

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Baigiamasis darbas

**Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo tyrimas ir literatūros
apžvalga**

**Comorbidity of Child and Adolescent Mental Health Disorders: Survey and Literature
Review**

Studentė Evelina Podvorskytė, VI kursas, 11 grupė

Klinikinės medicinos institutas, Psichiatrijos klinika

Darbo vadovė

Prof. dr. Sigita Lesinskiene

Klinikos vadovė

Prof. dr. Sigita Lesinskiene

2023-05-20

Studentės elektroninio pašto adresas: evelina.podvorskyte@mf.stud.vu.lt

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas. Išanalizuoti vaikų ir paauglių psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo pasireiškimą ir ypatumus.

Tyrimo metodai. Duomenys buvo renkami retrospektyviai analizuojant Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės Universitetinio vaikų ir paauglių skyriaus medicininę dokumentaciją (nuo 2015 m. sausio iki 2022 m. gruodžio imtinai). Buvo renkami sociodemografiniai rodikliai, duomenys apie pagrindinę psichikos sveikatos sutrikimo diagnozę bei gretutinius somatinius ir psichikos sutrikimus. Buvo atlikta plati literatūros apžvalga.

Rezultatai. Iš 304 tyrimo dalyvių, gretutinių ligų turėjo 71,3% pacientų. 69,1% vaikų ir paauglių turėjo gretutinių psichikos sutrikimų. Statistiškai reikšmingai mišrūs elgesio ir emocijų sutrikimai buvo susiję su lengvu protiniu atsilikimu (12,5%, $p=0,001$) bei psichikos ir elgesio sutrikimais dėl alkoholio vartojimo, ūmine intoksikacija (7,3%, $p=0,003$). Pacientų, turinčių emocijų sutrikimų vaikystėje, imtyje statistiškai reikšmingas ryšys rastas su vaikystėje patirtais neigiamais įvykiais (37,1%, $p=0,004$), instituciniu ugdymu (11,4%, $p=0,003$) bei mišriu mokymosi sugebėjimų sutrikimu (16,7%, $p=0,001$). Savižala buvo paplitusi tarp trečdaliai vidutinio sunkumo depresiją ir depresinio tipo šizoafektinį sutrikimą turinčių asmenų bei tarp 21,5% pacientų, turinčių paranoidinę šizofreniją. Socializuoto elgesio sutrikimas statistiškai reikšmingai buvo susijęs su psichikos ir elgesio sutrikimais dėl psichoaktyviųjų medžiagų žalingo vartojimo (22,2%, $p=0,002$). Vaikai ir paaugliai, turintys ūminį polimorfinį psichozinį sutrikimą su šizofrenijos simptomais, dažnai kartu sirgo cistitu (22,2%, $p=0,001$), bakterinėmis infekcijomis (22,2%, $p=0,021$) ir turėjo paprastųjų spuogų (22,2%, $p<0,001$).

Išvados. Psichikos sutrikimų komorbidiškumo pasireiškimas varijuoja amžiaus bei sutrikimų grupėse ir gali siekti virš 70%. Nors tai specialistams gali kelti diagnostikos ir gydymo iššūkių, komorbidiškumo sąvoka pabrėžia kompleksiskus vaikų ir paauglių psichopatologijos komponentus ir padeda taikyti individualizuotą, į paciento daugialypes problemas orientuotą gydymą.

Raktažodžiai. Vaikai, paaugliai, psichikos sutrikimai, somatinės ligos, komorbidiškumas, gretutinės ligos, vaikų ir paauglių psichiatrija.

SUMMARY

Objective. To analyze the occurrence and characteristics of comorbid mental health disorders in children and adolescents.

Methods. The data were collected by retrospectively analyzing the medical documentation of the University Department of Children and Adolescents of the Vilnius Republican Psychiatric Hospital from January 2015 to December 2022. The collected data included sociodemographic indicators, main and comorbid diagnoses. An extensive literature review was conducted.

Results. Of the 304 study participants, 71.3% of patients had a comorbid diagnosis, with 69.1% having co-occurring mental disorders. Mixed disorder of conduct and emotions was associated with mild mental retardation (12.5%, $p=0.001$) and mental and conduct disorders due to alcohol consumption (7.3%, $p=0.003$). In the sample of patients with emotional disorders in childhood, a relationship was found with negative events experienced in childhood (37.1%, $p=0.004$), institutional education (11.4%, $p=0.003$), and mixed learning disabilities (16.7%, $p=0.001$). Self-harm was prevalent among 33.3% of teenagers with moderate depression and schizoaffective disorder. Socialized conduct disorder was significantly associated with mental and conduct disorders due to use of psychoactive substances (22.2%, $p=0.002$). Patients with acute polymorphic psychotic disorder with schizophrenic symptoms often had cystitis (22.2%, $p=0.001$), acne (22.2%, $p<0.001$) and bacterial infections (22.2%, $p=0.021$).

Conclusions. The occurrence of comorbidity of mental disorders varies in age and disorder groups and can reach over 70%. Although this may cause diagnostic and treatment challenges, the concept of comorbidity emphasizes the complex components of child and adolescent psychopathology and helps to individualize treatment focused on the multiple problems of the patient.

Keywords. Children, adolescents, mental disorders, somatic diseases, comorbidity, child and adolescent psychiatry.

TURINYS

SANTRAUKA	1
SUMMARY	2
1. ĮVADAS.....	4
2. LITERATŪROS APŽVALGA	5
2.1 Literatūros šaltinių atrankos strategija.....	5
2.2 Psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo etiologija vaikų ir paauglių amžiuje	6
2.3 Dažniausi komorbidiniai psichikos sveikatos sutrikimai vaikų ir paauglių amžiuje.....	7
2.4 Dažniausi komorbidiniai psichikos ir somatiniai sutrikimai vaikų ir paauglių amžiuje	9
2.5 Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo diagnostikos iššūkiai	11
2.6 Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo gydymo iššūkiai	14
3. TYRIMO METODIKA.....	15
3.1 Tiriamieji	15
3.2. Tyrimo eiga ir metodologija	15
3.3 Statistinė analizė	15
4. TYRIMO REZULTATAI	16
4.1 Imties charakteristika.....	16
4.2 Komorbidiškumo pasireiškimas tyrimo imtyje	18
5. APTARIMAS.....	23
6. IŠVADOS.....	25
7. PASIŪLYMAI	26
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	27
PRIEDAI.....	32

1. ĮVADAS

Terminą „komorbidiškumas“ medicinoje įvedė Feinsteinas 1970 metais, kad apibūdintų atvejus, kai paciento, sergančio pagrindine liga, klinikinės eigos metu atsiranda ryškus papildomas klinikinis radinys (1). Ši sąvoka pastaruoju metu tapo labai dažnai vartojama psichiatrijoje, nurodant ne tik tuos atvejus, kai pacientui nustatoma ir psichiatrinė, ir bendroji medicininė diagnozė (pvz., sunki depresija ir hipertenzija), bet ir tuos atvejus, kai pacientui nustatomos dvi ar daugiau psichiatrinių diagnozių (pvz., sunki depresija ir panikos sutrikimas) (2).

Vaikų ir paauglių psichikos sutrikimų komorbidiškumas yra gana dažnas reiškinys, reikalaujantis visapusiškai vertinti ir gydyti šios populiacijos kompleksiskus daugybinius sutrikimus. Duomenys apie šio reiškinio pasireiškimą vaikų ir paauglių amžiuje visgi ganėtinai skiriasi: vienoje metaanalizėje apskaičiuota, kad vaikų komorbidiškumo paplitimas buvo 6,4% (3), o nacionalinėje JAV jaunuolių psichikos sutrikimų komorbidiškumo apklausoje nustatyta, kad tarp paauglių, turinčių psichikos sutrikimų, besitęsiančių visą gyvenimą, gretutinį sutrikimą turėjo apie 40% jaunuolių (4). Komorbidiškumo pasireiškimą gali lemti įvairios priežastys, pavyzdžiui, gretutinių ligų skaičių gali padidinti vyraujančio sutrikimo išskaidymas į specifiskesnes būkles. Svarbu paminėti, jog gretutinių ligų atsiradimui gali turėti įtakos ir laikotarpio, kai asmens gyvenime egzistuoja sutrikimas, trukmė. Diagnozės slenkstis taip pat gali jautriai paveikti gretutinių sutrikimų dažnį, kadangi žemas slenkstis pasireiškimo rodiklius didina (5).

Kai kurie psichikos sutrikimai kartu egzistuoja dažniau kaip taisyklė nei išimtis (5), pavyzdžiui, vieno tyrimo duomenimis, 71,4% vaikų, turinčių nuotaikos sutrikimų, taip pat turėjo ir elgesio sutrikimų (6). Visgi termino „komorbidiškumas“ vartojimas, nurodant dviejų ar daugiau diagnozių koegzistavimą, yra diskutuotinas, nes daugeliu atvejų neaišku, ar gretutiniai sutrikimai iš tikrųjų atspindi atskirų klinikinių diagnozių buvimą, ar nurodo kelis vieno klinikinio sutrikimo pasireiškimus (2). Problematiška yra tai, jog medicinoje šis terminas yra suprantamas nehomogeniškai. Bandytus tirti komorbidiškumo svarbą apunkina bendro susitarimo stoka, kaip apibrėžti ir išmatuoti šį konceptą. Taip pat susiję konstruktai, tokie kaip multimorbidiškumas, yra dažnai vartojami sinonimiškai (7), nors multimorbidiškumo terminas nurodo, kad paciento ir sveikatos priežiūros specialisto požiūriu, jokia viena būklė neturi pirmenybės prieš bet kurią iš kartu pasitaikančių būklių. Taip pat apibrėžiant multimorbidiškumą nėra atsižvelgiama į rizikos veiksnių įtaką. Nors abiejuose terminuose pagrindinis dėmesys skiriamas kelių ligų atsiradimui tam pačiam asmeniui, terminas „komorbidiškumas“ reiškia bendrą gretutinių sutrikimų poveikį santykyje su pagrindiniu sutrikimu (8).

Todėl tiriant šį reiškinį svarbus psichikos sutrikimų komorbidiškumo priežastinis ryšys: patologijos gali atsirasti nepriklausomai arba vieni sutrikimai gali sukelti ar būti sukelti kitų (7)(9). Tai lemia, kad komorbidiškumo sąvoka kartais vartojama nurodyti susijusią ligą, atsirandančią kaip

pirminio sutrikimo pasekmė. Pastaroji šio termino reikšmė iš dalies sutampa su komplikacijos sąvoka.

Keli populiacijų ir klinikiniai tyrimai parodė, kad psichikos sutrikimų turintys vaikai ir paaugliai turi reikšmingai daugiau ne tik psichikos ir elgesio problemų, bet ir somatinių ligų (10)(11)(12)(13). Negydomi gretutiniai psichikos sutrikimai gali padidinti su somatine liga susijusią negalią, pabloginti gyvenimo kokybę ir neigiamai paveikti gydymo rezultatus ir išėitis (14). Didelio masto tyrimo metu nustatyta, kad somatinių ligų sveikatos priežiūros išlaidos vaikams, turintiems psichikos sutrikimų, yra beveik du kartus didesnės nei vaikams be psichikos sveikatos problemų (13)(15). Psichikos sutrikimų turinčių vaikų ir paauglių diagnozavimo, gydymo ir išėičių sudėtingumas neturėtų lemti prastesnės sveikatos priežiūros šioje ir taip pažeidžiamoje populiacijoje (16).

Taigi, nors klasifikuojant ir diagnozuojant susiduriama su daug iššūkių, komorbidiškumo sąvoka yra tinkama ir svarbi klinikinė konstrukcija, skirta pabrėžti ir pavaizduoti skirtingus psichopatologijos komponentus (5).

Darbo tikslas: išanalizuoti vaikų ir paauglių psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo pasireiškimą ir ypatumus.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti literatūrą, susijusią su vaikų ir paauglių psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo etiologija, pasireiškimu, diagnostikos ir gydymo ypatumais.
2. Ištirti vaikų ir paauglių, gydytų psichiatrijos stacionare, dažniausių psichikos sutrikimų komorbidiškumo pasireiškimą ir sąsajas.
3. Atsižvelgiant į gautus duomenis ir išnagrinėtą literatūrą, pateikti praktines rekomendacijas.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1 Literatūros šaltinių atrankos strategija

Literatūros apžvalga buvo vykdyta „PubMed“, „ScienceDirect“, „Cochrane Library“ ir „Google Scholar“ duomenų bazėse. Paskutinė paieškos data - 2023 metų kovo mėnesio 30 diena. Literatūros paieška buvo atlikta naudojant šių raktažodžių derinius anglų kalba: „child ARBA adolescent ARBA youth“, „psychiatric disorder ARBA mental disorder“, „comorbid* ARBA co-exist* ARBA co-occur*“, „inpatient“. Straipsnių publikavimo laikotarpis nebuvo ribojamas. Atrinkti tyrimai, kurių tekstas buvo publikuotas anglų kalba.

2.2 Psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo etiologija vaikų ir paauglių amžiuje

Psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo atsiradimą bei vystymąsi vaikų ir paauglių amžiuje lemia daug kompleksišku etiologinių ir rizikos faktorių. Komorbidiškumas gali būti atsitiktinis reiškinys arba lemtas nepriklausomų rizikos veiksnių derinio. Jis gali išsivystyti ir dėl to, kad kelių sutrikimų rizikos veiksniai yra bendri ar persiklojantys arba kai vienas sutrikimas sukelia kitą (17). Taigi, pirminis psichikos sutrikimas gali būti antrojo sutrikimo rizikos veiksnys, pavyzdžiui, jei asmenys, turintis nerimo sutrikimą, užsiimtų „savigyda“ alkoholiu, tai galėtų lemti priklausomybės išsivystymą (18). Galiausiai, gretutinė būklė gali būti vieno iš grynujų sutrikimų daugiaformė išraiška arba nepriklausomas sutrikimas (17).

