

SERDÜLŐKORI PSZICHÉS ZAVAROK ÉS GONDOZÁSUK

FARKAS GYÖNGYI DR.¹,
KURUCZ ANDREA DR.²,
RÁCZ KÁLMÁN DR.³

A SERDÜLŐKOR BIOLÓGIAI, PSZICHÉS ÉS SZOCIÁLIS SZEMPONTBÓL IS JELENTŐS VÁLTOZÁSOKKAL JÁRÓ, SÉRÜLÉKENY KORSZAK. SZÁMOS GYERMEKPSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG MEGJELÉNÉSÉNEK KITÜNTETETT IDŐSZAKA EZ AZ ÉLETKOR. JELEN ÁTTEKINTÉS EZEN IDŐSZAK BIOLÓGIAI, NEUROBIOLÓGIAI HÁTTERÉT, A SERDÜLŐKORI NEHÉZSÉGEK BNO-10 KATEGÓRIÁIBA BE NEM SOROLHATÓ, DE SEGÍTSÉGET IGÉNYLŐ JELENSÉGEIT, VALAMINT AZ EBBEN AZ ÉLETSZAKASZBAN GYAKORIBB GYERMEKPSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEKET MUTATJA BE A GYERMEK-ALAPELLÁTÁS NÉZŐPONTJÁBÓL.

¹DEBRECENI EGYETEM,
KLINIKAI KÖZPONT,
GYERMEK- ÉS

IFJÚSÁGPSZICHIÁTRIAI
OSZTÁLY, DEBRECEN

²DEBRECENI EGYETEM,
KLINIKAI KÖZPONT,
KARDIOLÓGIAI ÉS
SZÍVSEBÉSZETI KLINIKA,
DEBRECEN

³DEBRECENI EGYETEM,
KLINIKAI KÖZPONT,
IGAZSÁGÜGYI ORVOSTANI
INTÉZET, DEBRECEN

A serdülőkor nagyjából az élet második évtizedét fedi le, a pubertás kezdetétől a felnőttkorba való átlépésig tart (1). A pubertás a legmarkánsabb biológiai, pszichológiai változások kora. (2). Ezen időszakban az agyi fejlődésre jellemző a szürkeállomány területspecifikus csökkenése, amely a szinapszisok visszametszésével (synaptic pruning) magyarázható. Lineáris növekedés tapasztalható a fehérállományban az agy egyes területein, mely fokozott mielinizációs folyamatot jelent. A visszametszés és a fokozott mielinizáció együttesen hatékonyabb és gyorsabb neurális jelátadást tesz lehetővé. Fontos változások történnek serdülőkorban a neurotranszmitterek (szerotonin, dopamin) szintjén is. A serdülőkor neurobiológiai modelljében *Casey és munkatársai* a serdülőkorra jellemző fokozott impulzivitást, rizikóvállalást és a fokozott szenzoros és újdonságkeresést a viselkedés szabályozásában részt vevő kortikális (prefrontális régiók) és szubkortikális területek (pl. a ventrális striátum) eltérő fejlődési ütemével hozzák összefüggésbe (3).

Serdülőkori problémás viselkedésformák

A serdülőkor a gyors fizikai és pszichés változások időszaka. A zavarok gyakran akkor keletkeznek, ha emellett megterhelő életesemények, mint stresszorok, jelentkeznek. Vannak olyan nehézségek is, amelyek nem illenek bele a BNO-10 egyetlen osztályába sem, mégis vagy a szülő, vagy a serdülő gyermekpszichiátriai segítséget kér. A következőkben néhány ilyen probléma leírása szerepel.

A mintagyerek

Vannak serdülők, akik jobban kijönnek a felnőttekkel, mint a kortársakkal. Amennyire lehet, kerülnek a kortársakat, és ha velük is vannak, az életszakasz fejlődési dinamikájába nem vonódnak be. Elzárják magukat a viselkedésüket érintő visszajelzésektől, amely hátráltatja a személyiségfejlődést.

Iskolai nehézségek

A teljesítmény csökkenése, erős teljesítményszorongás, iskolafóbia érzelmi zavarokkal, magatartászavarokkal (szemtelen, opponáló, agresszív) jelentkezhethetnek (4).

Elidegenedés

A teljesítményorientált modern társadalomban az emberi kapcsolatok háttérbe szorultak. A fiatalok egy része a hagyományos, illetve a hivatalosan felkínált értékeket visszautasítja, más területek felé fordulnak (művészet, filozófia, parapszichológia), eltávolodnak a realitástól. Az elidegenedés gyakran speciális helyzet következménye (rossz családi helyzet, kisebbségi származás) (4).

