

## METODINĖS REKOMENDACIJOS

### SKIRTOS SPECIALISTAMS DIRBANTIEMS SU VAIKAIS IR PAAUGLIAIS, TURINČIAIS SUNKIŲ IR UŽSITĖSUSIŲ PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIMŲ

#### PARENGĖ

Prof. Darius Leskauskas, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas [darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt](mailto:darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt);

Dalius Klimavičius, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas [dalius.klimavicius@kaunoklinikos.lt](mailto:dalius.klimavicius@kaunoklinikos.lt);

Jūratė Baltrėnė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas [jurate.baltrene@kaunoklinikos.lt](mailto:jurate.baltrene@kaunoklinikos.lt);

Dalia Vėlavičienė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas [dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt](mailto:dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt);

Metodikai pritarė Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija

#### TURINYS

- I. Įžanga
- II. Aktualumas
- III. Literatūros apžvalga
- IV. Atpažinimas, diagnostika, stebėjimas, gydymas
- V. Pagalbos algoritmas

## IŽANGA

Ši metodinė priemonė skirta įvairiems sveikatos priežiūros, ugdymo ir socialinės pagalbos įstaigų specialistams, savo darbe tiesiogiai susiduriantiems su sunkių ir užsitęsusių psichikos ir elgesio sutrikimų turinčiais vaikais ir paaugliais.

Šioje metodikoje vaikų sunkiais ir užsitęsusiais psichikos ir elgesio sutrikimais (toliau VSUPES) įvardinami tokie sutrikimai, kurie prasideda vaikystėje ar paauglystėje ir tęsiasi iki suaugusio amžiaus, sukeldami sunkius simptomus ir kasdieninio funkcionavimo sutrikimus. Tai apima ankstyvos pradžios šizofreniją, pasikartojantį depresinį sutrikimą ir bipolinį afektinį sutrikimą.

Šiems sutrikimams reikalingas sudėtinis gydymas, apimantis ambulatorines ir stacionarines gydymo paslaugas, medikamentinį ir nemedikamentinį gydymą, psichinės ir somatinės sveikatos priežiūrą, medicininę ir psichosocialinę reabilitaciją, socialinę ir pedagoginę pagalbą. Todėl svarbus bendradarbiavimas tarp vaikų sveikatos ir psichinės sveikatos priežiūros specialistų, tarpinstitucinis bendradarbiavimas su vaikų teisių apsaugos ir kitų socialinių tarnybų, mokyklų ir kitų ugdymo įstaigų specialistais. Toks bendradarbiavimas leidžia koordinuotai naudoti turimus resursus ir užtikrinti, kad VSUPES turintys vaikai gautų visą jiems reikiamą gydymą ir pagalbą. Tai reikalauja visose šiose grandyse dirbančių specialistų išmanymo apie vaikų VSUPES, jų keliamas problemas, įgūdžių jas atpažinti ir suteikti reikiamą pagalbą.

Šiuo metodiniu dokumentu siekiama pagilinti įvairių specialistų, dirbančių su VSUPES turinčiais vaikais ir paaugliais asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, socialinės pagalbos bei ugdymo įstaigose, žinias, pagerinti minėtos tikslinės grupės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, mažinant teritorinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus tarp didžiųjų miestų ir rajonų savivaldybių.

## AKTUALUMAS

Tarptautinių epidemiologinių tyrimų ir metaanalizių rezultatai rodo, kad psichikos ir elgesio sutrikimai pasireiškia 10-20 proc. vaikų ir paauglių iki 18 m. amžiaus [Kessler 2007]. Lietuvoje atliktos apklausos, vertinant nepilnamečių emocinę sveikatą, leidžia manyti, kad mūsų šalyje šioje amžiaus grupėje psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas yra panašus [Lesinskienė 2018]. COVID-19 viruso sukelta pandemija ir ją lydėję socialinio gyvenimo bei mokymosi pokyčiai reikšmingai padidino psichikos ir elgesio problemų vaikams ir paaugliams Lietuvoje [Leskauskas 2022]. Didžiausią neigiamą poveikį pajuto vaikai, turėję sunkių psichikos ir elgesio sutrikimų, įtakos tam turėjo ir sumažėjęs pagalbos prieinamumas tiek sveikatos priežiūros, tiek ugdymo įstaigose [Stevanovic 2021]. Tai rodo tiek išaugusį kompleksinės pagalbos poreikį vaikams ir paaugliams, turintiems sunkių psichikos ir elgesio sutrikimų ar padidintą riziką jiems išsivystyti, tiek nepakankamą šios pagalbos prieinamumą.

Tiek retrospektyvinių, tiek prospektyvinių kohortinių tyrimų rezultatai rodo, kad iki 50 proc. suaugusiems pasireiškiančių psichikos sutrikimų prasideda iki 18 metų amžiaus [Solmi 2022]. Sėkminga ankstyva diagnostika ir efektyvus pirmųjų ligos epizodų gydymas koreliuoja su geresne ligos eigos prognoze ir geresne pacientų gyvenimo kokybe [Rabalo 2021]. Savalaiki diagnostikai ir efektyviam sudėtiniam gydymui užtikrinti reikalingas specialistų, dirbančių su vaikais pirminėje sveikatos priežiūros grandyje ir ugdymo įstaigose bendradarbiavimas su vaikų psichinės sveikatos priežiūros specialistais. Jie gali pastebėti pirmuosius psichikos ar elgesio sutrikimo požymius,

nukreipti ir motyvuoti specializuotam gydymui, dalyvauti užtikrinant sudėtinį gydymą, stebėti jo efektyvumą.

Geresnis su vaikais dirbančių specialistų išmanymas apie vaikų psichikos ir elgesio sutrikimus bei juos lydinčių problemų valdymą leis sėkmingiau juos gydyti, užtikrinti geresnę šių vaikų ir jų šeimų gyvenimo kokybę, o specialistams padės lengviau ir efektyviau spręsti šių sutrikimų keliamas problemas, dirbant su jų turinčiais vaikais.

## LITERATŪROS APŽVALGA

### **Vaikų ir paauglių psichikos sutrikimų epidemiologija**

Tarptautinių epidemiologinių tyrimų ir metaanalizių rezultatai rodo, kad psichikos ir elgesio sutrikimai pasireiškia 10-20 proc. vaikų ir paauglių iki 18 m. amžiaus [Kessler 2007]. Dalis šių sutrikimų – nuo pirmųjų gyvenimo metų stebimi raidos sutrikimai, trunkantys visą gyvenimą, reikalaujantys ankstyvosios reabilitacijos ar abilitacijos paslaugų, atsiliekančių sugebėjimų ugdymo, pagalbos gerinant psichosocialinę adaptaciją, bet sąlyginai retai reikalaujantys intensyvaus gydymo (pvz. vaikystės autizmas, specifinis kalbos išraiškos sutrikimas). Kita dalis sutrikimų – vaikystei specifiški psichikos ir elgesio sutrikimai, kuriems dažniausiai reikalingas gydymas nemedikamentiniais metodais ir pavyksta pasiekti pasveikimą (pvz. atsiskyrimo nerimo sutrikimas, neorganinė enurezė, prieštaraujančio neklusnumo sutrikimas). Paauglystėje išauga sergamumas ir suaugusiems būdingais psichikos sutrikimais, tame tarpe depresija, bipoliniu sutrikimu, šizofrenija. Tiek retrospektyvinių, tiek prospektyvinių kohortinių tyrimų rezultatai rodo, kad iki 50 proc. suaugusiems pasireiškiančių psichikos sutrikimų prasideda iki 18 metų amžiaus [Solmi 2022]. Ligtumas depresija paauglystėje pasiekia ir suaugusiems būdingą dažnį (4-8 proc., 3 kartus didesnis merginų nei vaikų tarpe). Sergamumas ankstyvos pradžios šizofrenija ir bipoliniu afektiniu sutrikimu vyresniame amžiuje dar auga; vis gi, iki pilnametystės susergera 15 proc. šizofrenijos ir 50-60 proc. bipolinio afektinio sutrikimo pacientų. Iki 18 m. amžiuje ligotumas šizofrenija pasiekia 0,15 proc., o bipoliniu afektiniu sutrikimu 0,6 proc. [Merikangas 2009].

### **Vaikų sunkūs ir užsitęsę psichikos ir elgesio sutrikimai**

Bet kuris vaikystėje prasidėjęs psichikos ar elgesio sutrikimas gali įgyti lėtinę eigą ir tęstis net sulaukus pilnametystės. Pavyzdžiui, vaikystėje prasidėjusios socialinės fobijos ar atsiskyrimo nerimas gali pasireikšti pacientui ir, tapus suaugusiu, įtakoti vengiančio ar priklausomo tipo asmenybės sutrikimų išsivystymą. Jie gali sukelti didelius sunkumus pacientui ir šeimai, sumažinti kasdieninio funkcionavimo lygį ir gyvenimo kokybę, neigiamai veikti psichosocialinę raidą ir asmenybės formavimąsi. Kita vertus, pavyzdžiu pateikti nerimo sutrikimai gali būti sėkmingai išgydomi ir neturėti ilgalaikių neigiamų pasekmių pacientams.

Tokios palankios prognozės galima tikėtis gydant vaikystėje prasidedančius sutrikimus, kuriems atsirasti didesnę įtaką turi psichologiniai ir socialiniai veiksniai – tai nerimo sutrikimai, elgesio sutrikimai (prieštaraujančio neklusnumo ir asocialaus tipo), adaptacijos sutrikimai, kai kurie depresijos epizodai. Psichikos sutrikimai, kuriems atsirasti didesnę įtaką turi biologiniai veiksniai, pažeidžiantys galvos smegenų struktūrą ir funkciją, pasižymi mažiau palankia prognoze. Juos gydant tikėtina pasiekti ilgalaikę remisiją (simptomų sumažėjimą) ir kaip galima geresnę kasdieninį funkcionavimą bei gyvenimo kokybę. Jiems būdinga lėtinė, užsitęsusi eiga su simptomų paūmėjimais

ir remisijomis, sunkesnė ligos našta pacientui ir šeimai, gydymui reikalingos sudėtinės medikamentinės ir psichosocialinės priemonės.

