

Felnőttkor – gyermekkor – felnőttkor: Hosszútávú kezelés a gyermek és felnőtt pszichiátriában

BALÁZS JUDIT^{1,2}, TOLNA JUDIT³, GÁDOROS JÚLIA² ÉS DALLOS GYÖNGYVÉR²

¹ ELTE PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

² Vadaskert Alapítvány, Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

³ Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

A pszichiátriai betegségek családi halmozódása régen ismert tény. Esetenként változó, hogy ez mennyiben vezethető vissza biológiai, mennyiben pszichogén, illetve szocializációs okokra. Azt is tudjuk, hogy a szülőknek igen nagy a szerepe abban, hogy a gyermekük szükség esetén részesül/részesülhet-e a megfelelő pszichiátriai ellátásban. Kéziratunkban a gyermekkor és a felnőttkor sokrétű összekapcsolódását három pszichiátriai eseten keresztül szeretnénk bemutatni. Az első ismertetés laktációs pszichózissal kezdődik, és az ekkor született, 15 éves korában pszichotikussá vált lány nagykorúvá válásával fejeződik be. E 18 év alatt számos, pszichiátriai szempontból jelentős esemény történt a családban. A gondozás során egy-egy új pszichés probléma kapcsán újabb és újabb titkok tárultak fel, magyarázatát adva régi történéseknek, lehetőséget kínálva a pszichoedukációra és pszichoterápiára. A szülők betegségeinek, élet-történeik megismerése a család félelmei ellenére segítséget jelentett a kislány tüneteinek értékelésében, a diagnózis felállításában és a terápia beállításában, fenntartásában, a jelenlegi kompenzált állapot elérésében. Az utána következő két eset figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD) diagnózisú kisfiúk történetét mutatja be. Az egyik fiú 6 éves kora óta áll kezelés alatt, most 11 éves, a másik fiú 8 éves volt, amikor a család segítséget kért, jelenleg 15 éves. A felajánlott kezelésre a két család eltérő módon reagált, de mindkét esetben folyamatos kezelés alatt állnak a gyermekek. E két, különbözőképpen alakuló eset kapcsán szeretnénk bemutatni a gyermekkori ADHD hosszan tartó kezelése során a gyermekeket és családjukat.

(*Neuropsychopharmacol Hung 2012; 14(1): 51-58; doi: 10.5706/nph201203005*)

Kulcsszavak: gyermekkor, felnőttkor, pszichózis, figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD)

A gyermekpszichiátriai ellátás során nélkülözhetetlen mind a gyermek-, mind a felnőttkor sajátosságainak ismerete. Mindenkinek van/volt szülője és ideális esetben a gyermekek családban élnek. Ennek a trivialisitásnak két irányból is van gyermekpszichiátriai vonatkozása. Egyrészt a pszichiátriai/gyermekpszichiátriai kórképek többségének a kialakulásában a genetikának jelentős szerepet tulajdonítanak. Emellett fontosak azok a hatások is, amiket a gyermekek a szüleikkel együtt élve (el)tanulnak tőlük. Így a (gyermek) pszichiátriai anamnézis felvételének kiemelkedő része a családi anamnézis minél részletesebb feltérképezése.

Lényeges egybefonódás a gyermek- és felnőttkor között, hogy a gyermekek felnőnek és felnőttek lesznek – ezért a gyermekekkel foglalkozó szakembereknek ismerniük kell a gyermekpszichiátriai kórképek lefolyását, felnőttkort érintő vonatkozásait (Balázs

et al., 2009). Mivel a felnőttpszichiátriai kórképek jelentős része már gyermekkorban elkezdődik, így egyrészt prevenciós szempontból fontos az időben történő felismerés, másrészt az esetleges gyermekkori tünetek pontos felmérése segíthet a felnőttkori diagnózis felállításában is.

A gyermekek kezelésének menete nagymértékben függ a szülőktől: fontos, hogy a szülők felismerjék, hogy gond van, illetve elfogadják, ha valaki erre felhívja a figyelmüket; forduljanak segítségért szakemberhez; biztosítsák a gyermek számára a szakember által felajánlott kezelést.

Jelen kézirat célja két kórképnél, a pszichotikus zavarnál, illetve a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarnál (ADHD) a felnőttkor-gyermekkor-felnőttkor sokrétű összekapcsolódásának többoldalú bemutatása eseteken keresztül.

TITKOK ÉS FÉLELMEK: A CSALÁDI ANAMNÉZIS JELENTŐSÉGE EGY SERDÜLŐKORI PSZICHÓZIS DIAGNOSZTIZÁLÁSÁBAN ÉS TERÁPIÁJÁBAN

A serdülőkori pszichotikus állapotok diagnosztikája és terápiája különösen nagy odafigyelést és körültekintést igényel. Az első pszichotikus epizód megítélése nagy felelősséggel jár, hiszen ilyenkor különösen nehezen jósolható meg a tünetegyüttes kimenetele. Ugyanakkor a szülők és a serdülő részéről is fokozott az igény a jövőt firtató kérdésekre adott válaszokra.