Vaikystėje emocijų ir elgesio sutrikimų tyrimą itin apsunkina sudėtingas juos pagrindžiančių genetinių ir aplinkos veiksnių susipynimas (19). Bendras genetinis polinkis ilgą laiką buvo vertinamas kaip dalinis komorbidiškumo paaiškinimas. Pavyzdžiui, analizuojant kartu pasireiškiančius elgesio sutrikimus ir depresiją, keli genetiškai informatyvūs tyrimai parodė, kad šis sutrikimų derinys turi bendrų pažeidžiamumo veiksnių, įskaitant bendrą genetinę riziką (20). Tikimybė, kad asmeniui, sergančiam sunkia depresija, pasireišk bendrai stabilūs ar sunkėjantys gretutiniai emocijų ir elgesio sutrikimai, buvo reikšmingai prognozuojama pagal aukštą su sunkia depresija asocijuotų alelių poligeninės rizikos įvertį ir žemą įvertį alelių, asocijuotų su mokymosi pasiekimais (20). Reikšmingų pleotropijos įrodymų, kai genai turi įtakos daugeliui skirtingų bruožų, taip pat atsirado molekulinė tyrimų metu, tačiau iki šiol tik keli tyrimai ištyrė, kokių mastu ši bendra genetinė įtaka veikia vaikui vystantis, kad sukurtų heterotipinę emocijų ir elgesio problemų tęstinumą (21)(22)(23). Taigi, vaikų ir paauglių psichopatogenezėje svarbūs ir skirtingame amžiuje veikiančių genetinių ir aplinkos poveikių specifinės prigimties pokyčiai. Tokiu būdu tam tikri genai gali veikti tik specifiniu laikotarpiu, pavyzdžiui, tik nuo paauglystės. Šių naujų genetinių veiksnių įtaka taip pat gali padidinti ar sumažinti paveldimumą, priklausomai nuo to, ar minėti veiksniai laikui bėgant tampa mažiau įtakingi, t.y., pereina procesą, vadinamą genetinė atenuacija (19). Pavyzdžiui, A. Loughman et al., 2016 sisteminės apžvalgos rezultatai rodo kliniškai reikšmingą gretutinį psichikos sutrikimą daugiau nei pusei vaikų ir trečdaliui visų suaugusiųjų, sergančių genetinė generalizuota epilepsija. Didesnis vaikų psichopatologijos pasireiškimas lyginant su suaugusiaisiais suponuoja, kad psichikos sutrikimo rizika sergant genetinė generalizuota epilepsija galimai mažėja visą gyvenimą (24). Tačiau verta paminėti, kad net tyrimai, rodantys ryškų genetinio poveikio vaidmenį, neatmetė dalinio aplinkos rizikos veiksnių vaidmens (20). Tai tik patvirtina nuostatą, kad psichikos sutrikimai yra daugiafaktoriniai ir kyla dėl daugybės biologinių ir aplinkos rizikos veiksnių (25). Pavyzdžiui, didelis nerimo sutrikimų dažnis sergant vaikų bipoliniu sutrikimu gali turėti įvairių priežasčių. Yapıcı Eser H. et al., 2020 metaanalizėje viena teorija

aiškina, jog pacientams, sergantiems vaikų bipoliniu sutrikimu, dažniau pasireiškia somatiniai simptomai, ypač širdies ir kvėpavimo sistemų. Šie somatiniai simptomai yra sukelti iškreipto interoceptinių signalų suvokimo ir gali lemti nerimo sutrikimo diagnozę (26).

Komorbidiškumas gali būti lemiamas ir anatominių bei fiziologinių ypatumų. Pavyzdžiui, dviejuose skirtinguose tyrimuose nustatyta, kad pacientams, sergantiems gerybine vaikystės epilepsija su centrotemporalinėmis iškrovomis ir gretutiniu aktyvumu ir dėmesio sutrikimu, magnetinio rezonanso tomografijos tyrimo metu buvo stebimas suplonėjęs žievės ir požievisio sričių storis įvairiose smegenų srityse, įskaitant kaktinę skiltį, liežuvinę-fusiforminę žievę, pleištą ir priešpleištį, limbinę sritį ir peripentinę žievę. Tai gali paaiškinti kognityvinius ir elgesio simptomus, tokius kaip prastas selektyvus regimasis dėmesys, kalbos sutrikimai ir impulsyvumas. Be to, priepuolių dažnis ir iškrovų atsiradimas greito akių judėjimo (NREM) miego stadijos metu koreliavo su dėmesio sutrikimu (27).

Taip pat, komorbidiškumas gali pasireikšti dėl to, kad skirtingiems sutrikimams būdingi tie patys rizikos veiksniai. Aplinkos faktoriai, tokie kaip nesantaika santuokoje ar tėvų stresas, buvo siejami su kartu atsirandančiais elgesio/prieštaraujančio nepaklusnumo sutrikimais ir depresija (28). Nerimo sutrikimai, sergant vaikų bipoliniu sutrikimu, taip pat gali atsirasti dėl tokių priežasčių kaip vaiko nepriežiūra ir šeimos konfliktai, todėl tokios etiologijos atveju yra tikslingas multidisciplininis psichosocialinis gydymas (26). Galiausiai, kai kurie psichikos sutrikimai yra tiesioginės medicininių komplikacijų priežastys. Tai aiškiai matoma valgymo sutrikimų, piktnaudžiavimo psichoaktyviosiomis medžiagomis ir priklausomybių atvejais (16). Taip pat, gali būti ir atvirkštinė situacija, kai somatinė liga tiesiogiai lemia psichinės sveikatos sutrikimą. Pavyzdžiui, viename kohortiniame tyrime nustatyta, jog nerimas buvo ryški problema ūmine limfoblastine leukemija sergančių pacientų subpopuliacijoje iškart po diagnozės nustatymo, o depresija išliko svarbiu iššūkiu bent dar metus po to (29).

Taigi, vaikų ir paauglių amžiuje komorbidiniai sutrikimai yra kompleksiški ir jų etiologija yra daugialypė. Integruotų sveikatos stiprinimo metodų, pritaikytų jų konkrečiam amžiui bei psichikos sutrikimams, kūrimas turėtų būti šios disciplinos prioritetas (16).

2.3 Dažniausi komorbidiniai psichikos sveikatos sutrikimai vaikų ir paauglių amžiuje

Skirtinguose vaikystės ir paauglystės perioduose psichikos sveikatos sutrikimų pasireiškimas bei jų komorbidiškumas skiriasi. Yra tik keletas ankstesnių literatūros apžvalgų, kuriose vertinamas psichikos sutrikimų paplitimas tarp 1–7 metų vaikų. Iki šiol nė viename nebuvo metaanalitinės strategijos. Visgi Mira Vasileva et al., 2021 atliktoje metaanalizėje teigiama, jog bendras jaunesnių nei 7 metų amžiaus vaikų psichikos sutrikimų pasireiškimas siekė 20,13%. Tai

reiškia, kad kas penktas vaikas kenčia nuo psichikos sveikatos problemų ir atitinka kategoriškus diagnostikos kriterijus. Be to, 6,44% šios amžiaus grupės vaikų turėjo vieną ar daugiau komorbidinių psichikos sveikatos sutrikimų (3). Vadinasi, kas trečias vaikas, turintis psichikos sutrikimą, atitinka bent dar vienos psichiatrinės diagnozės kriterijus, o tai gali lemti funkcionavimo sutrikimus ir besitęsiančius simptomus ateityje (30). Lyginant su Polanczyk et al., 2015 vyresnių vaikų psichinių sutrikimų tyrimų metaanalize, rasta, kad vyresniame amžiuje psichinių sutrikimų paplitimas buvo mažesnis nei jaunesniame - 13,4% (31). Šiose metaanalizėse labiausiai paplitę buvo nerimo sutrikimai (8.5% tarp jaunesnių nei 7 m. ir 6,5% tarp vyresnių nei 6 m.), prieštaraujančio nepaklusnumo sutrikimas (atitinkamai - 4.9% ir 3.6%), aktyvumo ir dėmesio sutrikimas (4.3% ir 3,4%), elgesio sutrikimai (0.8% ir 2,1%), jaunesnių vaikų amžiuje taip pat dažnos specifinės fobijos (3.2%), o paaugliams būdingesni depresiniai sutrikimai (1.1% ir 2.6%) (3)(31).

Gilinant į šias dažnas patologijas atskirai, matoma, kad mažiausiai 75% aktyvumo ir dėmesio sutrikimu sergančių vaikų ir paauglių išsivysto gretutinis sutrikimas, kuris trukdo diagnozuoti ir gydyti pagrindinę problemą bei blogina prognozę (32). 60% šių pacientų turi daugiau nei vieną gretutinę diagnozę. Sutrikusios raidos sutrikimai (motorinės funkcijos, kalbos, mokyklinių įgūdžių), nerimo sutrikimai, tikai ir prieštaraujančio nepaklusnumo sutrikimas išryškėja ankstyvame vaiko vystymosi etape (33). Priešingai, depresiniai sutrikimai ir sunkūs elgesio sutrikimai dažnai išryškėja vėliau, baigiantis pradinės mokyklos metams ir pereinant į paauglystę. Paauglystėje tokie sutrikimai dažnai siejami su piktnaudžiavimu narkotinėmis medžiagomis ir priklausomybe nuo jų (33) bei su asmenybės sutrikimų išsivystymu (32)(34). Taip pat, maždaug kas ketvirtas vaikas, turintis aktyvumo ir dėmesio sutrikimą, taip pat turi afektinį sutrikimą (35)(33). Taigi, šio sutrikimo atveju yra būdingas nuo amžiaus priklausomas komorbidinių sutrikimų vystymasis, kuris dažnai vyksta tam tikrais nuosekliais etapais, pavyzdžiui, nuo prieštaraujančio nepaklusnumo sutrikimo pereinama į elgesio sutrikimus ir galiausiai į depresiją su padidėjusiu savižudišku elgesiu. Tai vyksta ypač todėl, kad gretutiniai sutrikimai yra specifiniai rizikos veiksniai tolesnių psichikos sutrikimų vystymuisi (33). Šio sutrikimo etiologija yra sudėtinga ir nevienalytė, apimanti pagrindinį genetinį komponentą ir įvairius neurobiologinius pokyčius. Įvairūs prenataliniai aplinkos veiksniai taip pat padidina gretutinių sutrikimų vystymosi riziką (32).

Tyrimai rodo, kad vaikams, turintiems nerimo sutrikimą, yra didesnė tikimybė, kad jiems bus diagnozuotas antras arba daugybiniai nerimo sutrikimai (36). Klinikinis tyrimas, kuriame dalyvavo 488 vaikai nuo 7 iki 17 metų, parodė, kad socialinio nerimo sutrikimas, generalizuotas nerimo sutrikimas ir atskyrimo nerimo sutrikimas kartu pasireiškė beveik 60 procentų pacientų (37). Tyrimai parodė, kad generalizuotas nerimo sutrikimas ir socialinė fobija yra labiausiai susiję su depresija lyginant su kitais nerimo sutrikimais vaikystėje (38). Nustatyta, kad nerimo sutrikimai taip pat dažnai pasireiškia ir su kitais psichikos sveikatos sutrikimais, ypač aktyvumo ir dėmesio

sutrikimu (39), prieštaraujančio nepaklusnumo sutrikimu, kalbos ir mokymosi sutrikimais ir depresiniais sutrikimais paauglystėje (40).

Vaikų ir paauglių depresijos atveju, psichikos sutrikimų komorbidiškumas yra dažniau taisyklė nei išimtis. Jungtinėse Amerijos Valstijose atlikta reprezentatyvi paauglių apklausa parodė, kad tarp asmenų, sergančių sunkia depresija, bent vieną gretutinį psichikos sutrikimą turėjo daugiau nei 60% jaunuolių (41). Šie duomenys atitinka apžvalgą, kurioje nustatyta, kad gretutinės ligos pasireiškė 40–90% depresija sergančių vaikų ir paauglių, o dviejų ar daugiau gretutinių ligų diagnozės buvo nustatytos iki 50% vaikų (42). Dažniausi gretutiniai sutrikimai depresijos atveju yra: nerimo sutrikimai, aktyvumo ir dėmesio sutrikimas, elgesio sutrikimai (pvz., prieštaraujančio nepaklusnumo sutrikimas), psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sutrikimai. Su depresija susiduriantys vaikai gali dažniau sirgti gretutiniu aktyvumo ir dėmesio sutrikimu ir atsiskyrimo nerimo sutrikimu, tuo tarpu paaugliai yra labiau pažeidžiami psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sutrikimams (41)(43). Pacientai, susiduriantys su depresija, taip pat turi didesnę valgymo ir mokymosi sutrikimų bei somatinių sutrikimų riziką, dažnai yra patyrę fizinę ar seksualinę prievartą ar kitas traumas (44)(45). Vaikų ir paauglių depresija dažniausiai pasireiškia po kitų sutrikimų pasireiškimo (42). Nerimo sutrikimas ir prieštaraujančio nepaklusnumo sutrikimas yra ypač stiprūs galimos depresijos prognostiniai rodikliai. Nors piktnaudžiavimas psichoaktyviosiomis medžiagomis dažniau pasireiškia prieš depresiją nei po jos, piktnaudžiavimas jomis taip pat gali pasireikšti kaip depresijos komplikacija. Gretutinės ligos neigiamai veikia depresija sergančių pacientų baigtis ir yra susijusios su ilgesne ligos trukme, prastesniu atsaku į gydymą ir padažnėjusiu depresijos epizodų pasikartojimu (46)(47). Galiausiai, paaugliams, kuriems iš pradžių teisingai diagnozuota vienpolinė sunki depresija, gretutiniai subsindrominiai manijos simptomai ir elgesio sutrikimai yra susiję su didesne rizika ilgai patirti manijos ar hipomanijos epizodą (48)(49).

Taigi, psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumas varijuoja tarp skirtingų sutrikimų ir amžiaus grupių bei kinta raidoje. Tai reikalauja specifinio individualizuoto gydymo ir prevencinių priemonių taikymo.

