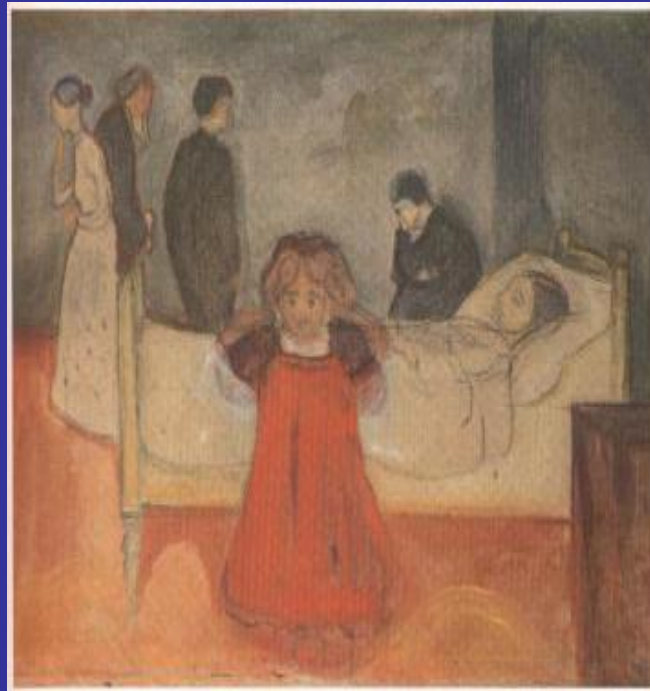


Affektív zavarok gyermek és serdülőkorban



Szegedi Tudományegyetem
Gyermek és Ifjúságpszichiátriai
Osztály
Dr. Vetró Ágnes

Magyarország célba ér



Az affektív zavarok osztályozása

Elnevezés	Tünetek okok	Depresszió		Hypoman		Mániás epizód	Kevert epizód			Pszichotikus		Ált. egészs. Psz. Psz. Aktív. sz.	Pszich. stressz	Súlyosság
		tünet	epizód	tünet	epizód		us	A	Z	AZN				
Nincs affektív z.	rövid	±	-	±	-	-	-	-	-	-	-	±	0	
Gyászreakció	<2 hó	⊕	±	-	-	-	-	-	±	-	-	halál ⊕	1-5	
Alkalmazkodási z.	kezdet <3 hó vége<6 hó	⊕	-	-	-	-	-	-	-	-	-	⊕	-	
Depresszió MNO	< 1 év	⊕	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
DTZ (dysthymia)	>1 év <2 hó TM	⊕ 1+2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
MDZ (major depr)	>2 hét	+	⊕ 1+4	-	-	-	-	-	±	-	-	-	1-5	
DTZ+MDZ	>1 év >2 hét	⊕	⊕	-	-	-	-	-	±	-	-	-	1-5	
CTZ (cyklothymia)	>1 év <2 hó TM	⊕	-	⊕	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
HME (hypoman epizód)	5-7 nap	-	-	±	⊕ 1+3 1+4	-	-	-	-	-	-	-	-	
BP-I (bipolaris)	>7 nap	±	±	±	±	⊕ 1+3 1+4	M 1+ 3	±	D 1+ 4	±	-	-	1-5 rapid ciklus	
BP-II	>2 hét 5-7 nap	±	⊕	±	⊕	-	-	-	±	-	-	-	1-5 rapid ciklus	
SAFF (skizoaff.)	2 hét	±	±	±	±	±	±	±	±	⊕	-	-	±	
Ált. egészség Pszichoaktív	bármí	±	±	+	±	±	±	±	±	±	⊕	-	±	
BP MNO	< 5 nap	±	-	⊕	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Aff. zavar MNO	Nem lehet dönteni a BP MNO és a Depr. zavar MNO között													

TM: Tünetmentes MNO: Mással nem osztályozott Z: Zavar AZ: Affektív zavarral AZN: Affektív zavar nélkül ⊕: kardinális tünet

A major depresszió gyermek és serdülőkorban

Gyakoriság az életkor függvényében

Etiopatogenezis

Diagnózis a DSM-IV alapján

Tünetei (video)

Tünetek és életkor

Kezelése (pszichoterápia, gyógyszeres kezelés)

Komorbiditás

Új utak a kutatásban

A gyermekkori major depresszió gyakorisága (12- hónap alatt (%)) DUNEDIN LONGITUDINAL STUDY^a

Életkor/év	n	Fiú	Lány	Össz
11	792	2.9	0.5	1.8
15	943	2.5 ^b	6.7 ^b	4.2
18	930	12.0 ^c	21.8 ^c	16.5
21	957	11.2	22.6	16.8

^aAnderson et al., 1987; McGee et al., 1990; Feehan et al., 1994; Newman et al., 1996.