Számos család-, iker- és adoptációs vizsgálat igazolja, hogy a szkizofréniák kialakulásában a genetikai hatások jelentős szerepet játszanak (Kendler, 1986, 1993, 1994; Wender, 1986; Vereczkei és Mirnics, 2011). A népesség átlagos rizikója erre a betegségcsoportra 0.9%, elsőfokú rokonság esetén a kockázat egyre nagyobb: egy szülő érintettsége esetén 12.3%, kétpetéjű ikreknél 17%, mindkét szülő betegsége esetén 36.6%, egypetéjű ikertestvérek esetén 50% (Kendler, 1986). Ez utóbbi adatok azonban arra is utalnak, hogy a betegség kialakulásának és lefolyásának alakulásában a biológiai tényezők mellett egyéb tényezők is szerepet játszanak, azaz fontosak lehetnek a pszichodinamikai, család- és társ kapcsolati, valamint kommunikációs és szocioökonómiai faktorok is.

Esetbemutatásunk egy család pszichiátriai kórtörténete, melyben összefonódnak a felnőtt- és serdülőkori pszichés zavarok, a különböző etiológiai tényezők, ahol eltitkolt tünetek, betegségek és események, előítéletek nehezítették a diagnosztikus és terápiás munkát.

Az anya, Nóra

Nóra, a 24 éves fiatalasszony első gyermeke születését követő 8. napon otthonából, sürgősséggel került pszichiátriai felvételre.

Pszichiátriai anamnézise negatív volt, de premorbid személyiségét hozzátartozói zárkóztottnak, félnéknek, szorongásra hajlamosnak tartották. Falun született és nőtt fel, Budapesten szerzett mérnöki diplomát. Férje csoporttársa volt, 3 éve házasságot kötött. Szülei nem örültek a házasságnak.

Nóra nagyon félt a szüléstől, és attól is, hogyan sikerül majd mindent tökéletesen ellátnia otthon. Kislánya megszületése után szótlanná vált, és már hazamenetelkor (5. nap) „egy kicsit” zavartan viselkedett: ismeretlennek találta a lakásuk utcáját. Mindent maga akart csinálni, nem mert mélyen elaludni, nehogy „elkessen” a szoptatással. A felvételét megelőző napon egyre furcsábban viselkedett, összetévesztette a körülötte lévő személyeket, úgy érezte, mindenki

szerepet játszik. Furcsa zörejeket, hangokat hallott, tanácstalan volt, egyre jobban félt. Férje kísérte be a kórházba. Zavart, riadt tekintettel, réveteg arccal jött, a kérdésekre sokszor nem felelt, időnként nyugtalanul felugrott, el akar menni, töredékes szavakat, mondatokat mondogatott nagy érzelmi átéléssel: „hol a férjem?...szoptatni kell a kisbabát...miért játsszák ezt velem?...hallom, itt van...hol van?...nem akarom!... ez egy színjáték...miért csinálják?...a magnó...a maguk testéből jön a kicsi hangja...miért szólnak hozzám csecsemőhangon...” Felvételi pszichés státuszából zavart, oneroid tudat, dezorientáltság emelendő ki. Figyelme alig felkelthető, patológiás élmények kötik le. Az élményező protopátiás alakváltása keretében tömeges akusztikus és vizuális hallucinációk (fonémák, akoazmák, fanteidoliák), vonatkoztatások, alaptalan jelentőségadások, megfigyeltetéses, befolyásoltatásos, deperszonalizációs élmények, személyféltreismerések explorálhatók. Gondolkodása inkohérens, insuficiencia élmények köré szerveződő tévelyötletekkel kitöltött. Érzelmi telítettség, elementáris szorongás, turbulens indulatok jellemzőek. Megjelenése zaklatott, tanácstalan volt, viselkedése kiszámíthatatlan, betegségbelátása hiányzott. Diagnózisként elsősorban „cikloid pszichózis: konfuziofrénia” (Leonhard, 1957, 1979) merült fel, ami a DSM-IV klasszifikációban leginkább a szkizoaffektív pszichózissal mutat hasonlóságot.

Felvételét követően parenterális neurolepszis (haloperidol) és anxiolízis (diazepam) mellett ab-laktálás történt. 4 nap után per os trifluoperazinra és diazepamra állítottuk át. Pszichotikus tünetei fokozatosan elhalványultak, 2 hét múlva a tüneti kép előterében hangulati nyomottság, insuficiencia érzés állt. Ekkor fluvoxammal egészítettük ki a terápiát, ami mellett állapota tovább javult. Egy hónap múlva adaptációra bocsátottuk, ahonnan azonban extrapiramidális tünetek (EPS) miatt visszavétel vált szükségessé. Gyógyszerváltás (fluphenazin helyett sulpirid) történt, majd további javulást követően antipszichotikum-elhagyás. Négy havi tünetmentesség után fokozatos leépítéssel gyógyszermentessé vált.

Nóra 15 hónappal később, 2. gyermeke születését követő 5. napon került újra felvételre. A tüneti képben ekkor nem voltak pszichotikus elemek, a felvételt hangulati nyomottság és szorongás tette szükségessé. Kiderült, hogy 6 hónapon át gyógyszermentesen is tünet- és panaszmentes volt, amit újabb graviditás, problémamentes terhesség és szülés követett. 10-es APGAR értékkel kisfia született, akiről felvétele napján kiderült, hogy multiplex szívfejlődési rendellenessége

van, így hazamenetel helyett a kisfiú a Kardiológiai Intézetbe, Nóra pedig a pszichiátriára került. A rossz hír kapcsán kialakult szorongáshoz a későbbiekben sem társultak élményzavarok, pszichotikus elemek, így rövid megfigyelés után, anxiolitikus terápia mellett hazabocsátottuk. Kisfiuk az ismételt műtétek ellenére 9 hónapos korában meghalt. Nóra természetes módon gyászolta, sem gyógyszeres, sem pszichoterápiás segítséget nem igényelt.

