ügyeleti időben, de a napközbeni osztályos feladatokat ellátásában is.

Szakmai egyéb tanulságok:

BK viraemia ellátásáról konzultáltunk hosszabban. A BK vírus, természetesen is megtalálható a legtöbb emberben, jellemzően tünetmentesen. Vesetranszplantátokban, az immunszuppresszív hatására, azonban nephropathia alakulhat ki, ami a graft veszteség 10%-ért is fel-e lehet. BK graft nephropathia kapcsán többféle terápiás javaslat is ismert, ami intézményenként változhat, általános megfontolás az immunszuppresszív szerek dózisredukciója. Az IKEM-ben, az immunszuppresszió módosításakor, mTOR inhibitor (everolimus) nem alkalmaznak, ami inkább idehaza a stratégia része. Cyclosporinra előbb váltanak tacrolimusról, ha észlelik a BK viraemia jelenlétét. Tacrolimus szintet alacsonyabban tartják, míg a BK kópiaszám normalizálódik.

Idehaza gyermekekben leggyakrabban a basiliximab (anti CD25 monoklonális ellenanyag) az indukciós terápia része, azonban az IKEM-ben ezt inkább csak 65 év-nél idősebb betegeknél vagy egyéb speciális esetekben alkalmazzák.

Ha a tacrolimus dózisa és szintje között nagy diszkrepanciát észlelnek (pl. irreálisan nagy adagokat igényel a beteg, de a gyógyszer szintje még nem optimális), akkor csúcs szintet néznek, illetve lassú felszívódású tacrolimusa váltanak, ami inkább a duodenum utáni bélszakaszban szívódik fel.

KEDD**Megfigyelések a nefrológiai osztályon:**

Dél előtt körbementünk a professzori vizittel a vese-transzplantációs osztályon. A vizit 4 szubintenzív ágyon, 24 belgyógyászati ágyon történt, ezt követően az intenzív osztályra is továbbment egy szűk orvosi csapat, konzultáció céljából. A vizit több mint 2 órán át tartott, igencsak részletes volt, lehetősége volt a betegeknek is kérdezni, konzultálni a professzorokkal. Elmondásuk szerint sok szövődmény köthető a vizelet vesztéshez (urinary leak), melyek a graft ureter neocystostomiája kialakítása kapcsán alakulhat ki, így nehezen induló graft-funkciónál mindenképpen szükséges ennek leellenőrzése.

Több betegünkél 3 HLA (humán leukocita antigén) egyezés ellenére, nem indul a graft egyből, sőt, több nap is eltelik, míg a kreatinin érdemben csökkenni kezd és a dialízis elhagyható, érdemes türelmesnek lenni.

Minden páciensnél protokoll biopsziát végeznek 3 hónappal a transzplantáció után. A protokoll biopszia, sokszor a laborleletek előtt már megmutatja, hogy rejectio zajlik-e, így „idejében” tudnak lépni egy esetleges kilökődés észlelésekor.

Délután a transzplantációs team tartott megbeszélést, sebész, nefrológus, patológus jelenlétében, ahol a patológiai mintákat is megtekintettük közösen. Ez különösen hasznos volt, hiszen egyből kapunk információt mindkét oldalról.

Szakmai tanulságok, új terápiás lehetőségek:

A Banff kritériumok jelzik, hogy milyen fokú a károsodás mértéke a graft vesében, illetve segít a prognózisban és a terápiás stratégia kialakításában.

Ha van komplement festődés, akkor egy rejectionál felmerül az eculizumab adása is (C5 monoklonális antitest, komplement inhibitor).

Timoglobulint a magas immun rizikójúak kapnak, közvetlen a műtét előtt, majd pár nappal később. Általános mellékhatásként tapasztalják a következőket: bizsergő, furcsa mellkasi érzés, tehetetlenség érzés. Ezek a mellékhatások leginkább a lymphocyták apoptózisának következményeinek tartják. Az irodalomban leírt, szérumbetegséget nem igazán tapasztalnak a terápia kapcsán, PTLD-t (post-transplantation lympho-proliferative disease) sem látnak gyakran.