Szexuális problémák

A serdülőkor fázisspecifikus feladata a *szociálisan elfogadott nemi szerep elsajátítása*. Erős büntudatot és szorongást keltenek a felébredő ellentmondásos vágyak a serdülőben. Mások nem tudják kontrollálni, és a szociálisan elfogadott viselkedés keretein belül kezelni vágyaikat. Promiszkuitás, szexuális abúzus vagy terhesség kapcsán kerülhetnek szakemberhez. A *serdülőkori terhességben* személyiségfejlődési, családi és szociális tényezőket kell vizs-

gálnunk. A *serdülő fiatalok szülőként* nagyon sok nehézséggel küzdenek. Pszichésen és szociálisan is éretlenek a feladataira (4).

Kockázatkereső viselkedés

A kockázatkeresés az egészséges serdülő fejlődésében lényeges elem. Akkor tekinthető patológiásnak, ha gyakori, nagyon erős, és idővel vagy egyre erősödik, vagy kóros hatással van a személyiség fejlődésére. Egyszeri kockázatkereső viselkedési minta figyelmeztető jel, várható a viselkedés generalizálódása. Súlyos kockázatkereső viselkedés, magatartászavar vagy szomatikus következmények észlelése esetén intézeti kivizsgálás szükséges (4).

Falcolás

Nagyon gyakori. Típusosan fiatal lányok falcolnak, általában pubertás után. A kiváltó ok rendszerint az izoláció vagy az elhanyagoltság érzése. Titokban kezdenek falcolni különböző testtájakon: alkar, hasfal, comb belső felszíne. A klasszikus falcolásnál inkább kötődési zavar, mint öngyilkossági motívum áll fenn, később figyelemfelkeltés céljából ismételheti.

Egyéb viselkedésformák

Drog-, alkoholfogyasztás

A serdülők jelentős része kipróbálja ezeket. A gondolkodás életkori sajátossága, hogy sérthetetleneknek tartják magukat, és viselkedésük távolabbi következményét nem képesek belátni.

Veszélyes motorozás, autóvezetés

A serdülőkori halálozásban a baleseteknek jelentős szerepe van. Balesetre hajlamos motorosoknál észlelték a *motorosképzés-szindrómát* (az átlagosnál komolyabb érdeklődés a motorok iránt, az anamnézisben baleseti hajlam, a testi sérülésektől való erős félelem, képtelenség a vetélkedésre, csökkent önértékelés, rossz impulzuskontroll).

Szökés otthonról

Az otthonról szökés a 18 év alattiak engedély nélküli, 24 órát meghaladó távolléte az otthonról. Különbséget kell tenni az egyszeri, aktuális konfliktust követő elszökés, valamint az ismétlődő viselkedésminta között. Családi és társadalmi okok állnak a háttérben. Következményei: kimaradás az iskolából, a munkahelyről, az antiszociális életvezetés, a drog, a prostitúció, a szuicídium, az abúzusok, a nem kívánt terhesség lehet. A krízisintervenció elvei szerinti eljárás segít a helyzet megoldásában.

A nevelőszülővel élő és az adoptált gyermekek identitásproblémái

A nevelt vagy az örökbefogadott gyermekek vér szerinti szüleit általában leértékelik. Serdülőkorban sokan mégis keresni kezdik őket, testvéreiket. Ha megtalálják, azonosulási nehézségek jelentkezhetnek. Sok a probléma, ha a nagy- szülő veszi át a szülő helyett a gyermek nevelését. Ilyen esetben szükség lehet a gyermekpszichiáter szupportív beavatkozására (4).

Serdülőkorban előforduló gyermekpszichiátriai betegségek

Depresszió gyermek- és serdülőkorban

A betegség funkciókárosodást okozó tünetei a fiatal fejlődését, hosszú távon, igen kedvezőtlenül befolyásolják. A depresszió korai megjelenése a felnőttkori pszichés zavarok és a szenvedélybetegségek előjelzője. A depresszió kialakulásának többféle magyarázata létezik. A *bio-pszicho-szociális modell* értelmében a depressziós állapotot komplex módon kell értelmezni. A krónikus stressz és a pszichoszociális stresszorok a neurobiokémiai folyamatok megváltoztatásával depressziót képesek indukálni. A depresszió kialakulásának *neurokémiai* modelljei a noradrenalin, a szerotonin, a hipofízis által termelt kortikotropinfel szabadító hormon (corticotropin-releasing hormon, CRH) szerepét vizsgálták az állapot kialakulásában. A *kognitív* megközelítés szerint a pszichológiai problémák és az érzelmi zavarok keletkezésében a hibás kogníciók és a hibás kognitív feldolgozásmódok játszzák a főszerepet (5).