Šioje metodikoje vaikų sunkiais ir užsitęsusiais psichikos ir elgesio sutrikimais (toliau VSUPES) įvardinami tokie sutrikimai, kurie prasideda vaikystėje ar paauglystėje ir tęsiasi iki suaugusio amžiaus, sukeldami sunkius simptomus ir kasdieninio funkcionavimo sutrikimus. Tai apima ankstyvos pradžios šizofreniją, pasikartojantį depresinį sutrikimą ir bipolinį afektinį sutrikimą.

### **Vaikų sunkių ir užsitęsusių psichikos ir elgesio sutrikimų pasekmės**

VSUPES kelia rimtus sunkumus vaiko ir jo šeimos gyvenimui. Nordentoft atlikta tarptautinių tyrimų rezultatų metaanalizė parodė, kad sunkūs psichikos sutrikimai 10-15 metų sutrumpina pacientų tikėtiną gyvenimo trukmę [Nordentoft 2013]. Erskine ir bendraautorių duomenimis 0-24 metų amžiaus vaikų ir jaunuolių grupėje psichikos ir PAM vartojimo sutrikimai yra didžiausia neįgalume praleistų metų (angl. *years lived with disability (YLDs)*) priežastis pasaulyje, lemianti ketvirtadalį šio rodiklio (54,2 milijonai) [Erskine 2015].

Sunkių psichikos sutrikimų simptomai, jų paūmėjimai kelia pacientams pasikartojančius skaudžius neigiamus išgyvenimus (dvasinę kančią), pasikartojančias krizes pačiam pacientui ir jo šeimai. Užsitęsusio sutrikimų eiga lemia ne tik medicininės, bet ir psicho-socialines problemas, dėl kurių sutrinka kasdieninis funkcionavimas daugumoje svarbiausių gyvenimo sričių, krenta gyvenimo kokybė, nukenčia normalus vystymasis, didėja predispozicija neįgalumui. Todėl VSUPES sergančiam pacientui reikalingas ne tik efektyvus psichiatrinis gydymas ir simptomų kontrolė, bet ir kompleksinė įvairių specialistų pagalba įveikiant sutrikimą lydinčias problemas.

VSUPES neigiamos pasekmės vaikui:

- socialinė izoliacija dėl stigmatos ir diskriminacijos, ribojanti galimybes gauti pagalbą ir gydymą [SAMSA 2006];
- mokymosi sunkumai: dėl ligos pažeistų kognityvinių funkcijų (dėmesio, atminties, mąstymo) apsunkintas naujų žinių įsisavinimas ir prastesni mokymosi rezultatai; pamokų praleidimai dėl ligos paūmėjimų [Wagner 2006];
- somatinės sveikatos sutrikimai dėl VSUPES įtakotų gyvenimo būdo pokyčių (nepakankamas fizinis aktyvumas, mityba, psichoaktyvių medžiagų (toliau PAM) naudojimas), nesugebėjimo laikytis asmens higienos, kreiptis pagalbos dėl jaučiamų simptomų, dažniau patiriamų traumų, nepageidaujamo gydymui skiriamų vaistų poveikio;
- įsitraukimas į pavojingą elgesį: PAM vartojimą, nesaikingą interneto, kompiuterio ir mobilaus telefono naudojimą, rizikingą seksualinį elgesį, nusikalstamą elgesį, įsitraukimą į marginalines bendraamžių, socialines ar religines grupes [WHO 2003].

VSUPES neigiamos pasekmės šeimai:

- su ligos gydymu susijusios finansinės, laiko sąnaudos;
- sunkumai šeimos narių tarpusavio santykiuose dėl vaiko ligos keliamo streso;
- tėvų emocinės problemos dėl bejėgiškumo jausmo, nerimo dėl ateities, nežinojimo ir nepasitenkinimo savo sugebėjimu padėti sergančiam vaikui [Farmer 1996].

## **Vaikų sunkių ir užsitęsusių psichikos ir elgesio sutrikimų gydymas**

Ankstyvoji intervencija ir efektyvus sudėtinis gydymas VSUPES sergantiems pacientams reikšmingai pagerina ne tik jų savijautą, funkcionavimą, bet ir ligos eigą bei prognozę [Correll 2018]. Tam svarbu, kad gydymas būtų orientuotas ne tik į ligos simptomų kontrolę, bet ir į psichinės sveikatos gerinimą, kam reikalinga kompleksinė įvairių specialistų pagalba [Salazar de Pablo 2020]. Tokiam gydymui užtikrinti reikalinga vaikų sveikatos priežiūros sistema, apjungianti įvairių specialistų teikiamas paslaugas ir pagalbą vaikams, turintiems VSUPES. Rekomenduojami tokie pagrindiniai šios sistemos principai [Winters 2011]:

- individualiai pritaikyta sveikatos priežiūra, atsižvelgiant ne tik į probleminius, bet ir į stipriuosius vaiko, šeimos ir bendruomenės ypatumus, į individualius paciento ir šeimos poreikius bei pasirinkimus;
- šeimos narių įtraukimas į visus klinikinius procesus ir priežiūros sistemos formavimą;
- įvairių vaikams psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų bei specialistų bendradarbiavimas ir koordinuotas jų paslaugų integravimas kiekvieno paciento gydyme;
- turi būti atsižvelgiama į kultūrinius ypatumus;
- gydymas užtikrinamas pacientams jų bendruomenėje (šeimoje, gyvenamoje vietoje, mokykloje) ar, esant būtinybei, medicinos įstaigose, kaip galima mažiau ribojančiose paciento laisvę (pvz. dienos stacionare) ir kaip galima daugiau išnaudojant natūralius bendruomenės pagalbos resursus.

Tokia vaikų sveikatos priežiūros sistema suprantama ne kaip struktūrinis, o funkcinis darinys. Jos veikimas remiasi bendradarbiavimu tarp įvairių specialistų ir koordinuotu įvairių institucijų resursų naudojimu, užtikrinant šiems vaikams reikiamą gydymą, pagalbą ir paslaugas. Lietuvoje tai apima psichinės sveikatos, vaikų sveikatos ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigas (pirminiai psichinės sveikatos centrai, konsultacinės poliklinikos, ligoninės, pirminiai sveikatos priežiūros centrai, visuomenės sveikatos centrai, savivaldybių visuomenės sveikatos biurai), švietimo ir ugdymo įstaigas (mokyklos, profesinio rengimo centrai, pedagoginė psichologinė tarnyba), vaikų teisių apsaugos ir socialinės pagalbos įstaigas (vaikų teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos, savivaldybių socialinės paramos tarnybos), nevyriausybinės organizacijas (psichologinės pagalbos telefonu organizacijos, krizių centrai, jaunimo centrai, psichologinę ir socialinę pagalbą teikiančios organizacijos). Vaikams, sergantiems VSUPES ir jų šeimoms reikalingos šių juose dirbančių specialistų paslaugos: gydytojų vaikų ir paauglių psichiatrų, šeimos ir vaikų ligų gydytojų, psichologų, slaugytojų, socialinių darbuotojų, atvejo vadybininkų, mokytojų, socialinių pedagogų, savanorių. Į VSUPES sergančių vaikų sveikatos priežiūros sistemą turėtų būti įtraukiamos ir integruojamos šios išvardintų įstaigų teikiamos paslaugos [Winters 2011]:

- vaikų ir paauglių psichiatro konsultavimas,
- psichoterapija ir psichologinis konsultavimas (individualus, grupinis ar šeimos narių),
- vaikų sveikatos priežiūros paslaugos,
- dienos stacionarai ir centrai,

- vaikų ir paauglių psichiatrijos skyriai,
- atvejo vadyba (paslaugų koordinatorius),
- psichologinių krizių intervencijos ir telefoninės pagalbos paslaugos,
- pagalba šeimai (psichologinė, socialinė, teisinė),
- apsaugos ir atstovavimo paslaugos,
- krizių centrų teikiamos saugaus apgyvendinimo paslaugos,
- laikinos globos paslaugos,
- savitarpio pagalbos ir paramos grupės,
- laisvalaikio praleidimo ir užimtumo paslaugos,
- transportavimo paslaugos,
- pedagoginės ir specialiojo mokymo paslaugos,
- mokymo, švietimo, įgūdžių formavimo paslaugos.

### **Įvairių specialistų įsitraukimas į vaikų, sergančių VSUPES sveikatos priežiūrą**

Įvairių specialistų ir įstaigų įsitraukimas į VSUPES sergančių vaikų sveikatos priežiūrą yra svarbus dėl eilės faktorių.

- Riboti finansiniai ir žmogiškieji resursai vaikų psichinės sveikatos priežiūroje. Lietuvoje vaikų ir paauglių psichiatrinių paslaugų prieinamumas pasiskirstęs netolygiai, jos praktiškai neteikiamos kai kuriuose regionuose [Stonienė 2015]. Todėl koordinuotas bendradarbiavimas tarp įvairiose institucijose dirbančių specialistų sudaro galimybę užtikrinti tokias trūkstamas paslaugas kaip psichologinis konsultavimas, šeimos narių konsultavimas ir psichoedukacija.
- Tokioms, VSUPES lydinčioms ir jų eigą apsunkinančioms problemoms, kaip mokymosi ir adaptacijos mokykloje sunkumai, saugumo ir adekvačios priežiūros užtikrinimas namų aplinkoje, reikalinga švietimo ir socialinės apsaugos įstaigų specialistų turima kompetencija.
- Dėl psichikos sutrikimus ir jų gydymą lydinčios stigmos, tiek patiems pacientams, tiek jų šeimos nariams gydymą bei psichologinę pagalbą gali būti lengviau ir priimtinau gauti ne psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, o pas šeimos gydytoją, mokykloje ar nevyriausybinėje organizacijoje.
- Specialistai, susiduriantys su vaikais pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, ugdymo įstaigose ar, teikiantys socialinę pagalbą rizikos grupės vaikams, turi galimybę pastebėti pirmuosius psichikos sutrikimo pradžius ar paūmėjimo požymius. Tai sudaro sąlygas antrinei prevencijai rizikos grupėje ar ankstyvajai intervencijai.