Bortezomibot már nem használnak akut rejectio során, miután a tanulmányok nem igazolták ennek hatásosságát. Timoglobulin helyett létezik subcutan alkalmazható alemtumumab. Ez azonban meglehetősen ritkán használt, egyik jellemző mellékhatása, hogy autoimmun thyreoiditist okozhat. A különböző gyógyszereket az alapján használják, hogy mely T-sejt populációt célozza, így komplex, több célpontú immunszuppressziós stratégiát alakítanak ki.

Akut antitest mediálta rejectio kezelésére, egy az utóbbi időben egyre inkább alkalmazott gyógyszert, a daratumumabot (anti-CD38) használják.

Az mTOR inhibitorokat kevésbé preferálják, tapasztalataik alapján azt látják, hogy hozzászokik a beteg, más útvonalakat fog sejt szinten használni, az immunrendszer, így bár dózis ugyan nem változik, de az immunszuppresszív hatása gyengül.

MMF (mycophenolat mofetil) mellékhatást sokat tapasztalnak (étvágytalanság, hányinger, fogyás, hasmenés), első körben csökkentik a gyógyszer szintjét, szoros obszerváció, graftfunkció követése mellett.

MMF adása kapcsán, AUC-t nem számolnak, de a 3-ik hónap után, ha stabil a graft funkció, akkor csökkentik általában dózist.

SZERDA**Tranzíciós stratégia és a fiatal felnőtt transzplantáltak gondozása során felmerülő kérdések, eltérések**

Tranzíciót néhány évvel ezelőtt kezdték el célirányosan megvalósítani. Előtte mindenkit a területi illetékes transzplantációs centrumhoz irányítottak a Motol-ból (Prágai, Egyetemi, Gyermekgyógyászati Centrum), s ezen páciensek közül nagy számban, 2-3 év múlva elvesztették a graftjukat. Az elmúlt években az egyik kolléganő vette át a gondozásukat komplexen, aki elsősorban gyermekgyógyásznak készült, majd rezidens képzés alatt váltott felnőttgyógyászatra. Jelenleg minden tranzícionált fiatal felnőttet ő gondoz és követ után. Jellemzően nem akarnak máshova menni, ragaszkodnak a gondozó centrumhoz.

Leggyakoribb társ betegségek, amikkel találkozunk a transzplantált fiataloknál, az a diabetes mellitus, obesitas, hypertonia, csonttritkulás. Megjegyzendő, hogy ezt nem mérik fel gondozás alatt a gyermekekben. Csonttritkulás esetén jellemzően biszfoszfonátot kapnak. Minimális osteodenzitometria eltérések esetén több testmozgást javasolnak. A gyermekgyógyászok nem nagyon mérik elengedi őket közösségbe, és ez a bezártság jellemzően megmarad későbbi is, ezáltal kevesebb időt töltenek el sportolással, szabadidős tevékenységgel.

Anaemiát gyakran tapasztalnak, ha 100 g/l alatti a hemoglobin érték és a vaspótlás mellett nem javulnak az értékek, akkor darbepoetinre vagy más EPO-ra váltanak, de a potenciális carcinogén hatása miatt nem szeretik. A HIP-inhibitorokat [hypoxia-inducible factor (HIF) prolyl hydroxylase (PH) inhibitor] előnyben részesítik, nem kell off-label, vagy speciális engedély.

0,5 G/l alatti leukocytopeniára filgrastimot alkalmaznak, a szteroid emelése is önmagában jó lehet, de megvan annak is a maga indikációja.

Hypertóniát gyakran tapasztalnak, még nem leírt, de kifejezetten jó hatást észlelt az SGLT-2 inhibitorokkal.

Tumorkok közül inkább a PTLD-t látja főleg, mert a gyermekek azok, akik inkább EBV-negatív állapotban esnek át transzplantáción.

