
18 ÉV ALATTI PSZICHIÁTRIAI KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS BEVEZETÉSE

+

•

○

Dr. Varga Eszter

PTE KK Gyermekklinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

A gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakellátás a
18 év alatti gyermekek és serdülők pszichés
zavarainak, a megjelenő pszichiátriai
kórképeknek, valamint a főleg serdülőkorban
megjelenő problémás viselkedésformáknak az
ellátását végzi.

Team 2023



+

•

○

PTE KK Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Tanszék



+

•

○

Epidemiológia:

- Gyermek- és serdülőpopulációt érintő pszichiátriai morbiditás: 6-25%
- Intellektuális képességzavar (IKZ): 1-3%
- Hangulatzavarok gyermekkorban: 0,5-2,5%, serdülőkorban: 0,5-8%
- Szorongásos zavarok: 30%
- Pszichés fejlődés sajátos zavarai iskolás korban: 7-8%

Speciális gyermekpszichiátriai kórképek:

F80-89: A pszichés (lelki) fejlődés zavarai

F80: A beszéd és a nyelv jellegzetes fejlődési zavara: artikuláció zavara, expresszív beszédfejlődési zavar, receptív beszédfejlődési zavar, szerzett afázia epilepsziával (Landau-Kleffner)

F81: Az iskolai teljesítmények jellegzetes zavara: Dyslexia, dysgraphia, dyscalculia, iskolai készségek kevert zavara

F82: Motoros készségek meghatározott fejlődési zavarai

#F83: Kevert specifikus fejlődései zavarok

F84: A fejlődés átható zavarai (pervazív fejlődési zavarok): ASD

F90-98: A viselkedés és érzelmi élet rendszerint gyermek, vagy serdülőkorban kezdődő zavarai

F90: ADHD

F91: Magatartászavarok, oppozíciós zavar

F92: Magatartás és az érzelmek kevert zavara: depressziós magatartászavar

F93: Jellegzetes gyermekkorban kezdődő emocionális zavarok: szeparációs szorongás gyermekkorban, fóbiás szorongás gyermekkorban, szociális szorongás gyermekkorban, testvér rivalizáció zavara, egyéb gyermekkori emocionális zavar

F94: Szociális funkciók jellegzetesen gyermek- és serdülőkorban kezdődő zavarai: elektív mutizmus, kötődési zavarok, egyéb szociális funkciózavar

F95: Tic zavarok

F98: A viselkedés és érzelmi élet egyéb zavara, mely rendszerint gyermek, vagy serdülőkorban kezdődik: enuresis, encopresis, csecsemő és gyermekkori táplálkozási zavar, Pica, sztereozíp mozgászavar, dadogás, hadarás

1. Speciálisan gyermekkorban induló zavarok:

- IKZ
- beszéd, mozgás, tanulási zavarok
- +
 - - ASD
 - - ADHD
- Tic
- Kötődési zavar
- Szelektív mutizmus

1. Serdülőkorban induló zavarok, melyek felnőttkorban, vagy fiatal felnőttkorban is indulhatnak:

- Pszichoaktív szerek használata által okozott zavarok
- Prodróma/szkizofrénia
- + ● - Hangulatzavarok (bipoláris zavar, major depresszió)
- - Pánik, agorafóbia
- Stresszhez társuló és disszociációs zavarok
- Szomatizációs zavarok
- Táplálkozási zavarok
- Szuicidium/önsértés

...

1. Főleg kisiskolás, illetve serdülőkorban induló viselkedésproblémák:

- Magatartászavar
- +
 - - Oppozíciós zavar
 - - Iskolába járás zavarai
- Fiatalkori deviancia

Fejlődési perspektíva:

A gyermekek pszichés zavarainak ellátásához elengedhetetlenül szükséges a *fejlődéslélektan* ismerete – a normális fejlődéssel, az egyes fejlődési mérföldkövek normális megjelenésével foglalkozik. A *fejlődés pszichopathológia* a normálistól való patológiás fejlődési utakat vizsgálja.