Egy év múlva Nóra újból gyermeket várt. Terhessége 4. hónapjában kiderült, hogy a fiú magzatnak az étellel össze nem egyeztethető fejlődési rendellenessége van. A család nem vállalta a terhesség megszakítását, Nóra normál időben megszülte az életképtelen csecsemőt, majd az első felvételéhez hasonló pszichotikus állapotban újra felvételre került. Antipszichotikum mellett gyorsan rendeződött, de a továbbiakban fenntartó antipszichotikus terápiát is javasoltunk. A következő években külső kiváltó ok nélkül (?) is több pszichotikus relapszus alakult ki, elementáris szorongással, zavartsággal, nyugtalan-sággal, klinikai felvétellel. Relapszusait megelőzően gyógyszereit mindannyiszor elhagyta a továbbra is tervezett, bár orvosai által nem támogatott újabb gyermekvállalás miatt.

Az 5. kórházi kezelést követően megbeszéltük, hogy fenntartó terápiaként olyan gyógyszerre állítom be, ami esettanulmányok alapján terhesség alatt is szedhető (Tényi et al., 1994; Trixler et al., 1997). 25 mg clozapin fenntartó terápia mellett állapota tartósan kompenzált volt, 6 év múlva, 4. terhessége végén érett, egészséges kislánya született.

Az apa, Zsolt

Ebben a kompenzált periódusban, még a 4. terhesség előtt, 10 éves ismeretség után „nagy titok” tárult fel. Egy rutin kontrollvizsgálatra szokás szerint férjével érkezett, aki inadekvátan, kritikátlanul viselkedett. „Már néhány hete ilyen ingerlékeny, felhangolt, össze-vissza beszél, tegnap arra készült, hogy felakasztja magát” – mondta Nóra. Kiderült, hogy Zsolt derékfájdalom miatt 1 hónapja 3 tableta szertralint szed, 4 hónapja pedig „az epilepszia ellenes gyógyszere is új.” Ekkor derült ki, hogy Zsolt 10 éves kora óta epilepsziás (generalizált és fokális eltérések), és bár karbamazepin mellett tartósan tünetmentes volt, andrológiai eltérések miatt topiramátra álltak át, egy hónapja elhagyva a karbamazepint. „Gyógyszerindukálta pszichotikus zavar” kórismével került felvételre, riszperidon-klonazepam terápia gyorsan rendeződött, majd az antiepileptikumot oxkarbamazepinre váltották.

A nagylány, Virág

Három évvel később nagylányukkal együtt jöttek kontrollra. Kérték, beszélgessek el vele. „Nincs semmi baj, de félnék, nehogy ő is beteg legyen”. Virág sem említett semmi panaszt, viselkedése nem volt szorongóbb, mint amit a helyzet indokolt. Az exploráció alapján az előzmények, a szülők betegségeinek ismeretében sem találtam semmi prodromaként értékelhető tünetet (Yung et al., 2004, Simon et al., 2011).

Két és fél évvel később Virág mégis beteg lett. A 15 és fél éves lány sürgősséggel, hétvégi ügyeletben került felvételre gyermekpszichiátriai osztályunkra, édesapjával történt telefonos egyeztetést követően. A vizsgálatra az egész család eljött. A szép arcú, törekeny testalkatú Virág rendezett külsővel, első benyomásra kompenzált állapotot sugallva jelent meg. Minden szempontból orientált volt, a vizsgálatot elfogadta és azzal együttműködött. Pszichomotoriuma meglassult, figyelme felkelhető és terelhető, de kifejezetten fáradékony volt. Szorongott, vizsgálata során többször sírva fakadt. Az exploráció során célképzetet tartott, téveszme nem került felszínre, de az előző napi történésekkel kapcsolatosan rengeteg bizonytalanság, lelkiismeretfurdalás és szégyenérzet jelent meg. Percepciózavart negált, de az elmondottak és viselkedése alapján ez nem volt kizárható. Külsérelmi nyomok nem látszóttak.

Virág elmondta, hogy nem tudja eldönteni, a tegnapi napja álom volt-e, vagy valóság. Ez jelentette számára a legnagyobb problémát, aktuális pszichés állapotát megfelelőnek ítélte.

Az előző napon a megszokott időben iskolába indult, ahová azonban nem érkezett meg. Valószínűleg egész nap a fővárosban, illetve Budapesthez közeli lakóhelyük körül kóborolt, több buszmegállóra és vasúti állomásra emlékezett, ahol megfordult. Mivel a tanítási idő végével nem érkezett haza, telefonját sem vette fel, szülei keresni kezdték, az esti órákban már rendőrségi segítséget is kértek. Végül hajnalban ért haza, szó szerint erdön-mezőn keresztül gyalogolt el a házukig. Úgy érezte, talán követi valaki, aki, bár nem akar neki rosszat, mégis félelmetes. Hogy magabiztosabbnak tűnjön az illető felé, végig énekelt, fütyörészett. Hazatértekor ruházata koszos-sáros, viselkedése tétova, zavart volt. Nagyon kifáradt, a felvétel napján késő délelőttig aludt, ezután hozták be kórházunkba. Osztályos obszervációt javasoltunk, melyet mind Virág, mind szülei elfogadtak.