Transzplantáció vesepatológia

Marek Kollár patológus kollégával jártuk körbe a patológiát, ahol napi 8–12 vesebiopsziát dolgoznak fel, több kórházból is érkeznek minták. Eredményt egy napon belül tudnak közölni. Immunfluoreszcencia során első körben IgA, IgG, IgM, C3, C1q, lambda, kappa gyors festést alkalmaznak.

Átbeszéltünk pár érdekes esetet. Volt egy eset, ahol a glomerulonephritises képet egy vena portae elfolyási akadály produkálta.

IgG4-glomerulonephritis esetet is néztünk, itt speciális fibrotikus léziók a jellemzők, hálózatosan alakulnak ki, más szervek is érintettek lehetnek.

Tanulság, hogy érdemes a mintákat megnézni, a patológussal egyeztetni. Lehetőség szerint át kell menni a patológiára, a mintákat saját szemmel megtekinteni.

Motol – Prágai Egyetemi Gyermekgyógyászati Centrum

Dr. Jakub Zieggel és kollegáival találkoztam délután. Egy nagy, relatív újonnan épült épületben minden gyermekgyógyászati szakterület megtalálható. Kezdvé az ortopédiától, az onkológián át, egészen a kardiológiai intézetig. 16 ágyas a nefrológia osztályuk van, de nem csak nefrológiai eseteket látnak el, volt egy autoinflammációs kórképben szenvedő beteg, illetve pszichiátriai betegek is. Országos szinten itt az intézeten belül zajlik a vesetranszplantáció, a máj az IKEM-ben van. Évente 10 vesetranszplantáltjuk van. Javasolta, hogy érdemes ezt egy centrumban végezni az alacsony esetszám miatt. Megnéztünk közösen egy 7 hónapos, végstádiumú veseelégtelen, hypopláziás vesés ikerpár egyik tagját, aki 5,6 kg volt, mivel nem gyarapodott eléggé, sokat hányt, ezért gastro- (jejunális) tubus helyezése mellett döntött. Helyben beadták az EPO-t. Minden betegnek kartonja van, itt vezeték az EPO beadásokat is. Beteg ambuláns lapot nem kapott. Következő laborokat előre megkérte. Hasonló esetekben, 2 hetes követést javasolt. A kis lapon vérnyomás, pulzus, testsúly és diuresis volt feljegyezve.

Néhány szakmai tanulság pontokba szedve:

- A genetikai vizsgálatok nehezebben elérhetőek, így ennek kapcsán a genetikai vizsgálatok előtt jellemzően megcsinálják a vesebiopsziát.
- Izolált hemodialízis ágyaik vannak.
- Jelenleg 3 gyermek van HD-n (hemodialízis) és 5 PD-n (peritoneális dialízis), csinálnak IA-t (immunoabsorpció).
- A Tenckhoff- katéter behelyezése után 2 hetet várnak a használatbavétellel.

Kooperációt ajánlottam, aminek nagyon örült. Beszélünk potenciális csereprogramról a két klinika között.

Csütörtök

Reggel a HLA laborban kezdtem Mátej Röderrel, aki biológus, immunológus, transzplant specialista. Egy 50 oldalas előadáson mentünk végig, egészen az alapoktól kezdve.

Szakmai tanulságok pontokba szedve:

- CDC (complement dependent cytotoxicity), ami specifikus és komplement kötő immunglobulin esetén működik, az első vese transzplantációnál és szív transzplantációnál használják, de főként már virtuális crossmatch-et használnak, a donorválasztásnál. A CDC mellett van a FXCM (flowcytometry crossmatch), ami a flowcytometriát használ. A Luminex pedig kis „golyókra” lekötött HLA antigéneket tartalmaz, a leggyakoribbakból és így nézi meg, hogy van-e reakció? Ezeket közösen, használják egy donor- recipiens kiértékelés során. Jellemzően pár óra alatt megvan a virtualis crossmatch, ami jó eséllyel kiszűri a legtöbb potenciális antitestet és így segít célirányosan a legjobb donor- recipiens párt megtalálni.
- Minél több a HLA match, annál jobb a túlélés.