2.4 Dažniausi komorbidiniai psichikos ir somatiniai sutrikimai vaikų ir paauglių amžiuje

Šiuo metu vis dar trūksta didelio masto tyrimų, tiriančių sąsajas tarp plataus spektro psichikos ir kliniškai diagnozuotų somatinių sutrikimų (13). Tačiau keli populiacijų ir klinikiniai tyrimai parodė, kad psichikos sutrikimų turintys vaikai ir paaugliai turi reikšmingai daugiau somatinių ligų (10)(11)(12). Pirmiausia, imunologiniai sutrikimai yra maždaug du-tris kartus dažnesni psichikos sutrikimų turintiems vaikams ir paaugliams nei jų neturintiems, o koreliacijos stiprumas nesikeičia priklausomai nuo amžiaus ir yra nuoseklus psichiatrinių diagnozių spektre (13). Imuninės sistemos vaidmuo psichikos sutrikimų, tokių kaip depresija, vystymuisi buvo

aptariamasis dešimtmečiais. Pacientams, sergantiems sunkia depresija, buvo nustatytas uždegiminių biožymenų padidėjimas, tokių kaip C reaktyvusis baltymas (CRB), interleukinas 6 (IL-6) ir naviko nekrozės faktorius (TNF)- α (50), o kai kurie tyrimai rodo, kad uždegiminiai parametrai normalizuojasi kartu su gydymo atsaku (51). Panašiai buvo nustatytas padidėjęs uždegiminių citokinų kiekis pacientams, sergantiems nerimo sutrikimu, šizofrenija ir aktyvumo ir dėmesio sutrikimu (52)(53)(54). Atopinės ligos ir antsvoris taip pat dažnai siejami su nerimo sutrikimais (55)(56)(57). Nustatyta, kad 1 tipo cukriniu diabetu dažniau serga vaikai, turintys nerimo, afektinių ir elgesio sutrikimų ir manoma, kad jiems įtakos turi prasta glikemijos kontrolė (58)(59). Vienoje sisteminėje apžvalgoje buvo rasta, kad vaikų, sergančių autizmo spektro sutrikimais ir aktyvumo ir dėmesio sutrikimu, somatinės ligos yra itin plačiai paplitusios ir gali pasireikšti įvairiose medicinos srityse, tokiose kaip imunologija, neurologija ir gastroenterologija (60). Valicenti et al. tyrimas nustatė, kad vaikai, sergantys autizmo spektro sutrikimais, turėjo žymiai didesnę virškinimo trakto simptomų dažnį lyginant su kontroline grupe (61). Wang et al. tyrime tėvai retrospektyviai pranešė apie žymiai daugiau virškinimo trakto problemų autizmo spektro sutrikimų turintiems vaikams, palyginti su jų sveikais broliais ir seserimis, o dvi dažniausiai pasitaikančios problemos buvo vidurių užkietėjimas ir lėtinis viduriavimas (62). Mouridsen et al. epilepsijos paplitimo tarp pacientų, sergančių Aspergerio sindromu, tyrimas parodė, kad šiems pacientams yra didesnė tikimybė sirgti epilepsija palyginus su bendra populiacija (63). Chen MH et al. tyrime rasta, kad pacientams, kuriems buvo diagnozuoti komorbidiniai aktyvumo ir dėmesio bei tiko sutrikimai, buvo žymiai didesnis alerginių ligų, įskaitant alerginį rinitą, astmą, atopinį dermatitą, alerginį konjunktyvitą, paplitimas nei vien aktyvumo ir dėmesio sutrikimo grupėje (64). Kitame tyrime, tris metus buvo stebėta populiacija, kurią sudaro virš 281 000 vaikų ir paauglių. 3–5 metų amžiuje buvo nustatyti reikšmingi astmos, egzemos ir žarnyno simptomų skirtumai lyginant su kontrolinėmis grupėmis, kurios neturėjo psichikos sutrikimų. Nutukimo dažnis tarp vyresnių nei 12 metų paauglių buvo beveik tris kartus didesnis lyginant su nerimo neturinčiais paaugliais. Nutukimas, žarnyno sindromai, migrena ir galvos skausmas buvo daugiau nei keturis kartus dažnesni 15–18 metų paaugliams, turintiems afektinių sutrikimų. Nutukimas buvo labiausiai paplitęs tarp nerimo, afektinių ir elgesio sutrikimų turinčių vaikų ir paauglių. Taip pat astma, mialgija ir žarnyno sindromai buvo dažnesni pacientams su diagnozuota psichoze. Vaikams, vyresniems nei 6 metai ir turintiems elgesio sutrikimų, somatiniai sutrikimai, ypač bronchinė astma, pasitaikė dvigubai dažniau nei vaikams be jų. Vaikai ir paaugliai, vartojantys psichoaktyvias medžiagas, buvo daugiau nei 4 kartus labiau linkę į galvos skausmų išsivystymą (13). Lėtinis skausmas, rūkymas ir nelegalių narkotinių medžiagų vartojimas buvo susijęs su nuolatiniais psichikos sveikatos sutrikimais, o mergaitėms rizika buvo didžiausia (65). Didelio masto tyrimo metu nustatyta, kad somatinių ligų sveikatos priežiūros išlaidos vaikams, turintiems psichikos sutrikimų, yra beveik du

kartus didesnės nei vaikams be psichikos sveikatos problemų (15). Pavyzdžiui, Silva et al. populiacijos tyrimas parodė, kad vaikai iki 4 metų, sergantys aktyvumo ir dėmesio sutrikimu, buvo 70% dažniau guldomi į ligoninę, palyginti su kontrolinėmis grupėmis (66). Vaikai, sergantys šiuo sutrikimu, dažniau buvo gydomi dėl galvos traumų, nudegimų, apsinuodijimo, tonzilių ir adenoidų ligų, astmos ir ankstyvų infekcijų (60).

Taigi, išvados reikalauja tolesnių vaikų ir paauglių komorbidiškumo tyrimų ir kelia klausimų apie galimą bendrą patofiziologiją, taip pat epigenetinius ir imunologinius kelius. Į tai reikia atsižvelgti planuojant sveikatos priežiūrą, taip pat nustatant klinikinės sąlygas pacientams, kad būtų lengviau nustatyti ankstyvą sutrikimą ir skirti tinkamą gydymą. Psichiatrinės ir somatinės sveikatos priežiūros integracija turėtų būti optimizuota, kad būtų lengviau gydyti šią pažeidžiamą grupę (13).

2.5 Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo diagnostikos iššūkiai

Su kiekvienu nuosekliu Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo (DSM) ir Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK) peržiūrėjimu psichikos sutrikimų komorbidiškumas pasireiškia vis dažniau. Teoriniai DSM ir TLK metodai aiškiai skatina diagnozuoti kelis sutrikimus, tikintis, kad bus fiksuojama visa kliniškai svarbi informacija ir aprašomas klinikinių apraiškų kompleksiskumas (67). Klein ir Riso teigė, kad yra mažiausiai keturi teoriniai komorbidiškumo aspektai, galintys paaiškinti dviejų ar daugiau psichikos sutrikimų diagnozavimą tam pačiam asmeniui: paciento sutrikimo diagnozavimo šališkumas, diagnostinių kriterijų artefaktai, ribų nubrėžimas tarp skirtingų diagnozių ir bendri etiologiniai ryšiai (5). Jų teigimu, yra atvejų, kai atskiri sutrikimai yra to paties fenomeno refleksija arba vienas sutrikimas sukelia pokyčius, kurie tiesiogiai veda į kitą, pavyzdžiui, distimija pereinanti į sunkios depresijos sutrikimą, todėl nebūtų prasmės jų laikyti komorbidiniais (17). Gretutinių ligų skaičių gali padidinti vyraujančio sutrikimo išskaidymas į specifiskesnes būkles (5). Pavyzdžiui, analizuojant iš istorinės perspektyvos, DSM-III suskirstė vieną DSM-II kategoriją „fobinė neurozė“ į penkias kategorijas: agorafobija su panika, agorafobija be panikos, socialinė fobija, paprasta fobija ir atsiskyrimo nerimo sutrikimas. Todėl nenuostabu, kad naujose DSM versijose aprašytų skirtingų psichiatrinių diagnozių skaičius yra beveik dvigubai didesnis nei DSM-II. Taigi, prie didėjančio komorbidiškumo pasireiškimo prisideda ir Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo (DSM) ir Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK) versijų atnaujinimas ir tobulinimas. Tačiau dabartinė „maksimalaus“ komorbidiškumo diagnozavimo strategija nebūtinai atspindi „optimalų“ komorbidiškumą (67). Taip pat diagnostikos kriterijai yra linkę persidengti ir sutrikimai vienas kitą gali apimti (26)(67). Autoriai teigia, jog sutrikimai gali reikštis ir slenkstiniame lygyje ir gali būti matomi kaip subsindromai. Diagnozės slenkstis gali jautriai paveikti gretutinių sutrikimų dažnį, kadangi žemas slenkstis paplitimo rodiklius didina (5).

Pavyzdžiui, DSM-5 dabar reikalauja tam tikrų nedėmesingumo, hiperaktyvumo ar impulsyvumo simptomų, kurie būdingi aktyvumo ir dėmesio sutrikimui, iki 12 metų, o ne 7 metų, kaip reikalaujama DSM-IV-TR. Taigi, bet kuris vaikas, kuriam pirmą kartą pasireiškia sutrikimo simptomai nuo 8 iki 12 metų, dabar galės taip pat būti diagnozuotas. DSM-5 šio sutrikimo kriterijų formuluotė taip pat tapo labiau adaptuota vyresniems pacientams. Dėl kelių tokių kriterijų pakeitimų gali padidėti vaikų, turinčių šį sutrikimą, identifikavimas ir dėl to gali išaugti komorbidiškumas su kitais sutrikimais, pavyzdžiui, mokymosi sutrikimais (68). Kitame tyrime buvo lyginamas DSM-IV-TR ir DSM-5 autizmo spektro sutrikimų ir kitų psichikos sutrikimų komorbidiškumas. Statistiškai reikšmingi skirtumai tarp abiejų grupių buvo nustatyti dėl obsesinio kompulsinio sutrikimo, valgymo sutrikimų ir jų būklės sunkumo: diagnostikoje remiantis DSM-5 jų buvo diagnozuojama daugiau ir sudėtingesnės formos (69). Galiausiai, viena diagnozė gali būti bendras galutinis kelių skirtingų būklių rezultatas arba komorbidiniai sutrikimai gali būti visiškai nepriklausomi klinikiniai vienetai (5)(70).

Komorbidiškumas gali būti artefaktinis kai, pavyzdžiui, sunkia depresija sergančiam pacientui, jaučiančiam didelį nerimą, netinkamai diagnozuojamas gretutinis nerimo sutrikimas (18). Psichiatrijoje, kai kartu pasireiškia skirtingi simptomai, tokie kaip nerimas ir depresija, dažniausiai yra spėliojama, ar jie yra du skirtingi klinikiniai subjektai, ar du vieno sutrikimo komponentai, nes apie etiologiją ir patofiziologinius psichikos sutrikimų tarpusavio ryšius dažnai žinoma ribotai. „Išskiriančios“ hierarchijos (*angl. exclusionary hierarchies*) yra grindžiamos samprata, kad vienas išskirtinis sutrikimas turi viršenybę prieš vieną ar daugiau priklausomų diagnozių, todėl daroma prielaida, kad antraeilio sutrikimo simptomai yra susiję su pirminiu, todėl papildoma psichiatrinė diagnozė nėra tikslinga. Psichikos sutrikimų hiperdiagnostika, o taip pat ir komorbidiškumas, kaip minėta anksčiau, gali būti lemiami ir diagnostikos šališkumo (67). Pavyzdžiui, DSM-5 sunkios depresijos sutrikimo kriterijuose nedidelis formuluotės pakeitimas išplėtė pagrindinį nuotaikos kriterijų ir įtraukė beviltiškumą. Siekiant atskirti normalias reakcijas į didelę netektį nuo sutrikimo, kuriam reikalingas klinikinis dėmesys, diagnozė tampa ne tokia objektyvi, apsunkina nelaimių ir depresijos ryšio tyrimus, o diagnostika remiasi subjektyviu gydytojo vertinimu. Be to, nauja nuolatinio depresinio sutrikimo kategorija turi apimti ir distimiją, ir lėtinę depresiją, tačiau jų ryšys su sunkios depresijos sutrikimu yra dviprasmiškas, nes diskutuotina, ar dvi būklės turėtų būti diagnozuojamos kartu, jei tenkinami abu kriterijai (71). Didelis vaikų psichinių sutrikimų komorbidiškumo dažnis neretai lemiamas ir diagnostikos klaidų. Diagnozavus vieną iš kategorijų, gali sumažėti simptomų skaičius, reikalingas kitoms kategorijoms diagnozuoti. To priežastis yra persidengiantys simptomai, kurie gali atsirasti esant daugiau nei vienam sutrikimui. Be to, įvairūs sutrikimai taip pat gali būti glaudžiai susiję vieni su kitais ir, pavyzdžiui, nerimo sutrikimų atvejais, pacientams gali būti diagnozuoti daugybiniai sutrikimai (26). Tyrimais buvo bandoma nustatyti

atvejus, kai akivaizdžiai kartu atsirandantys sutrikimai (pagal dabartinę diagnostikos strategiją) iš tikrųjų gali atspindėti vieną atskirą diagnostinį subjektą, turintį savo patogenezę, gydymo strategiją ir prognozę. Pavyzdžiui, Taylor et al. pateikė duomenis apie vaikus, nukreiptus į gydymo įstaigą dėl trikdančio ar asocialaus elgesio. Jie nustatė, kad pogrupis, kuris kitu atveju galėjo būti apibūdintas kaip turintis hiperkinezinį ir elgesio sutrikimą, iš tikrųjų pasižymėjo ypatingais požymiais: būdinga simptomų pradžia, IQ įverčiais, neurologiniais tyrimais ir reagavimu į vaistus, palyginti su likusiomis pacientų grupėmis (72).

Taip pat svarbu paminėti, jog vaikų psichikos sutrikimų diagnostika yra gana sudėtinga, ypač ankstyvame amžiuje. Dauguma sunkumų kyla dėl pirmųjų septynerių gyvenimo metų pripažinimo svarbiu vystymosi etapu. Dėl greito fizinio, emocinio, elgesio ir pažinimo vystymosi vaikų emocijų ir elgesio problemos dažnai laikomos trumpalaikėmis, o ne psichikos sveikatos sutrikimais (30). Taip pat sunku atskirti įprastą vaikų vystymosi kintamumą nuo psichopatologijos. Pavyzdžiui, didėjantis prieštaravimas tarp antrųjų ir ketvirtųjų metų yra svarbus vaiko savarankiškumui ir neturėtų būti klasifikuojamas kaip psichikos sutrikimas, jei nėra funkcinų sutrikimų (73). Be to, maži vaikai reguliuoja savo emocijas ir elgesį bendraudami su globėjais (74), todėl dažnai neaišku, ar vaiko emocinės ir elgesio problemos turėtų būti aiškinamos kaip individuali psichopatologija, ar kaip disfunkcinių tarpasmeninių globėjų ir vaiko santykių išraiška (75). Taigi, diagnostikos klaidos atsiranda tuomet, kai tam tikra elgsena yra interpretuojama kaip skirtingi simptomai. Pavyzdžiui, jei vaikas dažnai nenusėdi vietoje, kai tikimasi, kad liks sėdėti, šis simptomas įtraukiamas diagnozuojant aktyvumo ir dėmesio sutrikimą. Tačiau, jei vaikas, paprašytas sėdėti ramiai, to nepadaro, tėvai ar mokytojai gali teigti, kad vaikas „dažnai aktyviai nepaiso suaugusiųjų prašymų ar taisyklių arba atsisako jų laikytis“, ir tai bus laikoma prieštaraujančio nepaklusnumo sutrikimo simptomu. Kadangi šiuo atveju tas pats elgesys gali būti abiejų sutrikimų simptomu, paciento būklės vertinimas be struktūrizuotų procedūrų gali turėti įtakos anamnezės rinkimui ir sprendimų priėmimui (28), taipogi ir komorbidinių sutrikimų diagnozavimui. Standartizuotų diagnostikos gairių naudojimas tyrimo tikslais, vaikų ir tėvų individualūs klausimynai, pokalbiai tiek su tėvais, tiek su vaikais, gali padėti pašalinti tokio tipo klinikinį šališkumą (3).

Dabartinė diagnostikos sistema gali pateikti daug išsamios klinikinės informacijos apie pacientus, turinčius kompleksiškus problemų, todėl galima taikyti individualizuotą gydymą ir tiksliau apibrėžtų tyrimų vykdymą. Visgi, tai gali tapti ir didele našta gydytojams ir sveikatos informacinėms sistemoms, nes gali užtemdyti gydymo dėmesį „prarandant kelią dėl takelio“ (5).

