

### Depresszió és szorongásos zavarok gyermek- és serdülőkorban

Gádos Júlia dr.

Vadaskert Kórház és Szakambulancia, Budapest

A szerző áttekinti a gyermek- és serdülőkorban leggyakrabban előforduló depressziós és szorongásos zavarok epidemiológiáját, a tünetek életkori sajátosságait, kórisméjét és a BNO-10 alapján a kórképek besorolását a diagnosztikai csoportokba. Végül röviden vázolja a pszichoterápiás és biológiai kezelések formáit és indikációit.

A gyermek felnövekedése során a bánat, szomorúság, félelem és a szorongás érzelmeinek átélése és kifejeződése is változik, fejlődik. Gyermekek és serdülők emocionális zavarait és betegségeit elsősorban ennek a fejlődésnek aspektusából kell értékelnünk és kezelnünk. A jellegzetesen gyermek- és serdülőkorban előforduló érzelmi zavarokat és azokat a pszichiátriai szindrómákat és betegségeket, amelyek gyermekkorban is kezdődhetnek különböző diagnosztikai kategóriák között találjuk meg.

A mindennapi gyermekpszichiátriai gyakorlatban a depressziós, szorongásos és egyéb mentális zavarokat gyakran nehéz pontos nozológiai egységekbe sorolni, a gyermekkori problémákat elsősorban a különböző zavarok együttes előfordulása, a magas arányú komorbiditás jellemzi. A terápia a bajba került gyermek problémáinak komplex támogatását, a szülő és a tágabb szociális környezet figyelembevételét is igényli.

Az epidemiológia és a patogenezis kérdései

A depresszió és a szorongásos zavarok előfordulásának gyakoriságáról az iskoláskor előtti időszakban bizonytalan adataink vannak.

Preadoleszcenseknél egyes vizsgálatok szerint 10-15%-ban fordul elő depressziós hangulat, de legfeljebb 2%-nál diagnosztizálható nozológiai kritériumoknak megfelelő depresszív zavar.

Az affektív kórképek serdülés után gyakoribbá válnak, az eredetileg nagyjából azonos fiú-lány arány a lányok magasabb morbiditásának irányába megváltozik.

Hasonló eredményeket mutatnak a szorongással kapcsolatos vizsgálatok is: az iskoláskor előtt 2-3%-os prevalenciát átmeneti csökkenés követ, majd a serdülőkorban - elsősorban lányoknál - a gyakoriság jelentősen emelkedik. Egyes vizsgálatok a különböző szorongásos betegségek prevalenciáját a felnőtt populációval közel azonos 7-9%-os gyakoriságra becsülik.

A szorongásos és depresszív szindrómák kialakulásában genetikai, alkati, élettörténeti és környezeti tényezők egyaránt szerepet játszhatnak. Míg egyes kórformák kialakulásában elsősorban genetikusan meghatározott sérülékenységek (obszesszív-kompulzív zavar, pánikbetegség, major depresszió), más esetekben inkább a kóros tanulási folyamatoknak

(fóbiák) vagy környezeti tényezőknek, veszteségnek, bántalmazottságnak (poszttraumás stresszbetegség) tulajdonítunk nagyobb jelentőséget.

Az emocionális zavarok kialakulása, súlyossága és kimenetele nagymértékben függ a gyermek megküzdési (coping) stratégiának fejlettségétől, valamint az utóbbi időkben egyre intenzívebben kutatott individuális védő (protektív) tényezők jelenlététől.

Depressziós tünetek, szindrómák és betegségek

Csecsemő és kisgyermekkorban a depressziós tünetek elsősorban apátia, ingerlékenység, alvás- és táplálkozási zavarok formájában jelentkeznek. A gyermek kimutatható szomatikus betegségi ok nélkül is jelentősen elmaradhat a növekedésben és fejlődésben (failure to thrive).

A gondozó személy elvesztése a már kialakult kötődés után a csecsemő u.n. anaklitikus depresszióját idézheti elő, amely akár letális kimenetelű apatikus, depresszív állapot.

A középső gyermekkorban szorongásos és depresszív tünetek keverednek, gyakoriak a szomatikus panaszok, jellegzetes tünet az unatkozás, a játékra való képtelenség érzése. Agresszivitás és iskolai teljesítményromlás, koncentrációs nehézségek jelentkezhetnek.

Óvodáskorban a genitális manipulációk felerősödhetnek, enuresis, tic-tünetek léphetnek fel.

A serdülők depressziós tünetei már inkább hasonlítanak a felnőttekéhez, halálvágy, szuicid gondolatok, önvádítások, reménytelenség érzés is jelentkezhet.