- ABMR-nél (anti-body mediated rejection) nem mindig van DSA (donor specifikus antitest), de ahol DSA detektálható, ott a túlélés rosszabb.
- Ha valaki „jó”, „fiatal” vesét kap, a túlélés akkor is jobb ha 24 hónapig volt előtte dializálva, versus az aki extended (kiszélesített, idős) donortól kapott vesét és rövidebb ideig volt csak HD-n.
- Sokszor előfordulnak olyan DSA-k, amik kereszt-reagálnak más HLA antigénnel is
- Érdemes mindig az immunlaborral beszélni, hogy az adott transzplantációba belevágjunk-e? DSA esetén 1000 MFI alatt relatív kicsit a rizikó 1000–2000 enyhe „beváltható” szürke zóna, 2000–5000 még szürkébb átgondolandó, 5000 felett nem javasolt a donor választása.
- A PRA (panel reactive antigen) csak azt jelzi, hogy a feltételezz populáció hány % ellen lenne antitestje a betegnek.
- Sugerazott transzfúziót csak a transzplantáció után adna, mert a donor leukocyták megtelepedhetnek a host-ban, és később gondot okozhatnak.
- Sok matchnél kevésbé számít a CIT (cold- ischemic time), de van tanulmány, ahol pontos órára megnézték milyen a túlélés az adott CIT-el.

Molekuláris mikroszkóp (IKEM egyik specialitása)

Délután Hrubá doktornőnél jártam, aki főként a molekuláris mikroszkópiával foglalkozik. Ennek a lényege, hogy natív vesebiopsziát dolgoz fel, majd kivonják az RNS-t, amit felvisznek egy speciális lapra, ahol mintákat olvasnak le. Ez a rendszer korábban sok szövettanilag kiemezett mintát mentett már le, RNS exom profillal, s erre igazítja rá az aktuális mérést, a tanított rendszer ez alapján értékeli. IgA-nephropathiára és BK nephropathiára nem használható. Másra jó, van, hogy korábban jelzi a rejectiót mint maga a klasszikus szövettan. A vizsgálat költséges (2000 Euró), egy évben 1 betegnek 1-et engedélyez az állam. Az IKEM-en kívül USA-ban használják. Az adatokat az USA-ba Edmondba küldik ki, ahol a módszert és az algoritmust megalkották.

A klasszikus szövettan helyett, a jövőben egy graft státusz kiértékelésében a cell free DNA meghatározás lesz a leginkább elfogadott, ez akár szűrésre (protekt biopszia) is jó lesz majd, ami klinikai szempontból mindenképpen fontos, hiszen egy invazív, nem veszélytelen beavatkozást vált fel.

Összességében rendkívül hasznosnak találtam az IKEM-ben eltöltött négy napot, még akkor is, ha alapvetően felnőttgyógyászokkal konzultáltam. Nagy tapasztalattal rendelkeznek a transzplantációt illetően, így sok kérdésemre is választ kaptam. Inspiráló közegben lehettem, ahol a szervezethez, az új terápiás protokollok alkalmazását, az tapasztalat alapú betegellátást alkalmazzák.

Végtelenül hálás vagy a Magyar Gyermekorvosok Társaságának, hogy a Veres Gábor ösztöndíj program keretén belül, részt vehettem ezen a szakmai gyakorlaton, gazdagítva ismereteimet.



Veres Gábor ösztöndíj beszámoló

Muzslay Eszter dr.

Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay Utcai Részleg (Igazgató: Szabó Attila dr.)