A serdülőkorúak 4-8%-a szenved klinikailag bizonyított major depresszióban. Jóval nagyobb azoknak a száma, akik depressziós tünetektől szenvednek, de a tünetek időtartama és intenzitása nem meríti ki a klinikai depresszió fogalmát (6).

Tünetei általános iskolás korban

Szomorúság, közömbösség, ingerlékenység, düh, nyugtalanság, anhedónia, síróság, csökkent koncentráció, negatív önértékelés, büntudat, motiváció sérülése, tanulmányi eredmény romlása, öngyilkossági fantáziák, fáradékonyság, hasfájás, fejfájás, enurézis, agitáció, alvászavarok. *Középsiskolás korban* szomorúság, anhedonia, ingerlékenység, sírásra való hajlam, szeretetlenség érzése, motiváció sérülése, kortárs kapcsolatok kerülése, halálvágy, koncentrációcsökkenés, romló tanulmányi eredmény, negatív önértékelés, büntudat, a környező

világ negatív értékelése, negatív jövőkép, döntéskép- telenség, testi tünetek, alvászavarok, kimerültség, az étvágy és a testsúly változása, pszichomotoros lassultság jellemző.

Komorbidityként szorongás 30-50%, magatartás- zavar 10-30%, valamint drog- és alkoholabúzus jelentkezhet.

A depresszió mértéke különböző lehet. A DSM-V, illetve a BNO-10 a diagnosztikus kategóriák megá- lapításához tünete számot és időkeretet jelöl meg.

A depresszióban a legnagyobb veszély az öngyilkosság előfordulása. A betegek 30%-a kísérel meg szuicídiumot, és legalább a fele újra próbálkozik. Az öngyilkossági kísérletek jelentős részének nem a halál a célja, hanem a figyelemfelhívás, a tehetetlenségérzés leküzdése, a kimenekülés az elviselhetetlen helyzetből.

Kezelése gyermekpszichiátriai feladat. A pszichoterá- piás módszerek közül a leghatékonyabbnak a kognitív viselkedésterápia bizonyult. A családterápia is sokat segíthet. Súlyos depresszió esetén a gyógyszeres kezelés elkerülhetetlen (6).

Gyermek- és serdülőkori evészavarok

A pszichiátriában a jelenleg alkalmazott nozológiai rendszerek az evészavarokat három csoportba osztják: anorexia nervosa, bulimia nervosa és atípusos evészavarok (7). A következőkben az anorexia nervosa és a bulimia nervosa leírása szerepel a serdülőkori preferált megjelenés miatt.

Anorexia nervosa

Súlyos, életveszélyes pszichiátriai betegség, amely a felnőttkorra átívelő, krónikus pszichés és szoma- tikus megbetegedésekhez, korai halálhoz vezet. A halál oka túlnyomó részben a szervi szövődmény, kisebb részben öngyilkosság (8).

A betegség legkomplexebb megközelítését a *bio-pszicho-szociális* modell jelenti. A serdülő lányok között – az obesitas és az asthma bronchiale után – a harmadik leggyakoribb krónikus betegség. Gyakorisága a DSM-IV kritériuma szerint 0,3-0,8%. Ha az atípusos és a szubklinikai evészavarokkal is számolunk, akkor a gyakoriság lényegesen nagyobb, 1-3%.

Tünetek: (1.) határozott testsúlycsökkenés az étel visszautasítása, a túlzásba vitt testmozgás, az önhánytatás, a hashajtás következtében; (2.) a testsúly és az alak észlelésének zavara (testképzavar); (3.) túlzott foglalkozás a testsúllyal, valamint a táplálkozással.

Szembevetendő változások: megváltozott táplálkozási magatartás, a kalóriabevétel korlátozása. Kerüli a közös étkezéseket a szülőkkel, kizárólag alacsony kalóriatartalmú ételeket fogyaszt, számolja a kalóriákat, étkezéssel kapcsolatos rituálékat fejleszt ki.

Naponta többször méri a súlyát. Ideje nagy részében a testsúlyával, alakjával foglalkozik. A kalóriale- adást intenzív testmozgással, önhánytatással, has- hajtatással éri el.