- +
 - Különböző *fejlődéselméletek* léteznek, melyek a pszichés fejlődés mérföldköveit tárgyalják, valamint a pszichopathológiai jelenségek fejlődés során való lehetséges kialakulását tárgyalják (pszichodinamikus fejlődés elmélet, pszichoszociális fejlődés elmélet, kötődéselmélet, kognitív fejlődéselmélet, tanuláselmélet). Erikson pl. *normatív krízisekről* szól, melyek végig kísérik az életutat, és bizonyos tünetek ezen normatív krízisek velejárói lehetnek, ilyen módon nem feltétlenül patológiásak – lásd pl. a serdülőkor jellegzetességei. A kognitív fejlődéselmélet értelmében bizonyos kórképek jellegzetes tünetei nem jelennek meg addig, amíg a gyermek a megfelelő *kognitív fejlettséget* el nem éri.

A fejlődés során bizonyos, később tünetként értékelt jelenségek a fejlődés során mint *normatív jelenségek* detektálhatóak.

1. *Korspecifikus félelmek.* Pl.: 3 éves korig az idegenektől való félelem, és a szeparációs szorongás normatívnak tekinthető. Óvodás korban a sötétől való félelem, vagy bizonyos állatoktól való félelem normatív. Kisiskolás korban a teljesítménytől, és a kortársak elfogadásától való félelem – ezek már
 - + • anticipátoros félelmek, melyek a kognitív fejlettségtől függenek. 6 hónapos
 - korig a csecsemők nem félnek az idegenektől, 6-8 hónaposan alakul ki a szelektív kötődés a kötődési személlyel, majd 8-9 hónapos kortól figyelhető meg a szeparációs szorongás.
2. *Kényszerek:* 2 éves korban megjelenő rituálékhoz való ragaszkodás pl a fürdés, az esti rutin, vagy a toalett-tréning során nem patológiás. 3 évesek gyűjtögetése, a tárgytól való megválás nehézsége is a normatív fejlődés része.

Kognitív fejlettségtől függő tünetek:

1. Nem jelenik meg *hallucináció és téveszme* kb. 7-8 éves korig. A fantázia és a valóság elkülönítése azonban már 3 évesen megtörténik (mintha játéknak meg kell jelennie addig). *Gondolkodás alaki zavarai* (illogikus gondolkozás, asszociációs zavar) 7 éves korig ugyancsak normálisnak tekinthetők.

+ • 2. A *klinikai depresszió* tünetegyüttesének megjelenése is a kognitív fejlettségtől függ, a serdülőkortól jellemző, ám akkor is gyakori, hogy irritabilitással jár.

○ Magatartászavaros tünetegyüttes háttérében 1/3 esetben hangulatzavar áll, *depressziós magatartászavar* képét is láthatjuk. Kisded-óvodás és kisiskolás korban a hangulatzavar pszichomotoros nyugtalansággal jár, érzéseiket verbalizálni nem tudják még, ez a kisiskolás kor végétől, a serdülőkortól lehetséges. Korábbi életkorokban: anaklitikus depresszió szeparációs szorongás képében jelenik meg; súlyos érzelmi depriváció a szelektív kötődés kialakulásának idején kötődési zavart eredményez.

3. *Szomatizációs tünetek* ugyancsak gyakoriak gyermekeknél – érzelmek kifejezésének éretlensége miatt, ez „normatív”. Hátterében szorongás, hangulatzavar lehet. Szomatikus vizsgálatok mindig szükségesek. Fontos a szülők reakciója, a szülők értelmezése, hogy például egy hasfájásra milyen módon reagálnak (pl. „valami megnyomta a hasadat”). Ha a szülő csak átmenetinek gondolja a panaszt, akkor az magától elmúlik. Kb 10%-ban azonban ezek a tünetek fennmaradhatnak, funkciórontóak lehetnek. Szomatizációs zavar alakulhat ki, ha a gyermek a számára érzelmileg megterhető helyzetre testi panasszal reagál, és erre a kommunikációs formára a szülő reagál. Az anya szorongása fontos a gyermek testi egészségével kapcsolatban.

4. 10-13 éves korra alakul ki érett elképzelés a halálról, és az élet véglegességének felfogása. Az *öngyilkos magatartás* definíciójának része a halál bekövetkezésének tudatos szándéka, azonban 10 éves kor alatt nincs világos fogalmuk az élet végességéről, a halál végérvényességéről. A biztos halálhoz vezető önkárosító módszereket az enyhébb önsértő technikáktól elkülöníteni nem tudják.