2.6 Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumo gydymo iššūkiai

Vaikams, turintiems daugiau nei vieną psichikos sveikatos sutrikimą, gali prireikti intensyvesnės pagalbos, nes gretutinės ligos dažnai apsunkina ir netgi trukdo sėkmingam gydymui (76). Pavyzdžiui, ryšys tarp vaikų bipolinio sutrikimo ir gretutinio nerimo sutrikimo yra itin kliniškai svarbus, nes vienas iš nerimo sutrikimo gydymo metodų yra antidepresantų farmakoterapija (77), o diagnozavus vaikų bipolinį sutrikimą gali būti apribotas antidepresantų vartojimas dėl padidėjusio savižudiško elgesio ir perėjimo į manijos epizodą rizikos. Nepaisant šio fakto, 24% vaikų, kuriems buvo naujai diagnozuotas bipolinis sutrikimas, buvo skiriama monoterapija antidepresantais (78). Tai įrodo ir kituose vaikų ir paauglių psichikos sutrikimų komorbidiškumo tyrimuose padarytas išvadas, jog gydymo plėtros pastangos yra itin reikalingos, kad būtų galima pritaikyti ir sukurti veiksmingesnes intervencijas daugines problemas turintiems jaunuoliams (79). Komorbidiškumas tarp somatinių ir psichinių sutrikimų taip pat yra itin kompliktuotas, kadangi vaistai, skirti gydyti somatinėms ligoms, gali sunkinti psichikos simptomus ir atvirksčiai. Pavyzdžiui, epilepsijos ir aktyvumo ir dėmesio sutrikimo komorbidiškumo atveju, fenobarbitalis yra dažniausias vaistas, iššaukiantis šio psichikos sveikatos sutrikimo simptomus, po to - topiramatas ir valproinė rūgštis. Tuo tarpu lakozamidas turi tam tikrą teigiamą poveikį elgesiui, o karbamazepinas bei lamotriginas teigiamai veikia ir dėmesingumą, ir elgesį. Taip pat yra įrodymų, kad perampanelis gali sukelti priešišką/agresyvų elgesį, kuris auga vartojant didesnes dozes. Kadangi aktyvumo ir dėmesio sutrikimas labai paveikia epilepsija sergančių pacientų gyvenimo kokybę, klinikinis šio neuropsichiatriinio sutrikimo valdymas turėtų būti prioritetas (80).

Negydomi gretutiniai psichikos sutrikimai gali padidinti su somatine liga susijusią negalią, sumažinti gyvenimo kokybę ir neigiamai paveikti gydymo rezultatus ir išėitis (14). Somatinių ir psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumas, pavyzdžiui, vaikų migrenos atveju, lemia išaugusį vaistų vartojimo, lojadienių skaičiaus, išlaidų ir hospitalizuotų vaikų pakartotinio priėmimo mastą. Daugiacentrio, retrospektyvaus kohortinio tyrimo duomenimis, pacientai, hospitalizuoti dėl migreninio galvos skausmo ir turintys gretutinių psichikos sutrikimų, dažniau susiduria su polifarmacija ir dažniau vartoja medikamentus tiek skubiam galvos skausmo nutraukimui, tiek galvos skausmų profilaktikai, taip pat jiems dažniau skiriami rezerviniai vaistai, įprastai skirtini tik sunkiai ar atspariai migrenai gydyti (pvz., dihidroergotaminas) (14). Svarbu atsižvelgti į tai, jog kai kuriais atvejais, gretutiniams psichikos sveikatos sutrikimams gydyti sėkmingai tinka ir pagrindinės ligos gydymo intervencijos ir monoterapija. Pavyzdžiui, viename atsiktinių imčių kontroliuojamame tyrime, sunkios depresijos, generalizuoto nerimo ir panikos sutrikimų bei agorafobijos diagnostikos rodikliai sumažėjo po šeimos terapijos taikymo pacientams su nervine anoreksija (*angl. family-based therapy (FBT)*), o bendrai komorbidiškumo dažnis nuo 54% nukrito iki 26%. Taigi, išvados suponuoja, kad šeimos terapija paauglių nervinės anoreksijos

atveju tam tikrais atvejais gali padėti išspręsti kartu pasitaikančias gretutines psichikos problemas be papildomo gydymo (81).

Nors psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumas vaikų ir paauglių amžiuje yra dažnai pasireiškiantis reiškinys, visgi didžioji dauguma psichikos sutrikimų turinčių mažų vaikų turi vieną diagnozę (3)(26). Taigi ankstyvos intervencijos ir pagal amžių pritaikytas gydymas gali padėti išvengti psichikos problemų komplikavimosi ir gretutinių ligų (3). Psichikos sutrikimų pasireiškimo tarp labai mažų vaikų nagrinėjimas yra vis dar apleista tyrimų sritis (82). Geresnės žinios apie psichikos sutrikimų pasireiškimą ir komorbidiškumą yra būtinos efektyviam paslaugų planavimui ir gydymo bei diagnostikos priemonių optimizavimui šiai amžiaus grupei (30)(31).

3. TYRIMO METODIKA

3.1 Tiriamieji

Į tyrimą buvo įtraukiami Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje Universitetiniame vaikų ir paauglių skyriuje gydyti vaikai ir paaugliai nuo 2015 metų sausio mėn. iki 2022 metų gruodžio mėn. imtinai. Pacientai į tyrimą buvo įtraukiami, jei jų amžius nebuvo didesnis nei 18 metų. Iš 307 pacientų, galutinę imtį sudarė 304 vaikai ir paaugliai, kurių amžius svyravo nuo 8 iki 18 metų imtinai. Į skaičiavimus neįtraukti du pacientai, kurių ligos istorijose trūko informacijos apie jų pagrindinę ir gretutines diagnozes ir vienas, kurio amžius buvo >18 metų.

3.2. Tyrimo eiga ir metodologija

Duomenys buvo renkami retrospektyviai analizuojant medicininę dokumentaciją – Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės Universitetinio vaikų ir paauglių skyriaus stacionaro pacientų epikrizes. Buvo renkami sociodemografiniai rodikliai (lytis, amžius) bei duomenys apie pagrindinę psichikos sveikatos sutrikimo diagnozę bei gretutinius somatinius ir psichikos sveikatos sutrikimus. Diagnozės buvo išskirstytos pagal TLK-10 sisteminį ligų grupių ir pogrupių sąrašą (*priedas 1*). Kiekvienoje grupėje buvo apskaičiuojami visų į jas patenkančių ligų dažniai ir buvo atrenkami dažniausi pagrindiniai psichikos bei gretutiniai psichikos ir somatiniai sutrikimai ir buvo analizuojamas ryšys tarp jų.

3.3 Statistinė analizė

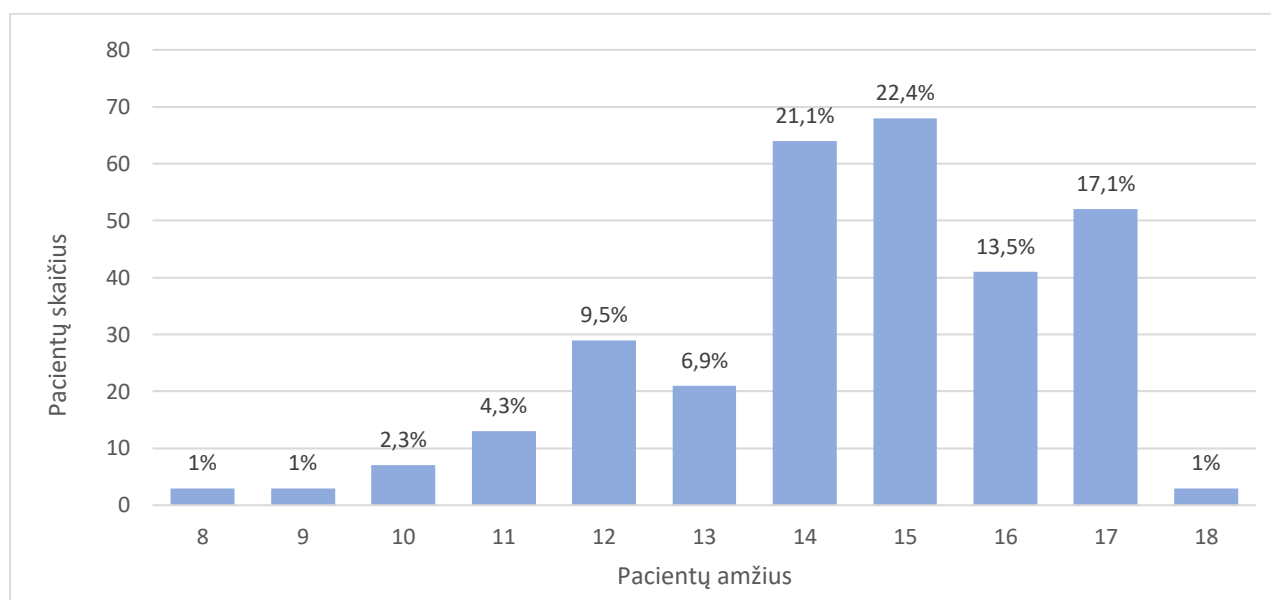
Gauti duomenys buvo koduojami rankiniu būdu naudojant Microsoft Excel 2010 programą rodikliams priskiriant atitinkamas skaitines reikšmes. Statistinė duomenų analizė atlikta

naudojant *Microsoft Excel 2010* ir programinį statistikos paketą socialiniams mokslams *IBM SPSS Statistics 26.0*. Šia programa skaičiuota aprašomoji statistika: dažniai, procentinė kintamųjų sudėtis, standartiniai nuokrypiai, vidurkiai. Ryšiu tarp kintamųjų įvertinti taikytas Chi kvadrato kriterijus (χ^2). Kai duomenys buvo aprašomi keturlauke (2x2) dažnių lentele ir tikėtinas stebėjimų skaičius buvo mažiau nei penki, papildomai buvo vertinamas tikslus Fišerio (Fisher's) testas. Duomenys laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