^bApproximate: includes some with dysthymia and ^cwith 3 overlapping Ss.

Genetikai tényezők bizonyítékai

Gyermek/serdülőkorban kezdődő MDD a betegség fokozott kockázatával jár az első fokú, illetve női rokonoknál

Depressziós szülők gyermekeiben 2-3x magasabb a korai kezdetű depresszív zavar kockázata

- *Increased prevalence and earlier onset of mood disorder among relatives of prepubertal versus adult probands (Neuman RJ. J Am Acad Child Adolesc Psych 1997)*
- *A controlled family history study of childhood-onset depressive disorder (M. Kovacs Arch Gen Psych 1997)*
- *Selecting early onset MDD probands for genetic studies: results from a longitudinal high-risk study. (Wickramaratne PJ. Am J Med Genet. 2000)*

MDD-s serdülők családjában előforduló depressziós estek

Proband kora Csoport	gyakorisága		Emelkedés a kont- rollhoz képest
	Rokonok	Arány	
Gyerek	Első fokú	34% ^a to 57% ^b	~ 2-szeres
	Másodfokú	8% ^a to 25% ^c	~ 0 - 2-szer
Serdülő	Első fokú	25% ^d	~ 2-szeres
	Másod fokú	5% ^d	~ 0 - 2-szer

^aPuig-Antich et al., 1989; ^bKovacs, Devlin, et al., 1997; ^cTodd et al., 1993; ^dWilliamson et al., 1995

Egyéb biológiai tényezők vizsgálata

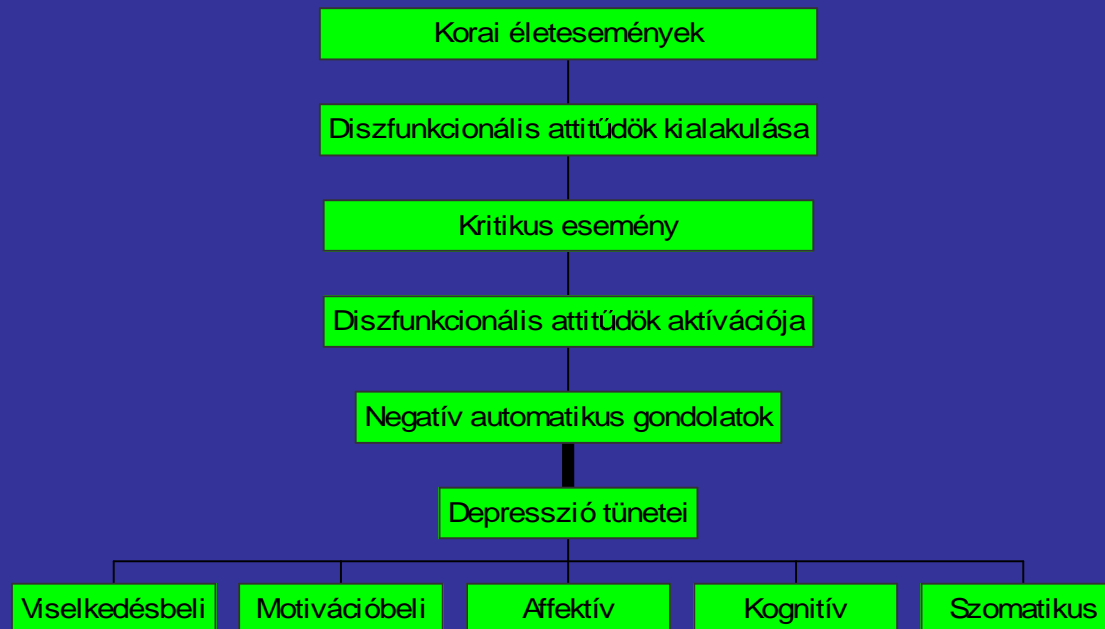
Molekuláris genetikai

Hormonális szabályozórendszerek

Strukturális és funkcionális képalkotó vizsgálatok

- § *Biological studies in depressed children and adolescents (Birmaher B. Neuropsychopharmacol. 2001)*
- § *Family, genetic, and imaging studies of early-onset depression (Todd RD. Child Adolesc. Psych Clin N Am. 2001)*
- § *Prefrontal cortical volumen in childhood-onset major depression: preliminary findings (Nolan CL. Arch Gen Psych. 2002)*