A serdülőkor normatív fejlődési krízis:

- Testi, kognitív és érzelmi-indulati élet változásai

- Feladatai: testkép elfogadása, szexualitás, nemi szerep, autonómia, érzelmi függetlenedés, a függetlenedés a családtól, kortársai felé fordulás, párválasztás, pályaválasztás, felelősségváltás, ideológiai és morális elköteleződés, értékek elfogadása

+

- - Erikson: Identitás vs. szerepkonfúzió (Marcia ábra!)

○

- Normális félelmek: a szociális szerepek, teljesítmény, nemi szerep

- Jellemzően serdülőkorban jelenik meg a önsértő viselkedés (NNSI): 12-14 éves kor körül, lányoknál gyakoribb

- Amennyiben ehhez akcidentális krízis adódik, az kifejezett veszélyeztetettséggel jár, mivel a serdülőkre még éretlen, kialakulatlan problémamegoldó képesség jellemző: regresszió, acting out, szökés, csavargás, auto- és heteroagresszió, szerhasználat

Jogi megfontolások:

- *Nagykorúság 18 éves kortól.*
- *14 éves kortól a gyermek korlátozottan cselekvőképes. Ekkor gyermekpszichiátriai osztályos felvételét kérheti, azonban nekünk haladéktalanul fel kell keresnünk azt a nagykorú személyt, aki a gyermekért felelős, addig ideiglenes felvétel történik. Amennyiben a felnőtt nem egyezik bele az osztályos felvételbe, és a gyermek állapota kezelést igényel, és a gyermek aláírja a beleegyező nyilatkozatot, úgy bírói szemle dönt az aláírás érvényességéről és elrendeli a kezelést.*
- *16 éves kortól önrendelkezési joga van a serdülőnek, mely alapján kérheti pszichiátriai kezelését, ám ki kell jelölnie egy nagykorú személyt, akit a kezelő tájékoztatni köteles a fiatal állapotáról.*

A gyermekpszichiátriai kórképek kezelésének speciális kérdései:

- A gyermekek betegségbelátása csökkent, vagy semmis.
- ‡ A tünetek interpretálásánál figyelembe kell venni a gyermek kognitív fejlettségét.
 - - A kezelésben a gyermek, a szülő és a kezelő triádja vesz részt. A terápiás megállapodás is a három fél között jön létre.
 - A gyermek kezelése mellett a szülőkonzultációk lényegében a szülők „kezelését” is jelentik. Valamint – főleg kisgyermek korban – a szülő mint „koterapeuta” vesz részt a gyermek terápiájában.

Leggyakrabban alkalmazott terápiák:

1. Gyógyszerek

2. Pszichoterápiák

- +
 - - Tanácsadás
 - - Családterápia
 - Kognitív viselkedésterápia
 - Játékterápia
 - Dinamikus gyermek pszichoterápia
3. Gyógypedagógiai fejlesztések

Az ellátás szinterei, és együttműködés társszakmákkal:

1. Osztályos ellátás: Indikációk: Pszichotikus állapot, súlyos auto- és heteroagresszív magatartás, krízis
2. Nappali klinika/szanatórium
3. Járóbeteg ellátás

+ A gyermekpszichiátria 2004 óta alapszakma Magyarországon.

• **Gyermekpszichiátriai Osztályon dolgozó team:**

- - Gyp
- Pszichológus
- Gyógypedagógus
- Szociális munkás
- Logopédus
- Szakápoló
- Foglalkoztató terapeuta

