

Specialistams darbui su: pirmąjį psichozės epizodą patyrusiais vaikais ir paaugliais

PARENGĖ

Jūratė Baltrėnė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas jurate.baltrene@kaunoklinikos.lt;

Prof. Darius Leskauskas, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt;

Dalius Klimavičius, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas dalius.klimavicius@kaunoklinikos.lt;

Dalia Vėlavičienė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt;

Metodikai pritarė Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrių draugija

TURINYS

I. Įžanga

II. Aktualumas

III. Literatūros apžvalga

IV. Siūloma diagnostikos/stebėjimo/terapijos sistema

- Rizikos veiksniai
- Diagnostika
- Stebėjimas ir gydymas

V. Pagalbos algoritmas

I. Įžanga

Ši metodinė priemonė skirta specialistams, dirbantiems su vaikais ir paaugliais, patyrusiais pirmąjį psichozės epizodą.

Psichozės terminą 1845 pirmą kartą pavartojo austrų gydytojas, poetas ir filosofas E. von Feuchterslebenas. Iš pradžių psichozė apėmė psichinės negalios kategoriją, taip pat kai kuriuos kitus rimtus psichikos sutrikimus. Tik vėliau šis terminas atskirtas nuo psichopatijos ir psychoneurozės savokų ir tapo specializuotu terminu apibūdinti rimtiems psichikos sutrikimams [1]. Psichoziniams sutrikimams yra būdingi esminiai ir specifiniai mąstymo bei suvokimo sutrikimai ir neadekvatus arba blankus afektas (emocinis reagavimas). Svarbiausi psichozės simptomai yra minčių skambėjimas, minčių įdėjimas ar atėmimas, minčių perdavimas, kliedesinis suvokimas, poveikio, įtakos ar pasyvumo kliedesiai, klausos haliucinacijos, pasireiškiančios balsais, komentuojančiais arba aptariančiais pacientą, mąstymo sutrikimai ir negatyvūs simptomai. Būdinga aiški sąmonė, intelektas paprastai išlieka, nors tam tikrų kognityvinių trūkumų, bėgant laikui, gali atsirasti. Psichozinių sutrikimų eiga gali būti nepertraukiama arba epizodinė su progresuojančiu arba nekintamu psichikos defektu, gali būti vienas arba daugiau epizodų su visiška arba daline remisija. Psichoziniai sutrikimai neretai manifestuoja jauname amžiuje, todėl, siekiant užtikrinti savalaikę pagalbą, sulėtinti ligos progresavimą ar pasiekti remisiją, būtina ankstyva diagnostika ir adekvatus gydymas [2].

Šiuo metodiniu dokumentu siekiama pagilinti specialistų, dirbančių su pirmąjį psichozės epizodą patyrusiais vaikais ir paaugliais žinias, pagerinti minėtos tikslinės grupės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, mažinant teritorinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus tarp didžiųjų miestų ir rajonų savivaldybių.

II. Aktualumas

Diagnozuojant psichoze pasireiškiančius sutrikimus (toliau – psichozinius sutrikimus) svarbiausia yra klinikinis ligos vaizdas ir psichikos būklės įvertinimas. Būtina įvertinti ir anamnezę, stebėti ligos eigą, simptomus, atsižvelgti į paciento kultūrinę aplinką, religinius įsitikinimus ir pasaulėžiūrą. Psichoziniai sutrikimai pasireiškia mąstymo, valios ir afekto sutrikimų deriniu, taip pat jiems būdingi suvokimo sutrikimai, dezorganizuotas elgesys, kurie sukelia paciento funkcionavimo problemų, gali kilti pavojus paties paciento bei aplinkinių sveikatai ir gyvybei. Psichoziniai sutrikimai reikalauja skubios medicininės pagalbos ir efektyvaus gydymo.

Paauglystėje sutrikimas dažnai prasideda itin skirtingai, tad sutrikimą pradžioje neretai sunku diferencijuoti nuo kitų patologijų. Gydant psichozinius sutrikimus vaikams ir paaugliams reikalingos kompleksinės priemonės – antipsichozinio poveikio vaistai, antidepresantai, psichoterapija ar kognityvinė elgesio terapija, tėvų konsultavimas ar šeimos psichoterapija, psichosocialinė reabilitacija, pedagoginė ar/ir socialinė pagalba. Lietuvoje šiuo metu vaikų ir paauglių psichozinių sutrikimų gydymui valstybinės vaistų kontrolės tarnybos (toliau - VVKT)

yra registruoti tik 3 šios grupės vaistai – haloperidolis, risperidonas (nuo 15 m. amžiaus) ir aripiprazolis (nuo 15 m. amžiaus). Tačiau, kaip rodo klinikinių tyrimų rezultatai ir praktinė patirtis, daliai pacientų šie vaistai yra neefektyvūs ar netoleruojami dėl nepageidaujamų reiškinių, todėl turi būti keičiami kitais antipsichoziniais vaistais, kurie nėra registruoti vaikų ir paauglių gydymui Lietuvoje.

Stebimas gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro prieinamumo trūkumas savivaldybėse, kadangi dalis savivaldybių neturi, o kitos turi tik ketvirtadaliu ar mažesniu darbo krūviu dirbančius gydytojus vaikų ir paauglių psichiatus. Vaikų psichozinių sutrikimų diagnostika ir gydymas yra specifiški, tad specialistų trūkumas taip pat sukelia nemažai problemų.

Psichozinių sutrikimų diagnostiką vaikų ir paauglių amžiuje apsunkinantys veiksniai:

- pradiniai psichozinių sutrikimų simptomai itin įvairūs, todėl sutrikimo vystymosi pradžioje gali būti diagnozuotas kitas sutrikimas (valgymo, nuotaikos ar elgesio sutrikimai);
- gali pasireikšti gretutiniai nuotaikos, nerimo, valgymo, elgesio ar kiti sutrikimai, maskuojantys psichozinį sutrikimą;
- psichozės simptomai gali būti nuotaikos sutrikimo dalis;
- trūksta specialistų, ypatingai pirminėje sveikatos ir psichinės sveikatos priežiūros grandyje, mokančių atpažinti ir diagnozuoti vaikų ir paauglių psichozinius sutrikimus.