VSUPES sergančių vaikų sveikatos priežiūros sistema, integruojanti įvairių specialistų teikiamas paslaugas pacientui artimoje aplinkoje, užtikrina geresnį pacientų ir šeimų įsitraukimą į gydymą, paslaugų prieinamumą ir geresnius gydymo rezultatus [Grimes 2018].

Specialistams, susiduriantiems su VSUPES sergančiais vaikais ir šeimomis, reikalingos žinios apie šiuos sutrikimus ir juos lydinčias problemas, motyvacija ir įgūdžiai teikti jiems reikiamą pagalbą

[Vallance 2011]. Šios rekomendacijos skirtos suteikti esminę informaciją apie vaikų ir paauglių sunkius ir užsitęsčius psichikos ir elgesio sutrikimus, juos lydinčias sveikatos ir psicho-socialines problemas, jiems reikalingą sudėtinį gydymą ir įvairių specialistų pagalbą.

## ATPAŽINIMAS, DIAGNOSTIKA, STEBĖJIMAS, GYDYMAS

### **Bendri VSUPES atpažinimo ir diagnostikos principai**

Vaikų ir paauglių VSUPES atpažinti leidžia naujai atsiradę ir/ar pasikartojantys emocinės būsenos, elgesio, bendravimo, mokymosi pokyčiai. Specialistas juos gali tiesiogiai pastebėti bendraudamas su vaiku, išgirsti vaiko išsakomuose nusiskundimuose ir/ar sužinoti iš vaiko tėvų/globėjų. Pastebėjus tokius požymius, specialistas turėtų kilusius įtarimus aptarti su pačiu vaiku ir jo tėvais/globėjais.

Vaiko reikėtų paklausti:

- ar teisingai specialistas pastebėjo atsiradusius pokyčius, pvz. paklausti apie nuotaiką, energiją, padidėjusį nerimą, sunkumą susikaupti;
- apie galimas tokių pokyčių priežastis, pvz. paklausti, ar nekyla problemų namuose, moksle, santykiuose su bendraamžiais.

Su tėvais/globėjais reikėtų aptarti savo pastebėtus vaiko savijautos ir elgesio pokyčius bei paklausti:

- ar jie pastebėjo šiuos ar panašius požymius;
- apie galimas vaiko savijautos pokyčių priežastis;
- ar jie jau kreipėsi dėl šių vaiko savijautos pokyčių į gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą ar psichologą;
- jeigu kreipėsi:
  - o ar buvo suteikta pagalba, paskirtas gydymas;
  - o ar jie laikosi pagalbos/gydymo plano (pvz. ar vaikas lankosi pas psichologą, vartoja paskirtus vaistus);
- jeigu nesikreipė:
  - o ar mano, kad tokia pagalba būtų reikalinga;
  - o ar turi priežasčių vengti tokios pagalbos (pvz. mano, kad pagalba tikrai mokama; bijo, kad vaikas sulauks įvairių socialinių apribojimų dėl apsilankymo pas psichiatrą; bijo, kad įsikiš socialinės tarnybos ir apribos jų teises, ir pan.);
  - o ar supranta, kad nesikreipiant pagalbos, problemos nedings ir kels vis didesnių sunkumų vaikui, šeimai, jas bus sunkiau spręsti;
  - o ar žino kur ir kaip gali kreiptis į gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą ar psichologą.

Jeigu vaikas ir/ar tėvai/globėjai patvirtina specialisto pastebėjimus dėl vaiko savijautos pokyčių, detalesniam įvertinimui dėl galimo psichikos ar elgesio sutrikimo jie turėtų būti nukreipti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai. Nukreipiant šiai konsultacijai rekomenduojama paaiškinti tokios konsultacijos priežastį, poreikį, kreipimosi tvarką ir vietą, motyvuoti vaiką ir tėvus/globėjus, nuraminti nepagrįstas baimes dėl konsultacijos, atsakyti į kitus kilusius klausimus.

Planinei gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai galima nukreipti į:

- pirminį psichikos sveikatos centrą pagal registracijos vietą; šiuo atveju šeimos ar kito gydytojo siuntimas nėra būtinas, bet padidina tikimybę, kad tėvai/globėjai laikysis šios rekomendacijos;

- konsultacinę polikliniką, kuri teikia specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas; šiuo atveju reikalingas šeimos ar kito gydytojo siuntimas gydytojui vaikų ir paauglių psichiatru; konsultacinės poliklinikos paprastai veikia stambiosiose miestų poliklinikose ar ligoninėse (pvz. LSMUL Kauno Klinikose ir Kauno miesto poliklinikoje).

Skubi gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija reikalinga, jei stebimi stipriai išreikšti vaiko savijautos pokyčiai, dėl kurių kyla pavojus jo ar artimųjų sveikatai ar gyvybei. Toks pavojus gali kilti dėl:

- išsakomų ketinimų nusižudyti;
- save žalojančio elgesio, pvz. odos pjaustymo, deginimo, tyčinio apsinuodijimo ir pan.;
- dezorganizuoto elgesio, pvz. agresyvaus elgesio kaip reakcijos į psichozės metu kylančias haliucinacijas ar klievesius, ginantis nuo įsivaizduojamo pavojaus.

Skubiai gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai vaikas ir tėvai gali būti nukreipti į:

- pirminį psichikos sveikatos centrą, jei tuo metu dirba gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras ar gydytojas psichiatras, galintys suteikti skubią konsultaciją;
- vaikų skubios pagalbos centrą ligoninėje, teikiančioje vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas (žr. priedą nr. 4).

### **Afektinių sutrikimų atpažinimas ir diagnostika**

Afektiniai sutrikimai (pasikartojantis depresinis sutrikimas ir bipolinis afektinis sutrikimas) pasireiškia užsitęsusiais stipriais nuotaikos ir veiklos pokyčiais. Gali pasireikšti pažemintos nuotaikos ir veiklos slopinimo epizodai – depresija, arba neadekvačiai pakilios nuotaikos ir padidinto aktyvumo epizodai – manija. Afektinį sutrikimą reikėtų įtarti, jei vaikui ar paaugliui dažnai pasikartoja epizodai, kurių metu pasireiškia:

- pažeminta (prislėgta, liūdna, irzli) nuotaika, neadekvačiai pakili (euforiška arba dirgli) nuotaika arba stiprūs nuotaikos svyravimai;
- tampa vangus, stokoja energijos, greitai pavargsta arba tampa perdėtai aktyvus, gali nesilaikyti socialinių elgesio normų ar taisyklių;
- atsiriboja nuo draugų ir artimųjų, apleidžia anksčiau mėgtas veiklas arba tampa perdėtai kalbus, nejaučia socialinės distancijos, imasi daugybės naujų veiklų;
- nepatenkintas ir nepasitikintis savimi arba perdėtai pasitikintis ir pervertinantis savo galimybes;
- krinta mokymosi rezultatai, nes tampa sunku susikaupti, įsiminti, nuosekliai mąstyti;
- gali pasireikšti nevaldoma agresija, nukreipta į save (save žalojantis elgesys, bandymai nusižudyti) arba kitus (konfliktai, daiktų gadinimas);
- gali pakisti apetitas ir miegas (tiek sumažėti, tiek padidėti);
- gali atsirasti nusiskundimai nuovargiu, silpnumu, pasikartojančiais galvos ar kitų sričių skausmais, „funkciniais“ širdies ar virškinimo trakto sutrikimais.

Jeigu vaikas ir/ar tėvai/globėjai patvirtina specialisto pastebėjimus dėl vaiko savijautos pokyčių, detalesniam įvertinimui dėl galimo psichikos ar elgesio sutrikimo jie turėtų būti nukreipti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai. Nukreipiant šiai konsultacijai rekomenduojama paaiškinti tokios konsultacijos priežastį, poreikį, kreipimosi tvarką ir vietą, motyvuoti vaiką ir tėvus/globėjus, nuraminti nepaįstas baimes dėl konsultacijos, atsakyti į kitus kilusius klausimus.



Šeimos, vaikų ligų gydytojams bei gydytojams specialistams rekomenduojama atlikti diferencinę afektinių sutrikimų diagnostiką. Afektiniai sutrikimai turi būti diferencijuojami nuo:

- normalaus nuotaikų svyravimo (dažnai būdingo paauglystėje), kurio atveju simptomai nėra tokie sunkūs, ilgai trunkantys, nesukelia reikšmingo kasdieninio funkcionavimo sutrikimo;
- nuotaikų ir aktyvumo pokyčių, sukeltų piktnaudžiavimo PAM;
- kai kurių somatinių ar neurologinių susirgimų komplikacijų arba jų gydymui skiriamų vaistų/procedūrų nepageidaujamo poveikio.

Vaikų ir paauglių depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo atpažinimo, diagnostikos ir diferencinės diagnostikos algoritmai pateikiami šios metodikos 1, 2 ir 3 prieduose.

Atpažįstant afektinius sutrikimus, didesnis dėmesys turėtų būti skiriamas vaikams ir paaugliams, turintiems padidintą riziką susirgti. Didesnę riziką susirgti depresija turi vaikai ir paaugliai, kurie:

- patiria emociškai svarbias netektis – tėvų, globėjų, senelių, kitų artimųjų mirtis, tėvų skyrybas, draugų praradimus, kt.;
- patiria netinkamą kitų žmonių elgesį – tėvų nepriežiūrą, fizinį, seksualinį ar emocinį smurtą, patyčias (mokykloje, socialiniuose tinkluose, kt.);
- patiria dažnus rimtus konfliktus šeimoje ir/ar su bendraamžiais;
- dažnai patiria frustruojančias nesėkmes – mokymosi problemas, neatitikimą sau ar kitų keliamiems reikalavimams;
- serga kitais psichikos ar somatiniais susirgimais – psichikos (pvz. nerimo sutrikimai, valgymo sutrikimai, PAM vartojimas, aktyvumo ir dėmesio sutrikimas), somatiniais (pvz. cukrinis diabetas, hipotirozė);
- turi depresija sergančių šeimos narių.

Didesnę riziką susirgti bipoliniu afektiniu sutrikimu turi vaikai ir paaugliai, kurie:

- turi rizikos veiksnius depresijos išsivystymui ar yra sirgę sunkia depresija;
- turi temperamentą, kuriam būdingi stiprūs ar ilgalaikiai nuotaikų pokyčiai (distimišką ar hipertimišką temperamentą);
- piktnaudžiauja PAM ar yra gydomi psichostimuliuojančiais vaistais (metilfenidatu) arba antidepressantais;
- turi bipoliniu afektiniu sutrikimu sergančių šeimos narių.