A depresszió kognitív modellje (Beck)



Kora gyermekkori kockázati tényezők

Perinatális eltérések

Családi körülmények

Gyermekekori temperamentum

- The development of depression in children and adults (Cicchetti D. Am Psychol. 1998)
- Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years (Birhamer B. Psychol Rev. 1999)
- Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression (S.R. Jaffee Arch Gen Psych. 2002)

A major depresszió DSM-IV diagnosztikus kritériumai

A következő tünetek közül **legalább öt együttesen 2 héten át** fennáll és funkcionális romlás észlelhető.

Depressziós, diszfóriás hangulat (gyermekkorban irritabilitás is lehet) vagy kifejezett **Örömtelenség** és a következő tünetek közül legalább négy:

Megváltozott étvágy, vagy testsúlyváltozás (↑ vagy ↓)

Alvászavar

Psychomotoros agitatio vagy retardatio

Fáradtság, energiavesztés

Feleslegesség érzése vagy erős bűntudat

Koncentrációképesség csökkenése vagy határozatlanság

Visszatérő gondolatok a halálról, öngyilkossági gondolatok, kísérlet

Nem schizophrenia, organikus (testi betegség, gyógyszer) ok, organikus mentális betegség, vagy komplikációmentes gyász okozta.

A tünetek 2 héten át csaknem mindennap megfigyelhetők

A MDD megjelenése: Az egyes tünetek gyakorisága^a

Tünetek	N	Életkor százalékban ^b	
		6-13 év	14-18 év
Depressziós h	185 ^{c,d,e} , 142 ^{c,d}	80% - 91%	88% - 92%
Örömtelenség	185 ^{c,d,e} , 142 ^{c,d}	67% - 89%	74% - 92%
Irritabilitás	45 ^e	71%	-----
Koncentráció probléma	185 ^{c,d,e} , 142 ^{c,d}	67% - 80%	79% - 82%
Suicid gondolatok (igen)	200 ^{c,d,f} , 142 ^{c,d}	60% - 67%	61% - 68%
Suicid kísérlet (igen)	200 ^{c,d,f} , 142 ^{c,d}	12% - 39%	26% - 39%

^a klinikailag jelentős tünetek az MDD epizód alatt; ^b Approximate grouping; ^cRyan et al., 1987; ^dMitchell et al., 1988; ^eKovacs et al., 1994; ^f Kovacs et al., 1993.

A gyermek és serdülőkori depresszió kezelése

☐ Pszichoterápiás kezelés

Kognitív-behaviour terápia

Kontextuális pszichoterápia

Pszichodinamikus pszichoterápia

☐ Gyógyszeres kezelés

A gyermekkori depresszió kezelésének gyakorisága

Életkor	<u>N</u>	% MDD	Minta	Kezelt	Tanulmány
6-19 év	275	14%	high-risk	18%	Keller et al., 1991
11-16 év	368	11%	community ^a	0%	Goodyer & Cooper, 1993
14-18 év	1,710	20%	középiskola	24%	Lewinsohn et al., 1991
14-17 év	1,228	7%	community ^b	8%^b	Oldehinkel et al., 1999

^a Direkt interjúzott alcsoport ; ^b 20 hónapos follow up

A depresszió kognitív behaviour terápiájának jellemzői

- ü Az affektív betegségekről alkotott koherens modellen alapszik
- ü Terápiás kollaboráció a beteg és a terapeuta között
- ü Rövid, időben behatárolt, segíti a beteget önsegítő készségei kialakításában
- ü Struktúrált és direktív
- ü Probléma orientált, a fenntartó tényezőkre fókuszál, nem az okokra
- ü A beteg inkább gondolataival és hiedelmeivel foglalkozik, nem olyan feltételezésekkel, melyek ellenőrizhetetlenek
- ü Olyan kognitív és viselkedésbeni készségek megtanítására centrál, melyeket a beteg otthon gyakorolva elsajátíthat

Kontextuális pszichoterápia (Kovács)

ü Célja

Csökkenteni a depressziós tüneteket

A szülő-gyermek kapcsolat normalizálása

Megbirkózási stratégiák tanítása

ü Formája

Fókuszált, probléma orientált

Szülő koterápeutának kiképezve

Kollaboratív-vezető szerep

Struktúrált terápiás modell (Harrington)