Psichozinių sutrikimų gydymo efektyvumą apsunkinantys veiksniai:

- vėluoja diagnozės nustatymas ir gydymo pradžia;
- ne visų antipsichozinių vaistų naudojamų suaugusiųjų amžiuje, esant psichoziniams sutrikimams, efektyvumas ir saugumas yra moksliskai pagrįstas psichozinių sutrikimų gydymui vaikų amžiuje;
- Lietuvoje vaikų psichozinių sutrikimų gydymui registruota maža dalis ES šalyse ir JAV registruotų vaistų, kas apsunkina jų naudojimą;
- gydytojai psichiatrai stokoja žinių ir įgūdžių gydant vaikų psichozinius sutrikimus, dažnai skiria vaistus, kurių efektyvumas ir saugumas šioje amžiaus grupėje nėra patvirtintas;
- Lietuvoje nepakankamas kvalifikuoto psichoterapinio gydymo prieinamumas vaikams ir paaugliams, kuris yra privaloma efektyvaus psichozinių sutrikimų gydymo dalis;
- dažni gretutiniai sutrikimai apsunkina psichozinių sutrikimų gydymą, mažina taikomo gydymo efektyvumą, išprovokuoja sutrikimų recidyvus;
- dažnai gydymą apsunkina nepalankūs socialiniai veiksniai, pvz. vaiko nepriežiūra ar smurtas šeimoje, patyčios mokykloje.

Metodinio dokumento tikslas ir reikalingumas. Šiuo metodiniu dokumentu siekiama:

- pagerinti specialistų, dirbančių su pirmąjį psichozės epizodą patyrusiais vaikais ir paaugliais, žinias;

- pagerinti įvairių specialistų bendradarbiavimą užtikrinant vaikų ir paauglių psichozinių sutrikimų gydymo kompleksiskumą, tęstinumą ir efektyvumą;
- pagerinti vaikų ir paauglių psichozinių sutrikimų, ir tokių komplikacijų kaip savižudiškas elgesys, prevenciją.

III. Literatūros apžvalga

Psichoziniai sutrikimai vaikų ir paauglių amžiuje yra reti, jų paplitimas siekia iki 1% [3]. Vaikystėje ir paauglystėje prasidedantys psichoziniai sutrikimai yra susiję su sunkia klinicine eiga, prastu psichosocialiniu funkcionavimu. Šie sutrikimai dažniau diagnozuojami vėlyvoje paauglystėje arba ankstyvame suaugusiame amžiuje, o simptomai per visą suaugusiųjų gyvenimą, net esant remisijai, išlieka iki 90% [4]. Ankstyvos pradžios atvejais randami panašūs neurobiologiniai ir fenotipiniai pokyčiai, kaip ir suaugusiųjų grupėje, tačiau jie turi prastesnę ilgalaikę psichopatologinę baigtį [5], todėl vaikų amžiuje ankstyvas diagnozavimas ir veiksmingas gydymas ypač svarbūs.

Psichozinio sutrikimo paplitimas tarp lyčių reikšmingai nesiskiria [6]. Dvynių studijos atskleidė, kad psichoziniai sutrikimai paveldimi apie 60-80 % [7]. O išsamūs genomo tyrimai, pagrįsti psichozinių sutrikimų poligeniniais rizikos rodikliais, atskleidė ryšį tarp socialinių ir kognityvinių sutrikimų vaikystėje, kurie buvo aiškinami kaip atspindintys galimą genetinį polinkį [8]. Kita vertus, nemažai įtakos turi ir aplinkos veiksniai. Tyrimų duomenys rodo, kad psichoziniai sutrikimai gali būti susiję su patirtomis traumomis, dažniausiai su emocine ar fizine nepriežiūra, taip pat su fiziniu smurtu [9]. Neigiama patirtis vaikystėje žymiai padidino riziką susirgti psichoze [10].

Remiantis 2020 metų Higienos instituto pateikiamais duomenimis, ligotumas psichoziniais sutrikimais (Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtajame pataisytame ir papildytame leidime, Australijos modifikacijos, toliau TLK-10-AM, koduojamais F20-F29) vaikų amžiuje (iki 18 metų) registruotas 136 asmenims, sergančiųjų asmenų skaičius 1000 gyventojų – 0,27. Vaikų amžiuje ligotumas šizofrenija (TLK-10-AM kodas F20) – 33 asmenys, sergančiųjų asmenų skaičius 1000 gyventojų – 0,07. Ankstyvosios (prasidėjusios iki 13 metų amžiaus) šizofrenijos sutrikimų paplitimas Lietuvoje vaikų amžiuje yra artimas kitų šalių rodikliams (t.y.: mažiau nei 1/10000). Remiantis Valstybinio psichikos sveikatos centro teikiamais duomenimis, sergamumas (naujai susirgę asmenys ir naujai užregistruoti susirgimai) šizofrenija, šizotipiniu ir kliesesiniais sutrikimais (F20-F29) bendroje Lietuvos populiacijoje per dešimtmetį nuo 2007 m. iki 2017 m. augo, atitinkamai nuo 0,35 iki 0,93, 1000 gyventojų. Ligtumas minėtais sutrikimais nuo 2008 m. iki 2019 m., Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis augo nuo 5,47 iki 6,65 sergančiųjų asmenų 1000 gyventojų.