### **Ankstyvos pradžios šizofrenijos atpažinimas ir diagnostika**

Ankstyvos pradžios šizofrenija labai retai prasideda iki 13 m. amžiaus, paauglystėje jos tikimybė padidėja. Ligos pradžia dažniausiai lėtinė. Nuo mažens gali būti stebimi premorbidiniai asmenybės bruožai: noro bendrauti su aplinkiniais stoka, uždarumas, emocinis šaltumas, socialinis atsiribojimas, apatija, įtarumas, priešiškus kitų atžvilgiu, keisti interesai ir poelgiai, mokymosi problemos, nesirūpinimas asmenine higiena. Prieš išsivystant psichozės simptomams gali pasireikšti prodromo simptomai: nerimo ir baimių (dažniausiai socialinių ar nerealistiško turinio) sustiprėjimas, depresiškumas, psichosomatiniai nusiskundimai, rečiau agresyvus elgesys, melavimas. Dėl nerimo, mąstymo procesų sutrikimų gali kristi mokymosi produktyvumas, rezultatai.

Dažniausiai liga atpažįstama kai pasireiškia psichozės arba „pozityvūs“ simptomai:

- Suvokimo sutrikimai, dažniausiai haliucinacijos. Vaikas girdi, mato, užuodžia ar savo viduje patiria pojūčius, kurie neturi realaus šaltinio (stimulo). Dažniausiai girdimi įvairūs garsai ar žmogiški balsai, matomi žmonės, įvairūs objektai ar jų siluetai. Gali gydytojui išsakyti nusiskundimus neįprastais pojūčiais, pvz. deginimo ar karščio jausmu vidaus organuose,

veržiančio lanko ar lašėjimo jausmu smegenyse, ir pan.. Gali atrodyti, kad vaikas išsigalvoja, meluoja, nes pasakoja apie nebuvusius ar nerealius dalykus kaip apie tikrus. Gali kaltinti kitus, kad apie jį kalba ar galvoja blogus dalykus. Įtarus haliucinacijas, rekomenduojama vaiko apie jas paklausti, pvz.:

- Ar kada nors girdėjai balsus, ar kitus garsus, kurių negirdėjo kiti?
- Ką girdėti balsai sakė, gal komentavo tavo elgesį, mintis, arba liepė ką nors daryti?
- Ar matei dalykų, kurių negalėjo matyti kiti žmonės? Ar tau kada nors susivaideno?
- Mąstymo sutrikimai, dažniausiai kliesdesiai. Tai klaidingi, tikrovę iškreipiantys įsitikinimai. Vaikams ir paaugliams dažniausiai pasireiškia santykio (įsitikinimai, kad kiti nusiteikę priešiška, nori pakenkti, apkalbinėja, tyčiojasi), persekiojimo (kiti stebi, filmuoja, renka kitokią informaciją), poveikio (kiti manipuliuoja, „skaito“ mintis, verčia kažkaip elgtis), didybės (turi ypatingą galią ar misiją) kliesdesiai. Kartais pokalbio ar atsiskaitymų moksle metu galima pastebėti mąstymo formos sutrikimus, pvz. mąstymo smulkmeniškumą, klampumą, minčių eigos nutrūkumą ar nesugebėjimą generuoti mintis. Įtarus kliesdesius, rekomenduojama vaiko apie juos paklausti, pvz.:
  - Ar kada atrodė, kad kiti žmonės apie tave kalba ar atkreipia ypatingą dėmesį, persekioja?
  - Ar kada nors gavai neįprastų, tau skirtų žinučių iš telefono, interneto ar aplinkos?
  - Ar manai, kad tau kas nors specialiai nori pakenkti?
  - Ar kada nors jauteisi ypatingai svarbus ar galintis tai, ko kiti negali?

Įtarus šiuos psichozės požymius, rekomenduojama įvertinti, ar vaikui nėra būdingi ir kiti šizofrenijos simptomai:

- Negatyvūs šizofrenijos simptomai: emocijų blankumas ir neadekvatumas, socialinis atsiribojimas, pasyvumas, spontaniškumo stoka, tikslingo elgesio ir iniciatyvos silpnėjimas, sunkumas pradėti ir užbaigti veiklą, socialinės veiklos vengimas, interesų rato siaurėjimas.
- Kognityvinių funkcijų sutrikimai: asociatyvaus ir abstraktaus mąstymo sutrikimai, dėmesio koncentracijos sutrikimai, kalbos laisvumo ir spontaniškumo trūkumas, informacijos apdorojimo sunkumai.
- Elgesio sutrikimai: gali pasireikšti agresyvus ar nerimastingas elgesys kaip reakcija į haliucinacijas ar kliesdesius, kitiems nesuprantamas keistas elgesys, betikslis dezorganizuotas elgesys.

Šizofrenijos simptomai vaikui gali pasireikšti nepertraukiamai arba epizodiškai (su pagerėjimo ir pablogėjimo laikotarpiais). Stebint šizofrenijos simptomų paūmėjimą, rekomenduojama įvertinti, kas tai galėjo išprovokuoti ir, pagal galimybę koreguoti šiuos veiksniai. Dažniausios šizofrenijos paūmėjimo priežastys:

- ūmus ar užsitęsęs stresas (pvz. klasiokų patyčios, artėjantys egzaminai);
- psichoaktyvių medžiagų vartojimas;
- gydymo nutraukimas.

Jeigu vaikas ir/ar tėvai/globėjai patvirtina specialisto pastebėjimus dėl vaiko savijautos pokyčių, detalesniam įvertinimui dėl galimo psichikos sutrikimo jie turėtų būti nukreipti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai. Nukreipiant šiai konsultacijai rekomenduojama paašškinti tokios konsultacijos priežastį, poreikį, kreipimosi tvarką ir vietą, motyvuoti vaiką ir tėvus/globėjus, nuraminti nepagrįstas baimes dėl konsultacijos, atsakyti į kitus kilusius klausimus.

Šeimos, vaikų ligų gydytojams bei gydytojams specialistams rekomenduojama atlikti diferencinę įtariamą šizofrenijos diagnostiką. Ankstyvos pradžios šizofrenija turi būti diferencijuojama nuo:

- psichozės ar delyro dėl somatinio susirgimo, neurologinio susirgimo, traumos, intoksikacijos; psichozės simptomus gali sukelti šios ligos/būklės: hipoglikemija ar hiperglikemija; sepsis; elektrolitų disbalansas ar medžiagų apykaitos sutrikimai; autoimuniniai sutrikimai; endokrininiai sutrikimai (pvz.: Kušingo liga, cukrinis diabetas, skydliaukės patologija); neurologinės būklės (pvz.: encefalitas, epilepsija); mitybos sąlygotos būklės (pvz.: vitamino B trūkumas); onkologiniai susirgimai (pvz.: kiaušidžių teratoma), genetiniai susirgimai (Hantingtono liga, Prader Willi sindromas); vaistų sąveikos ar nutraukimas;
- PAM vartojimo ar jo nutraukimo;
- vaikiško fantazavimo (pvz. bendravimo su įsivaizduojamu draugu);
- vaikystės autizmo ar kitų raidos sutrikimų;
- ūmios psichozės dėl patirtos sunkios psichologinės traumos.

### **Pavojingo elgesio įvertinimas**

VSUPES įtakoje vaikui ar paaugliui gali pasireikšti sau ir kitiems pavojingas elgesys. Pavojingas elgesys – agresyvus, griaunantis elgesys, keliantis realų pavojų, grėsmę paties vaiko ir/ar aplinkinių asmenų gyvybei, sveikatai, fiziniam saugumui arba turtui. Dažniausiai pasireiškiančios pavojingo elgesio formos:

- grasinimai kitiems žmonėms ar savižudybe;
- fizinis ar seksualinis smurtas;
- neatsargus elgesys, dėl kurio kyla pavojus pačiam vaikui ar aplinkiniams (pvz. padegimas);
- tyčinis savo sveikatos žalojimas ar apsinuodijimas;
- bandymai nusižudyti.

Su VSUPES sergančiais vaikais dirbantis specialistas tokį elgesį gali atpažinti:

- pastebėjęs tiesiogiai (pvz. agresyvus elgesys mokykloje, gydymo įstaigoje);
- pastebėjęs tokio elgesio pasekmes (pvz. pamatyti susižalojimus rankų ar kojų odoje, kraujosruvas ar nudegimus);
- sužinojęs apie tokį elgesį iš vaiko bendraamžių ar tėvų/globėjų pasakojimo.

Išsiaiškinus pavojingą elgesį, reikia įvertinti, ar vaikas dėl tokio elgesio jau buvo konsultuotas gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro arba psichologo, ar jo tėvai/globėjai žino, kokių priemonių reikia imtis kilus pavojingam elgesiui.

Jeigu toks elgesys kartojasi, bet vaikas dėl to dar nebuvo konsultuotas gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro ar psichologo, arba, jų paskirtos korekcijos priemonės neveiksmingos, reikia nukreipti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai.

- Jeigu savižudybės ar kito pavojingo elgesio rizika vertinimo metu yra maža ar vidutinė, nukreipiama planinei konsultacijai.
- Jeigu savižudybės ar kito pavojingo elgesio rizika vertinimo metu yra didelė, nukreipiama skubiai konsultacijai.

Savižudybės rizika yra didelė, kai:

- Pacientui diagnozuota sunki depresija, psichozė su imperatyvinėmis (liepiančiomis kažką daryti) haliucinacijomis arba kliesiais apie mirtį, pacientas apimtas beviltiškumo, savęs nuvertinimo minčių, išreikštas pyktis ir priešiškumas.

- Nuolatinės/konkrečios mintys apie savižudybę su aiškiais ketinimų įrodymais, praeityje yra buvęs bandymas su didele letališkumo rizika.
- Šiuo metu stebima intoksikacija, piktnaudžiavimas ar priklausomybė PAM.
- Pacientas atsisako pagalbos; nėra palaikančių santykių tinklo ar priešiški santykiai; artimieji nepasiekiami, negali padėti, serga psichikos liga, smurtauja ar vartoja PAM.
- Turi aiškų planą, numatytą laiką ir priemonės savižudybei.