1. Érzelmek felismerése
2. Önmonitorozás (esemény-hangulat-gondolat)
3. Ön-megerősítés
4. Kommunikációs és interperszonális készségek
5. Szociális probléma megoldás
6. Kognitív átstruktúrálás I.
7. Kognitív átstruktúrálás II.
8. Ismétlés, ülések lezárása

A gyermekkori depresszió gyógyszeres kezelése

• TCA szerek

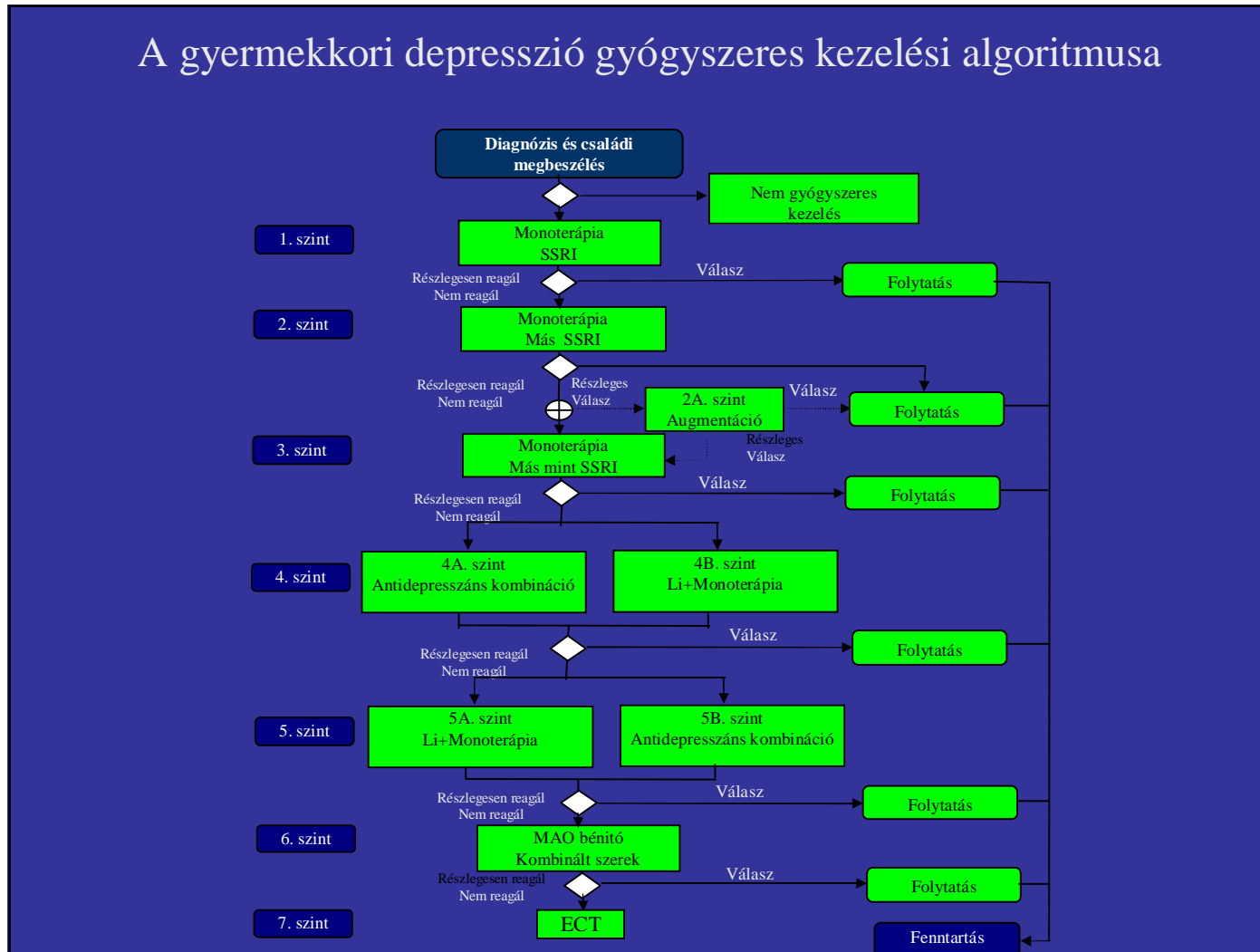
• MAO bénítók

• SSRI

• NRI

• Kombinált szerek

A gyermekkori depresszió gyógyszeres kezelési algoritmus



Komorbiditás klinikai anyagban^a

Komorbiditás értékek	Életkor	<u>N</u>	%	Átlag
Szorongásos B.	6-18 év	208	23%-51%	39% ^b
Dysthymia	6-18 év	391	13%-40%	22% ^c
Viselkedészavar	6-18 év	508	7%-24%	16% ^d

^aMixed inpatient and outpatient.