Psichoziniai simptomai, taip pat gali būti nuotaikos sutrikimų dalis. Psichozinė simptomatika bipolinio sutrikimo sudėtyje stebima apie 50 procentų [11], o vienpolės depresijos sudėtyje apie

5 procentus [12], bendroje populiacijoje. Psichozinė simptomatika gali būti sąlygota ir įvairių organinės kilmės ligų ar išryškėti esant genetiniam sindromui.

IV. Siūloma diagnostikos/stebėjimo/gydymo sistema

Rizikos veiksniai

Psichoziniai sutrikimai yra polietiologiniai, nėra vieno vienintelio pripažinto ir pakankamai pagrįsto psichozinių sutrikimų etiologijos mechanizmo. Žinomi rizikos veiksniai apima genetinius ir aplinkos rizikos veiksnius. Labiausiai tikėtina, kad tai neuropsichiatrinis sutrikimas, neturintis vienos priežasties, o išsivystantis dėl kompleksinės genų ir aplinkos sąveikos. Aplinkos rizikos veiksnių yra daug, įskaitant nėštumo komplikacijas, prenatalinį stresą ir mitybą bei neigiamą vaikystės patirtį. Svarbiausi rizikos veiksniai, prognozuojant galimą psichozinio sutrikimo išsivystymą vaikystėje:

- psichozinis sutrikimas šeimoje, ypač tarp artimiausių giminaičių;
- šizotipinė, šizoidinė ar paranojiška asmenybė (pvz.: ekscentriškas elgesys, afekto bei elgesio anomalijos, noro bendrauti su aplinkiniais stoka, paslaptinumumas, uždarumas, emocinis šaltumas, atsiribojimas, apatija, įtarumas, priešiškumas kitų atžvilgiu);
- ribiniai psichozės simptomai (pvz.: trumpos neaiškios klausos ar regos haliucinacijos);
- funkcionavimo sutrikimai (mokyklos nelankymas, higienos stoka ir pan.).

Kiti rizikos veiksniai: vyriška lytis; virusinės infekcijos (gripas, kvėpavimo takų infekcijos, raudonukė, poliovirusas, CNS infekcija); motinos narkotikų ar alkoholio vartojimas; elgesio problemos; negatyvi simptomatika; prenataliniai veiksniai (netekis, nepageidaujumas, motinos nepriteklis, badas) ir t.t.

Diagnostika

Vertinama vaiko/paauglio išvaizda ir elgesys. Stebint neįprastą elgesį ar aprangą specialistui derėtų paklausti apie tokio elgesio ar išvaizdos priežastis. Vaiko/paauglio reikėtų pasiteirauti, kokios pagalbos jis tikisi. Kai pacientas jaučiasi blogai, jaučia gydymo poreikį, labiau tikėtinas jo bendradarbiavimas gydymo procese.

Psichozinio sutrikimo metu pasireiškiančius simptomus, galima suskirstyti į pozityvius ir negatyvius.

Pozityvūs simptomai: haliucinacijos, kliesediai. **Negatyvūs:** sumažėjusi motyvacija, valios stoka, blankus afektas, socialinis atsitraukimas, sutrikusi kognityvinė veikla, pvz.: dėmesio koncentracijos, atminties, planavimo sunkumai. Tikslinga įvertinti kognityvines funkcijas, užduodant klausimus apie tai kaip sekėsi mokykloje anksčiau ir kaip dabar, apie motyvaciją, gebėjimą sutelkti dėmesį ir pan.

Esant psichoziniam sutrikimui, dažnai pastebimi **mąstymo formos pakitimai** (pvz.: mąstymo smulkmeniškumas, klampumas, mąstymo trūkis, padrikas mąstymas, paralogiškas mąstymas) bei **mąstymo turinio pakitimai** (kliedesiai). Renkant duomenis galima informuoti pacientą, kad užduosite kelis neįprastus klausimus. Daugiau sužinosite apie kliedesinę simptomatiką, uždavę tokius klausimus, kaip pvz.:

- Ar kada atrodė, kad kiti žmonės apie tave kalba ar atkreipia ypatingą dėmesį, persekioja?
- Ar kada nors gavai specialių žinučių iš radijo, televizijos ar aplinkos?
- Ar manai, kad tau kas nors specialiai nori pakenkti?
- Ar kada nors jauteisi ypatingai svarbus ar galintis tai, ko kiti negali?

Psichoziniam sutrikimui būdingos įvairios **haliucinacijos**, apie jas sužinoti galite uždavę panašius klausimus, kaip 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?

Diagnozuojant šizofreninius sutrikimus vaikams, būdingos tos pačios simptomų grupės, kaip ir suaugusiesiems, tačiau rekomenduojama atsižvelgti į vaikų amžiaus ypatumus:

- būdingi iki ligos pasireiškiantys (premorbidiniai) sutrikimai, apimantys socialinį atsiribojimą, motorinį ir kalbos sutrikimą, elgesio sutrikimą;
- dažni ikiklinikiniai (prodromo) simptomai – neįprastas elgesys, polinkis į socialinį atsiribojimą, mokymosi, bendravimo, miego problemos, atmestinas požiūris į asmens higieną;
- psichozinių sutrikimų simptomai vaikams dažniau prasideda palaiptai, dažnesni negatyvūs simptomai, nediferencijuotas šizofrenijos tipas.

Psichoziniai simptomai gali pasireikšti nuotaikos sutrikimo sudėtyje ar kaip gretutinis sutrikimas, tuomet turime įvertinti nuotaikos sutrikimo simptomatiką, ligos eigą. Turi būti įvertinama: dabartinio epizodo pobūdis (depresija ar manija), sutrikimo eiga - pirmasis ar ne pirmas nuotaikos sutrikimo epizodas bei kokių epizodų buvo praityje – tik depresijos, ar ir manijos (priedai nr.2 ir nr.3).