Savižudybės rizika yra vidutinė, kai:

- Vidutinio sunkumo depresija, saikingas liūdesys, beviltiškumas, kai kurie psichozinio sutrikimo simptomai, vidutiniškai išreikštas pyktis, priešiškus.
- Dažnos mintys apie savižudybę, pasikartojantys grasinimai, praeityje buvę suicidiniai bandymai su maža letališkumo rizika.
- Intoksikacijos, žalingo vartojimo ar priklausomybės PAM rizika.
- Paciento požiūris į savo poelgį ir tolimesnę pagalbą ambivalentiškas (abejojantis); gali būti ribotas artimųjų palaikymas, bet artimieji nepageidauja ar nesugeba palaikyti ilgą laiką; vidutiniškai išreikšti psichikos sutrikimų simptomai šeimos narių tarpe, šeimos nestabilumas ar disfunkcinis auklėjimas.

Savižudybės rizika yra maža, kai:

- Nėra depresijos arba lengva depresija, liūdesys, nėra psichozės simptomų, optimistiškas požiūris į ateitį, nėra ar mažai išreikštas pyktis, priešiškus.
- Nėra arba nekonkrečios mintys apie savižudybę, nėra buvę suicidinių bandymų praeityje, ar buvęs vienas su mažu letališkumu.
- PAM nenaudojamos arba retai naudojamos.
- Pacientas priima pagalbą, pavyksta užmegzti bendradarbiavimą su konsultantu; geri tarpusavio santykiai su artimaisiais, yra pastovus jų palaikymas, palanki atmosfera šeimoje.

Save žalojančio vaiko ar paauglio įvertinimo tvarka detalai reglamentuojama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymas Nr. V-856 “Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos apraše” ir metodinėse rekomendacijose „Metodika specialistams darbui su save žalojančiais vaikais ir paaugliais“.

### **VSUPES gydymas ir stebėjimas**

VSUPES pasižymi ilgalaikę (dažniausiai visą gyvenimą trunkančia) eiga, sutrikimo paūmėjimo ir remisijos (simptomų sumažėjimo) epizodais. VSUPES gydymo tikslas – pasiekti optimalią ilgalaikę sutrikimo eigos kontrolę – kaip galima ilgesnę varginančių simptomų remisiją, kaip galima geresnę gyvenimo kokybę ir kasdienio funkcionavimo lygį. Siekiant šio tikslo rekomenduojama laikytis tokių gydymo principų:

- Užtikrinti ilgalaikį sudėtinį gydymą, apimančią nemedikamentinius gydymo metodus (psichologinę, socialinę, pedagoginę pagalbą) ir gydymą vaistais.
- Užtikrinti nepertraukiamą ilgalaikį gydymą. Sudėtinis gydymas reikalingas ne tik VSUPES paūmėjimų, bet ir remisijų metu. Taip užtikrinama, kad remisija truktų kuo ilgiau, būtų kokybiškesnė, būtų išvengiama sutrikimo paūmėjimų.
- Užtikrinti, kad sudėtinis gydymas nenutrūktų keičiantis gydymo vietai – grįžus po gydymo ligoninėje, dienos stacionare ar, pakeitus gyvenamą vietą, mokyklą.

Šiems tikslams ir principams įgyvendinti svarbus bendradarbiavimas tarp institucijų ir specialistų. Specialistams, dirbantiems su VSUPES sergančiais vaikais, svarbu suprasti jų poreikius ir kylančius sunkumus, reikalingą specialisto pagalbą.

### **Nemedikamentiniai VSUPES gydymo metodai**

Psichoedukacija – pacientų ir jų tėvų/globėjų mokymas apie ligą bei sveikatą, siekiant, kad jie geriau suprastų savo būklę, būtų motyvuoti bendradarbiauti gydymo procese. Svarbu suteikti informaciją apie ligos atsiradimo ir paūmėjimų priežastis, keliamas problemas, gydymo svarbą ir ypatumus, sveikatos ir remisijos išsaugojimo priemonės, atsakyti į visus kylančius klausimus. Paprastai psichoedukaciją vykdo gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai, bet pacientai ir tėvai/globėjai kartais labiau pasitiki šeimos ar vaikų ligų gydytojų, psichologų nuomone.

Psichologinis konsultavimas – tai psichologo teikiama pagalba pacientams, skirta padėti jiems suprasti ir išmokti spręsti asmenines arba tarpasmenines su psichologine savijauta ir elgesiu susijusias problemas. Tėvų konsultavimas – specialistų pagalba tėvams, siekiant padėti jiems geriau atlikti tėvų vaidmenį, rūpinantis VSUPES sergančiu vaiku – tiek stebėti bei suprasti vaiko savijautą, tiek įgyti reikiamų bendravimo, emocinio palaikymo ir elgesio kontrolės įgūdžių. VSUPES atvejais reikalingas ilgalaikis konsultavimas, pagalba susiduriant su įvairiais ligos keliamais sunkumais. Turėtų užtikrinti psichologai, dirbantys su vaiku pirminiuose psichinės sveikatos centruose, visuomenės sveikatos centruose, mokykloje.

Psichoterapija, kognityvioji elgesio terapija – kvalifikuoto psichoterapeuto pagalba pacientui geriau suprasti ir koreguoti tuos psichologinius mechanizmus, kurie sukelia psichikos sutrikimų simptomus ir susijusias psichosocialinio gyvenimo problemas.

Psichosocialinė reabilitacija – įvairios priemonės, skirtos VSUPES sergančiam vaikui išsaugoti ar atstatyti sveiką savarankiškumo ir savivertės vystymąsi bei funkcionavimą svarbiausiose srityse – santykiuose šeimoje ir su bendraamžiais, moksluose, laisvalaikyje ir kitoje savirealizacijos veikloje, gyvenimo kokybę. Svarbu, kad šios priemonės būtų įgyvendinamos vaiko socialinėje aplinkoje – ne tik gydymo įstaigoje, bet ir namuose, ugdymo įstaigoje, nevyriausybinėse organizacijose (pvz. įtraukimas į popamokinę ar savanoriavimo veiklą, socializavimosi skatinimas ir palaikymas).

Specialioji pedagoginė pagalba – priemonės, kuriomis siekiama didinti VSUPES sergančio vaiko ugdymosi veiksmingumą, įveikti ligos sukeltus mokymosi sunkumus (pvz. dėl pablogėjusio susikaupimo, įsiminimo, nepasitikėjimo savimi, pertraukų mokymosi procese dėl ligos paūmėjimų ir gydymo ligoninėje). Jos pobūdį, apimtį nustatyti ir įgyvendinimą užtikrinti turi ugdymo įstaiga. Turėtų būti atsižvelgiama į vaiko ypatumus (pvz. jei yra raidos sutrikimai, pedagoginė nepriežiūra namuose) ir ligos eigą (pvz. intensyviau teikiama pagalba po ligos paūmėjimo, gydymo ligoninėje, mažiau intensyviai, jei pasiseka pasiekti ilgalaikę remisiją).

Socialinė pagalba – intervencijos, skirtos būtinų socialinių įgūdžių ir pagalbos priemonių, paramos pritaikymui, stengiantis kurti geresnę (sveikesnę) paciento aplinką. VSUPES gydyme apima tokias veiklas: sprendžiamos paciento socialinės problemos, užtikrinamas socialinis saugumas, sprendžiami globos klausimai, ginamos pacientų teisės ir teisėti interesai. Svarbus uždavinys – užtikrinti sudėtinio gydymo tęstinumą kai to neužtikrina tėvai/globėjai. Įgyvendinama Vaikų teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos ir/ar savivaldybių socialinės paramos tarnybų specialistų.

### **VSUPES gydymas vaistais**

VSUPES gydymo vaistais tikslas – sumažinti ligos simptomus, pasiekti ir išlaikyti ilgalaikę remisiją, išvengti ligos paūmėjimo. Gydymas vaistais apima ligos paūmėjimų gydymą (ūmios psichozės, depresijos arba manijos) ir palaikomąjį gydymą tarp ligos paūmėjimų.

Sprendimą pradėti gydymą vaistais turi priimti gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, įvertinęs paciento psichikos būklę, ligos anamnezę ir fazę, anksčiau taikyto gydymo efektyvumą, nustatęs diagnozę ir sudaręs gydymo planą. Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras turi reguliariai stebėti tęsiamą gydymą vaistais, esant reikalui koreguoti skiriamus vaistus, jų dozes, priimti sprendimą apie gydymo vaistais užbaigimą. Kai kuriais atvejais gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras gali deleguoti VSUPES palaikomojo gydymo pratęsimą gydytojui psichiatrai arba šeimos gydytojui; rekomendacijos tokiam gydymo pratęsimui turi būti pateikiamos šiam gydytojui adresuotame medicinos dokumentų išrašė (forma F027/a).

Medikamentinį vaikų depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo gydymą sudaro esamo epizodo (depresijos arba manijos) bei palaikomasis gydymas antidepresantais, antipsichoziniais ir nuotaiką stabilizuojančiais vaistais. Medikamentinį ankstyvos pradžios šizofrenijos gydymą sudaro psichozės epizodo bei palaikomasis gydymas antipsichoziniais vaistais. VSUPES rekomenduojama gydyti vienu pirmo pasirinkimo vaistu (turinčiu Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos registraciją šiam sutrikimui gydyti vaikų amžiuje). Dėl gretutinių sutrikimų (pvz. nerimo sutrikimo, priklausomybės PAM) ar, pasireiškus nepageidaujamiems skiriamų vaistų poveikiams (pvz. padidėjusi raumenų įtampa, sustiprėjusios mintys apie savižudybę), gali būti papildomai skiriami kitų grupių vaistai (pvz. benzodiazepinų grupės nerimą mažinantys ar anticholinerginio poveikio vaistai). Detalios rekomendacijos VSUPES gydymui vaistais pateiktos metodikose „Vaikų ir paauglių depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmas“ ir „Vaikų ir paauglių psichozinių sutrikimų prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmas“.