Gyermekkorban a depresszió gyakran társul szorongásos zavarokkal, viselkedészavarral, szomatizációs betegségekkel, táplálkozási zavarokkal.

A BNO 10-ben külön diagnosztikai egységként szerepel a depresszív magatartászavar. Ezt a kategóriát akkor alkalmazzuk, ha a magatartászavar tünetei mellett a depressziós zavarok, így hangulati romlás, érdeklődés elvesztése, önvádítások és reménytelenség érzés is jelentkeznek.

A testvér-féltékenységi zavart is itt említjük meg, mivel pszichodinamikailag a kistestvér születését követő viselkedésváltozás elsősorban a családon belüli pozíció megváltozására, a szülői figyelem elvesztésére vezethető vissza. A testvérral szembeni ellenséges magatartást indulatkitörések, oppozíciós zavarok, szorongás, boldogtalanság is kísérheti.

Stresszhelyzetre fellépő alkalmazkodási zavarok, depressziós epizódok, enyhe, közepes és súlyos visszatérő depressziós betegség és a dysthymia egyaránt előfordulhat gyermekkorban. Megjelenési formái, tünetei az életkori sajátosságot is figyelembe véve felismerhetők.

A major depressziók, bipoláris és unipoláris kórképek gyermekkorban ritkák, a serdülőkor előtt előfordulásuk vitatott. A depresszív fázisban a hangulati tünetek súlyossága, napszaki ingadozása, esetenként agitáltság és jelentős aktivitás csökkenés mutatkozik, téveszmék és hallucinációk ritkán jelentkeznek.

A mániás fázist gátlástalanság, izgatottság és irritabilitás, csökkent alvási igény jellemzi. A családi anamnézisben többnyire az affektív betegségek halmozódását találjuk.

A gyermek- és serdülőkori öngyilkosságoknak, illetve öngyilkossági kísérleteknek csupán egy része vezethető vissza depresszív megbetegedésre.

Serdülőknél öngyilkossági gondolatok gyakran jelentkeznek, de a szuicidális viselkedés kialakulásában a pszichopatológiai problémák mellett a konfliktusmegoldó és veszélyfelmérő képesség hiányának, a családi vagy szubkulturális minta követésének is jelentősége van.

Szorongásos tünetek, szindrómák és betegségek

Életkor specifikus szorongásos jelenségek gyermek- és serdülőkorban

A normál gyermeki fejlődést életkor-specifikus szorongásos jelenségek kísérik. Csecsemőnél a 6-8 hónapos korban megjelenő "idegenfélelem", kisgyermekkorban bizonyos gyermeki fóbiák, majd az iskoláskorúak teljesítmény-szorongása, vagy a serdülőkor büntudati vagy hipochondriás jellegű félelmei átmeneti jelenségek, amelyeket csak akkor diagnosztizálhatunk betegségként, ha intenzitásukban vagy időtartamukban túlhaladják az életkori határokat.

A szorongások ellen a gyermek különböző módon védekezhet. A védekezés leggyakoribb formája a viselkedés regressziója, amikor életkoránál éretlenebb viselkedési formák jelentkeznek, és ez a környezet részéről fokozott védelmi magatartást vált ki. Szorongásos és depresszív állapotokban egyaránt előfordul, hogy a gyermek az éppen elért fejlődési eredményét elveszíti, így a már szobatiszta gyermek újra enuretikus lesz, ujjszopás és egyéb, már túlhaladott gyermeki szokásai felerősödnek, beszédének hangsúlya és grammatikája megváltozik. Ugyancsak a szorongás kivédését szolgálhatják különböző kényszeres ceremóniák, ellenőrző vagy számolási rituálék.

Emocionális zavarok

A BNO-10 külön fejezetet szentel a jellegzetesen gyermekkorban fellépő emocionális zavaroknak. A kutatások szerint a gyermekkori emocionális-neurotikus tünetek nem feltétlenül folytatódnak a felnőtt korban. A tünetek a normál fejlődéshez tartozó szorongások felerősödött, túlzott megnyilvánulásai, a zavarok feltehetően a felnőtt neurotikus megbetegedéseknél jobb prognózisúak.

A csoportban a szeparációs szorongásos zavar, a gyermekkori fóbia és a szociális szorongásos zavar valamint, a testvérféltékenység szerepelnek.

\* A szeparációs szorongásos zavar a szülőtől, gondozótól való elszakadás miatti túlzott félelem, tiltakozás, kétségbeesés, amely a szeparációs szorongás normál fejlődési szakaszán túl, bármely életkorban kialakulhat és a gyermek adaptív funkcióit nagymértékben beszűkítheti. A gyermeket a szülővel vagy önmagával kapcsolatos irreális félelmek gyötrik, nem mer iskolába menni, fél este elaludni, mivel ez is egyfajta szeparációt jelenthet a szülőtől.