Renkant anamnestinius duomenis, dera paklausti apie nuotaiką, siekiant įvertinti depresinę ar manijos simptomatiką bei savižalos ar savižudybės grėsmę. Paciento galima paklausti:

- Ar tavo nuotaika pastaruoju metu suprastėjusi/pagerėjusi?
- Ar sumažėjęs susidomėjimas anksčiau džiuginusia veikla?
- Ar energijos sumažėję/padaugėję?
- Ar pasitikėjimas savimi sumažėjęs/padidėjęs?

- Ar yra miego sutrikimų?
- Ar yra buvę minčių save žaloti? Ar esi save žalojęs?

Jei pacientas į bent vieną iš nurodytų klausimų atsako teigiamai, derėtų taip pat pasiteirauti apie valgymą, dėmesio koncentraciją, savikaltę, savižudybę ir kitus nuotaikos sutrikimams būdingus simptomus. Esant savižudybės rizikai, ji turėtų būti įvertinta laikantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymo Nr. V-856 „Dėl savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Įtarus psichozinį sutrikimą ir/ar esant savižudybės rizikai, specialistai vaiką ar paauglį turi nukreipti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro ar gydytojo psichiatro konsultacijai.

Diferencinė diagnostika

Tėvai gali suteikti informaciją apie galimus rizikos veiksnius nėštumo periodu (infekcijas, psichoaktyvių medžiagų, medikamentų vartojimą ir pan.), gimdymo traumas, vystymosi sutrikimus, apie psichikos sutrikimus šeimoje. Tėvai taip pat gali daugiau papasakoti apie paciento socializaciją, adaptaciją ir bendrą funkcionavimą. Gavus charakteristiką iš ugdymo įstaigos, anamnezė gali būti papildyta informacija apie akademinius rezultatus, funkcionavimą, socializaciją, pokyčius šiose srityse.

Šiuo metu Lietuvoje nėra patvirtinta psichologinio tyrimo metodika, leidžianti nustatyti psichozinio sutrikimo diagnozę vaikams. Tačiau psichologinis vaiko emocinės būklės bei mąstymo tyrimas gali reikšmingai padėti gydytojui vaikų ir paauglių psichiatrui priimti sprendimą dėl diagnozės.

Diagnozuojant psichozinius sutrikimus, reikia atsižvelgti į tai, kad psichozės simptomai gali atsirasti kaip antriniai simptomai, esant somatinei patologijai. Psichoziniai simptomai gali pasireikšti esant šioms somatinėms ligoms ar medicininėms būklėms: hipoglikemija ar hiperglikemija; vaistų, jų sąveikos ar nutraukimo sąlygoti simptomai; psichoaktyvių medžiagų vartojimo ar nutraukimo sąlygoti simptomai; sepsis; elektrolitų disbalansas ar medžiagų apykaitos sutrikimai; miego trūkumas; autoimuniniai sutrikimai; endokrininiai sutrikimai (pvz.: Kušingo liga, cukrinis diabetas, skydliaukės patologija); neurologinės būklės (pvz.: demencija, encefalitas, epilepsija); mytybos sąlygotos būklės (pvz.: vitamino B trūkumas); onkologiniai susirgimai (pvz.: kiaušidžių teratoma), genetiniai sutrikimai (Hantingtono liga, Prader Willi sindromas). Siekiant diferencijuoti patologiją, sąlygojančią psichozinius simptomus, reikia įvertinti ar nėra somatinės ligos. Šeimos gydytojas ar gydytojas specialistas, pagal savo kompetenciją gali atlikti tyrimus ir/ar pacientą nukreipti kitų specialistų konsultacijoms.

Diagnostikos ir diferencinės diagnostikos tikslu gali būti reikalingos gydytojo vaikų neurologo (jei stebimi ar įtariami neurologiniai galvos smegenų susirgimai/pažeidimai), gydytojo vaikų endokrinologo (jei stebimi/įtariami skydliaukės susirgimai, funkcijos sutrikimai arba kitos

endokrinologinės patologijos) konsultacijos. Kitų gydytojų specialistų konsultacijos reikalingos, jei įtariamas kitas gretutinis somatinis susirgimas.

Diagnozuojant psichozinį sutrikimą vaikams, svarbu atsižvelgti į didelę gretutinių psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų tikimybę. Gretutiniai sutrikimai (pvz.: socialinė fobija, vaikystės autizmas) gali slėpti psichozinį sutrikimą ir/arba turėti svarbią reikšmę gydant pacientą (pvz.: nerimo sutrikimai, psichikos ir elgesio sutrikimai dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo).

Šiuo metu diagnozuojant psichikos sutrikimus naudojama TLK-10-AM:

F20 Šizofrenija.

F21 Šizotipinis sutrikimas.

F22 Nuolatiniai kliesesiniai sutrikimai.

F23 Ūminiai ir praeinantys psichoziniai sutrikimai.

F24 Indukuotas kliesesinis sutrikimas.

F25 Šizoafektiniai sutrikimai.

F28 Kiti neorganiniai psichoziniai sutrikimai.

F29 Nepatikslinta neorganinė psichozė.

F31.2 Bipolinis afektinis sutrikimas, manija su psichozės simptomais.

F31.5 Bipolinis afektinis sutrikimas, sunki depresija su psichozės simptomais.

F32.3 Sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais.

Psichoziniai simptomai taip pat gali atsirasti esant organinei patologijai arba psichikos sutrikimui dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo.

Renkant ligos anamnezę reikia įvertinti psichozinį sutrikimą paskatinusius ir/ar palaikančius rizikos veiksnius. Jeigu jie nustatomi, turi būti diagnozuojami ir koduojami klinikinėje diagnozėje (pvz.: emocinis vaiko ignoravimas, TLK-10-AM kodas Z62.4).

Stebėjimas ir gydymas

Vaikų psichozinius sutrikimus stebi ir gydo gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose – psichikos sveikatos centre arba ligoninėse, kuriose yra vaikų ir paauglių psichiatrijos skyriai. Gydymo vieta nustatoma gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro arba gydytojo psichiatro, atsižvelgiant į paciento psichinę sveikatos būklę, pavojų gyvybei ir sveikatai, taikomo gydymo efektyvumą, specifinių diagnostikos ar gydymo procedūrų poreikį.