Felvételekor szülei elmondták, hogy lányuk iskolai teljesítménye összességében megfelelő, de a reáltárgyak nehézséget okoznak neki. Az általános iskolai

évekhez képest most kevesebb kortárskapcsolata van, amit azzal magyaráztak, hogy még nem volt elég ideje új barátságok kialakítására. Mintegy egy évvel ezelőtt figyelemzavar miatt ambuláns vizsgálat történt, ahol a tünetek-panaszok és a neuropszichológiai tesztek alapján igazolódni látszott a figyelemzavar. Az iskolai napokra metilfenidát gyógyszeres terápiát javasoltak, amit azonban nem alkalmaztak. Virág 2 éve menstruál, a menzesz napjai alatt koncentrációképesége még rosszabb, ilyenkor fáradékony, meglassult, hullámzó hangulatú, gyakran elutasító a környezetével. Serdülőnőgyógyászati vizsgálaton is jártak, ahol részben a fizikális tünetek, részben a ciklus irregularitása miatt hormonkészítményt javasoltak, melyet szintén nem fogadtak el.

A családi pszichiátriai anamnézisben megemlégtették, hogy az anya post partum depresszió miatt 2 alkalommal hospitalizálva volt, akkor gyógyszeres kezelést is kapott, mostanában csak „alkalmanként van erre szükség”. Az apa kamaszkora óta epilepszia miatt gondozott, gyógyszeres terápiája és gondozása folyamatos, hosszú évek óta rohammentes. Egyéb szomatikus, neurológiai vagy pszichiátriai betegséget negáltak.

Napokkal később, de még az osztályos felvétel ideje alatt a szülők váratlanul és többször teremtettek kétszemélyes helyzetet a kezelőorvossal, melyek során további információkat közöltek. Így derült ki, hogy két lánygyermek születése között az anya még kétszer volt várandós, mindkét terhességét kihordta, azonban a fiú újszülöttek komplex szív- és keringési rendszeri betegségek miatt exitáltak. Ezzel kapcsolatosan felszínre került az apa lelkiismeret-furdalása is, miszerint a fiúgyermek fogantatásakor szedett antiepileptikum szerepet játszhatott a fiúgyermek halálában. Emellett megemlégtette az anya – szerinte – hullámzó pszichés állapotát, elégtelen gyógyszeres-kezelési compliance-ét. Az anya az apa rugalmatlanságára, szigorú gyermeknevelési elveire, az iskolai teljesítménnyel kapcsolatos túlzó elvárásaira panaszkodott.

Virág állapota haloperidol és biperiden gyógyszeres terápia mellett gyorsan rendeződött, adaptációra bocsátottuk. Néhány nap elteltével állapotromlás, a szérum prolaktin szint extrém emelkedése és extrapiramidális tünetek jelentkezése miatt ismét osztályos felvételre volt szükség. Ezzel párhuzamosan – a szülőkkel egyeztetve – felvettük a kapcsolatot az anyát hosszú évek óta gondozó pszichiáterrel, így tisztázható volt az anya betegsége, annak lefolyása, valamint gyógyszeres terápiája is. Kiderült, hogy az anya folyamatos gyógyszeres terápiában részesül, clozapin mellett állapota kielégítő. Ekkor szereztünk tudomást

arról is, hogy az apa anamnézisében szerepel egy pszichotikus, és több depressziós epizód.

Részben az anya hatékony gyógyszeres terápiajának ismeretében, részben az általunk megkezdett gyógyszeres terápia részleges hatékonysága és a mellékhatások miatt gyógyszerátállítás történt. Klozapin alkalmazása mellett Virág állapota kompenzálódott, szoros ambuláns kontroll mellett hazabocsátható volt. Ezen történésekkel párhuzamosan többféle konzílium, koponya CT, EEG, és szemészeti vizsgálat is történt. Ezek negatív eredménnyel zárultak, azonban a célzott sella MR vizsgálat eredménye alapján részletes endokrinológiai kivizsgálást javasoltak. Itt a menzeszhez kapcsolódó panaszok-tünetek miatt ismét felmerült a hormonkészítmény alkalmazása, azonban ezt a szülők ismét elutasították. A család ekkor mondta el, hogy ők mélyen vallásos életet élnek, a hormonkészítmény alkalmazása számukra egyenlő a fogamzásgátlás céljával, és ezt nem tudják elfogadni.

Virág a következő hónapokban remisszióba került, iskolai tanulmányait folytatni tudta, sportolni járt, ami örömet szerzett neki, akárcsak énekkari tagsága. Baráti köre nem bővült, de egy-két lánnyal bizalmasabb kapcsolatba került. Igyekezett résztvenni nagyobb közösségi programokban is, pl. énekkari táborban, ezekben a helyzetekben azonban elbizonytalanodott, elszigeteltség érzése fogta el, hazaérkezve gyakran fáradt, kedvetlen, magába forduló, elutasító volt. Ilyenkor a szülők azonnal jelentkeztek, kontroll történt, a gyógyszeres terápia dózisának minimális és átmeneti emelése, valamint kisebb tehermentesítés mellett pszichés státusza hamar rendeződött.

A második kórházi felvételére az első után 15 hónappal került sor, hangulati nyomottság, meglassultság, fokozott fáradékonyság, elszigetelődés miatt. A felvételt megelőző napokban nagy volt az iskolai terhelés, egy dolgozat miatt éjszakába nyúlóan tanult, keveset aludt, és szinte rettegett a számonkérés miatt. A gyógyszer dózisának emelése mellett állapota hamar rendeződött.