^bFerro et al., 1994; Kovacs et al., 1997; Rao et al., 1995; Shain et al., 1991.

^cBiederman et al., 1995; Ferro et al., 1994; Mitchell et al., 1988; Kovacs et al., 1997; Rao et al., 1995.

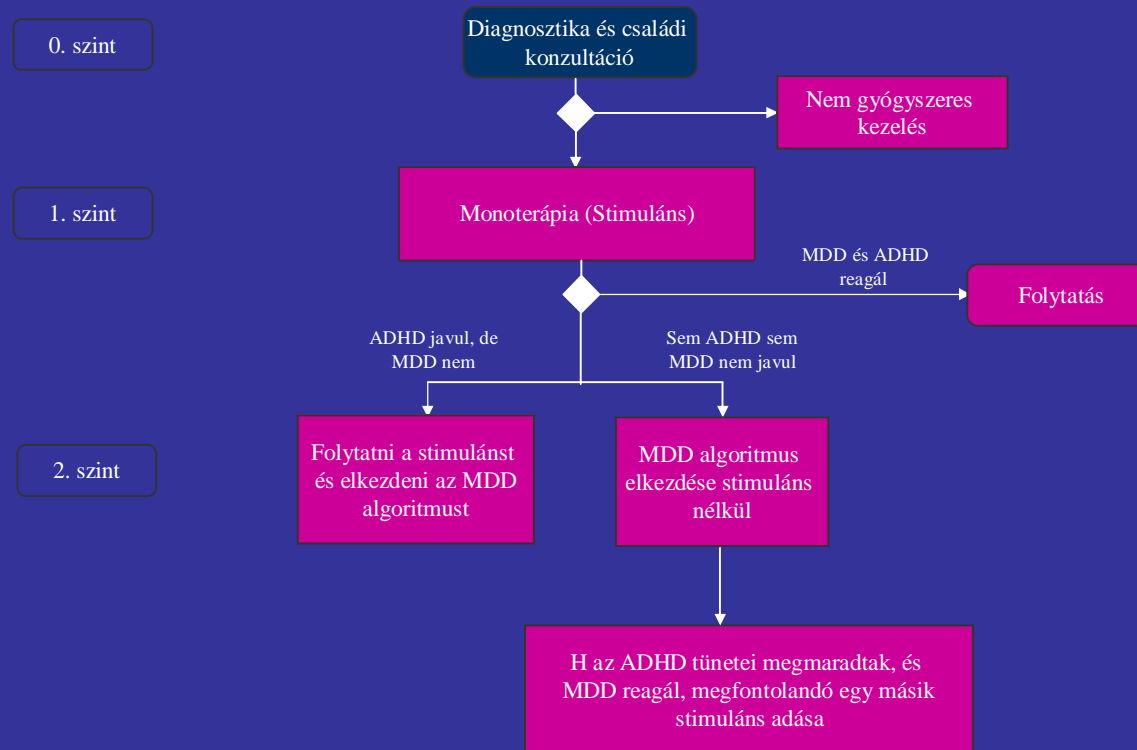
^dBiederman et al., 1995; Kovacs et al., 1988/89; Mitchell et al., 1988; Rao et al., 1995; Ryan et al., 1987.

A komorbiditás hatása Az MDD-ben szenvedő gyermekek életvitelére

- **A depressziós tünetek súlyosabbak** (McCauley et al., 1993; Mitchell et al., 1988)
- **Gyakrabban veszik igénybe a mentálhigiénés hálózatot** (Fergusson et al., 1993; Lewinsohn et al., 1995)
- **Roszbabb általános állapot, csökkent szociális kompetencia** (Garrison et al., 1992; Harrington et al., 1991; Lewinsohn et al., 1995; Renouf et al., 1997)
- **Roszbabb családi működés** (Goodyer et al., 1997)
- **Több iskolai és viselkedésprobléma** (Kovacs et al., 1988; Lewinsohn et al., 1995)