VSUPES gydymas vaistais turėtų būti tęsiamas ilgą laiką, daugumai pacientų visą gyvenimą, nes jo nutraukimas ženkliai padidina ligos paūmėjimo riziką. Kai kuriems pacientams, pavykus pasiekti stabilią remisiją, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras gali priimti sprendimą užbaigti gydymą vaistais. Užbaigus gydymą vaistais rekomenduojama tęsti gydymą nemedikamentinėmis priemonėmis ir stebėjimą dėl ligos paūmėjimo rizikos iki 12 mėnesių. Nerekomenduojama VSUPES gydymą vaistais nutraukti be gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos.

### **VSUPES sergančių vaikų stebėjimas**

Specialistai, dirbantys su VSUPES sergančiais vaikais (gydytojai, slaugytojai, psychologai, pedagogai, socialiniai darbuotojai), pagal savo kompetenciją turi stebėti juos dėl:

- psichikos būklės pasikeitimo, galimo ligos simptomų sustiprėjimo;
- galimo psichozės, minčių apie savižudybę, save žalojančio ar kitokio pavojingo elgesio atsiradimo ar sustiprėjimo;
- gydymo efektyvumo, toleravimo, nepageidaujamų poveikių, gydymo režimo laikymosi.

Pirmieji vaiko psichikos būklės pasikeitimus gali pastebėti dažniausiai su juo ar jo tėvais/globėjais bendraujantys specialistai, pvz. mokytojai, psychologai. Pastebėjus psichinės būklės ar elgesio pablogėjimą arba nepageidaujamus vaisto poveikius, specialistas tai turėtų aptarti su pačiu vaiku ir jo tėvais/globėjais. Reikėtų pasitikslinti, ar teisingi specialisto pastebėjimai, paklausti apie galimas jų priežastis ir apie gydymo plano laikymąsi. Pasitvirtinus pastebėjimams, vaikui ir jo tėvams/globėjams reikėtų rekomenduoti kreiptis gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai. Pastebėjus pavojingą psichinės būklės pasikeitimą (paūmėjusi elgesį dezorganizuojanti psichozė, save žalojantis

elgesys ar savižudybės rizika), turi būti informuojami tėvai/globėjai ir vaikas nukreipiamas skubiai gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai.

Padidintas specialistų dėmesys VSUPES sergantiems vaikams reikalingas tokiais kritiniais momentais kaip grįžimas ir reintegracija į gyvenimą po ūmaus ligos periodo ir/ar gydymo ligoninėje, grįžtant į mokyklą po atostogų ar skirto namų mokymo, semestro ir mokslo metų pabaigoje, ruošiantis egzaminams, keičiant ugdymo įstaigą, patiriant kitas stresogenines situacijas mokykloje ar namuose. Šeimos ar vaikų ligų gydytojų vaidmuo VSUPES sergančių vaikų gydyme ir stebėjime:

- įtarus ankstyvos pradžios šizofreniją, depresiją ar bipolinį afektinį sutrikimą, vaiko siuntimas pas gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą nustatyti diagnozę ir sudaryti gydymo planą;
- diferencinė diagnostika nuo somatinių ar neurologinių ligų arba jų gydymo sukeliama nepageidaujamų poveikių;
- palaikyti motyvaciją laikytis gydymo plano;
- gydant depresiją, gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro vaikui paskirto gydymo antidepressiniais vaistais tęsimas iki 6 mėnesių (vėliau pacientas siunčiamas pas gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą į konsultaciją);
- gydant bipolinį afektinį sutrikimą ar ankstyvos pradžios šizofreniją, po gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos šeimos medicinos gydytojas gali tęsti paskirtą gydymą, jei tai yra nurodyta gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos išrašė (medicinos dokumentų išrašė F027/a);
- paciento siuntimas gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai dėl gydymo koregavimo, jei stebimas psichikos būklės pablogėjimas, gydymas neefektyvus ar pasireiškia netoleruojami nepageidaujami poveikiai;
- paciento stebėjimas kaip aprašyta aukščiau;
  - o jei pacientui skiriami antipsichoziniai vaistai, dėl padidėjusios metabolinio sindromo rizikos rekomenduojama įvertinti svorio dinamiką, gliukozės koncentraciją kraujyje; dėl QTc tarpo prailgėjimo rizikos rekomenduojama EKG įvertinti QTc tarpą prieš vaisto skyrimą, ir vaisto skyrimo metu (kas 3-6 mėn.); esant QTc tarpo pailgėjimui daugiau nei 20 ms, rekomenduojama atidžiau įvertinti širdies ir kraujagyslių funkciją; QTc pailgėjus daugiau nei 60 ms, medikamentą rekomenduojama nutraukti;
  - o jei pacientui skiriami ličio druskos preparatai, rekomenduojama įvertinti inkstų ir skydliaukės funkciją atspindinčius rodiklius (kas 3-6 mėn.);
- aktyvus paciento somatinės sveikatos stebėjimas, nes VSUPES sergantys vaikai dažnai nesugeba patys kreiptis pagalbos dėl somatinės sveikatos sutrikimų, turi sunkumų pasirūpinti asmenine higiena, turi didesnę riziką tokiems sveikatai žalingiems veiksniams kaip nesveika mityba, piktnaudžiavimas PAM, nepakankamas fizinis aktyvumas;
- esant indikacijoms, paciento nukreipimas į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą (NDNT) neįgalumo lygio nustatymui;
- pagal individualius paciento poreikius rekomenduoti ugdymo įstaigai skirti individualų mokymą ar kitokią pagalbą mokymosi procese.

Ugdymo įstaigos specialistų vaidmuo VSUPES sergančių vaikų gydyme ir stebėjime:

- įtarus ankstyvos pradžios šizofreniją, depresiją ar bipolinį afektinį sutrikimą, informuoti tėvus ir rekomenduoti kreiptis į gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą detalesniam įvertinimui;
- stebėti vaiko sveikatos būklę, pastebėjus jos pablogėjimą, aptarti su pačiu vaiku ir informuoti tėvus/globėjus;

- padėti VSUPES sergančiam vaikui mokymosi ir socializavimosi mokykloje procese; jei yra požymių, kad vaikas gali turėti specialiuosius ugdymosi poreikius (SUP), švietimo įstaigos, kurioje vaikas ugdomas, vaiko gerovės komisija SUP nustatymui nukreipia vaiką į pedagoginę psichologinę tarnybą (PPT), kad vaikui būtų nustatyta pagalbos ir paslaugų reikmė, siekiant sudaryti jam optimalias ugdymo ir ugdymosi sąlygas;
- teikti vaikui psichologinę pagalbą, pasitelkiant ugdymo įstaigoje dirbantį psichologą;
- teikti vaikui socialinę pagalbą, pasitelkiant ugdymo įstaigoje dirbantį socialinį pedagogą;
- padėti VSUPES sergančiam vaikui reintegrotis į gyvenimą po ligos paūmėjimo ir/ar gydymo ligoninėje;
- atrasti stresogeninius veiksnius ugdymo įstaigoje, neigiamai veikiančius vaiko psichinę būklę, ir suteikti pagalbą juos sėkmingiau įveikti ar suvaldyti (pvz. kompensuoti atsilikimą moksluose po gydymosi ligoninėje);
- sudaryti VSUPES sergančiam vaikui saugią aplinką ugdymo įstaigoje, mažinti su psichikos ligomis susijusią stigmą (pvz. užkirsti kelią bendraamžių patyčioms);
- palaikyti motyvaciją laikytis gydymo plano;
- bendradarbiauti su psichinės sveikatos priežiūros ir kitais specialistais teikiant sudėtinę pagalbą VSUPES sergančiam vaikui.

Vaikų teisių apsaugos ir socialinės pagalbos įstaigų specialistų vaidmuo VSUPES sergančių vaikų gydyme ir stebėjime:

- spręsti paciento socialines problemas, kylančias dėl VSUPES ir/ar neadekvačios tėvų/globėjų priežiūros;
- padėti užtikrinti sudėtinio gydymo tęstinumą kai to neužtikrina tėvai/globėjai; esant reikalui, spręsti globos klausimus;
- užtikrinti socialinį saugumą namuose, gyvenamojoje vietoje ir ugdymo įstaigoje, padėti išveikti ar sumažinti su psichikos sutrikimu susijusią stigmą;
- ginti pacientų teises ir teisėtus interesus;
- stebėti vaiko sveikatos būklę, pastebėjus jos pablogėjimą, aptarti su pačiu vaiku ir informuoti tėvus/globėjus ar tiesiogiai informuoti sveikatos priežiūros specialistus;
- palaikyti motyvaciją laikytis gydymo plano;
- bendradarbiauti su psichinės sveikatos priežiūros ir kitais specialistais teikiant sudėtinę pagalbą VSUPES sergančiam vaikui.



## ALGORITMAI

### 1 priedas. Vaikų ir paauglių depresijos atpažinimo ir diagnostikos algoritmas.

Įtarimą keliantys požymiai:

Pasikeitusi emocinė būsena: bloga nuotaika, energijos stoka, pesimizmas, nepasitikėjimas

Pasikeitęs elgesys: atsiribojimas nuo bendravimo ir veiklų, greitas susierzinimas, savęs žalojimas

Blogėjantis funkcionavimas: sutrikimai moksle, bendravime, laisvalaikyje

Įvertinimas:

Ar yra bent 2 pagrindiniai depresijos požymiai:

- pažeminta nuotaika (prislėgta, liūdna, pikta, irzli)
- sumažėję interesai ir pasitenkinimas anksčiau malonia veikla
- jaučiamas energijos trūkumas, sumažėjęs aktyvumas ir padidėjęs nuovargis

Jeigu TAIP, ar yra bent 2 papildomi simptomai:

- susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys
- sumažėjusi savivertė ir pasitikėjimas savimi
- kaltės ir menkavertiškumo jausmas
- niūrus ir pesimistinis ateities įsivaizdavimas
- polinkis save žaloti, mintys apie savižudybę ir savižudiški veiksmai
- sutrikęs miegas
- sumažėjęs apetitas

Jeigu TAIP, ar tokia savijauta vyrauja daugiau nei 2 savaites?

Jeigu TAIP, ar dėl to bendras funkcionavimas pablogėjęs bent 30 proc. (VBVS >70%)?