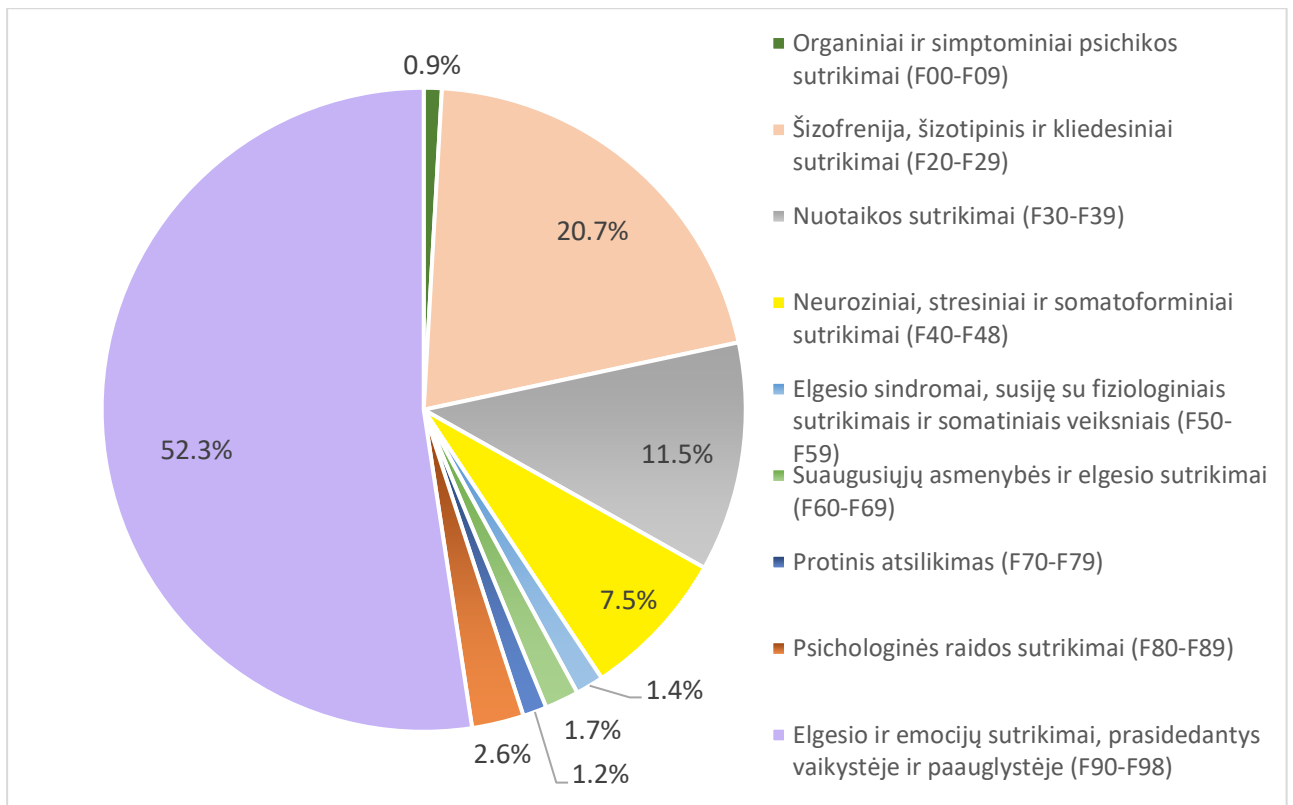
4. TYRIMO REZULTATAI

4.1 Imties charakteristika

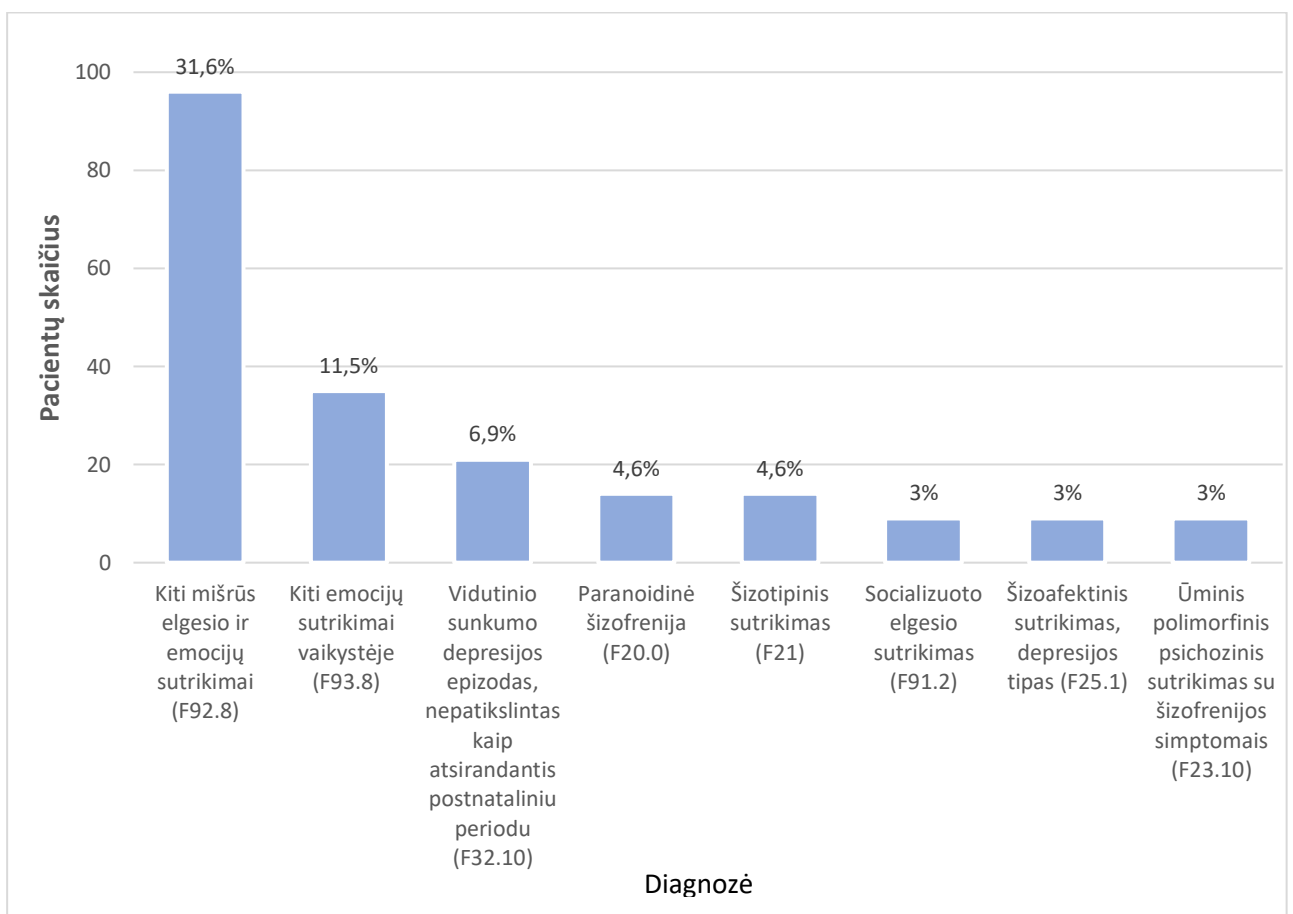
Tyrimo imtį sudarė 304 tiriamieji – 146 vyriškos lyties (48%) ir 158 moteriškos (52%). Tiriamųjų amžiaus mediana – 15 metų (min=8, max=18) (pav. 1). Šizofreniją, šizotipinį ir kludiesinius sutrikimus (F20-F29) turėjo 20,7% (n=63), nuotaikos sutrikimus (F30-F39) – 11,5% (n=35) vaikų ir paauglių, o elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje, (F90-F98) buvo diagnozuojami dažniausiai - 52,3% (n=159) pacientų (pav. 2). Dažniausiai diagnozuojami pagrindiniai psichikos sutrikimai buvo mišrūs elgesio ir emocijų sutrikimai (F92.8) (n=96, 31,6%), emocijų sutrikimai vaikystėje (F93.8) (n=35, 11,5%) ir vidutinio sunkumo depresijos epizodas (F32.10) (n=21, 6,9%) (pav. 3).



pav. 1 Pacientų pasiskirstymas pagal amžius



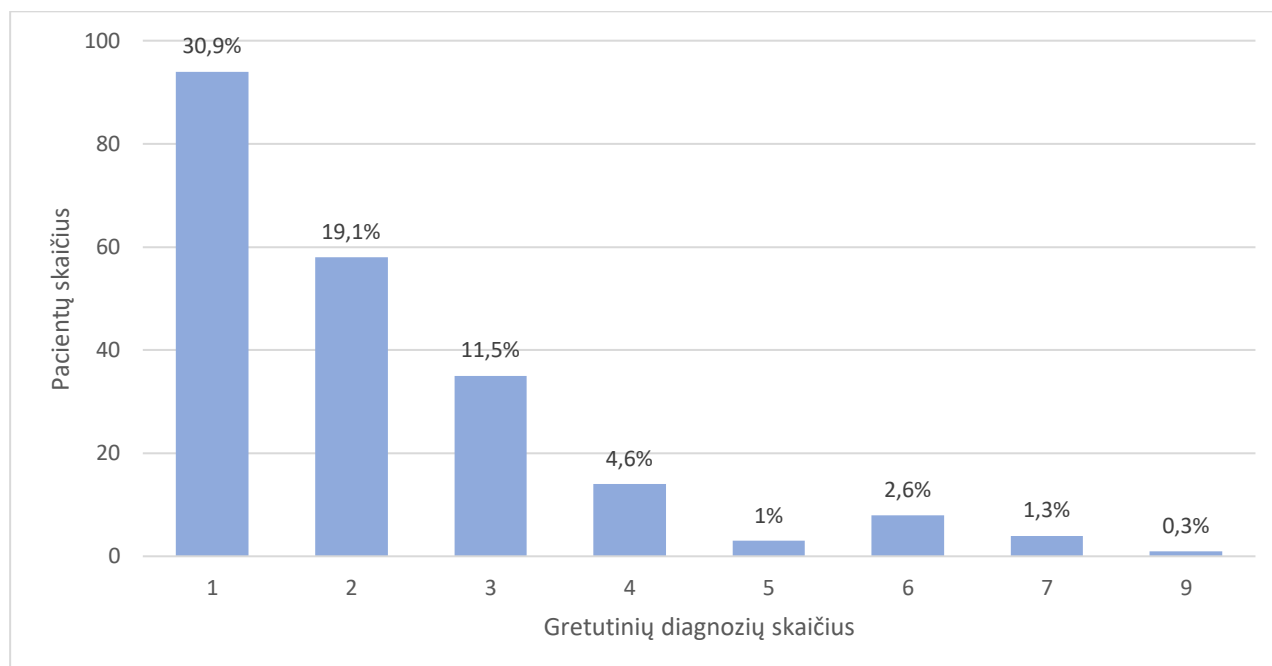
pav. 2 Pacientų pasiskirstymas pagal pagrindinę diagnozę (pagal TLK-10 grupes)



pav. 3 Pacientų pasiskirstymas pagal dažniausias pagrindines diagnozes

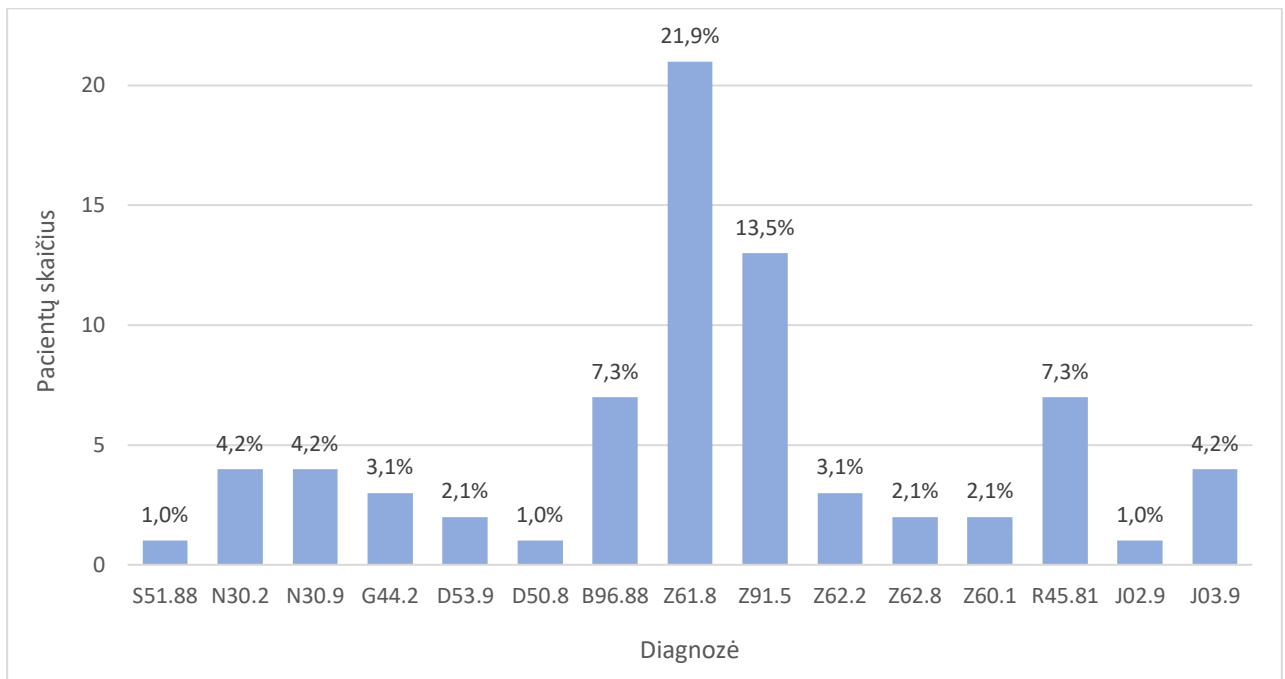
4.2 Komorbidiškumo pasireiškimas tyrimo imtyje

Gretutinių sutrikimų turėjo 71,3% (n=217) pacientų. 69,1% (n=210) turėjo vieną ar daugiau gretutinių psichikos sutrikimų. Vieną gretutinį psichikos ar somatinį sutrikimą turėjo 30,9% (n=94) pacientų, du sutrikimus – 19,1% (n=58), tris – 11,5% (n=35). Didžiausias diagnozių skaičius buvo devyni (*pav. 4*). Vidutiniškai pacientai turėjo po 1,55 gretutinių diagnozių ($SD=1,60$).

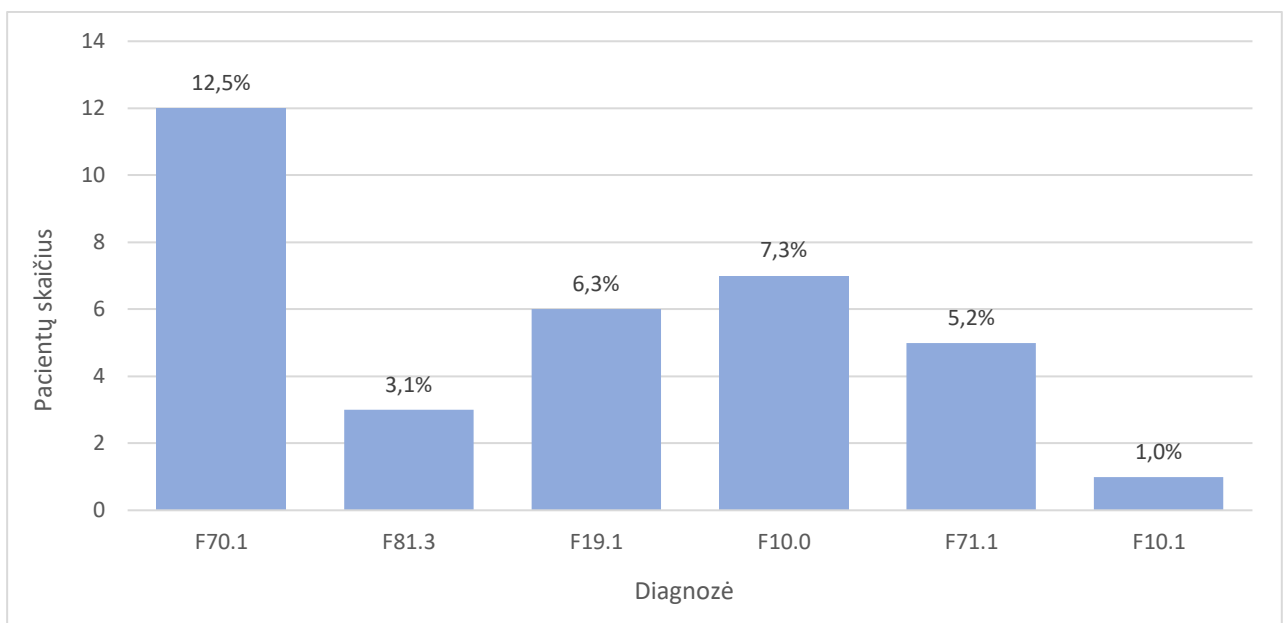


pav. 4 Pacientų pasiskirstymas pagal gretutinių diagnozių skaičių

Pacientų, turinčių mišrių elgesio ir emocijų sutrikimų, imtyje daugiausiai buvo nustatomi sveikatos būklę veikiantys faktoriai. Tarp šių faktorių vyravo vaikystėje patirti neigiami įvykiai (n=21, 21,9%), buvęs asmeniui savęs žalojimas (n=13, 13,5%) bei mintys apie savižudybę (n=7, 7,3%). Tarp komorbidinių somatinių ligų dažniausiai diagnozuojamos buvo nepatikslintos bakterinės infekcijos (n=7, 7,3%), cistitai (N30.9 (n=4, 4,2%), N30.2 (n=4, 4,2%)) bei ūminis tonzilitas (n=4, 4,2%) (*pav. 5*). Dažniausi komorbidiniai psichikos ir elgesio sutrikimai buvo lengvas (n=12, 12,5%) bei vidutinis (n=5, 5,2%) protinis atsilikimas su reikšmingu elgesio sutrikimu, toliau sekė psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo, ūminė intoksikacija (n=7, 7,3%) bei sutrikimai dėl kelių narkotikų ir psichoaktyviųjų medžiagų žalingo vartojimo (n=6, 6,3%) (*pav. 6*). Statistiškai reikšmingas ryšys matomas su lengvu protiniu atsilikimu ($p=0,001$) bei psichikos ir elgesio sutrikimais dėl alkoholio vartojimo (F10.0) ($p=0,003$) (*priedas 3*).