Psichoziniai sutrikimai vaikams dažnai lydimi gretutinių sutrikimų – socialinės fobijos, nerimo sutrikimų, valgymo sutrikimų, nuotaikos sutrikimų, elgesio sutrikimų, piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis ir kt. Psichoziniai simptomai taip pat gali būti nuotaikos ar kitų sutrikimų dalis. Daliai vaikų gali pasireikšti daugiau kaip vienas gretutinis sutrikimas.

Diagnostikos etape privalomas įvertinimas dėl galimų gretutinių sutrikimų. Juos nustatčius, į gydymo planą turi būti įtraukiamos visų gretutinių sutrikimų gydymo priemonės.

Psichozinio sutrikimo gydymas vaikų amžiuje visada yra sudėtinis (kompleksinis), derinant nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais. Konkrečiam pacientui individualų sudėtinio gydymo planą sudaro gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Atsižvelgiama į nustatytą klinikinę diagnozę, sutrikimo eigą ir fazę, esamus gretutinius sutrikimus, paciento amžių, raidos ypatumus, reikšmingas psichosocialines aplinkybes. Psichozinio sutrikimo gydymui vaikams visuomet rekomenduojama kartu taikyti nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais. Išimtis gali būti taikoma stebint remisiją, kai psichozinių simptomų nėra mažiausiai 12 mėn.

Nemedikamentiniai vaikų psichozinio sutrikimo gydymo metodai:

Psichoedukacija – pacientų ir jų tėvų/globėjų mokymas apie ligą bei sveikatą, remiantis mokslinėmis medicinos ir psichologijos teorijomis, siekiant, kad pacientas geriau įsisąmonintų savo būklę, bei pagerinti bendradarbiavimą gydymo procese.

Psichologinis konsultavimas – tai medicinos psichologo teikiama pagalba pacientams, skirta padėti jiems suprasti ir išmokyti spręsti asmenines arba tarpasmenines su psichologine savijauta ir elgesiu susijusias problemas.

Psichoterapija – sąmoningas psichologinių intervencijų ir tarpasmeninių santykių naudojimas tam, kad kvalifikuotas psichoterapeutas padėtų pacientui geriau suprasti ir koreguoti tuos psichologinius mechanizmus, kurie lemia psichikos sutrikimų simptomus ir susijusias psichosocialinio gyvenimo problemas. Vaikų psichoterapija – ryšiu su psichoterapeutu grindžiama pagalba vaikui, siekiant išspręsti jo emocijas, elgesio ir tarpasmenines problemas, trukdančias normaliam vystymuisi.

Kognityvinė elgesio terapija – mokliškai pagrįstas ir įrodytas tikslingas minčių ir elgesio keitimo metodas, kuriuo siekiama pašalinti simptomus ar geriau adaptuotis.

Tėvų konsultavimas – psichinės sveikatos priežiūros specialistų pagalba tėvams, siekiant padėti jiems geriau atlikti tėvų vaidmenį (tiek bendravimo su vaiku įgūdžių, tiek gebėjimo stebėti bei suprasti vaiką, prasme).

Šeimos psichoterapija – gydymo metodas, kai gilinantį į tarpasmeninius santykius šeimoje ir už jos ribų, padedama spręsti asmenines ir šeimos problemas; skatinamas pozityvus vaiko auklėjimas, ugdomi tėvų ir visos šeimos gebėjimai spręsti konfliktus ir problemas, tuo būdu mažinamas stresas tėvams ir vaikams.

Aplinkos terapija – pacientui ir (ar) jų grupei vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro, stacionarines ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose psichikos sveikatos slaugytojo, ergoterapeuto, socialinio darbuotojo, meno terapeuto,

vadovaujant gydytojui vaikų ir paauglių psichiatrai ir (ar) medicinos psichologui, taikoma struktūruota programa, kuri padeda pacientui saugiai jaustis, moko suvokti elgesio pasekmes ir sąmoningai rinktis tinkamus elgesio būdus bei įsisavinti įgūdžius, būtinus socialinei kompetencijai atkurti, ir kuri apima struktūruotos aplinkos sukūrimą, mokymo, užimtumo ir fizinio aktyvumo organizavimą, paciento elgesio valdymą, terapinės erdvės, suskirstytos į zonas, įrengimą.

Ergoterapija – asmens / grupių įgalinimas prasminga veikla, siekiant asmens / grupių gerovės, skatinant aktyvumą ir įsitraukimą į prasmingą (-as) veiklą (-as), ugdant reikiamus įgūdžius, įpročius, vaidmenis kasdienėje, mokymosi, darbinėje / profesinėje bei laisvalaikio aplinkose namuose ir bendruomenėje.

Meno terapija – kūrybinio meno ar raiškos meno terapija, skatinanti žmones reikšti, suprasti emocijas per meninę raišką ir kūrybinį procesą. Menų terapijos jungia dailės, muzikos, dramos, judesio, šokio, poezijos kryptis.

Specialioji pedagoginė pagalba – priemonės, kuriomis siekiama didinti asmens, turinčio specialiųjų ugdymosi poreikių, ugdymosi veiksmingumą.

Socialinė pagalba – intervencijos, skirtos būtinų socialinių įgūdžių ir pagalbos priemonių, paramos pritaikymui, stengiantis kurti geresnę (sveikesnę) paciento aplinką. Vaikų psichikos sutrikimų gydyme apima tokias veiklas: sprendžiamos paciento socialinės problemos, užtikrinamas socialinis saugumas, sprendžiami globos klausimai, ginamos pacientų teisės ir teisėti interesai.