E-posta: muzslay.eszter@semmelweis.hu

A Veres Gábor Ösztöndíjből két nemzetközi konferenciára is lehetőségem volt eljutni. Az egyik az **Európai Endokrinológiai Társaság (ESE) és az Európai Gyermekendokrinológiai Társaság (ESPE) éves kongresszusa** volt, amely idén először került megrendezésre a gyermek- és a felnőtt endokrinológiát is magába foglalva, hibrid formában. Az esemény **2025. május 10-13 között** zajlott Koppenhágában, és a tranzíció volt fókuszban. A konferencia 4 teljes napja alatt a programok 15 helyen zajlottak egymással párhuzamosan, reggeltől estig, több, mint 7000 személyes résztvevővel. Ezen felül a poszterhallban több száz posztert volt lehetőségünk megtekinteni. Az előadások során olyan témákra és területekre fókuszáltak, amelyek a gyermek- és felnőtt endokrinológusokat is érintik. Több szekcióban is téma volt az 1-es típusú diabéteszrel kapcsolatos innováció, amit napjainkban tapasztalunk, úgy, mint a szűrés és a potenciális betegségmódosító terápiás lehetőségek (immunmodulációval vagy általános és specifikus gyulladáscsökkentő ágensekkel kapcsolatos kutatások). Szintén fókuszban volt a gyermekkori elhízás, és az életmódváltást kiegészítő lehetséges terápiák. Hallhattunk a Svédországban már a gyakorlatban is alkalmazott bariátriai műtétről, és ennek sikerességéről kamasz gyermekeknél, illetve több nemzetközi társaság is megfogalmazta a protokolljában a bariátriai műtétek elvégzésének kritériumait gyermekkorban az elmúlt néhány évben. Bemutatásra került egy osztrák gyermekobezitológiai centrum tapasztalata a liraglutiddal, amelyben azt találták, hogy amennyiben a liraglutidot az előírtaknak megfelelően alkalmazzák, hatékonyan egészíti ki az életmódváltást. A leggyakoribb oka a liraglutid felfüggesztésének a gasztrointesztinális mellékhatások megjelenése volt, de a gyermekek jelentős hányada azért hagyta abba, mert nem látta a várt eredményt azonnal, vagy nem alkalmazott mellette életmódbeli változtatásokat. Szintén az obezitással kapcsolatban került fel egy előadásban fő témaként, hogy jól tesszük-e, hogy betegséggént definiáljuk, illetve hogyan is tudjuk pontosan definiálni az obezitást? Erre ad választ a Lancet Diabetes and Endocrinology folyóirat bizottsága által írt közlemény, amely 2025 márciusában jelent meg. A konferencián szá-

mos szekció témája volt az achondroplasia, amelynek már ismert és elérhető bizonyos országokban a terápiás szere, a vosoritide. A vosoritide egy C-típusú nátriuretikus peptid analóg, a fibroblaszt növekedési faktor receptor 3 aktivitását csökkenti, ezáltal a csontok növekedését tudja serkenteni és a végleges testmagasságot szignifikánsan tudja növelni. Európában több országban alkalmazzák achondroplasiás gyermekeknél, akár már 4 hónapos kortól. Magyarországon a vosoritide a cikk megírásakor még nem elérhető. A konferencián szintén előtérbe kerültek a nemi differenciálódás zavarai, a Prader-Willi-szindróma különböző aspektusokból, például a PWS-el élő gyermekeknél tapasztalható hiperfágia és ennek kihívásai, de volt szó a Turner-szindrómáról, gyermekkori nőgyógyászati témákról, különböző diétatrendekről, lipodisztrófiáról, csontanyagcsere- és pajzsmirigybetegségekről is.