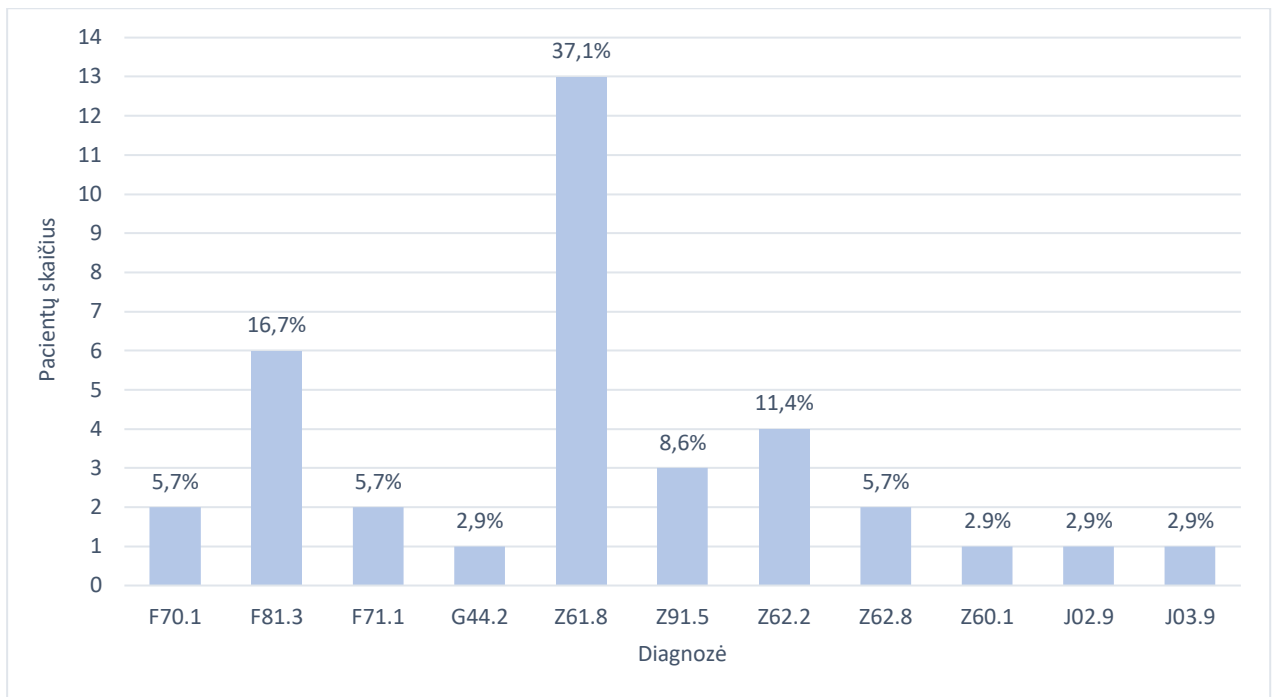


pav. 5 Somatinių ligų ir sveikatos faktorių pasiskirstymas tarp pacientų, turinčių mišrių elgesio ir emocijų sutrikimų (F92.8)



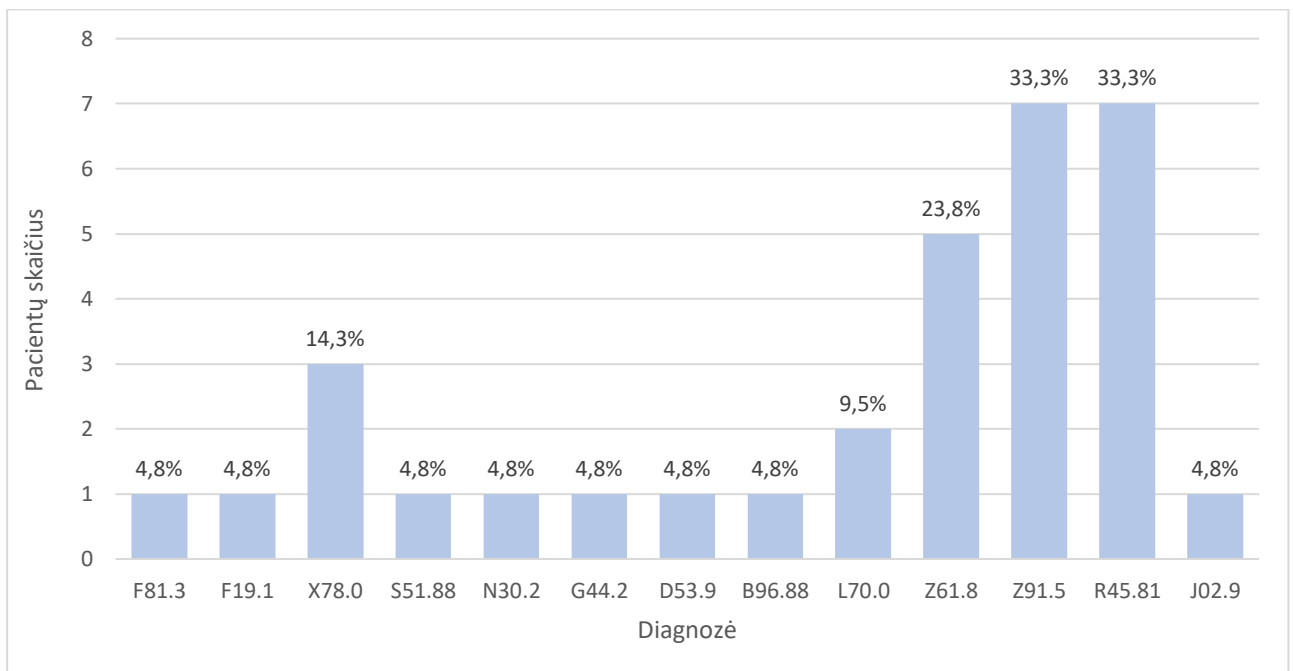
pav. 6 Psichikos sutrikimų pasiskirstymas tarp pacientų, turinčių mišrių elgesio ir emocijų sutrikimų (F92.8).

Pacientų, turinčių emocijų sutrikimų vaikystėje, imtyje statistiškai reikšmingai koegzistuojantys veiksniai buvo vaikystėje patirti neigiami įvykiai ($n=13$, 37,1%) ($p=0,004$) ir institucinis ugdymas ($n=4$, 11,4%) ($p=0,003$) (priedas 4). Tarp gretutinių psichikos ir elgesio sutrikimų, rastas statistiškai reikšmingas ryšys su mišriu mokymosi sugebėjimų sutrikimu ($n=6$, 16,7%) ($p=0,001$). Somatinės ligos šio sutrikimo populiacijoje buvo diagnozuojamos rečiau (pav. 7).



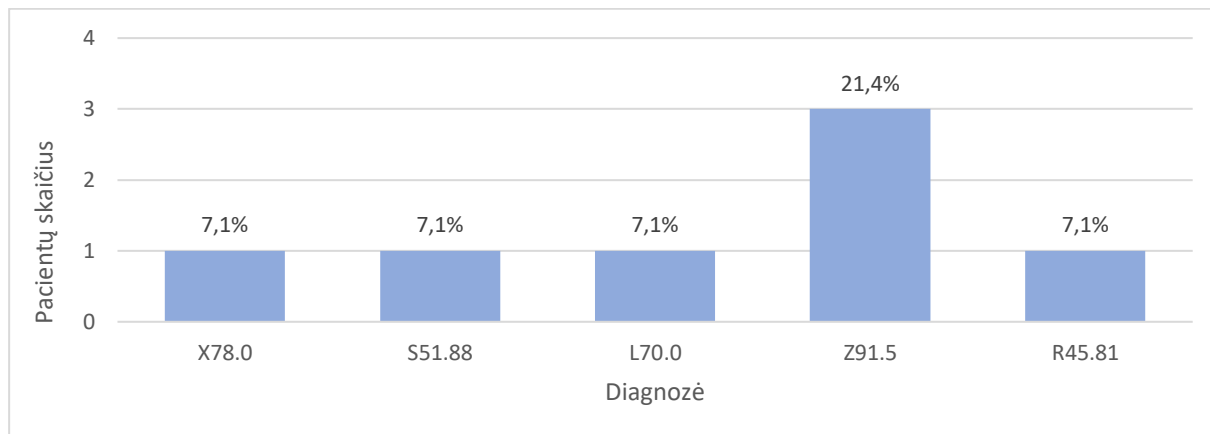
pav. 7 Gretutinių ligų pasiskirstymas tarp pacientų, turinčių emocijų sutrikimų vaikystėje (F93.8)

Pacientai, susiduriantys su vidutinio sunkumo depresija, buvo dažnai linkę į savižalą ($n=7$, 33,3%) ($p=0,023$), statistškai reikšmingas ryšys rastas tarp depresijos ir savižalos peiliu ($n=3$, 14,3%) ($p<0,001$) bei minčių apie savižudybę ($n=7$, 33,3%) ($p=0,003$) (priedas 5). Šių pacientų gyvenimo anamnezėje taip pat vyravo vaikystėje patirti neigiami įvykiai ($n=5$, 23,8%) (pav. 8).



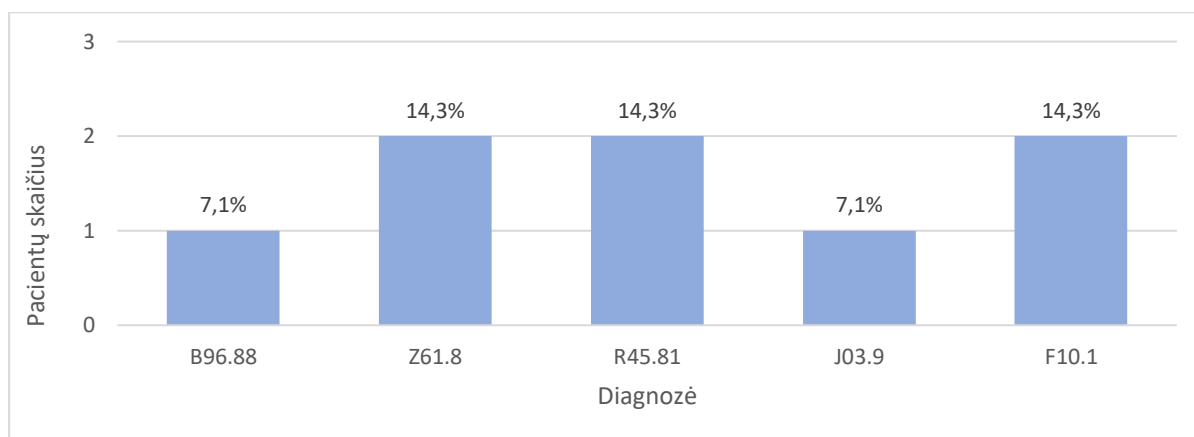
pav. 8 Gretutinių ligų pasiskirstymas tarp pacientų, turinčių vidutinio sunkumo depresijos epizodą (F32.10)

Vaikai ir paaugliai su diagnozuota paranoidine šizofrenija buvo linkę į savižalą (n=3, 21,4%), vienas pacientas turėjo minčių apie savižudybę, žalojosi peiliu ir turėjo dilbio žaizdų (n=1, 7,1%) (pav. 9).



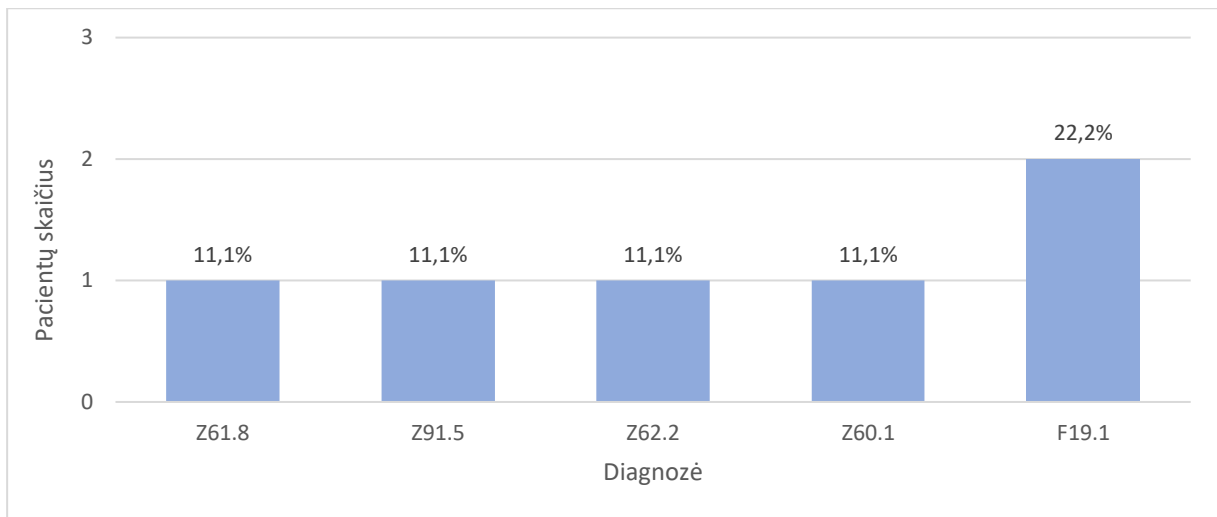
pav. 9 Gretutinių ligų pasiskirstymas tarp pacientų, turinčių paranoidinę šizofreniją (F20.0)

Vaikai ir paaugliai, turintys šizotipinį sutrikimą, turėjo minčių apie savižudybę ir save žalojo (n=2, 14,3%). 2 pacientai susidūrė su psichikos ir elgesio sutrikimais dėl alkoholio vartojimo (14,3%) (pav. 10).



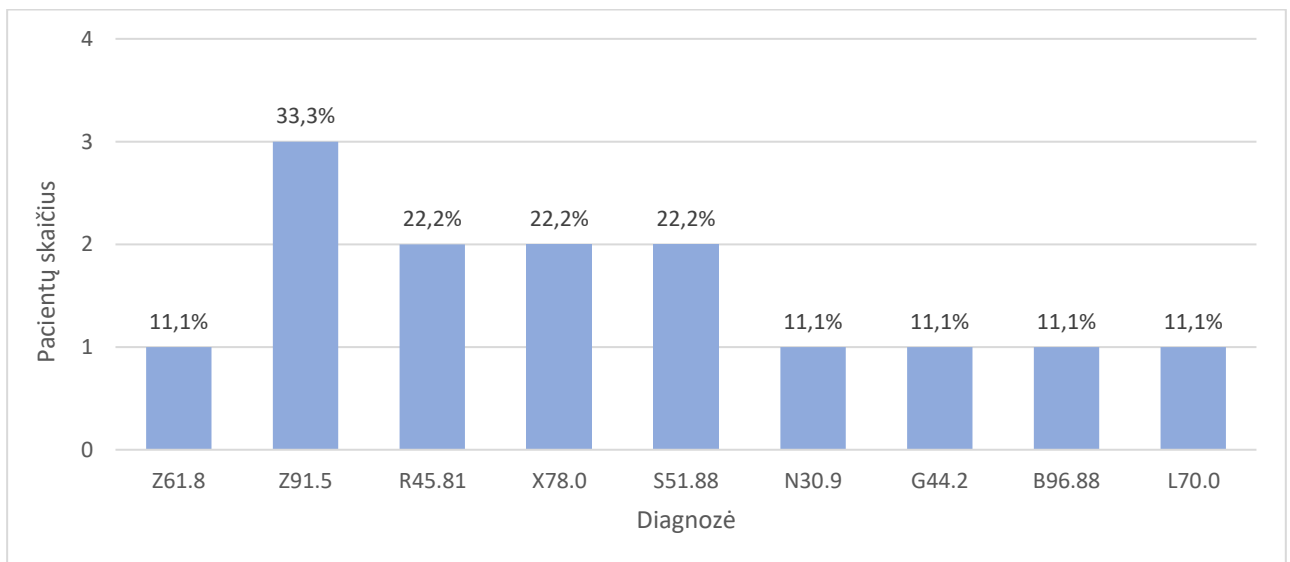
pav. 10 Gretutinių ligų pasiskirstymas tarp pacientų, turinčių šizotipinį sutrikimą (F21)

Socializuoto elgesio sutrikimas statistiškai reikšmingai buvo susijęs su psichikos ir elgesio sutrikimais dėl psichoaktyviųjų medžiagų žalingo vartojimo (n=2, 22,2%) ($p=0,002$) (priedas 8) bei buvo matomi skirtingi sveikatą veikiantys aplinkos faktoriai (pav. 11).