^aEspecially for comorbid conduct/behavior disorders

Depresszió és ADHD komorbiditás gyógyszeres kezelési algoritmus



Az MDD megszűnése klinikai anyagban

Életkor	8-13 év	7-17 év
Esetszám	n=87 ^a	n=100 ^b
<hr/>		
Kezdet óta eltelt idő	Cumulativ részesedés	
6 hónap	.33	.40
1 év	.69	.80
1.5 év	.82	.95
2 év	.86	.98
<hr/>		
Átlagos idő	9 hónap	7 hónap

^aKovacs et al., 1997; ^bMcCauley et al., 1993

Visszatérő MDD klinikai anyagban

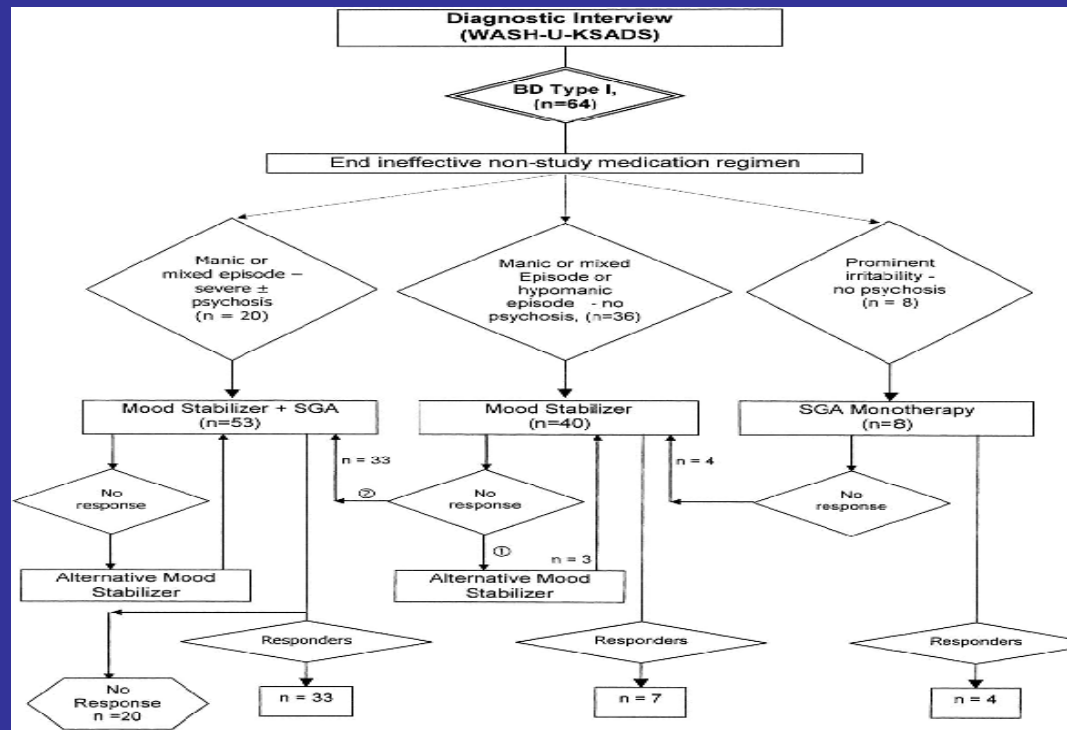
Utánkövetés ideje	Kezdő életkor	N	%	Tanulmány
3 éven belül	7-17 év	65	54% ^a	McCauley et al., 1993
5-7 év	6-12 év	16	44%	Hughes et al., 1990
	8-13 év	102	40% ^b	Kovacs et al., 1994
	12-18 év	26	69%	Rao et al., 1995
10-15 év	6-15 év	83	33%	Weissman et al., 1999
	12-17 év ^c	73	49%	Weissman et al., 1999

^aKaplan-Meier estimate; ^bBy Kaplan-Meier, rate is 60%-70%; ^cLower age is approximate.

Bipoláris I. zavar-Mániás epizód DSM IV.