Gondozása során többször ajánlottunk serdülők számára szervezett pszichoterápiás csoporton való részvételt, azonban iskolai hiányzásra hivatkozva ezeket nem fogadták el. Kontrolljaira gyakran csak édesapja kísérte, a szülőkonzultációkon általában lánya iskolai tanulmányaival kapcsolatban, a továbbtanulást illetően osztott meg félelmeket, kért tanácsot. Virág a kétszemélyes helyzetekben mindig nagyon nehezen fogalmazta meg aktuális érzelmi nehézségeit, azonban a szülőknek való megfelelés nyomása, és kishúgáért érzett felelőssége, rajongó szeretete mindig megjelent.

Ez év első felében nagykorúvá vált, így további gondozásra a felnőtt pszichiátriai ellátásba irányítottuk. Tekintve, hogy a család számára különösen fontos a kiszámíthatóság, és annak érzése, hogy nehézségeiket lehetőség szerint egy-két, őket jól ismerő, és számukra elfogadható szakember lássa át, a további kontrollokra az anyát gondozó kollégánót kértük fel.

Virág jelenleg első éves főiskolai hallgató, óvoda-pedagógia szakon. Nem ment kollégiumba, „csak 2x40 perc az út”. Fáradtnak érzi magát, már a tanév elején aggódik az évközi dolgozatok és a félévi vizsgák miatt. Édesanyjával gyakran, édesapjával elvétve vannak konfliktusai. Húgával nagyon jó a kapcsolata, „ő is most ment elsőbe”. A nyáron 5 kilót fogyott, „sokat mozgott”. Menstruáció rendben. Pszichés státus: kissé meglassult, szorongó viselkedés. Kérdésekre szűkszavúan, de készséggel válaszol. Percepció, gondolkodás rendben. Mimikája visszafogott, mozdulatai kimértek, gracilisek. Jelenlegi fenntartó terápia: 37.5 mg klopazin.

A beteg gondozása során nehézséget jelentett a családi anamnézisben előforduló betegségek, pszichésen megterhelő életesemények szakadozva és késve érkező közlése, melyek a pszichodinamika értelmezésében és a gyógyszeres terápia megválasztásában is nagy jelentőséggel bírtak. Merev, zárt családi rendszerük, sajátos kommunikációs stílusuk nagyfokú alkalmazkodást igényelt a terápiás team részéről. A szülők esetében a fel nem dolgozott veszteségek, a betegségekkel kapcsolatos szégyenérzet és félelem okozhatta a lányuk gondozása során tapasztalt orvos-beteg kommunikációs nehézségeket. A lányuknak felajánlott egyéb pszichoterápiás lehetőségek számukra már nem elfogadható, családjuk határait sértő beavatkozásnak minősültek.

AZ ADHD HOSSZÚTÁVÚ KEZELÉSE SORÁN: A SZÜLŐ ÉS A GYERMEK

Az ADHD az egyik leggyakoribb gyermek- és serdülőkori zavar, mellyel a gyermekpszichiátrian találkozzunk (Costello et al., 1997; Scahill és Schwab-Stone, 2000). Az ADHD tünetei a gyermeki fejlődés számos vonatkozását érintik: okozhatnak kortárskapcsolati problémákat, tanulási nehézségeket, önértékelési zavart, problémát a szülő-gyermek, illetve pedagógus-gyermek kapcsolatban. A kórkép tünetei a jelenleg használatos klasszifikációs rendszer kritériumai szerint 7 éves kor előtt jelentkeznek, és lefolyásuk krónikus (American Psychiatric Association, 1994). Korral ugyan az ADHD tünetei csökkennek, de 30-50%-ban felnőttkorban is fennmaradnak és felállítható a diagnózis (Kordon és Kahl, 2004; Balázs et

al., 2009). Az ADHD kezelésére nem-gyógyszeres és gyógyszeres kezelés áll a szakemberek rendelkezésére. A Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA) Cooperative Group (1999) randomizált, kontrollált vizsgálata szerint az ADHD tüneteire rövidtávon a gyógyszeres kezelés hatékonyabbnak bizonyul, mint a nem-gyógyszeres terápia, a kombinált gyógyszeres és viselkedésterápia pedig hatékonyabbnak, mint a gyógyszeres terápia magában. A kezelés hatékonyságát számos tényező befolyásolhatja, pl. az, hogy fennállnak-e komorbid kórképek, továbbá a szülők és pedagógusok hozzáállása a terápiához (Spencer et al., 2006).

ADHD, első eset: Péter

Péter hatéves korában, 2006-ban kereste fel ambulanciánkat szüleiivel az óvónő kezdeményezésére: nem bír egy rövid étkezést sem végigülni, közös játékokban nem tudja a sorát kivárni, könnyen indulatos lesz mind a felnőttekkel, mind a gyerekekkel, és annak ellenére, hogy okos gyerek, foglalkozásokba is szinte alig vonható be, helyette bohóckodásba kezd, így a többi gyereket is kizökkenti. Édesanyja úgy érzi, hogy az óvó néni türelme már elfogyott Péterrel szemben, ő a legnehezebb gyerek a csoportban, és ezt a többi szülő is látja, például Pétert sose hívják zsúrokra. Otthon is jelentkeznek ezek a nehézségek, családi összejövetelekre alig mernek Péterrel menni, mert mindig „szégyenkeznek” a viselkedése miatt. A hétköznapiak is nehezek, a reggeli készülődés órákig is eltarthat, például rendszeresen előfordul, hogy öltözködés közben elkezd kisautózni, reggelinél a kakaót magára önti, majd a fogát elfelejti megmosni. Hiába szólnak neki a szülők ezek miatt, szinte meg sem hallja. Mindezen kívül mind otthon, mind az óvodában gyakran megsérül, mert igen nehezen befolyásolható ide-oda szaladgálása, és állandóan olyan helyekre mászik fel, ahová nem lenne szabad.