\* A szociális szorongásos zavar diagnózisában feltétel, hogy a tünetek már 6 éves kor előtt

erőteljesen jelentkeznek. A gyermek számára minden "idegen", ismeretlen helyzet elviselhetetlennek tűnik, ezeket az alkalmakat messzemenően kerüli (korábbi megfogalmazásokban ezért "elkerülő" zavarként is szerepel), csak a családon belül vagy ismerős környezetben érzi magát biztonságban.

\* Szeparációs vagy egyéb szorongásos zavar, depresszió is lehet az oka annak a szindrómának, amelyet korábban iskolafóbiának nevezünk. Az iskola látogatásának elutasítása többnyire fokozatosan alakul ki, néha ezt a gyermek szomatikus betegsége vagy iskolaszünet előzi meg. A félelem gyakran szomatizációs tünetek formájában jelentkezik, máskor a gyermek nyíltan tiltakozik a szülőtől való elszakadás ellen.

### Szelektív mutizmus

A sajátosan gyermekkorban előforduló kórképek között szerepel a szelektív mutizmus, amely szoros kapcsolatban van a szorongásos betegségekkel. Ezek a gyermekek életük egy vagy több jelentős szociális helyzetében (iskolában, idegenek előtt) megtagadják a verbális kommunikációt, és részlegesen vagy teljesen, néhány héttől akár éveken át is némának mutatkoznak, egyébként intakt beszédképességük ellenére.

Felnőttkorban is előforduló szorongásos kórképek gyermek- és serdülőkorban

Vannak olyan szorongásos betegségek, amelyek közel azonos formában jelentkeznek gyermekeknél és felnőtteknél, ezeknél a felnőtt korban használatos nosológiai kritériumokat alkalmazzuk.

Pánikbetegség a pubertástól kezdve kialakulhat, prepubertásban nem ismeretes. A betegek anamnézisében gyakran szerepel szeparációs szorongásos zavar, a mitrális prolapsus előfordulását ugyancsak megfigyelték. A betegek családjában gyakoriak a szorongásos betegségek. A tüneti kép nem különbözik a felnőtt betegekétől, a szorongásos roham váratlanul, masszív vegetatív tünetek kíséretében jelentkezik, a gyakori rohamok miatt a gyermek nem mer egyedül maradni.

Amennyiben a pánikroham a gyermeket tömegben éri, következményesen kerülni fogja ezeket a helyzeteket, agorafóbia is kialakulhat.

A generalizált szorongásos zavart minden helyzetre kiterjedő, perzisztens szorongás jellemzi, remegéssel, izomfeszültséggel, izzadással és más vegetatív tünetekkel kísérve. A korábban gyermekkori "túlszorongásos" zavarként leírt kórkép első tünetei már a legkorábbi életévekben is jelentkezhetnek.

Az akut stresszre kialakuló alkalmazkodási reakció gyermekeknél gyakran jár regresszív tünetekkel, a viselkedés szerveződése szétesik, a képet elsősorban magatartási tünetek uralják.

A különösen súlyos, életet fenyegető eseményekre adott elhúzódó válasz, a poszttraumás stresszbetegség gyermekeknél is kialakulhat. A tünetek kialakulása függ az átélt trauma jellege, súlyossága és ismétlődése mellett a gyermek életkorától, valamint a traumát követő aktuális

segítség minőségétől. Gyermeknél gyakran megfigyelhető traumatikus témájú, agresszív játéktevékenység, viselkedészavar kialakulása, míg a felnőtteknél jellegzetes visszatérő emlékképek kevésbé gyakoriak. A testi vagy szexuális bántalmazást elszenvedett gyermekek poszttraumás szindrómájának kezelése speciális felkészültséget igényel.

A szorongásos és depresszív betegségeket gyermekkorban gyakran kísérik átmeneti kényszeres tünetek, a gyermekkorban kényszerbetegség ezektől mégis élesen elkülöníthető, önálló diagnosztikai egység. A betegtől idegen kényszer gondolatok és az ellenállhatatlan belső késztetésre véghezvitt kényszeres cselekedetek, rituális viselkedésformák kevésbé függenek az életkortól: a gyermekkorban a betegség tünetei már nagyon fiatal korban is nagyjából azonosak a felnőtt betegekkel észlelhető jelenségekkel.