Gydymas medikamentais

Medikamentinį vaikų psichozinio sutrikimo gydymą sudaro esamo epizodo bei palaikomasis gydymas antipsichoziniais vaistais, kai kuriais atvejais kombinuojant su kitų grupių medikamentais (antidepresantais, nuotaiką stabilizuojančiais vaistais, anksiolitikais). Gydant nuotaikos sutrikimus, kai pasireiškia psichozės simptomai, gali būti taikomas gydymas antidepresantais, antipsichotikais, kitų grupių vaistais ar jų deriniais. Sprendimą pradėti gydymą vaistais priima gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras, įvertinęs paciento psichikos būklę, ligos anamnezę ir fazę, anksčiau taikyto gydymo efektyvumą, nustatęs diagnozę ir sudaręs gydymo planą.

Prieš skiriant gydymą vaistais rekomenduojama įvertinti bazinę fizinę sveikatą, rekomenduojama atlikti bendrą kraujo tyrimą ir elektrokardiogramą (EKG), esant reikalui, biocheminius kraujo ar kitus tyrimus. Skiriant antipsichozinius vaistus, 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. Gydymo pradžioje tikslinga įvertinti ir reguliariai stebėti kraujospūdį ir pulsą.

Psichozinių sutrikimų gydymą vaistais vaikams rekomenduojama pradėti ir tęsti vienu iš pirmo pasirinkimo antipsichozinių vaistų. Pirmo pasirinkimo antipsichoziniai vaistais psichoziniams sutrikimams vaikų amžiuje gydyti yra haloperidolis, risperidonas (nuo 15 m. amžiaus), aripiprazolis (nuo 15 m. amžiaus). Jei gydymas pirmo pasirinkimo antipsichoziniu vaistu nepakankamai efektyvus arba netoleruojamas dėl nepageidaujamų poveikių, rekomenduojama jį pakeisti kitu pirmo pasirinkimo vaistu arba skirti antro pasirinkimo vaistą (olanzapinas, kvetiapinas, ziprazidonas). Antro pasirinkimo vaistas turi būti skiriamas įvertinus tikėtiną naudą ir rizikos santykį, individualiai atsižvelgus į paciento ligos fazę, vyraujančius simptomus, pašalinių poveikių toleravimą.

Kai psichozės simptomai pasireiškia nuotaikos sutrikimo ribose, skiriamas gydymas antidepresantu, nuotaiką stabilizuojančiais vaistais, gydymas gali būti kombinuojamas, papildomai skiriant antipsichotiką. Pirmo pasirinkimo vaikų amžiuje skiriamas antidepresantas – Fluoksetinas, esant poreikiui gali būti kečimas kitu SSRI grupės antidepresantu (retais atvejais kitų grupių antidepresantu).

Jei gydymas antro pasirinkimo vaistu neefektyvus, gali būti skiriama dviejų antipsichozinių vaistų kombinacija arba gydymo papildymas kitos grupės vaistais (antidepresantais, priešepilepsiniais/nuotaiką stabilizuojančiais vaistais, benzodiazepiniais). Atsiradus stipriam antipsichozinių vaistų vartojimo nepageidaujamam poveikiui, gali būti skiriami kitų farmakoterapinių grupių vaistai: anticholinerginiai vaistai ir (ar) benzodiazepinai.

Reabilitacinis gydymas

Psichosocialinės bei medicininės reabilitacijos paslaugos gali ženkliai pagerinti vaiko funkcionavimą ir reintegraciją, po pirmo psichozės epizodo.

Vaikams, gydomiems dėl psichozinio (šizofreninio) sutrikimo, gali būti teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos. Reabilitacija apima priemones, taikomas asmenims, siekiant atkurti ankstesnę jų funkcionavimo padėtį arba maksimaliai padidinti galimybę naudotis išlikusiais gebėjimais. Vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos yra ambulatorinės ir stacionarinės. Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras yra atsakingas už individualaus vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos plano sudarymą.

Esant nuotaikos sutrikimui, gali būti taikoma medicininė reabilitacija. Dėl paslaugų poreikio pacientą konsultuoja fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kuris paskiria atitinkamas paslaugas. Šias paslaugas teikia medicininės reabilitacijos komandos nariai: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, medicinos psichologas, bendrosios praktikos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir kt. Vaikams gali būti skiriamos pirmo ir/arba antro etapo medicininės reabilitacijos paslaugos.

Psichozinio sutrikimo gydymo trukmė ir užbaigimas vaikams

Kai pasireiškia pirmas psichozės epizodas, simptomai gydymo eigoje gali redukuotis, išnykti ir niekuomet nebepasikartoti, priklausomai nuo sutrikimo etiologijos. Psichoziniai simptomai gali kartotis gyvenimo eigoje, kuomet vyksta reikšmingi pokyčiai gyvenime, išgyvenamas stresas ar be aiškios priežasties. Psichozinis sutrikimas taip pat gali tapti lėtiniu, užsitęsusiu sutrikimu, kuriam reikalingas ilgalaikis, tęstinis gydymas (pvz.: paranoidinės šizofrenijos atveju). Nuotaikos sutrikimų fone psichoziniai simptomai priklauso nuo pagrindinės ligos eigos.

Praėjus ūmiam psichozės epizodui taip pat didėja nuotaikos sutrikimo rizika, todėl labai svarbu tęsti gydymą, stebėseną, net ir redukavusis psichozės simptomams.

Apie psichozinio sutrikimo gydymo vaistais užbaigimą sprendžia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras. Vaikams, nesant simptomų, vaistų vartojimas palaipsniui nutraukiamas, palaikomąjį vaistų vartojimą tęsiant mažiausia efektyvia terapine doze 12–24 mėnesius. Pabaigus vaikų gydymą antipsichoziniais vaistais, rekomenduojama, taikant psichologinės pagalbos priemones, stebėti vaikus dėl galimo recidyvo 12 mėn.