Péter osztályos kivizsgálása során megfigyeltük a fentebb leírt nehézségeket és tüneteit (hiperaktivitás, impulzivitás és figyelemzavar) a foglalkozások, a szabadjátékok és a kétszemélyes vizsgálatok során is. A gyógypedagógiai vizsgálat megerősítette Péter figyelmi teljesítményének gyengeségét. Anamnesztikus adatai és a kivizsgálás eredményeinek alapján pszichoedukáció után viselkedésterápiát, szülőcsoporton való részvételt és gyógyszeres terápiát javasoltunk. Az édesanyja átgondolta a felajánlott terápiát: egyéni terápiára visszajártak, a szülőtréningen résztvettek, azonban semmilyen felajánlott gyógyszeres terápiát nem szerettek volna. Az édesanyja elmondta, hogy

utánanézett az interneten az ADHD gyógyszeres terápiájának, és az ott találtak alapján döntött így. Azt is elmondta, hogy az ő édesapja is amiatt halt meg, hogy gyógyszereket szedett. A következő években rendszeres kapcsolatban maradtunk, viselkedésterápiát kezdtünk, hullámzó, de nem áttörő sikerrel.

Másfél év múlva kezdte Péter az első osztályt, ami igen nehezen indult, iskolai órákon csak egész rövid időre tudott figyelni, a tanító néni jelezte, hogy állandóan zavarja viselkedésével az órákat, és sem ő nem figyel, sem a többiek nem hagyja. Már próbálta a tanító néni az első és utolsó padba is ültetni Pétert, de egyik sem oldotta meg a helyzetet. Osztálytársai is sokat panaszkodtak türelmetlensége, indulatossága miatt. Ezen kívül továbbra is nehéz volt az otthoni helyzet is állandó „nyüzgése”, nehéz irányíthatósága miatt, ezért már a szülők között is gyakori a konfliktus, mert különbözőképpen látják, hogyan is kellene Pétert nevelni. A közös vacsorák minden este botrányba fulladnak, mert az édesapát kifejezetten bosszantja, hogy nem lehet nyugodtan vacsorázni, Péter biztos, hogy valamit kiborít az asztalra, székével billeg és a beszélgetésekbe állandóan közbeváág, majd még mielőtt befejezték volna a vacsorát, feláll. Mindezekért édesapja gyakran rászól Péterre, az édesanyát pedig nyomasztja az állandó vita és félti Pétert. Ekkor a folyamatos iskolai és otthoni figyelemzavarból, hiperaktivitásból és impulzivitásból adódó nehézségek miatt ismételt felajánlott gyógyszeres terápiára az édesanya azt reagálta, hogy az egyik szerrel (metilfenidát) kapcsolatban a „tanító néni is mondta, hogy Amerikában a gyerek bűnözők ilyen gyógyszert szednek”, úgyhogy ezt nem szeretné, a másikat (atomoxetin) pedig nem tudják kifizetni.

A következő tanév is igen nehezen, folyamatos konfliktusokkal zajlott. Péter figyelmi, hiperaktív és impulzív tünetei továbbra is nehézséget okoztak otthon és az iskolában is. Végül három évvel azután, hogy először felajánlottuk a pszichoterápia mellett a gyógyszeres terápia szükségességét, amikor az iskolában Péter problémái mind a tanulás, mind a kortárskapcsolatok terén már jelentősen tornyosultak, és a folyamatos kudarcok után az ADHD tünetei mellett rossz hangulat, a jövővel kapcsolatos reménytelenség, motiválatlanság is kialakult a kisfiúban, az édesanya elfogadta az ismételt javasolt gyógyszeres terápiát (anyagi megfontolások miatt metilfenidát mellett döntöttünk). A következő kontroll alkalmával elmondta, hogy úgy látja, sokat javult a helyzet: otthon könnyebben irányítható a fia, a házi feladatok megírásának ideje a korábbi töredékére csökkent, és a család végre végig tud ülni együtt egy vacsorát. Péter beszámolt

róla, hogy életében először élvezte az olvasást, mert oda tudott figyelni arra, amit olvas. A tanító néni levelében leírta, hogy Péter lényegesen nyugodtabb, az órákon figyel, akkor szólal meg, amikor felszólítják. A gyógyszer által okozott mellékhatást nem tapasztaltak. Az esedékes kontrollra az édesanya elhozta Péter füzetét, hogy megmutassa, mennyivel rendezettebb lett a gyermek írása és matematikából mennyivel kevesebb hibával dolgozik.

ADHD, második eset: Károly

A nyolcéves, első osztályos Károly édesanyjával keresi fel ambulanciánkat az édesanya kezdeményezésére, mert a kisfiú helyzete nagyon rossz az iskolában. Az első iskolanaptól jelentkeznek a problémák, Károly az órákat nem tudja követni, közben mással foglalkozik, mégpedig úgy, hogy zavarja az órákat. Szünetekben is sok a konfliktusa, ilyenkor főleg a gyerekekkel. Egy kisebb vita kapcsán olyan indulatos lett, hogy megütötte egy társát. Ekkor már az osztálytársak szülei is Károly ellen hangolódtak és a szülői értekezleten nyilvánosan szóltak az édesanyjának, hogy csináljon Károllyal valamit, mert zavarja az osztály nyugalmát. A tanító néni azt javasolta, hogy vigyék a szülők Károlyt kisegítő iskolába, mert nem ide való.