Jeigu TAIP, diagnozuojamas depresijos epizodas (toliau DE)

Ar praityje yra buvęs depresijos epizodas ir kelių mėnesių intervalas be reikšmingų nuotaikos pakitimų?

Jeigu TAIP, diagnozuojamas pasikartojantis depresijos sutrikimas su atitinkamu depresijos epizodu

Ar praityje yra buvę neadekvačiai pakilios nuotaikos ir aktyvumo epizodų, kurie atitinka manijos ar hipomanijos kriterijus?

Jeigu TAIP – diagnozuojamas bipolinis afektinis sutrikimas su atitinkamu depresijos epizodu

Diagnozuojant depresiją vaikams ir paaugliams reikia atsižvelgti į amžiui būdingus ypatumus:

Jaunesnio amžiaus vaikams depresijos metu gali pasireikšti padidintas dirglumas (pykčio protrūkiai, prieštaravimas), nuo aplinkybių priklausantys nuotaikos pokyčiai (pvz. nuotaikos pagerėjimas susitikus draugus), psichosomatiniai skundai (pvz. „funkciniai“ pilvo skausmai, silpnumas).

Paaugliams depresijos metu gali pasireikšti padidintas dirglumas (irzlumas, priešiškus, menka tolerancija frustracijai, pykčio protrūkiai), nuo aplinkybių priklausantys nuotaikos pokyčiai (pvz. nuotaikos pagerėjimas susitikus draugus), padidintas mieguistumas, padidintas apetitas ir svorio augimas, psichosomatiniai skundai (pvz. „funkciniai“ pilvo skausmai, silpnumas), kraštutinis jautrumas atstūmimui (kartais tik įsivaizduojamam menkinimui ar kritikavimui), socialinis atsiribojimas.

## 2 priedas. Vaikų ir paauglių manijos ir bipolinio afektinio sutrikimo atpažinimo ir diagnostikos algoritmas.

### Itarimą keliantys požymiai:

Pasikeitusi emocinė būsena: perdėtai pakili nuotaika, energijos ir minčių antplūdžiai

Pasikeitęs elgesys: padidintas aktyvumas, perdėtas kalbumas ir skubumas, familiarumas

### Ivertinimas:

Ar pasireiškia bent 3 iš šių simptomų:

- nepriklausomai nuo aplinkybių pakili nuotaika
- energijos padidėjimas, atsiradęs hiperaktyvumas
- skubus ir perdėtas kalbėjimas
- sumažėjęs miego poreikis ir apetito pokyčiai
- padidėjęs mąstymo tempas, minčių antplūdžiai, didelis išsiblaškyimas
- padidėjusi savivertė su didybės idėjomis ir perdėtu pasitikėjimu savimi
- prarastas socialinių normų jautimas, todėl elgesys būna neapgalvotas, perdėtai rizikingas arba netinkamas ir neadekvatus aplinkybėms

Jeigu TAIP, ar jie pasireiškia bent 7 dienas, didesnę dienos dalį?

Jeigu TAIP, ar dėl to bendras funkcionavimas pablogėjęs bent 30 proc. (VBVS <70%)?

Jeigu TAIP, diagnozuojama manija

Ar kartu pasireiškia šie simptomai:

- kliesdėiai (paprastai kongruentiški nuotaikai – didybės, religiniai, bet g.b. ir kitokie)
- haliucinacijos
- labai dezorganizuotas elgesys – agresija, nesirūpinimas maistu ar asmenine higiena
- labai sutrikęs bendras funkcionavimas (VBVS < 40 proc.)

Jeigu TAIP, diagnozuojama manija su psichozės simptomais

Jeigu pasireiškia bent 3 aukščiau išvardinti manijos simptomai, bet jų trukmė ir/ar intensyvumas mažesni, o VBVS gali būti > 70 proc., diagnozuojama hipomanija

Ar praeityje buvęs manijos arba depresijos epizodas bei intervalas be reikšmingų nuotaikos pakitimų?

Jeigu TAIP, diagnozuojamas bipolinis sutrikimas ir atitinkamas manijos arba depresijos epizodas

Diagnozuojant bipolinį sutrikimą vaikams rekomenduojama atsižvelgti į amžinius ypatumus:

- turi pasireikšti manijos simptomai;
- euforiška nuotaika turi pasireikšti didesnę dienos dalį bent 7 dienas;
- vaikams iki 11 metų padidintas dirglumas nėra reikšmingas diagnostikos kriterijus;
- 12 metų ir vyresniems vaikams (paaugliams) padidintas dirglumas, jeigu yra epizodiškas, stipriai išreikštas ir sukelia reikšmingą disfunkciją, gali būti vertinamas kaip diagnostinis kriterijus;
- bipolinio afektinio sutrikimo diagnozė neturėtų remtis tik depresijos simptomais ir bipolinio sutrikimo šeimoje anamneze;
- manijos metu nuotaika gali būti pakili, kartu ir disforiška (dirgli), bet pakili nuotaika nėra būtinas požymis diagnozuoti maniją paaugliams;
- manijos ir/ar depresijos epizodai, sergant bipoliniu afektiniu sutrikimu, turi tęstis periodais (dienomis, savaitėmis), o ne vienos dienos eigoje atsirandančiais nuotaikų pokyčiais;
- asmenys, kurie periodiškai bendrauja su bipoliniu afektiniu sutrikimu sergančiu vaiku (pvz. tėvai, mokytojai), turėtų pastebėti ir įvardinti vaiko elgesio ir nuotaikos pasikeitimo epizodo pradžią, trukmę, pobūdį;
- paaugliams, lyginant su suaugusių populiacija, kartojasi dažnesni ligos paūmėjimai.

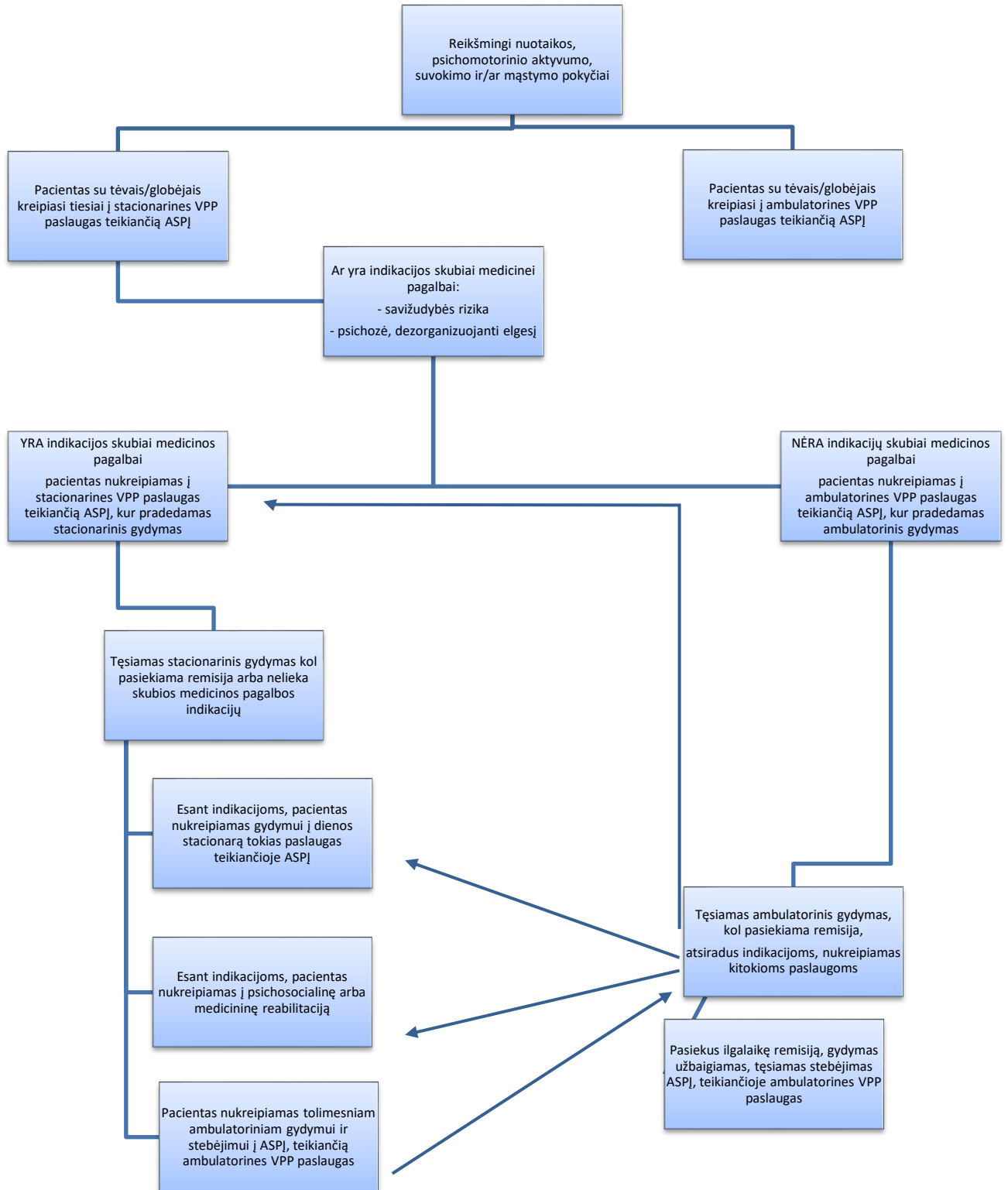
### **Priedas 3. Vaikų nuotaikos (afektinių) sutrikimų diferencinės diagnostikos algoritmas.**

Vaikų nuotaikos (afektinių) sutrikimų diferencinė diagnostika turi atsakyti į klausimus:

1. Ar simptomai, dėl kurių įtariamas nuotaikos sutrikimas, nėra sukelti psichoaktyvių medžiagų (PAM) vartojimo?
  2. Ar simptomai, dėl kurių įtariamas nuotaikos sutrikimas, nėra sukelti somatinio susirgimo ar jam taikomo gydymo nepageidaujamų poveikių?
  3. Ar simptomai, dėl kurių įtariamas nuotaikos sutrikimas, nėra kito psichikos ar elgesio sutrikimo požymiai?
- 1.1. Diferencijuojant nuotaikos sutrikimus su PAM vartojimo sukeltais nuotaikos pokyčiais reikia atsakyti į klausimus:
- 1.1.1. Ar į maniją panašūs simptomai pasireiškia tik intoksikacijos PAM periodais?
  - 1.1.2. Ar į depresiją panašūs simptomai pasireiškia tik praėjus intoksikacijai ir abstinencijoje?
  - 1.1.3. Ar kliniškai reikšmingi nuotaikos sutrikimai pasireiškė iki PAM vartojimo?
  - 1.1.4. Ar nuotaikos sutrikimo simptomai pasireiškia ir ilgą laiką susilaikant nuo PAM vartojimo?
- 1.2. Nuotaikos sutrikimas diagnozuojamas, jei jo klinikinė išraiška atitinka visus diagnostinius kriterijus ir pasireiškia nepriklausomai nuo PAM vartojimo.
- 2.1. Nuotaikos (afektinių) sutrikimų simptomai dažniausiai pasireiškia sergant: skydliaukės susirgimais, Adisono liga, Kušingo liga, hipopituitarizmu, įgyto imunodeficito sindromu, mononukleoze, gripu, epilepsija, traumine smegenų liga, migrena, išsėtine skleroze.
- 2.2. Nuotaikos (afektinių) sutrikimų simptomus gali sukelti šių somatiniams susirgimams gydyti skiriamų vaistų nepageidaujami poveikiai: beta adrenoblokatoriai, kortikosteroidai, nesteroidiniai analgetikai, imunosupresantai, interferonas, onkologijoje naudojami vaistai.
- 2.3. Nuotaikos (afektiniai) sutrikimai gali lydėti somatinius susirgimus, todėl turi būti kartu diagnozuojami, jei jų klinikinė išraiška atitinka visus diagnostinius kriterijus.
- 2.4. Šiais atvejais pasirenkant gydymo taktiką svarbu užtikrinti efektyvų ir saugų somatinio susirgimo gydymą bei kontrolę, suteikti psichologinę pagalbą įveikiant susirgimo keliamą stresą.
- 3.1. Depresija turėtų būti diferencijuojama su:
- 3.1.1. paauglystei būdingais nuotaikos svyravimais – simptomai neatitiks visų depresijos diagnostinių kriterijų, mažesnis neigiamas poveikis bendram funkcionavimui;
  - 3.1.2. adaptacijos sutrikimų su nuotaikos pokyčiais – simptomai neatitiks visų depresijos diagnostinių kriterijų, pradžia ir eiga susiję su aiškaus stresogeninio faktoriaus veikimu, trumpesnė trukmė;
  - 3.1.3. nerimo sutrikimus lydinčio socialinio atsiribojimo ir vengiančio elgesio – nuo sutrikimo pradžios vyrauja nerimo simptomai; veiklos ir bendravimas apribojami dėl baimių, ne dėl pažemintos nuotaikos; depresija gali komplikuoti nerimo sutrikimą, tada turėtų būti diagnozuojama kaip gretutinis sutrikimas;
  - 3.1.4. šizofrenijai būdingų negatyvių simptomų – pasireiškė būdingi mąstymo bei suvokimo sutrikimai, dezorganizuotas elgesys; anamnezėje svarbu įvertinti, ar pasireiškė šizofrenijai būdingi premorbidiniai bruožai; vyraus emocinis blankumas, apatija ir abulija, o ne pažeminta nuotaika; nepasiduos gydymui antidepresantais;
  - 3.1.5. elgesio sutrikimą lydinčių nuotaikos pokyčių – gali pasireikšti pyktis, greitas susierzinimas, savęs žalojimas ar suicidiniai ketinimai, tačiau jų trukmė trumpesnė, jie paprastai apspręsti susidariusių aplinkybių (grėšiančios atsakomybės už savo poelgius, negalėjimo patenkinti savo norus ir pan.), nėra lydimi anhedonijos, energijos stokos; jeigu kartu pasireiškia diagnostinius kriterijus atitinkantis elgesio sutrikimas ir diagnostinius kriterijus atitinkanti depresija, turi būti diagnozuojamas depresinis elgesio sutrikimas (pagal TLK-10 AM kodas F92.0)
- 3.2. Manija turėtų būti diferencijuojama su:

- 3.2.1. aktyvumo ir dėmesio sutrikimu – manijos atveju hiperaktyvumas ir nedėmesingumas prasideda vėlesniame (mokykliniame) amžiuje, pasireiškia epizodiškai ir praeina, kai normalizuojasi nuotaika; abu sutrikimai diagnozuojami kaip gretutiniai, jeigu anksčiau buvusiam hiperaktyviam vaikui epizodiškai atsiranda naujų, manijai būdingų simptomų (pvz. savo sugebėjimų ar reikšmingumo pervertinimo idėjos, haliucinacijos, euforiška nuotaika);
- 3.2.2. prieštaraujančio neklusnumo ir kitais elgesio sutrikimais – manijos atveju elgesio sutrikimo simptomai pasireiškia pakitus nuotaikai ir praeina kai nuotaika normalizuojasi;
- 3.3. Manija arba sunkus depresijos epizodas su psichozės simptomais turėtų būti diferencijuojami su šizofrenija – svarbu įvertinti anamnezę ir paciento stebėjimo duomenis, nuotaikos sutrikimų atveju mąstymo ir kalbėjimo sutrikimai stebimi epizodiškai pasikeitus nuotaikai, išlieka gyvesnė emocinė išraiška, geresnis įsitraukimas į bendravimą su gydytoju.

## Priedas 4. VSUPES gydymo ir paciento kelio algoritmas.



## Literatūra

- Kessler R. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, *World psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2007; 6/3, 168-76. PMID: PMC2174588.
- Lesinskienė S, Girdzijauskienė S, Gintilienė G, Butkienė D, Pūras D, Goodman R, Heiervang E Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. *BMC Public Health*, 2018; 18:548. doi.org/10.1186/s12889-018-5436-3.
- Leskauskas , Juodenis D, Savulionytė E. Besiŕšiančios COVID-19 pandemijos poveikio vaikų ir paauglių psichikos sveikatai tyrimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2022; 26/5:308-312.
- Stevanovic D, Kabukcu Basay B, Basay O, Leskauskas D, Nussbaum L, Zirkashvili M. COVID-19 pandemic-related aspects and predictors of emotional and behavioural symptoms in youth with pre-existing mental health conditions: results from Georgia, Lithuania, Romania, Serbia, and Turkey. *Nord J Psychiatry*. 2021 Dec 23:1-8.
- Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2009; 11:1, 7-20, DOI: 10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas
- Raballo A, Schultze-Lutter F and Armando M. Children, Adolescents and Families With Severe Mental Illness: Toward a Comprehensive Early Identification of Risk. *Front. Psychiatry*, 2021;12:812229. doi: 10.3389/fpsy.2021.812229
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M. *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*, 2022;27, 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:555–65.
- Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven De Haan K, Sawyer M, Ainley J et al. The mental health of children and adolescents. Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Canberra: Department of Health 2015. <https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/%24File/child2.pdf>
- World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. WHO, Geneva 2003.
- Wagner, M., Newman, L., Cameto, R., and Levine, P. (2006). The Academic Achievement and Functional Performance of Youth With Disabilities. A Report From the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2). (NCSE 2006-3000). Menlo Park, CA: SRI International.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2007). Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No. SMA 07-4293). Rockville, MD. <http://www.samhsa.gov/>
- Farmer EMZ, Burns BJ, Angold A, Costello EJ. Impact of Children's Mental Health Problems on Families: Relationships with Service Use. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 1997;5(4):230-238. doi:10.1177/106342669700500406
- Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE*. 2013;8:e55176.

- Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:555–65.
- Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, Pfennig A, et al. Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2020;41:28–39.
- Winters NC. Community-Based Systems of Care. In: Cheng K, Myers KM. *Child and Adolescent Psychiatry The Essentials*, 2nd Edition. 2011 Lippincott Williams & Wilkins
- Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, Degenhardt L, Vos T, Whiteford HA, Scott JG. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med*. 2015 May;45(7):1551-63. doi: 10.1017/S0033291714002888. Epub 2014 Dec 23. PMID: 25534496; PMCID: PMC5922255.
- Grimes KE, Creedon TB, Webster CR, Coffey SM, Hagan GN, Chow CM. Enhanced Child Psychiatry Access and Engagement via Integrated Care: A Collaborative Practice Model With Pediatrics. *Psychiatr Serv*. 2018 Sep 1;69(9):986-992. doi: 10.1176/appi.ps.201600228. Epub 2018 Jul 25. PMID: 30041586.
- Vallance, A., Kramer, T., Churchill, D., & Garralda, M. Managing child and adolescent mental health problems in primary care: Taking the leap from knowledge to practice. *Primary Health Care Research & Development* 2011, 12(4), 301-309. doi:10.1017/S1463423611000338
- Stonienė L, Izokaitis M, Liuima V. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų. Baigiamoji ataskaita. Higienos institutas, 2015. Prieiga per internetą: <http://hi.lt/uploads/pdf/projektai/Ivykdyti%20projektai/90.Tyrimo%20baigiamoji%20ataskaita-pilna.pdf>
- Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM). <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/ivadas.html>
- Boris Birmaher M.D. David Brent M.D. (Principal Authors) The AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov;46(11):1503-26. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c.
- NICE clinical guideline 134. Depression in children and young people: identification and management. National Institute for Health and Clinical Excellence, June 2019.
- Joseph M Rey, Tolulope T Bella-Awusah & Jing Liu, *Depression in Children and Adolescents*, 2015, Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>.
- Andrew Diederich, Jessica M. Jones, and Graham J. Emslie. Chapter: Child and Adolescent Depression. Edited by Madhukar H. Trivedi. *Depression*. Oxford University Press 2019. doi: 10.1093/med/9780190929565.003.0024
- NICE clinical guideline 38. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence, April 2018.
- Sadock, Benjamin J.; Sadock, Virginia A.; Ruiz, Pedro. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th Edition; Lippincott Williams & Wilkins 2017.
- Thapar A., Pine D.S., Leckman J.F. *Rutter's Child and adolescent psychiatry* 6<sup>th</sup> edition 2018 (858-869).