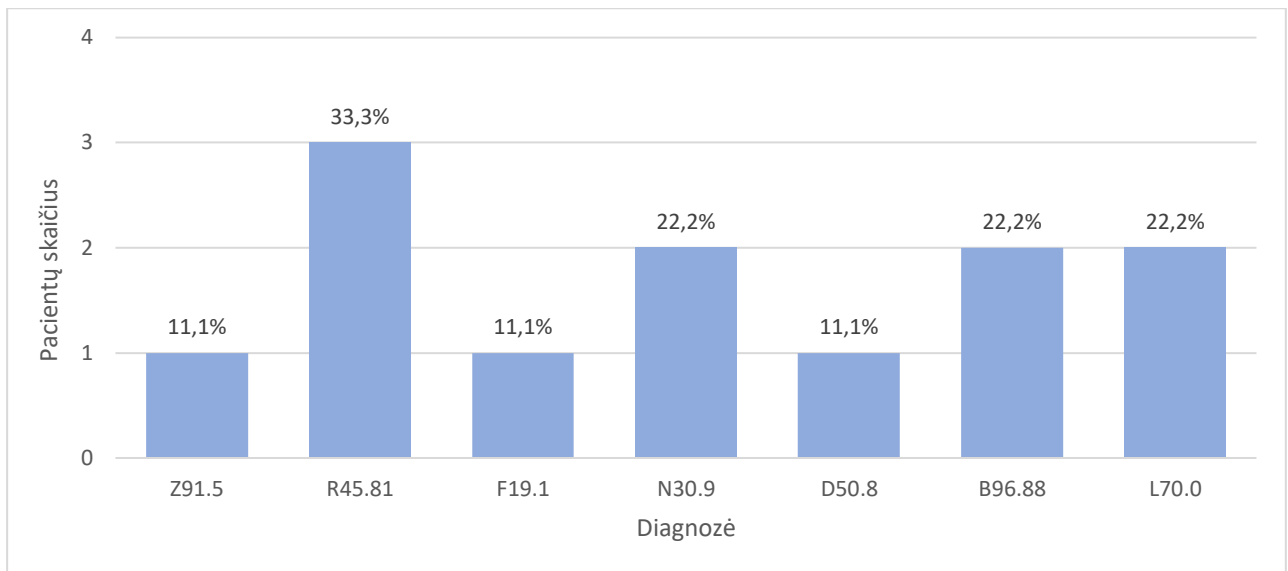
pav. 11 Gretutinių ligų pasiskirstymas tarp pacientų, turinčių socializuoto elgesio sutrikimą (F91.2)

Vaikų ir paauglių, su diagnozuotu šizoafekciniu sutrikimu, depresijos tipu, imtyje, daugiau nei penktadalis turėjo minčių apie savižudybę ($n=2$, 22,2%), trečdalis pacientų praeityje žalojosi ($n=3$, 33,3%). Statistiškai reikšmingas ryšys rastas su savižala peiliu ($n=2$, 22,2%) ($p<0,001$) ir dilbio žaizdomis ($n=2$, 22,2%) ($p<0,001$) (priedas 9). Taip pat keli pacientai susidūrė su įtampos galvos skausmu, cistitu, bakterinėmis infekcijomis ir paprastaisiais spuogais ($n=1$, 11,1%) (pav. 12).



Pav. 12 Gretutinių ligų pasiskirstymas tarp pacientų, turinčių šizoafekcinį sutrikimą, depresijos tipą (F25.1)

Buvo matomas statistiškai reikšmingas ryšys tarp ūminio polimorfinio psichozinio sutrikimo su šizofrenijos simptomais ir cistito ($n=2$, 22,2%) ($p=0,001$) bei paprastųjų spuogų ($n=2$, 22,2%) ($p<0,001$). Trečdalis pacientų turėjo minčių apie savižudybę ($n=3$, 33,3%) ($p=0,049$), daugiau nei penktadalis susidūrė su bakterinėmis infekcijomis ($n=2$, 22,2%) ($p=0,021$) (priedas 10) (pav. 13).



pav. 13 Gretutinių ligų pasiskirstymas tarp pacientų, turinčių ūminį polimorfinį psichozinį sutrikimą su šizofrenijos simptomais (F23.10)

5. APTARIMAS

Nors ir duomenys apie vaikų ir paauglių psichikos sveikatos sutrikimų komorbidiškumą itin varijuoja priklausomai nuo šalies, pacientų amžiaus ir sutrikimo, tačiau remiantis šio tyrimo rezultatais matome, kad Lietuvoje vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionare komorbidiškumas siekia 71,3%, kai 69,1% pacientų turi vieną ar daugiau gretutinių psichikos ar elgesio sutrikimų. Neseniai atliktoje metaanalizėje, tarptautinis komorbidiškumo pasireiškimas ikimokyklinio amžiaus vaikų grupėje buvo 6,4% (3). Kito tyrimo duomenimis, vaikų, turinčių vieną psichikos sutrikimą, grupėje 25% turi dar vieną gretutinį sutrikimą ir kas metus komorbidiškumo pasireiškimas didėja po 1,6 karto nuo antrų iki penktų metų (30)(83). Tokio amžiaus vaikai nebuvo hospitalizuojami Universitetiniame vaikų ir paauglių psichiatrijos skyriaus stacionare ir amžiaus vidurkis šiame tyrime buvo 14,46 metai, todėl informacijos apie psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimą ir komorbidiškumą šioje populiacijoje trūksta. Tarptautiniai duomenys apie komorbidiškumo paplitimą vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionaruose taip pat yra riboti, tačiau lyginant mūsų rezultatus su turimais nacionaliniais kitų šalių duomenimis, pavyzdžiui, didelės apimties JAV tyrimu, kur gretutinių psichikos sutrikimų mastas siekė 40%, galime manyti, jog Lietuvoje psichikos sutrikimų komorbidiškumas pasireiškia dažniau, tačiau nacionalinio lygio tyrimai yra reikalingi reprezentatyvesniems rezultatams gauti. Literatūros duomenimis, kas trečias mažas vaikas, turintis psichikos sutrikimą, atitinka bent dar vienos psichikos sutrikimo diagnozės kriterijus (30), o šiame tyrime bent vieną komorbidinį psichikos sutrikimą turėjo virš 69% vaikų ir paauglių.

Šiame tyrime beveik trečdalis vaikų ir paauglių turėjo mišrių elgesio ir emocijų sutrikimų pagrindinę diagnozę. Šių sutrikimų grupėje buvo matoma didžiausia komorbidinių diagnozių įvairovė. Statistiškai reikšmingas ryšys buvo rastas su psichikos ir elgesio sutrikimais dėl alkoholio vartojimo (7,3%), taip pat 6,3% pacientų turėjo komorbidinių sutrikimų dėl kelių narkotikų ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo. Lyginant su kito tyrimo, kuriame analizuotas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sutrikimo komorbidiškumas su elgesio sutrikimais, duomenimis, alkoholį ir tabaką vartojo 10% pacientų, todėl gauti duomenys buvo panašūs į mūsų tyrime gautus. Autorių teigimu, elgesio sutrikimų turintys stacionaro pacientai, turėjo 1,7 karto didesnę riziką vartoti alkoholį ir 1,4 karto didesnę riziką žalingam kanabinoidų vartojimui nei stacionaro pacientai be šio sutrikimo (84). Rūkymas, alkoholio ir narkotikų vartojimas gali pabloginti esamą psichopatologiją, todėl šioje srityje dirbantys sveikatos specialistai turėtų rimtai atsižvelgti į šias aplinkybes (85).

Šiame tyrime, emocijų sutrikimai vaikystėje buvo statistiškai reikšmingai susiję su vaikystėje patirtais neigiamais įvykiais ir instituciniu ugdymu. Institucinis ugdymas TLK apibrėžiamas kaip „grupinis auklėjimas, kai tėvų pareigas daugiausia perima kokia nors įstaiga (pvz., savaitinis vaikų darželis, kūdikių namai ar vaikų globos namai), arba vaiko gydymas ilgesnį laiką, kai jis yra ligoninėje, reabilitacijos įstaigoje ir pan., o kartu su vaiku negyvena bent vienas iš tėvų“. Lyginant su kontrolinėmis grupėmis, vieno tyrimo duomenimis, su instituciniu ugdymu susiduriantys pacientai daugiau nei 5 kartus dažniau turėjo elgesio bei psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sutrikimų, turėjo daugiau komorbidinių diagnozių, o priėmimo skyriuje po pirminio hospitalizavimo lankydavosi dažniau ir greičiau. Reikia specialių strategijų, kad būtų optimizuojami šios bendruomenės psichikos sveikatos išteklių ir kreipiamas didesnis dėmesys į didelį skubios pagalbos paslaugų naudojimą prieš ir po hospitalizavimo (86). Visgi, šiuo atveju, yra neaišku, ar neigiami įvykiai vaikystėje ir institucinis ugdymas yra rizikos veiksniai emocijų sutrikimams ar atvirkščiai, emocijų sutrikimai lėmė neigiamus įvykius. Nors mūsų tyrime ryšys nepastebėtas, tačiau pacientams su elgesio sutrikimais, 11 kartų išauga rizika komorbidinei psichozei ir yra 7 kartus didesnė rizika išsivystyti depresijai (87). Mišrių elgesio ir emocijų sutrikimų turintys vaikai ir paaugliai mūsų tyrime buvo dažnai linkę į savižalą (13,5%), o literatūroje randama, jog šis procentas gali siekti ir ketvirtadalį (88). Šiame tyrime rasta, jog save žalojosi net trečdalis pacientų su vidutinio sunkumo depresija ir penktadalį su diagnozuota paranoidine šizofrenija, o savižalos mastai buvo aktualūs ir kitų dažniausių sutrikimų atvejais. Tam yra įvairių paaiškinimų, pavyzdžiui, jauni vaikinai, sergantys šizofrenija ir šeimoje turėję alkoholizmo atvejų, yra ypač jautrūs šiam gretutiniam sutrikimui, kuris gali sukelti rimtas pasekmes: padažnęjusį bandymą žudyti ir organinio smegenų audinio pažeidimo vystymąsi (89). Čilės tyrėjų duomenimis, dažniausiai save žalojantys stacionaro pacientai turėjo elgesio, depresijos ar asmenybės sutrikimų ir vidutinis jų

hospitalizavimo laikas buvo 41.8 ± 31.1 dienos (90). Taigi, šiai pacientų grupei turėtų būti skiriamas didesnis psichosocialinis dėmesys ir efektyvių prevencijos priemonių vystymas dėl sutrikimų išėigos gerinimo ir apkrovos sveikatos priežiūros įstaigoms mažinimo.

Tarp daugumos dažniausių sutrikimų gretutinių diagnozių matoma nemaža somatinių ligų įvairovė, pavyzdžiui, vaikų ir paauglių, turinčių ūminį polimorfinį psichozinį sutrikimą su šizofrenijos simptomais, imtyje statistiškai reikšmingas ryšys rastas su cistitu, paprastaisiais spuogais ir bakterinėmis infekcijomis, mišrių elgesio ir emocijų sutrikimų turintys pacientai taip pat dažnai sirgdavo infekcinėmis ligomis. Skirtingų analizių duomenimis, pacientų, turinčių gretutinių psichikos sutrikimų, hospitalizavimas somatinių ligų stacionare buvo susijęs su didesniu ankstesnių, neplaninių ir skubių hospitalizavimų skaičiumi ir aukštesniu Elixhauserio komorbidiškumo indeksu. Šie pacientai turėjo 9,6% ilgesnį lovodienų skaičių ir 9,6% didesnes vieno priėmimo išlaidas. Taigi, šie rezultatai išryškina naujoviškų klinikinės priežiūros modelių ir tyrimų, skirtų pagerinti pacientų išėigas ir sumažinti ligoninės išlaidas, poreikį (91).

Apie 10% jaunų suaugusių, gydomų suaugusių psichiatrijos stacionare, praeityje buvo gydyti vaikų ir paauglių skyriuje. Šie pacientai, lyginant su vaikystėje hospitalizavimų neturėjusiais suaugusiais, patyrė du kartus daugiau nepriežiūros, prievartos ar šeimos disfunkcijos. Moteriška lytis, seksualinė prievarta ir įvaikinimas buvo didžiausi rizikos faktoriai ir šie pacientai susidūrė su daugiau psichosomatinių ar asmenybės sutrikimų, dažnesniu komorbidiškumu, funkcionavimo sutrikimais ir dažniau kartotinai būdavo hospitalizuojami. Tokiems pacientams yra itin svarbus psichosocialinis palaikymas ir gydymas ne vien stacionare, bet ir jų poreikių palaikymas ir pagalbos teikimas po išrašymo (92). Taigi, vaikai ir paaugliai, turintys kelias komorbidines psichikos ir elgesio sutrikimų diagnozes, yra itin pažeidžiama grupė, kuriai būdingas sutrikimų tęsimasis ir į vyresnį amžių, tačiau suprantant jų rizikos faktorius, galima efektyviau imtis multidisciplininių prevencinių ir gydymo priemonių.

6. IŠVADOS

1. Psichikos sutrikimų komorbidiškumo pasireiškimas varijuoja skirtingose amžiaus bei sutrikimų grupėse. Šiame tyrime komorbidiškumas pasireiškė 71,3% pacientų.
2. Komorbidiškumą gali lemti sutrikimų klasifikacijos ypatumai, ligų priežastinis ryšys ir persiklojantys individo genetiniai, aplinkos, anatomiciniai bei fiziologiniai faktoriai.
3. Vaikai ir paaugliai yra linkę į dauginius psichikos ir elgesio sutrikimus, greta kurių dažnai stebima didelė somatinių ligų įvairovė, savižala ir neigiami aplinkos veiksniai.

3.1 Mišrūs elgesio ir emocijų sutrikimai buvo reikšmingai susiję su lengvu protiniu atsilikimu bei psichikos ir elgesio sutrikimais dėl alkoholio vartojimo, ūmine intoksikacija.

- 3.2 Emocijų sutrikimai buvo reikšmingai susiję su vaikystėje patirtais neigiamais įvykiais, instituciniu ugdymu bei mokymosi sugebėjimų sutrikimu.
- 3.3 Socializuoto elgesio sutrikimas buvo reikšmingai susijęs su psichikos ir elgesio sutrikimais dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo.
- 3.4 Daugiau nei penktadalis pacientų, turinčių ūminį polimorfinį psichozinį sutrikimą, reikšmingai kartu sirgo cistitu, bakterinėmis infekcijomis ir turėjo paprastųjų spuogų.
4. Reikšminga skirti daugiau dėmesio gretutinių somatinių ligų anamnezei, prevencijai, psichinės ir fizinės sveikatos priežiūros integracijai bei individualizuotam, į paciento daugialypes problemas orientuotam gydymui.