- A. Abnormálisan és állandóan emelkedett v. irritált hangulat legalább 1 héten át (hospitalizáció)
- B. A következő tünetekből legalább három v. négy
- Felfokozott önértékelés
 - Csökkent alvásigény
 - Szokatlan beszédesség
 - Gondolatrohanás
 - Disztraktibilitás
 - Célirányos aktivitás felfokozódása v. agitatio
 - Törekvés örömszerző tevékenységekre
- C. A tünetek észrevehető változást okoznak a munkaképességben

Bipoláris betegségek kezelési algoritmus



Az unipoláris depresszió bipoláris betegséggé változása klinikai példán

Követési hossz	Kezdet-év	<u>N</u>	%	Tanulmány
5 éven belül	6-12 év	79	14.1% ^a	Geller et al., 1994
	7-17 év	65	7.7% ^b	McCauley et al., 1993
	13-16 év	60	20.0%	Strober & Carlson, 1982
	13-17 év	58	10.4%	Strober et al., 1993
5-7 év	8-13 év	92	21.0% ^{a,b}	Kovacs et al., 1994 &
	12-18 év	26	19.0%	Rao et al., 1995
10-15 év	6-15 év	83	6.0% ^b	Weissman et al., 1999
	12-17 év ^c	73	5.5% ^b	Weissman et al., 1999

^aKaplan-Meier estimate; ^bBP I & II combined; ^cLower age is approximate.

Gyermekkori depresszió – felnőttkor

(prospektív adatok)

A klinikailag ellátott gyermek depressziós esetek több mint 60 %-ánál felnőttkorban is lesz depressziós epizód (Harrington et al., 1990).

A klinikailag ellátott gyermek depressziós esetek 63 %-ánál 63 %-ban várható egy epizód a 18. éven túl is (Weissman, Wolk et al., 1999).

Az átlagpopulációban a 21 éves hangulatzavarban szenvedők 21.45 %-ának volt korábban már egy depressziós epizódja fiatalabb korban (Newman et al., 1996).

Az átlagpopulációban fellelhető serdülők, akiknek major depressziója volt, 50 %-ban van további depressziós epizódjuk 24 éves korukra (Lewinsohn et al., 1998).

Új utak a kutatásban

Etiológia: genetika és környezeti tényezők (e.g., Eley et al., 1998; O'Connor et al., 1998).

Pszichoszociális kezelés: cognitive behavior, interpersonális, és kontextuális terápiák (e.g., Brent et al., 1997; Kovacs et al., in progress; Lewinsohn et al., 1996; Rossello & Bernal, 1999).

Pszichofarmakológiai kezelés: triciklikus és szelektív SRI's (e.g., Emslie et al., 1997).

Prevenció és korai felismerés

Serdülőkori problémák, öngyilkosság

Serdülőkori problémás viselkedésformák

- A mintagyerek

Kortársakkal való összehasonlítás

Felnőttek között érzi jól magát

Kerüli a kortársakat

Váratlan eseményektől szorong

Óvatos, kockázatot nem vállal

Serdülőkori problémás viselkedésformák

- **Iskolai nehézségek**

Csökkent teljesítmény

Iskolakerülés

Erős szorongás

Iskolafóbia

Serdülőkori problémás viselkedésformák

- **Elidegenedés**

Teljesítményorientáció

Érzelmi kapcsolatok háttérbe szorulása

Felkínált értékek visszautasítása

Természetes életmód (okkultizmus,
miszticizmus)

Serdülőkori problémás viselkedésformák

Szökés otthonról

USA-ban a 60-as években a lázadás jeleként gyakorisága 8-10 % lett

Definíció: 18 éven aluli engedély nélküli 24 órát meghaladó távolléte

Formái

Egyszeri: 3 napot nem meghaladó (rokonnál, barátnál)

Veszélye: antiszociális életvezetés, iskolából kimarad

Ok: egyszerinél akut családi konfliktus

Ismételt: elidegenedés, deviáns csoporthoz csatlakozás

Serdülőkori problémás viselkedésformák

Szekták

Társadalmilag benignus - veszélyes

A fiatalok 60 %-a jól funkcionáló családból kerül ki, társaságot keres

A szekta szervezett, hatékony eszközökkel nyeri meg őket

A serdülők szülőkkel szembeni természetes ambivalenciáját használják ki

Csatlakozás után: gondolatreform, agymosás

Serdülőkori problémás viselkedésformák

Munkanélküliség

A jövő elképzelésébe a munka lényeges

A munka sokszor nehéz, de elengedhetetlenül fontos

Munka nélkül a fiatal szociálisan izolálódik

Nincs pénze

Nincs témája

Megoldás: lányoknak házasság

részmunka

betegszerep

Serdülőkori problémás viselkedésformák

Szexuális problémák

Vágy-szorongás-bűntudat-elfojtás
Nem tudja kontrollálni-promiszkuitás

Serdülőkori terhesség

Eltitkolás-elfojtás-családi krízis

Okai: magányra megoldás, barát kötése, mint asszony értékesebb lesz

Serdülő anya: pszichésen és szociálisan éretlen

nincsenek megfelelő szülői készségei
megélhetési gondok

Serdülőkori problémás viselkedésformák

Kockázatkereső viselkedés I.