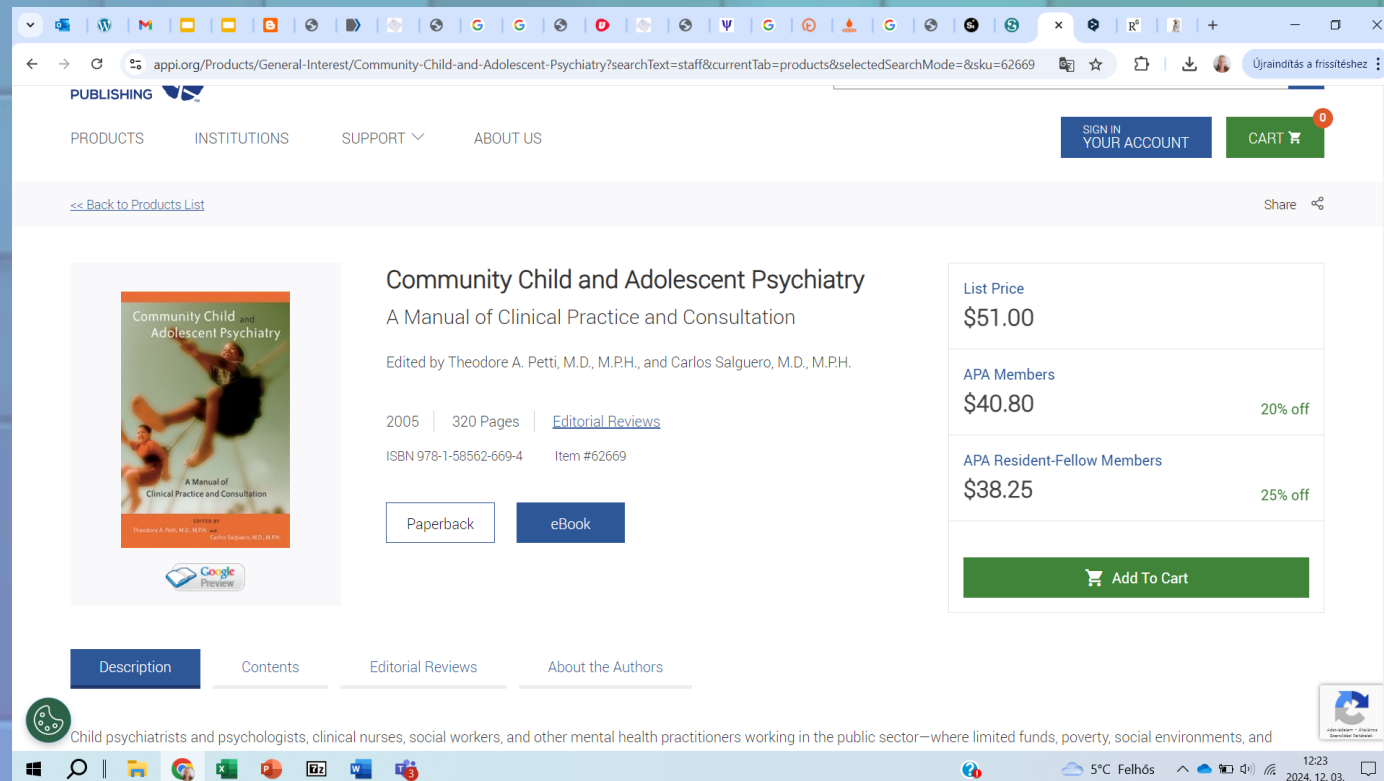
Társszakmák:

- Gyermek háziorvos
- Gyermekgyógyász
- Felnőtt pszichiáter
- Addiktológia
- +
 - - Rehabilitációs intézmények
 - - Oktatási intézmények
 - Pedagógiai Intézmények – szakszolgálatok
 - Gyermekvédelem
 - Civil szervezetek
 - Jogi rendszer
 - Közösségi Pszichiátria? – komplett „system of care” rendszer kialakítása?

Külföldi gyakorlatok: Izrael, EU és USA

Az Egyesült Államokban, az EU-ban, valamint Izraelben a közösségi pszichiátriai ellátásnak nemcsak a felnőtt pszichiátria területén van hagyománya, hanem a gyermekpszichiátriában is.

USA: Kleban, M. (2007). Community Child and Adolescent Psychiatry: A Manual of Clinical Practice and Consultation. *Psychiatric Services*, 58(5), 719-720.



The screenshot displays the product page for 'Community Child and Adolescent Psychiatry' on the APA Publishing website. The page includes the following information:

- Product Title:** Community Child and Adolescent Psychiatry: A Manual of Clinical Practice and Consultation
- Editors:** Edited by Theodore A. Petti, M.D., M.P.H., and Carlos Salguero, M.D., M.P.H.
- Publication Details:** 2005, 320 Pages, ISBN 978-1-58562-669-4, Item #62669
- Price Information:**
 - List Price: \$51.00
 - APA Members: \$40.80 (20% off)
 - APA Resident-Fellow Members: \$38.25 (25% off)
- Options:** Paperback and eBook
- Buttons:** Add To Cart, Sign In Your Account, CART
- Navigation:** Description, Contents, Editorial Reviews, About the Authors