Intézményünkben történt részletes pszichiátriai, pszichológiai és gyógypedagógiai kivizsgálás, viselkedésének megfigyelése és az anamnesztikus adatok alapján Károlynál az ADHD diagnózisát állítottuk fel. Pszichoedukáció után kognitív viselkedésterápiát és gyógyszeres terápiát ajánlottunk, amit az édesanya elfogadott (a szülők külön éltek, az édesanya a gyermek gyámja). A lehetséges gyógyszeres terápiák közül az édesanyjával átbeszélve anyagi megfontolások alapján metilfenidát terápiát kezdtünk meg. A kontrollvizsgálat alkalmával elmondták, hogy az iskolában a tanórákon és a szünetekben jelentkező nehézségek gyakorlatilag megszűntek, a tanító néni is megerősítette ezt, és otthon is lényegesebben gördülékenyebbé vált a házi feladat megírása. Károly étvágya azonban rosszabb lett. Megbeszéltük, hogy a gyógyszer bevétele előtt bőségesen reggelizzen, amit elfogadnak. A következő vizitre elhozták Károly iskolai értesítőjét, hogy megmutassák, a jegyei lényegesen javultak, dicseretet is kapott, egyedül az ének közepes továbbra is. Károly elmondta, hogy a gyerekekkel is sokkal jobb a viszonya mostanában, bár még vannak kisebb konfliktusai, de ezek során nem lesz olyan indulatos, mint korábban, így azok könnyebben megoldódnak. Havonta jártak ezután kontrollra, és Károly iskolai helyzete stabilan jobb lett.

Két évvel később az édesanya telefonált, hogy Károly testében, fején, karján „rángásszerű mozgások” jelentek meg, melyek rövid ideig tartanak, ha akarja, vissza tudja fogni ezeket, de utána erősebben jelentkeznek. A mozgások éjszaka nincsenek. Megbeszéltük, hogy leállnak a gyógyszerrel és eljönnek vizsgálatra, mely során tikkék fennállását diagnosztizáltuk. Gyógyszermentes időszakot javasoltunk, mely alatt Károly tanulmányi eredménye lényegesen romlani kezdett, és társaival is újra több konfliktusa lett.

A következő tanév elején édesanyával és Károlyval megbeszélve atomoxetin terápiát kezdtünk, mely mellett Károly figyelmi teljesítménye javult, hiperaktivitása és impulzivitása csökkent. Rendszeresen jártak kontrollra, Károly folyamatosan jó állapotban volt. Nagyon nagy sikere volt, hogy felvették a város jó nevű nyolc osztályos gimnáziumába (mint korábban leírtuk, első osztályban a tanító néni kisegítő iskolába akarta irányítani).

Egy alkalommal kontrollvizsgálatkor zaklatottan elmondták, hogy Károly a hétvégét édesapjánál töltötte, és az édesapa ki akarta dobni a gyógyszert a szemébe, mert nem ért egyet fia gyógyszereszedésével. Ismét felajánlottam, hogy az édesapával is szívesen beszélek a fia kezeléséről, de erre azóta sem került sor.

Két év atomoxetinszedés után nyárra leépítettük a gyógyszert, és Károly a következő félévet is gyógyszermentesen kezdte meg. Tanulmányi eredménye az előző tanévhez képest jelentős romlást mutatott, a hiperaktivitás, az impulzivitás, valamint a figyelemzavar tünetei is felerősödtek. A következő félév elején, amikor szakmai szempontok szerint is felmerült a gyógyszeres terápia ismételt megkezdése, Károly maga is felvetette, hogy ismét kellene a gyógyszert szednie, mert akkor lényegesen jobban tud az iskolában teljesíteni és a társaival is könnyebben kijön. Ekkor megpróbáltuk ismét a metilfenidátot, Károly tikkjei azonban ismét felerősödtek, így ezt leállítottuk, és atomoxetint állítottunk be, ami mellett Károly teljesítménye, kapcsolatai kortársaival, és az otthoni viselkedése stabilan jónak mondhatók. A legutóbbi vizitre elhozták édesanyjával az országos korosztályi kompetenciafelmérés eredményét, mely szerint a felmért tantárgyak mindegyikéből (matematika, olvasás, nyelvtan) Károly teljesítménye az átlag fölé esik.

KÖVETKEZTETÉS

A három esetismertetésből látható, hogy a pszichiátriai / gyermekpszichiátriai kezelés során a gyermekek és szüleik élete igen sok szinten kapcsolódik össze. A felnőtt- és a gyermekpszichiáternek fontos feladata

a terápiát befolyásoló körülmények gondos áttekintése és a szülők támogató segítése annak érdekében, hogy a gyermek, és így a család egésze a megfelelő terápiát megkaphassa.