A másik konferencia is endokrinológiai témájú volt, **Kolozsváron** került megrendezésre 2025. május 14-16 között a Diabétesz Pszichoszociális Aspektusainak 29. évi konferenciája. Itt lehetőségem volt előadni a saját centrumunkban végzett kutatásunkat, amelyet az Óbudai Egyetem Egészségügyi Közgazdaságtan Kutatóközpont munkatársaival közösen végeztünk. Témánk az 1-es típusú diabéteszrel élő gyermekek és szüleik körében a szülői attitűdök felmérése volt, illetve összefüggése a glikémiás kontrollal és az életminőséggel. Kutatásunk alapját az adta, hogy napjainkban az 1-es típusú diabetes mellitus gondozásában egyre nagyobb szerepet kap a technológia (szenzor, inzulinpumpa), azonban ez önmagában nem feltétlenül elegendő a jobb anyagcsere eléréséhez, ehhez egyéb, például szülői tényezők is szükségesek. A kutatásnak egy részét mutattam be a konferencián, amelyben kifejezetten a szülői önhatékonytságot vizsgáltuk. A szülői önhatékonytság felmérése az ún. PSESDM (Parental Self-Efficacy Scale for Diabetes Management) skálával történt, ami nyolc állítást tartalmaz, a kitöltőnek egyenként kell az állításoknál döntenie, hogy mennyire igaz rá vonatkozóan (erősen egyetért- erősen nem ért egyet, egy egytől ötig tartó skálán). A szülők a PSESDM skálán

túl kitöltötték a Hypoglycaemia Fear Survey tesztet, a gyermekek az általános és diabetesspecifikus és egészséggel kapcsolatos életminőség felméréseket. Rögzítettük továbbá a gyermekek kezelési modalitását és a szülők iskolázottságát is. Összesen 150 gyermek-szülő pár vett részt a felmérésben. A szülők iskolázottsága szignifikáns összefüggést mutatott az önhatékonyaságukkal, a magasabb végzettség nagyobb önhatékonyasággal társult. A kezelési modalitás alapján alkotott csoportok között (1. csak pent használók, 2. csak pumpát használók, 3. pent és szenzort használók, 4. pumpát és szenzort használók) szignifikáns különbség volt a szülői önhatékonyaságban. Azt tapasztaltuk, hogy a szenzort és pumpát használók körében a legmagasabb, a csak pent használó gyermekek szülei körében a legalacsonyabb a szülői önhatékonyaság. Általánosságban a szülők a PSESDM skálának azzal az állításával értettek egyet leginkább (56%-os teljes egyetértés), hogy „másokhoz hasonló mértékben képesek megoldani a gyermekük cukorbetegségéhez kapcsolódó dolgokat”. A legkevésbé azzal a rész- szel értettek egyet (mindössze 30% teljes egyetértés), hogy „képesek teljesíteni a diabetes ellátásával kapcsolatban magukkal szemben támasztott elvárásokat”. Összefüggést találtunk a szülői önhatékonyaság és a gyermek hemoglobin A1c szintje és a diabetesspecifikus életminősége között. Összességében azt mondhatjuk, hogy a szülői

önhatékonyaság kulcsfontosságú az 1-es típusú diabetes ellátásában és hatással van a glikémiás kontrollra és a diabetesspecifikus életminőségre. A szülők irreális, nehezen teljesíthető elvárásokat támaszthatnak magukkal szemben, amelynek realitása tételében különböző edukációs programok segíthetnek. A PSESDM skála a későbbiekben akár longitudinálisan is használható lehet, például terápiaváltáskor vagy eszközhasználattal összefüggően.

Az előadást a hallgatóság kifejezetten pozitívan és nagy érdeklődéssel fogadta, majd hasznos tapasztalatokat osztottak meg és érdekes kérdéseket tettek fel. Maga a konferencia egy barátságos hangulatú, kisebb létszámú rendezvény volt, ahol már sokan ismerték egymást az előző évek konferenciáiról. Remek volt a hangulat, illetve a szervezők közösségépítő célú programokat is illesztettek a nővs szakmai részek közé. Először vettem részt ezen a konferencián, de a közösség és a szakmai előadások tartalma meghozta a kedvemet a következő évi konferenciájukon való részvételre!

Összességében, hálás vagyok, hogy lehetőségem volt a fent bemutatott konferenciákra eljutni, és remélem, az itt szerzett tudással a későbbiekben gazdagíthatom a magyar gyermekendokrinológiai ellátást.

A DIVATIPAR ÉS AZ EVÉSZAVAROK

Bogár Nikolett, Túry Ferenc

A kifutók veszélyei



www.semmelweiskiado.hu