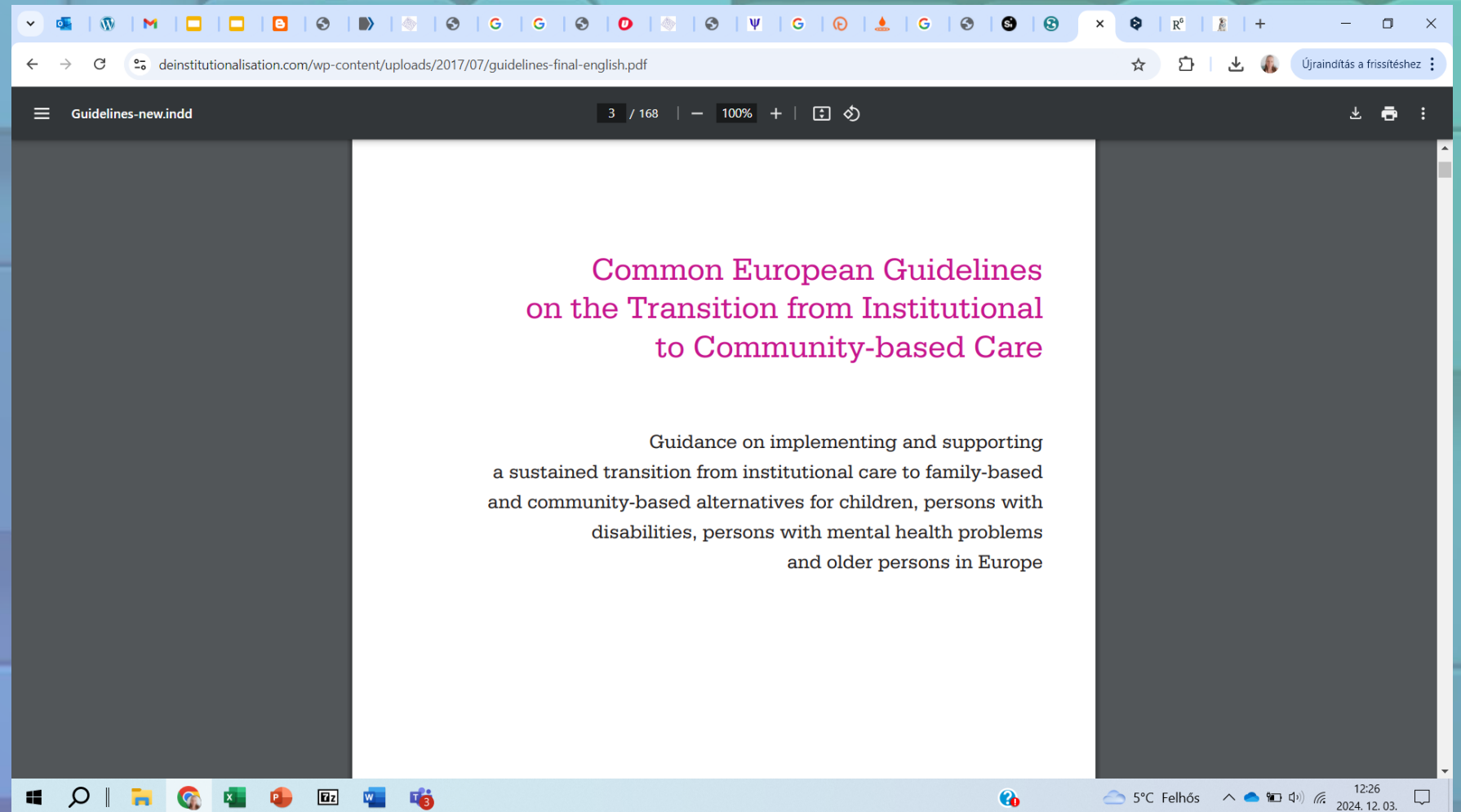
At the bottom of the page, there is a small text snippet: "Child psychiatrists and psychologists, clinical nurses, social workers, and other mental health practitioners working in the public sector—where limited funds, poverty, social environments, and..."

Israel: Tuaf, H., & Orkibi, H. (2019). Community-based rehabilitation programme for adolescents with mental health conditions in Israel: a qualitative study protocol. *BMJ open*, 9(12), e032809.