Egyéb pszichológiai tünetek: ingerlékenység, depresz- szió, szociális visszahúzódás, a kortárs kapcsolatok megromlása, az étellel és az evéssel kapcsolatos beszűkültség. A betegek sajátos álérettség jellemző. *Komorbidity:* depresszió 53,5%, disztímia 42,5%, szociális fóbia 25,5%, generalizált szorongás 27,7%, kényszerbetegség.

Számos *szomatikus tünet* társul hozzá: só- és vízháztartás eltérései, újratáplálási szindróma, kar- diovaszkuláris eltérések. Hosszú távú szövődmény az osteopenia, elmaradás a hosszúnövekedésben.

Terápia: kulcskérdés a táplálkozási rehabilitáció. A pszichoterápiában az integratív megközelítés a helyes. A családterápia, a csoportterápia, a kognitív egyéni terápia integrált alkalmazása hatékony. A kísérő betegségek szükség szerint gyógyszeresen is kezelendők.

Bulimia nervosa

A serdülőkor végén jellemző a megjelenése. *Tünetei:* 1. a kívánt ételmennyiség és/vagy az adott élet- korban elfogadható mennyiségénél több étel elfogyasztása falásrohamok formájában; 2. az étkezés feletti kontroll elvesztése; 3. önhánytatás és egyéb purgálás. Testképzavar jellemző. Gyakran csak a fogászati státusz árulkodó (a hányás a fogzománcot károsítja) a fiatal tüneteket rejtő magatartása miatt. *Terápia:* családterápia, egyéni terápia (7).

Szkizofrénia

A gyermek- és serdülőkori megbetegedésben meg- különböztetjük a 12 éves kor előtt megjelenő „igen korai kezdetű szkizofréniát”, valamint a 13-18 éves korban kezdődő „korai kezdetű szkizofréniát”. A megbetegedések összességét nézve 19 éves kor előtt kezdődik a szkizofrén megbetegedések 22%-a (9).

Oka: amíg a serdülőkorban kialakuló szkizofréniában a pozitív tünetekért (hallucinációk, téveseszmék) a mezolimbikus struktúrák szinapszisainak mag- sabb dopaminkoncentrációja felelős, addig a negatív tünetek és a kognitív tünetek hátterében a prefron- tális lebeny alacsonyabb dopaminkoncentrációja áll. *Diagnózisalkotás:* gyermek- és serdülőkorban jelent- kező pszichózis esetén nem mellőzhetők a részletes anamnézis, a belgyógyászati és a neurológiai (szükség esetén) eszközös vizsgálatok. A diagnózist a BNO-10 és a DSM-V diagnosztikus rendszere alapján állítjuk fel. *Lefolyás, prognózis:* relapszusokkal járó betegség, amelyek között a beteg remisszióban van. A körle- folyás során premorbid, prodromális szakasz, első

epizód, relapszusok és remissziók különíthetők el. *Kezelés:* sürgősségi szakellátásba (gyermek- és serdülőpszichiátriai ellátásba) kell utalni minden gyermeket és serdülőt, akinél első alkalommal jelentkező, tartósan fennálló pszichotikus tünetek észlelhetők. A háziorvosoknak legalább évente egyszer monitorozni kell azon pszichotikus gyermekeket és serdülőket, akiknél dohányzás vagy magas vérnyomás, emelkedett lipidszint vagy derékkörfogat áll fenn, és monitorozni kell őket kardiovaszkuláris betegségek, valamint diabétesz irányába.

Terápia: a betegség multidimenzionális megközelítést, azaz gyógyszeres, pszichoterápiás, családorientált intézkedéseket és a kronizálódó jellegű esetekben rehabilitációs eljárásokat kíván (9).

Öngyilkosság

A befejezett öngyilkosságok száma gyermekkorban viszonylag alacsony, serdülőkorban emelkedik. A *halálos kimenetelű* öngyilkosságok gyakoribbak fiúknál. Serdülőkorban 2., 3. helyen szerepel a halálokok között. Az öngyilkossági kísérletek számát a serdülőkorosztályban a befejezett öngyilkosságok 50-100-szorosára becsülik. A lányok gyakrabban követnek el öngyilkossági kísérletet. Elkövetési módszerek: gyógyszerbevitel és -túladagolás, vegyszeres mérgezés, önsértés. Agresszívabb módszerek: önakasztás, leugrás magas helyről, lőfegyver használata, gázolás. Az öngyilkossági kísérletek segélykérő, kommunikatív funkciója: „Az öngyilkos nem meghalni szeretne, hanem máshogy élni.” Egyértelmű összefüggést nem találtak egyes kórformák, pszichopatológiai állapotok és az öngyilkosság között. A pszichiátriai betegségek közül a depresszió kapcsolódik szorosan az öngyilkossághoz. Alkohol- és drogabúzus, pszichopatológiai zavarok családi halmozódása, gyermekbántalmazás, tartósan stresszteli családok, családi és kortárminták súlyos kockázati tényezőt jelentenek (10).