Remisijos kriterijai, gydant psichozinius sutrikimus vaikams: ne didesnis nei lengvas funkcionavimo sutrikimas namie, mokykloje ar bendraujant su bendraamžiais (vertinimas pagal vaikų bendro vertinimo skalę (toliau – VBVS)) daugiau kaip 71 balas.

Bendradarbiavimas

Šeimos medicinos gydytojas, gydytojas psichiatras ar gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras ir kiti specialistai (psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas ir kt.), dirbantys su pirmąjį psichozės epizodą patyrusiais vaikais ir paaugliais, turi stebėti pacientą dėl:

- gydymo efektyvumo, toleravimo ir galimo šalutinio poveikio;
- psichikos ir somatinės sveikatos būklės pasikeitimo;
- galimų minčių apie savižudybę ir savižudiško elgesio, psichozės simptomų, pavojų kitiems keliančio elgesio atsiradimo ar sustiprėjimo;
- gydymo režimo laikymosi.

Visi specialistai dirbantys su vaikais ir paaugliais, patyrusiais pirmąjį psichozės epizodą, pagal savo kompetenciją turi atsižvelgti į gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro ar gydytojo psichiatro rekomendacijas, taip esant galimybei ir poreikiui, suteikti informaciją apie pacientą, apie jo funkcionavimą, elgesio ar emocijų pasikeitimus.

Vertinant vaiko kuriam pasireiškė psichozės simptomai būklę, įtariant gretutinį psichikos sutrikimą, svarbi gauti informaciją iš įvairių šaltinių, t.y. su vaiku dirbančių pedagogų, mokyklos specialistų išvados, žinios apie vaiko šeimą, gyvenimo sąlygas namuose. Informacija iš skirtingų vaiko veiklos sričių padeda geriau identifikuoti vaiko problemas, sudaryti pagalbos ir gydymo planą. Vaiką ugdantys pedagogai pirmieji gali pastebėti pasikeitusį vaiko elgesį, elgesio ir

emocijų pokyčius, išryškėjusius naujus simptomus. Tėvų informavimas dėl stebimų vaiko pokyčių yra svarbus siekiant savalaikio kreipimosi į psichikos sveikatos priežiūros specialistus.

Jeigu stebimas pavojingas psichinės būklės ar elgesio pablogėjimas ar netoleruojami nepageidaujami vaisto poveikiai, pacientas turi būti nukreipiamas skubiai gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai.

Specializuota pagalba

Pacientams, prisirašiusiems prie pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios ASPĮ, psichikos sveikatos specialistų pagalba teikiama be šeimos gydytojo nukreipimo. Specializuotai ambulatorinei vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugai siunčia:

- gydytojas psichiatras, dirbantis psichikos sveikatos centre (PSC), šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas, kai PSC, prie kurios prisirašęs pacientas, nedirba gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, diagnozei nustatyti ir gydymui skirti ir (ar) keisti;
- PSC dirbantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, kai reikia patikslinti diagnozę ir PSC neturi reikiamų diagnostikos priemonių arba PSC taikomas ambulatorinis gydymas yra neefektyvus.

Vaikams, kuriems diagnozuotas psichozinis sutrikimas, gali būti rekomenduojamas namų mokymas (trukmė kiekvienam vaikui nustatoma individuali, tačiau ne ilgesnė kaip 12 mėnesių) arba nuotolinis mokymas nuotolinio mokymo paslaugas teikiančiose mokyklose (Vilniaus Ozo gimnazija, Kauno Aleksandro Puškino gimnazija ir Šiaulių Simono Daukanto gimnazija). Namų arba nuotolinį mokymą gali rekomenduoti gydytojas vaikų ar paauglių psichiatras, o skiria asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje vaikas yra prisirašęs, gydytojų konsultacinė komisija (GKK).

Jei yra duomenų, kad vaikas gali turėti specialiuosius ugdymosi poreikius (SUP), švietimo įstaigos, kurioje vaikas ugdomas, vaiko gerovės komisija (VGK) SUP nustatymui nukreipia vaiką į pedagoginę psichologinę tarnybą (PPT). Vaiko SUP įvertinami tam, kad vaikui būtų nustatyta pagalbos ir paslaugų reikmė, siekiant sudaryti jam optimalias ugdymo ir ugdymosi sąlygas. Remiantis LR švietimo ir mokslo ministro 2011 m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. V-1795 „Mokinių, turinčių specialiųjų ugdymosi poreikių, ugdymo organizavimo tvarkos aprašu“ vaikui gali būti skiriamos pritaikytos pradinio, pagrindinio, vidurinio ugdymo bendrosios programos, siekiant sudaryti sąlygas įgyti tinkamą išsilavinimą arba individualizuotos pradinio, pagrindinio ugdymo programos, skirtos sutrikusio intelekto mokiniams.

Vaiką, kuriam diagnozuotas psichozinis sutrikimas, TLK-10-AM koduojamas F20.X, F21, F22.X, F25.0, F25.1, F25.2, ar nuotaikos sutrikimas, kuriam būdingi psichoziniai simptomai F31.2, F31.5, F32.3, gydantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba šeimos gydytojas, atsižvelgęs į tai, kad, taikant gydymą ir (ar) medicininės reabilitacijos priemones, išlieka

reikšmingų funkcijų sutrikimų, gali nukreipti pacientą ir jo tėvus/globėjus į neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą (NDNT), neįgalumo lygio ir priežiūros poreikio nustatymui.