The screenshot shows a web browser window with the URL bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/12/e032809.full.pdf. The page content includes:

- Open access** and **Protocol** labels.
- BMJ Open** logo and the title: **Community-based rehabilitation programme for adolescents with mental health conditions in Israel: a qualitative study protocol**.
- Authors: **Hila Tuaf, Hod Orkibi**.
- To cite:** Tuaf H, Orkibi H. Community-based rehabilitation programme for adolescents with mental health conditions in Israel: a qualitative study protocol. *BMJ Open* 2019;9:e032809. doi:10.1136/bmjopen-2019-032809
- ABSTRACT** **Introduction** In Israel, 12% of adolescents have mental health conditions. Approximately 600 adolescents with mental health conditions are hospitalised each year and about 40% of them return to the hospital and are thus cut-off from their daily lives and peers in the community. In contrast to adults, adolescents with mental health conditions in Israel are not eligible by law for rehabilitation services. Thus, the overarching goal of this qualitative study is to identify best practices for the implementation of community-based psychosocial rehabilitation programme for this population, by examining the first such programme in Israel. *Amitim for Youth*, which was established in 2018 by the Israel Association of Community Centers in cooperation with the Ministry of Health, the Ministry of Education and the Special Projects Fund of the National Insurance Institute.
- Methods and analysis** Qualitative data will be collected through in depth semi-structured interviews and focus groups. To identify themes and patterns in the data, a six-stage reflexive thematic analysis approach will be used. A triangulation procedure will be conducted to strengthen the validity of the findings collected by different methods and from various stakeholders in the programme: the programme's decision-makers, programme team members, the intended beneficiaries and referring mental health professionals.
- Strengths and limitations of this study**
 - ▶ This is a pioneering study that will examine a community-based psychosocial rehabilitation programme for adolescents with mental health conditions in Israel.
 - ▶ The findings will inform best practices to meet the needs of all stakeholders by addressing potential barriers and facilitators for programme implementation.
 - ▶ The findings may contribute to policy recommendations and legislation relating to adolescent psychiatric rehabilitation.
 - ▶ Recruiting adolescents with mental health conditions may be challenging due to their psychiatric condition.
- Vertical text on the right side:** BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2019-032809 on 18 December 2019. Downloaded from <http://bmjopen.bmj.com/> on 18 December 2019. Copyright.

EU: European Expert Group. (2012). Common European guidelines on the transition from institutional to community-based care. *European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care.*



Definíció szerint a „system of care” (USA):

A spectrum of effective, community-based services and supports for children and youth with or at risk for mental health or other challenges and their families, that is organized into a coordinated network, builds meaningful partnerships with families and youth, and addresses their cultural and linguistic needs, in order to help them to function better at home, in school, in the community, and throughout life. (

Olyan szociális ellátórendszer, mely mentális egészségi vagy egyéb problémákkal küzdő, veszélyeztetett gyermekek és fiatalok, valamint családjaik számára nyújtott hatékony, közösségi alapú szolgáltatásokat és támogatásokat. Az ellátások olyan **összehangolt hálózatba szerveződnek, mely partnerséget, és együttműködést alakít ki a családokkal és a fiatalokkal** úgy, hogy figyelembe veszi a kulturális és a nyelvi szükségleteiket annak érdekében, hogy segítse őket az otthoni, iskolai, közösségi működésben egész életükön át.

Harangozó (2001) szerint a közösségi pszichiátriai gondozás főbb terápiás eljárásai:

- Az ellátás **személyre szabott**, egyéni szükségleteket, az egyén társas erőforrásait figyelembe véve, közös döntés (kliens és segítő) alapján születik meg
- +
 - Fontos egy optimális **gyógyszeres** kezelés beállítása, a tünetek enyhítésén kívül
 - o a megfelelő életminőség fenntartása mellett.
- **Rendszerszemléleten** alapuló családgondozás és konzultáció, a mikrokörnyezet bevonásával (család, barátok, lakókörnyezet).
- **Team munka** standard formái, fontos lenne és a hatékony pszichiátriai gondozás érdekében elkerülhetetlen az adott ellátottal foglalkozó szakemberek közötti kommunikáció, együttműködés, lehetőség szerint team munka (pszichiáter szakorvos, pszichológus, szociális munkás stb.). Amennyiben ez lehetséges a legjobb, ha adott stábon belül meg tud valósulni.