Kezelés: minden öngyilkosságra utaló megnyilvánulást (szuicid gondolatok, tervek, fenyegetések, önsértések, foglalkozás a halál gondolatával, halálvágy kifejezése esetleg írásban is, zsarolásnak tűnő öngyil-

kossági kísérletek) „cry for help”-ként kell értékelni. A BNO-10 az öngyilkosságot, illetve a kísérletet a XX. „Szándékos önkárosítás” c. fejezetében a X 60–84 kódokkal jelöli. A *kezelés* eszközei: krízisintervenció, pszichopatológiai állapotok kezelése, prevenció (4).

Pszichoaktív szerek okozta mentális és viselkedészavarok gyermek- és serdülőkorban

A drogabúzus hátterében a személyiségfejlődésben rejlő tényezőket, családi rizikófaktorokat és szociokulturális tényezőket lehet kimutatni (4). A pszichoaktív szerekkel való visszaélés – a szer fajtájától függően – szomatikus tüneteket okoz, halálhoz vezethet, és csaknem mindig súlyos pszichoszociális következményei vannak. A pszichoaktív szerek okozta mentális és viselkedészavarok a BNO-10 és a DSM-IV diagnosztikus rendszerek alapján osztályozhatók. A drogokkal visszaélő gyermekek és serdülők esetében első teendő a drogfogyasztás hátterében esetleg kimutatható gyermekpszichiátriai zavarok felderítése. Drogfüggő serdülőknél, a szertől függően, a szükséges elvonás után tervezhető meg a kezelés a drogambulanciákon, a rehabilitációs otthonokban (4).

Összefoglalás

A gyermekpszichiátria preventív szemléletű diszciplína. A felnőttkori mentális rendellenességek megelőzését szolgálja, ugyanakkor a prevenció a gyermekpszichiátriai kórformák, betegségek, fejlődési zavarok megelőzését is jelenti. A serdülőkori problémák eredményes megoldásához bio-pszicho-szociális megközelítés a nélkülözhetetlen. Ez a fiatalok környezetének valamennyi szereplőjétől jó kommunikációt, hatékony együttműködést kíván a kóros állapot jelzéséhez, felismeréséhez, a speciális ellátásba juttatásához. Az összefogás fontos területe a gyermek-alapellátás és gyermekpszichiátriai szakellátás együttműködése.

Irodalom

- Holmbeck GN, Paikoff RL, Brooks-Gunn J. Parenting adolescents. In: Borstein MH (ed.). Handbook of parenting 1995; 1: 91–118.
- Órkény Á. A serdülőkori pszichoszociális alkalmazkodást elősegítő és akadályozó családi tényezők és személyiségdimenziók vizsgálata. Budapest: ELTE, Pedagógiai és Pszichológiai Kar; 2014.
- Casey BJ, Jones RM, Somerville LH. Braking and accelerating of the adolescent brain. J Res Adolesc 2011; 21(1): 33.
- Vetrő Á. (szerk.). Gyermek- és ifjúságpszichiátria. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2008.
- Beck AT. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row; 1967.
- Pászthy B. Depresszió gyermek- és serdülőkorban. Budapest: SE, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika; 2017.
- Túry F, Pászthy B. (szerk.). Evészavarok és testképzavarok. Budapest: Pro Die Kiadó Kft.; 2008.
- Fisher M. Treatment of eating in children, adolescents and young adults. *Pediatr. Rev.* 2006; 27: 34–45.
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi irányelve a gyermekkori pszichózisok diagnosztikájáról és ellátásáról 2019. EÜ. 15. sz. EMMI szakmai irányelv 3. hatályos 2019. 09. 10. óta.
- Mayer L. A stresszteli életesemények és a gyermekkori depresszió kapcsolatának vizsgálata populációs és klinikai mintán. Budapest: SE, Mentális Egészségtudományi Doktori Iskola; 2008.