V. Pagalbos algoritmas

Psichikos sutrikimų, kuriems būdingi psichozės simptomai gydymo tikslas – pasiekti sutrikimo remisiją ir išvengti recidyvo		
Gydymas pradedamas kartu derinant nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais		
<p>Taikomas nemedikamentinis gydymas, pagal poreikį ir galimybes tęsiamas visą gydymo laikotarpį:</p> <p>Psichoedukacija Psichologinis konsultavimas Psichoterapija Kognityvinė elgesio terapija Tėvų konsultavimas Šeimos psichoterapija Aplinkos terapija Ergoterapija Menoterapija Spec. pedagogo pagalba Socialinė pagalba ir kt.</p>	<p>Taikomas medikamentinis gydymas (kai VBVS <50):</p> <p>Taikomas gydymas pirmo pasirinkimo antipsichoziniu vaistu ir/ar antidepreantu/kitos grupės medikamentu, kai psichozės simptomai yra kito psichikos sutrikimo dalis</p>	<p>Ambulatorines Vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikinčioje ASPĮ</p> <p>Esant savižudybės rizikai, neefektyviam ambulatoriniam gydymui ar, jei reikia specifinių paslaugų, gydymas stacionarines VPP paslaugas teikiančioje ASPĮ</p> <p>Esant indikacijoms*, pacientas nukreipiamas gydymui į psichiatrijos dienos stacionarą</p>
	<p>Esant gretutiniam afektiniam ar kt. sutrikimui – taikomas gydymas antipsichoziniu vaistu; gydymas gali būti papildomas kitų grupių vaistais.</p>	
<p>Psichosocialinės bei medicininės reabilitacijos paslaugos gali ženkliai pagerinti vaiko funkcionavimą ir reintegraciją po pirmo psichozės epizodo.</p>		
<p>Psichozinio sutrikimo gydymui vaikams visuomet rekomenduojama kartu taikyti nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais. Išimtis gali būti taikoma stebint remisiją, kai psichozinių simptomų nėra mažiausiai 12 mėn.</p> <p>Remisijos kriterijai, gydant psichozinius (šizofreninius) sutrikimus vaikams: ne didesnis nei lengvas funkcionavimo sutrikimas namie, mokykloje ar bendraujant su bendraamžiais (vertinimas pagal VBVS daugiau kaip 71 balas).</p>		
<p>Apie psichozinio sutrikimo gydymo vaistais užbaigimą sprendžia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras.</p>		<p>Ambulatorines VPP paslaugas teikinčioje ASPĮ</p>

Užbaigus gydymą vaistais vaikams ir paaugliams rekomenduojamas stebėjimas dėl galimo recidyvo 12 mėnesių, tęsiant gydymą nemedikamentiniais metodais.	
*Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos teikiamos pacientams, kurie atitinka bent vieną iš šių sąlygų: 1) įvertinus paciento psichosocialinę būklę, paciento funkcionavimo rodiklis pagal VBVS yra mažesnis nei 70 balų; 2) baigus aktyvų stacionarinį gydymą, paciento funkcionavimo rodiklis pagal VBVS yra mažesnis nei 70 balų.	

Literatūra:

1. Beer MD. Psychosis: a history of the concept. *Compr Psychiatry*. 1996 Jul-Aug;37(4):273-91. doi: 10.1016/s0010-440x(96)90007-3. PMID: 8826692.
2. Üçok A. Treatment Principles of First-Episode Psychosis. *Noro Psikiyatir Ars*. 2021 Sep 20;58(Suppl 1):S12-S16. doi: 10.29399/npa.27424. PMID: 34658630; PMCID: PMC8498813.
3. Androustos Ch. [Schizophrenia in children and adolescents: relevance and differentiation from adult schizophrenia]. *Psychiatriki*. 2012 Jun;23 Suppl 1:82-93. Greek, Modern. PMID: 22796977
4. Häfner H., an der Heiden W. (2007). "Course and outcome of Schizophrenia," in *Schizophrenia* 2nd Edn eds Hirsch S. R., Weinberger D. R. (Hoboken, NJ: Wiley;) 101–104.
5. Vyas NS, Patel NH, Puri BK. Neurobiology and phenotypic expression in early onset schizophrenia. *Early Interv Psychiatry*. 2011 Feb;5(1):3-14. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00253.x. PMID: 21272270.
6. Häfner H. From Onset and Prodromal Stage to a Life-Long Course of Schizophrenia and Its Symptom Dimensions: How Sex, Age, and Other Risk Factors Influence Incidence and Course of Illness. *Psychiatry J*. 2019 Apr 16;2019:9804836. doi: 10.1155/2019/9804836. PMID: 31139639; PMCID: PMC6500669.
7. Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Dec;60(12):1187-92. doi: 10.1001/archpsyc.60.12.1187. PMID: 14662550.
8. Riglin L, Collishaw S, Richards A, Thapar AK, Maughan B, O'Donovan MC, Thapar A. Schizophrenia risk alleles and neurodevelopmental outcomes in childhood: a population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2017 Jan;4(1):57-62. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30406-0. Epub 2016 Dec 6. PMID: 27932233.
9. Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Røssberg JI, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Peleikis D, Agartz I, Melle I, Lorentzen S. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Compr Psychiatry*. 2013 Feb;54(2):123-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.06.009. Epub 2012 Aug 15. PMID: 22901835.
10. Bonoldi I, Simeone E, Rocchetti M, Codjoe L, Rossi G, Gambi F, Balottin U, Caverzasi E, Politi P, Fusar-Poli P. Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Res*. 2013 Nov 30;210(1):8-15. doi: 10.1016/j.psychres.2013.05.003. Epub 2013 Jun 20. PMID: 23790604.
11. Burton CZ, Ryan KA, Kamali M, Marshall DF, Harrington G, McInnis MG, Tso IF. Psychosis in bipolar disorder: Does it represent a more "severe" illness? *Bipolar Disord*. 2018 Feb;20(1):18-26. doi: 10.1111/bdi.12527. Epub 2017 Aug 23. PMID: 28833984; PMCID: PMC5807194.
12. Gaudiano BA, Dalrymple KL, Zimmerman M. Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic. *Depress Anxiety*. 2009;26(1):54-64. doi: 10.1002/da.20470. PMID: 18781658; PMCID: PMC3111977.