-
- **Pszichoedukáció**, mint strukturált információnyújtás a beteg és környezete számára. Célja a betegség természetének, tüneteinek megértése, ezáltal aktív együttműködés kialakítása, növelése a beteg egyéni céljainak elérése érdekében.
 - + - **Stressz-kezelési technikák** megismerése, elsajátítása, elsősorban kognitív és viselkedés terápiás módszerek alkalmazásával.
 - o - **Krízisintervenció**, a kliensek és mikrokörnyezetének bevonásával és kliens beleegyezésével történjen.
 - Specifikus **kognitív-és viselkedésterápiás** módszerek alkalmazása, szorongás, depresszió, kényszerbetegségek kapcsán.
 - Betegek érdekvédelmének jelenléte (Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum).

Liberman szerint (2010) ahhoz, hogy úgy tekintsünk egy emberre, hogy felépült a mentális zavarából, a következőknek kell teljesülnie:

- A diagnózis felállításában szerepet játszó tünetek olyan mértékű tartós **remissziója**, hogy sem gyakoriságukban, sem súlyosságukban nem érhetik el a klinikai szintet.
- +
 - ● teljes munkaidőben vagy részmunkaidőben végzett gyakorlati szereptevékenység, például munka vagy **iskola**, ami hasznos, eredményes és az életkorának megfelelő.
 - ○
- Családtagok vagy más gondozók felügyelete nélküli életvitel, amely során az egyén **önállóan** vállal felelősséget a mindennapi szükségletei kielégítéséért, mint például a pénzügyei kezelése, a gyógyszerszedés, a megbeszélte időpontokbetartása, a bevásárlás, egy étel elkészítése, valamint a személyes tulajdonáért.

-
- **Bensőséges családi kapcsolatok.**
 - Megfelelő helyeken és körülmények között végzett **szabadidős tevékenységek.**
 - Kielégítő kapcsolattartás a **kortársakkal**, amely a barátokkal, társakkal való aktív kapcsolatteremtést és a szociális háló kiépítését is magában foglalja.

○
Ebben objektív és szubjektív tényezők is szerepelnek. Minden egyén felépülése egyedi folyamat, *saját biológiai, pszichológiai és szociális igényeinek* figyelembe vétele szükséges.

Közösségi pszichiátriai ellátás a gyermek- és +ifjúságpszichiátriaiában

-

Közösségi pszichiátriai ellátás a gyermek- és ifjúságpszichiátriaiában

- Az elmúlt évek során klinikánkról összesen 15 gyermeket delegáltunk közösségi + pszichiátriai ellátásba. Egy esetben a 13 éves gyermeket fogadni nem tudták (16 éves korhatár miatt), így az anya került ellátásba.
- o - Az ellátásban maradtak száma jelenleg 10 gyermek.
- 12 gyermek pszichotikus zavarban szenvedett: gyermekkori szkizofrénia (6), bipoláris zavar (4), deluzív zavar (1), szkizoaffektív zavar(1)
- 2 borderline személyiségfejlődési zavarban
- 1 közepes depresszióban

1. Serdülőkorban induló zavarok, melyek felnőttkorban, vagy fiatal felnőttkorban is indulhatnak:

- Pszichoaktív szerek használata által okozott zavarok
- Prodróma/szkizofrénia
- Hangulatzavarok (bipoláris zavar, major depresszió)
- Pánik, agorafóbia
- Stresszhez társuló és disszociációs zavarok
- Szomatizációs zavarok
- Táplálkozási zavarok
- Szuicidium/önsértés

-
- Folyamatos **gyógyszeres** ellátás, tünetek monitorozása szükséges. DE! Az ambuláns ellátás során a gazdaságilag nehezebb helyzetben lévő, alacsonyabb státuszú családok nehezebben férnek hozzá az intézményesített ellátó rendszerekhez, melynek oka a távolság, amit meg kell tenni, hogy az adott +intézménybe eljussanak, a csökkent anyagi lehetőségek, vagy a szülők kisebb együttműködése miatt.
 - - Szociális funkcionálás segítése: **iskolába** járás, **szabadidős tevékenységek** támogatása.
 - Bensőséges **családi kapcsolatok** elősegítése – kommunikáció javítása a családban.
 - **Stressz csökkentése** – akut exacerbáció megelőzése

Amennyiben a betegek nem jutnak ellátáshoz, úgy akut tüneteik fellángolnak, mely fekvőbeteg kórházi ellátást igényel!