Leggyakoribb tünetek gyermekkorban is a tisztálkodási és ellenőrzési kényszeres cselekvések, a betegséggel kapcsolatos, agresszív és szexuális tartalmú kényszeres gondolatok. A gyermek gyakran bevonja a szülőt a kényszeres ceremóniákba, aki így szinte rabjává válik saját gyermekének. Az utóbbi évek kutatásai a szerotonin neurotranszmisszió és a basális ganglionok funkcionális szerepére hívják fel a figyelmet. A kényszerbetegség és a tic-Tourette szindróma genetikai rokonsága ugyancsak alátámasztja a biológiai tényezők jelentőségét.

### A gyermekkorban depresszió és szorongásos betegségek kezelése

A gyermekkorban érzelmi zavarok diagnosztikai problémái, a gyakori komorbiditás és a gyermek életkorából adódó biológiai, pszichológiai és szociális függőség többnyire a különböző terápiás módszerek együttes alkalmazását teszi szükségessé.

A depresszió és a szorongások kezelésénél először is pontosan fel kell térképeznünk azokat a hátrányos hatásokat és körülményeket, amelyek az állapot kialakulásában vagy annak fenntartásában jelentőséggel bírnak. Bár ezek megszüntetésére vagy kiiktatására ritka esetben van lehetőségünk, mégis bizonyos reális célokat ezek megváltoztatására kitűzhetünk és megvalósításukat elősegíthetjük. A gyermekkel való egyéni foglalkozás legfőbb célja az, hogy segítsünk neki abban, hogy gondjait elmondhassa, bánatát megfogalmazhassa. A terápiához a gyermek életkorának megfelelő módszert választjuk (játék, rajz, beszélgetés, helyzetjátékok stb). Minden esetben fontos, hogy a gyermek közvetlen és tágabb környezetével is felveszünk a kapcsolatot, elősegítsük a kommunikációt a gyermek és környezete között.

A pszichoterápiák közül a fóbiáknál és a kényszerbetegségnél a viselkedésterápiák, szülői és gyermeki viselkedés-módosító tréningek, a depresszió kezelésében a kognitív-viselkedés terápiás módszerek bizonyulnak leginkább hatékonyak. Egyszerűen körvonalazott célokat kell meghatározni, és a terápia során apró lépésekben haladunk.

Súlyosabb esetekben a gyermek átmeneti kiemelés a környezetből, osztályos vagy nappali kórházi felvétel is indokolt lehet. Családterápia javasolható, ha a tünetek fenntartásában a diszfunkcionális családi kapcsolatrendszernek van döntő szerepe.

A depresszív szindrómák antidepresszáns kezelésének hatékonyságát a kontrollált vizsgálatok eddig egyértelműen nem tudták bizonyítani. Major depresszió esetén, serdülőkorban a felnőtt

kórképek terápiás protokolljának megfelelően járunk el, extrém súlyos esetekben elektrokonvulzív kezelés is indokolt és hatásos lehet. Bipoláris betegségek kezelésénél, elsősorban familiaritás esetén tartós lithium vagy carbamazepin terápia indokolt, rendszeres kontroll mellett.

Szuicid kísérlet után feltétlenül szükséges a körülmények részletes tisztázása. Az esetek kis részében diagnosztizálható pszichiátriai betegséget megfelelő módon kezelésbe kell venni. A szuicid krízisek terápiájának serdülők számára is alkalmas formái ismertek, preventív célú családi intervenció is szükséges lehet. Gyakori tapasztalat, hogy az öngyilkossági kísérlet után felkínált terápiás segítség a fiatalok nem veszik igénybe, az aktuális krízis - legalább is látszólag - spontán rendeződik.

A szorongásos kórképek kezelésében a klasszikus szorongásoldó gyógyszerek mellett a gyermekkorban is egyre gyakrabban alkalmazzuk a nagypotenciálú, korszerű benzodiazepineket, bár a kontrollált gyógyszervizsgálatok ebben az életkorban ritkák.

A heterociklikus és újabban a szerotonin visszavételt gátló antidepresszánsokat is egyre szélesebb körben próbálják ki gyermek betegek kezelésénél. Az antidepresszánsok közül a clomipramin (Anafranil) hatékonynak bizonyult kontrollált gyógyszervizsgálatok szerint is a gyermekkori kényszerbetegségben. Nyílt gyógyszervizsgálatok az iskolafóbia, a szelektív mutizmus, a kényszerbetegség és a depressziók kezelésében egyre inkább alátámasztani látszanak a SSRI szerek előnyös hatásait. A gyógyszeres kezelés a szorongásos zavarok esetében mindig a gyermekkel, családdal és környezettel folytatott pszichoterápiás tevékenységek kiegészítéseként alkalmazható.