A szülők intézik gyermekük pszichiátriai betegségének kezelését, melynek módját ismereteik, esetleges korábbi tapasztalataik alapján számos tényező befolyásolhatja. Ezek közül kiemelnénk a pszichiátriai betegségek stigmatizáló hatásától való szorongást, valamint a pszichiátriai kezelésekkal szembeni előítéleteket, mely tényezők a fenti igen különböző esetek mindegyikében megjelentek és nehezítették a terápiát. A pszichiáternek és a gyermekpszichiáternek fontos feladata ezen kérdések kezelése is. A stigmatizációtól való szorongás oldásában, illetve a pszichiátriai kezelésekkel szembeni előítéletek eloszlatásában sokat segíthet mind a szülőknek, mind a felnőtt és gyermek betegeknek tartott részletekre kiterjedő tájékoztatás, az egyénhez igazodó edukáció, valamint szükség esetén a család egészének nyújtott folyamatos támogatás, mely gyakran éveken, évtizedeken át kell, hogy segítse a beteg és családjának életét.

A három eset részletes leírása bemutatja a felnőtt- és a gyermekpszichiáter hétköznapi klinikai munkája során jelentkező dilemmákat, a döntéseinket befolyásoló események sokszínűségét, és rávilágít a betegek kezelésére során szükséges alázat fontosságára.

A kézirat a XIV. Magyar Neuropszichofarmakológiai Kongresszuson (Tihany, 2011. október 6-8.) elhangzott, a „Felnőttkor – gyermekkor – felnőttkor (Esetismertetések): Hosszútávú kezelés a gyermek és felnőtt pszichiátriában?” című szimpózium alapján készült.

Levezető szerző: Balázs Judit, ELTE PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest, Izabella utca 46.

e-mail: judit.agnes.balazs@gmail.com

IRODALOM

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC. 1994.
2. Balázs J., Gádoros, J. Pekop, Cs. Gyermekpszichiátria a felnőtt pszichiátriának: Hova lesznek a tipikusan gyermekkori kórképek felnőttkorban? (2009) Neuropsychopharm Hung, 11:151-159.
3. Costello, E.J., Farmer, E.M.Z., Angold, A., Burns, B.J., Erkanli, A. (1997) Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: The Great Smoky Mountains Study. Am J Pub Health, 87:827-832
4. Kendler, K.S., McGuire, M., Gruenberg, A.M., Walsh, D. (1994) An epidemiologic, clinical, and family study of simple

- schizophrenia in County Roscommon, Ireland. *Am J Psychiatry*, 151:27-34.
5. Kendler, K.S., McGuire, M., Gruenberg, A.M., O'Hare, A., Spellman, M., Walsh, D. (1993) The Roscommon Family Study. I. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. *Arch Gen Psychiatry*, 50:527-40.
 6. Kendler, K.S. (1986) The genetics of schizophrenia: a current perspective. *Psychopharmacol Bull*, 22:918-22.
 7. Kordon, A., Kahl, K.G. (2004) Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 54:124-136.
 8. Leonhard, K. *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Akademie, Berlin, 1957.
 9. Leonhard, K. *The Classification of Endogenous Psychoses* 5th ed., Irvington Publishers Inc., New York, London, Sydney, Toronto, 1979.
 10. MTA Cooperative Group. (1999) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56:1073-1086
 11. Scahill, L., Schwab-Stone, M. (2000) Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9:541-555.
 12. Simon, A.E., Velthorst, E., Nieman, D.H., Linszen, D., Umbricht, D., de Haan, L. (2011) Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: A systematic review. *Schizophr Res*, 132: 8-17.
 13. Spencer, T.J., Faraone, S.V., Michelson, D., Adler, L.A., Reimherr, F.W., Glatt, S.J., Biederman, J. (2006) Atomoxetine and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: the effects of comorbidity. *J Clin Psychiatry*, 67:415-420.
 14. Tényi, T., Trixler, M., Vereczkey, G., Dorka, A. (1994) Clozapine alkalmazásáról terhesség során. *Orvosi Hetilap*, 135:1967-1969.
 15. Trixler, M., Tényi, T. (1997) Antipsychotic Use in Pregnancy. What are the Best Treatment Options? *Drug Safety*, 6: 403-410.
 16. Vereczkei A, Mirnics K. (2011) Genetic predisposition to schizophrenia: what did we learn and what does the future hold? *Neuropsychopharmacol Hung*, 13: 205-210.
 17. Wender, P.H., Kety, S.S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortman, J., Lunde, I. (1986) Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 43:923-929.
 18. Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, H.P., Mc Gorry, P.D. (2004) Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res*, 67:131-42.

Adulthood – childhood – adulthood: Long-term treatment in child and adolescent psychiatry

The aggregation of psychiatric disorders within families is well-known. The relative role of biological, psychogenic and socialization-related factors varies with the individual case. Another well-known fact is that parents play a very important role in influencing whether their child gets the right treatment when it is necessary. In this paper we highlight the complex links between childhood and adulthood through the presentation of three psychiatric cases. The first story starts with a lactation psychosis of a mother and ends when the daughter who became psychotic at the age of 15 enters adulthood. During these 18 years several psychiatrically relevant episodes happened in the family. During our care, step by step, in relation to emerging psychological problems, the family revealed more and more secrets, explaining past events, and offering a possibility for psychoeducation and psychotherapy. Knowledge concerning the life and psychiatric history of parents, in spite of the fears of the family, largely contributed to evaluating the symptoms of the daughter, reaching a diagnosis, initiating and maintaining therapy and achieving the present balanced state. The next two cases present the stories of two boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). One of the children was 6 years old when the family sought professional help, and now he is 11, the other child was 8 years old when the parents sought help and he is 15 now. The two families reacted differently to the offered treatment, but in both cases the family stayed continuously in touch with their child psychiatrists. With these two different stories on ADHD we would like to present several issues and successes which may surface during the long-term treatment of ADHD.

Keywords: Childhood, Adulthood, Psychosis, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)