A zárt gyermekpszichiátriai osztályos ellátás a legrestriktívebb gyermekpszichiátriai ellátási forma, mely tartósan kiszakítja a gyermeket a környezetéből, ez fokozott stresszt jelent a gyermek számára. A hosszantartó osztályos ellátás a tanulmányok elmaradását okozza, a gyermek pathológiás működésére fókuszál, az egészségesen maradt funkciók, valamint az erősségek kiemelése és használata háttérbe szorul.

DÁVID ESETE

Szuicidium/önsértés - Mobil krízisintervenció

Nehezített serdülőkori krízis és/vagy accidentális krízis serdülőkorban + szuicid magatartást eredményezhet, mely akut kórházi indikációt jelent. A közösségi pszichiátriai ellátás keretében alkalmazott mobil krízisintervenció kutatások szerint a kórházi ellátások szükségességét akár 50%-al csökkentheti.

ADÉL ESETE

1. Speciálisan gyermekkorban induló zavarok:

- IKZ
- beszéd, mozgás, tanulási zavarok
- ASD
- ADHD
- Tic
- Kötődési zavar
- Szelektív mutizmus

1. Főleg kisiskolás, illetve serdülőkorban induló viselkedésproblémák:

- Magatartászavar
- Oppozíciós zavar
- Iskolába járás zavarai
- Fiatalkori deviancia

Leggyakrabban alkalmazott terápiák:

1. Gyógyszerek

2. Pszichoterápiák

- **Tanácsadás**

- Családterápia

- **Kognitív viselkedésterápia**

- Játékterápia

- Dinamikus gyermek pszichoterápia

3. **Gyógypedagógiai fejlesztések**

IKZ, ASD, ADHD, Viselkedészavar, Oppozíciós zavar, serdülőkori problémaviselkedések

- Pszichoterápiás kezelések: Tanácsadás és viselkedésterápia DE Mindezeket a **viselkedésmegfigyelés/viselkedéselemzés** meg kell, hogy előzze

+

- Viselkedésmegfigyelés abban a kontextusban lenne hatékony, ahol az megjelenik – *mi váltja ki az adott viselkedést*. A gyermek viselkedésével hat a környezetre, a környezet pedig reagál, mellyel *megerősít*.

- A mai modern *közösségi szemlélet* a klinikai gyermeklélektanban a felkutató, un. proaktív szemléletet részesíti előnyben, mely szerint a beavatkozás helye a gyermekek közösségi életének minden olyan színterén, ahol a problémás viselkedés megjelenik. Ezekben az esetekben az együttműködés főként a pedagógusokkal, az iskolai szociális munkással és a gyermekvédelem munkatársaival történik, velük pedig főleg a szülő tartja a kapcsolatot.

Pszichoterápiás kezelések: Tanácsadás és viselkedésterápia

- + - A **tanácsadás** a szülőnek szól, kisgyermekes pszichés fejlődési zavarai, valamint magatartásproblémák esetén alkalmazzuk.
- o - Valójában a szülő edukálása, és szupportációja, mivel a gyermek nem képes megfelelő szintű verbalizációra, introspekcióra, és önreflexióra.
- **Kognitív viselkedésterápia:** Szülő tréning során a szülőnek tanítják meg a viselkedésterápia alkalmazását annak érdekében, hogy a problémás viselkedés esetében önállóan, flexibilisen tudja alkalmazni.

Az előzőekhez hasonlóan az ellátó gyermekpszichiátriai intézménytől távol élő, alacsonyabb státuszú családok esetében a tanácsadás és a viselkedésterápia alkalmazása nehézkes, gyakran megszakad, és a szülő sem motivált sok esetben.

-
- **A súlyos viselkedésproblémákkal küzdő (ASD, ADHD, magatartászavar) gyermekek iskolában, vagy otthon mutatott heteroagresszív magatartása az egyik leggyakoribb akut kórházi beszállítási indikáció a gyermekpszichiátriákra!**

Köszönöm a figyelmet!

+

•

○