Az egyén potenciálisan egészségkárosító tevékenységben vesz részt, aminek következményeit nehezen érti, vagy érti, de nem törődik vele

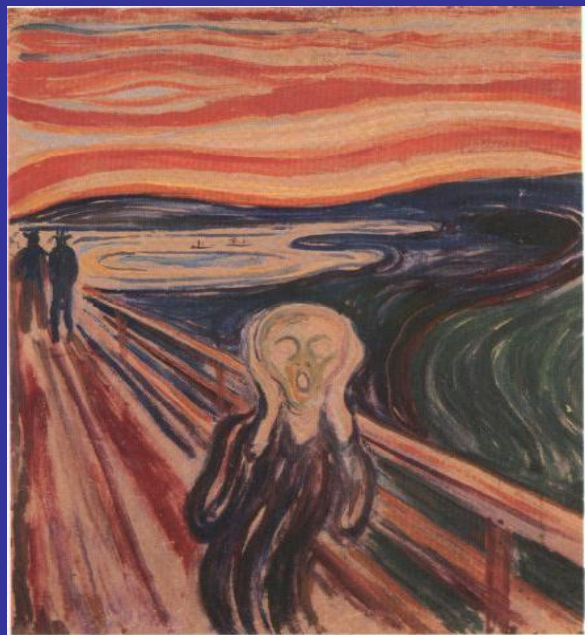
- **Oka**
erősíti az önértékelést
fejleszti a kezdeményező-készséget
- **Hajlamosító tényezők**
férfi nem
szülői kontroll hiánya
megfelelő szerepminta hiánya
hasonló kortárs csoport
gyakori lakóhely- és iskolaváltoztatás

Serdülőkori problémás viselkedésformák

Kockázatkereső viselkedés II.

- **Fajtái**
 - Droghasználat
 - Dohányzás
 - Alkoholizálás
 - Motor- és autóvezetés
 - Szexuális viselkedésformák
 - Verekedés, vandalizmus
 - Generalizálódás veszélye
 - Öngyilkossági kísérlet**
- **Kezelés**
 - Tiltás helyett késleltetés
 - Alternatív viselkedésformák javasolása

Öngyilkosság a gyermek és serdülőkorban



Az öngyilkos viselkedés definíciója

Enyhe önsértés - Teljes megsemmisítés
(falcolás 1-2tbl) halálos kimenetel

Kockázatkereső viselkedés
(motorozás, balesetek, alkohol,
ön-gyilkosság, stb.)

Nem korspecifikus fejlődési fázis
(alkalmi ideációk, állandó késztetés)

Az öngyilkos viselkedés klasszifikációja

- Nozológiai

Major Depresszió 40-60 %

Bipoláris betegség

Alkohol, drog abusus

Viselkedészavar

Schizophrenia

- Tüneti

Magányosság

Túlérzékenység

Impulzív, agresszív cselekedetek

Realitás kontroll zavara

Hangulat labilitás

Szuicidium rizikó tényezői

Megelőző életesemények

Családi konfrontáció	20%
Iskolai nehézségek	16 %
Rendőrségi ügy	10 %
Veszteség	8 %
Kapcsolat megszakadás	5%

Letális szuicidium rizikó tényezői

Fiú:lány = 4:1
Szuicid fenyegetés
Megelőző kísérlet
Major depresszió

A szuicidogén család jellemzői I.

- Szegényes verbális kommunikáció (gesztus viselkedés)
- Megoldatlan veszteségek
- Diszfunkcionális kapcsolatrendszer
- Családi érzelmi zavarok (harag és depresszió kifejezése)
- Családtagok szuicidiuma
- Serdülő szülő szerepbe kényszerül
- Serdülő a család figyelmét felhívja
- Serdülő le akar válni a családról

A szuicidogén család jellemzői

II.

Legveszélyesebb, ha a gyermek úgy érzi, hogy

- A családban sok a stressz
- Nem kap elég támogatást
- Gyenge a kontroll
- Sok a konfliktus
- Nincs összetartó erő
- Agresszió a családtagokkal szemben
- Pozitív családi minta szuicidiumra
- Pszichiátriailag beteg szülő (alkohol, depresszió)

A gyermekkori öngyilkosság és devianciák megelőzése és kezelése



**Társadalmi szintű
megelőzés**

Krízisintervenció