7. PASIŪLYMAI

1. Geresnės žinios apie psichikos sutrikimų komorbidiškumą ir jo ypatumus tarp mažų vaikų yra būtinos efektyviam prevencijos priemonių taikymui, paslaugų planavimui, gydymo bei diagnostikos optimizavimui. Dėl šios priežasties būtų tikslinga tęsti komorbidiškumo tyrimus klinikinėse imtyse, ypač nacionaliniu lygiu. Aktualu būtų atlikti ir longitudinalinius tyrimus ir stebėti kaip kinta gretutinių ligų ypatumai asmens raidoje.
2. Taip pat reikalingi tolesni vaikų ir paauglių somatinių ir psichikos sutrikimų komorbidiškumo tyrimai, analizuojantys galimą bendrą patofiziologiją, epigenetinius ir imunologinius kelius. Literatūroje ir šiame tyrime matoma, kad psichikos ir fiziniai sutrikimai yra itin susiję, todėl remiantis specifinių ligų komorbidiškumo ypatumų duomenimis, gydytojams, renkant anamnezę, būtų reikšminga skirti papildomo dėmesio ne tik psichikos sutrikimų diagnostikai, bet ir somatinių ligų tendencijų išaiškinimui bei rekomendacijų teikimui pacientui ir jo globėjams.
3. Psichikos ir somatinės sveikatos priežiūros integracija turėtų būti optimizuota, kad būtų lengviau gydyti šią pažeidžiamą grupę ir taikyti prevencines priemones. Psichikos sutrikimų turinčių vaikų ir paauglių diagnozavimo ir gydymo sudėtingumas neturėtų lemti prastesnės sveikatos priežiūros šioje ir taip pažeidžiamoje populiacijoje. Integruotų sveikatos stiprinimo metodų, pritaikytų jų konkrečiam amžiui bei psichikos sutrikimams, kūrimas turėtų būti šios disciplinos prioritetas.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis.* 1970 Dec 1;23(7):455–68.
2. Maj M. ‘Psychiatric comorbidity’: an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry.* 2005 Mar;186(3):182–4.
3. Vasileva M, Graf RK, Reinelt T, Petermann U, Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *J Child Psychol Psychiatry.* 2021 Apr;62(4):372–81.
4. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010 Oct;49(10):980–9.
5. Dell’Osso L, Pini S. What Did We Learn from Research on Comorbidity In Psychiatry? Advantages and Limitations in the Forthcoming DSM-V Era. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 2012 Dec 10;8:180–4.
6. Heydari Yazdi AS, Eslamzadeh M, Mohammadi MR, Khaleghi A, Hooshyari Z, Moharreri F, et al. A survey of Psychiatric Disorders and Their Comorbidities in Children and Adolescents. *Galen Med J.* 2020 Jan 27;9:e1714.
7. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med.* 2009;7(4):357–63.
8. Tugwell P, Knottnerus JA. Multimorbidity and Comorbidity are now separate MESH headings. *J Clin Epidemiol.* 2019 Jan 1;105:vi–viii.
9. Jakovljević M, Ostojić L. Comorbidity and multimorbidity in medicine today: challenges and opportunities for bringing separated branches of medicine closer to each other. *Psychiatr Danub.* 2013 Jun;25 Suppl 1:18–28.
10. Spady DW, Schopflocher DP, Svenson LW, Thompson AH. Medical and psychiatric comorbidity and health care use among children 6 to 17 years old. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005 Mar;159(3):231–7.
11. Merikangas KR, Calkins ME, Burstein M, He JP, Chiavacci R, Lateef T, et al. Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. *Pediatrics.* 2015 Apr;135(4):e927–938.
12. Sztein DM, Lane WG. Examination of the Comorbidity of Mental Illness and Somatic Conditions in Hospitalized Children in the United States Using the Kids’ Inpatient Database, 2009. *Hosp Pediatr.* 2016 Mar;6(3):126–34.
13. Agnafors S, Norman Kjellström A, Torgerson J, Rusner M. Somatic comorbidity in children and adolescents with psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28(11):1517–25.
14. Kafle M, Mirea L, Gage S. Association of Psychiatric Comorbidities With Treatment and Outcomes in Pediatric Migraines. *Hosp Pediatr.* 2022 Mar 1;12(3):e101–5.
15. Wilkes TCR, Guyn L, Li B, Lu M, Cawthorpe D. Association of Child and Adolescent Psychiatric Disorders with Somatic or Biomedical Diagnoses: Do Population-Based Utilization Study Results Support the Adverse Childhood Experiences Study? *Perm J.* 2012;16(2):23–6.
16. Arango C. Physical comorbidity in mental illness in paediatric population: need for an integrated health care approach to paediatrics and child psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011 Aug;20(8):379–80.
17. Klein DN. Different reasons for comorbidity require different solutions. *World Psychiatry.* 2004 Feb;3(1):28.
18. Stein DJ, Scott KM, de Jonge P, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017 Jun;19(2):127–36.

19. Hannigan LJ, Walaker N, Waszczuk MA, McAdams TA, Eley TC. Aetiological influences on stability and change in emotional and behavioural problems across development: a systematic review. *Psychopathol Rev.* 2017;4(1):52–108.
20. Caserini C, Ferro M, Nobile M, Scaini S, Michelini G. Shared genetic influences between depression and conduct disorder in children and adolescents: A systematic review. *J Affect Disord.* 2023 Feb 1;322:31–8.
21. Roberson-Nay R, Eaves LJ, Hettrema JM, Kendler KS, Silberg JL. Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. *Depress Anxiety.* 2012 Apr;29(4):320–7.
22. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2001 Aug;179:116–21.
23. Waszczuk MA, Zavos HMS, Gregory AM, Eley TC. The stability and change of etiological influences on depression, anxiety symptoms and their co-occurrence across adolescence and young adulthood. *Psychol Med.* 2016 Jan;46(1):161–75.
24. Loughman A, Bendrups NA, D’Souza WJ. A Systematic Review of Psychiatric and Psychosocial Comorbidities of Genetic Generalised Epilepsies (GGE). *Neuropsychol Rev.* 2016 Dec;26(4):364–75.
25. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry.* 2018 Jul;5(7):591–604.
26. Yapıcı Eser H, Taşkıran AS, Ertinmaz B, Mutluer T, Kılıç Ö, Özcan Morey A, et al. Anxiety disorders comorbidity in pediatric bipolar disorder: a meta-analysis and meta-regression study. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;141(4):327–39.
27. Aricò M, Arigliani E, Giannotti F, Romani M. ADHD and ADHD-related neural networks in benign epilepsy with centrotemporal spikes: A systematic review. *Epilepsy Behav EB.* 2020 Nov;112:107448.
28. Arcelus J, Vostanis P. Psychiatric comorbidity in children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry.* 2005 Jul;18(4):429–34.
29. Myers RM, Balsamo L, Lu X, Devidas M, Hunger SP, Carroll WL, et al. A prospective study of anxiety, depression, and behavioral changes in the first year after a diagnosis of childhood acute lymphoblastic leukemia: a report from the Children’s Oncology Group. *Cancer.* 2014 May 1;120(9):1417–25.
30. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(3–4):313–37.
31. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3):345–65.
32. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Dtsch Arzteblatt Int.* 2017 Mar 3;114(9):149–59.
33. Roy A, Hechtman L, Arnold LE, Sibley MH, Molina BSG, Swanson JM, et al. Childhood Factors Affecting Persistence and Desistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Adulthood: Results From the MTA. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Nov;55(11):937-944.e4.
34. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry.* 2007 Jul;20(4):386–92.
35. Harold GT, Leve LD, Barrett D, Elam K, Neiderhiser JM, Natsuaki MN, et al. Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013 Oct;54(10):1038–46.

36. Compton SN, Walkup JT, Albano AM, Piacentini JC, Birmaher B, Sherrill JT, et al. Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS): rationale, design, and methods. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010 Jan 5;4:1.
37. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *N Engl J Med*. 2008 Dec 25;359(26):2753–66.
38. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837–844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837
39. PHILIP C. KENDALL, ERIKA U. BRADY, TIMOTHY L. VERDUIN. Comorbidity in Childhood Anxiety Disorders and Treatment Outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 40, Issue 7, 2001, 787-794.
40. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999 Jan;40(1):57-87. PMID: 10102726.
41. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Jan;54(1):37-44.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.010. Epub 2014 Oct 29. PMID: 25524788; PMCID: PMC4408277.
42. Birmaher B, Brent D. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov 1;46(11):1503–26.
43. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, GLAD-PC STEERING GROUP. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*. 2018 Mar;141(3):e20174081.
44. Egger HL, Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jul;38(7):852-60. doi: 10.1097/00004583-199907000-00015. PMID: 10405503.
45. Bernstein GA, Massie ED, Thuras PD, Perwien AR, Borchardt CM, Crosby RD. Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 May;36(5):661-8. doi: 10.1097/00004583-199705000-00017. PMID: 9136501.
46. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Nov;35(11):1427–39.
47. Goodyer IM, Herbert J, Secher SM, Pearson J. Short-term outcome of major depression: I. Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Feb;36(2):179–87.
48. Axelson D, Goldstein B, Goldstein T, Monk K, Yu H, Hickey MB, Sakolsky D, Diler R, Hafeman D, Merranko J, Iyengar S, Brent D, Kupfer D, Birmaher B. Diagnostic Precursors to Bipolar Disorder in Offspring of Parents With Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. *Am J Psychiatry*. 2015 Jul;172(7):638-46. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14010035. Epub 2015 Mar 3. PMID: 25734353; PMCID: PMC4489996.
49. Faedda GL, Serra G, Marangoni C, Salvatore P, Sani G, Vázquez GH, et al. Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *J Affect Disord*. 2014 Oct;168:314–21.
50. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, et al. A Meta-Analysis of Cytokines in Major Depression. *Biol Psychiatry*. 2010 Mar 1;67(5):446–57.
51. Schuebel K, Gitik M, Domschke K, Goldman D. Making Sense of Epigenetics. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2016 Dec 3;19(11):pyw058. doi: 10.1093/ijnp/pyw058. PMID: 27312741; PMCID: PMC5137275.
52. Haroon E, Raison CL, Miller AH. Psychoneuroimmunology Meets Neuropsychopharmacology: Translational Implications of the Impact of Inflammation on Behavior. *Neuropsychopharmacology*. 2012 Jan;37(1):137–62.

53. Vogelzangs N, Beekman AT, de Jonge P, Penninx BW. Anxiety disorders and inflammation in a large adult cohort. *Transl Psychiatry*. 2013 Apr 23;3(4):e249. doi: 10.1038/tp.2013.27. PMID: 23612048; PMCID: PMC3641413.
54. Müller N, Weidinger E, Leitner B, Schwarz MJ. The role of inflammation in schizophrenia. *Front Neurosci*. 2015 Oct 21;9:372.
55. Dudeney J, Sharpe L, Jaffe A, Jones EB, Hunt C. Anxiety in youth with asthma: A meta-analysis. *Pediatr Pulmonol*. 2017 Sep;52(9):1121-1129. doi: 10.1002/ppul.23689. Epub 2017 Jul 27. PMID: 28749088.
56. Brew BK, Lundholm C, Gong T, Larsson H, Almqvist C. The familial aggregation of atopic diseases and depression or anxiety in children. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*. 2018 Jun;48(6):703–11.
57. BeLue R, Francis LA, Colaco B. Mental Health Problems and Overweight in a Nationally Representative Sample of Adolescents: Effects of Race and Ethnicity. *Pediatrics*. 2009 Feb;123(2):697–702.
58. Grey M, Whittmore R, Tamborlane W. Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. *J Psychosom Res*. 2002 Oct;53(4):907–11.
59. Leonard BJ, Jang YP, Savik K, Plumbo PM, Christensen R. Psychosocial factors associated with levels of metabolic control in youth with type 1 diabetes. *J Pediatr Nurs*. 2002 Feb;17(1):28–37.
60. Muskens JB, Velders FP, Staal WG. Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Sep;26(9):1093–103.
61. Valicenti-McDermott M, McVicar K, Rapin I, Wershil BK, Cohen H, Shinnar S. Frequency of gastrointestinal symptoms in children with autistic spectrum disorders and association with family history of autoimmune disease. *J Dev Behav Pediatr*. 2006 Apr;27(2 Suppl):S128-36. doi: 10.1097/00004703-200604002-00011. PMID: 16685179.
62. Wang LW, Tancredi DJ, Thomas DW. The prevalence of gastrointestinal problems in children across the United States with autism spectrum disorders from families with multiple affected members. *J Dev Behav Pediatr*. 2011 Jun;32(5):351-60. doi: 10.1097/DBP.0b013e31821bd06a. PMID: 21555957.
63. Mouridsen SE, Rich B, Isager T. Epilepsy in individuals with a history of Asperger's syndrome: a Danish nationwide register-based cohort study. *J Autism Dev Disord*. 2013 Jun;43(6):1308-13. doi: 10.1007/s10803-012-1675-9. PMID: 23054204.
64. Chen MH, Su TP, Chen YS, Hsu JW, Huang KL, Chang WH, Bai YM. Attention deficit hyperactivity disorder, tic disorder, and allergy: is there a link? A nationwide population-based study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 May;54(5):545-51. doi: 10.1111/jcpp.12018. Epub 2012 Nov 12. PMID: 23140273.
65. Gårdvik KS, Rygg M, Torgersen T, Lydersen S, Indredavik MS. Psychiatric morbidity, somatic comorbidity and substance use in an adolescent psychiatric population at 3-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jul;30(7):1095-1112. doi: 10.1007/s00787-020-01602-8. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32671493; PMCID: PMC8295167.
66. Silva D, Colvin L, Hagemann E, Stanley F, Bower C. Children diagnosed with attention deficit disorder and their hospitalisations: population data linkage study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Nov;23(11):1043-50. doi: 10.1007/s00787-014-0545-8. Epub 2014 Apr 27. PMID: 24770488.
67. Pincus HA, Tew JD, First MB. Psychiatric comorbidity: is more less? *World Psychiatry*. 2004 Feb;3(1):18–23.
68. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil*. 2013;46(1):43–51.
69. Romero M, Aguilar JM, Del-Rey-Mejías Á, Mayoral F, Rapado M, Peciña M, Barbancho MÁ, Ruiz-Veguilla M, Lara JP. Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and

- DSM-5 diagnosis. *Int J Clin Health Psychol*. 2016 Sep-Dec;16(3):266-275. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.03.001. Epub 2016 Jun 3. PMID: 30487870; PMCID: PMC6225088.
70. Klein DN, Riso LP, Costello CG. Basic issues in psychopathology. *Psychiatric Disorders: Problems of Boundaries and Comorbidity*. New York, NY: Guilford Publications.; 1993.
71. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety*. 2014 Jun;31(6):459–71.
72. Taylor EA, Schachar R, Thorley G, Wieselberg M. Conduct disorder and hyperactivity: I. Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *Br J Psychiatry*. 1986;149:760–7.
73. Keenan K, Wakschlag LS. More than the terrible twos: the nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *J Abnorm Child Psychol*. 2000 Feb;28(1):33–46.
74. Lincoln C, Russell B, Donohue E, Racine L. Mother-Child Interactions and Preschoolers? Emotion Regulation Outcomes: Nurturing Autonomous Emotion Regulation. *J Child Fam Stud*. 2017 Feb 1;26.
75. von Klitzing K, Döhnert M, Kroll M, Grube M. Mental Disorders in Early Childhood. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2015 May 25;112(21–22):375–86; quiz 386.
76. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Eckshtain D, Ugueto AM, Vaughn-Coaxum R, et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *Am Psychol*. 2017;72(2):79–117.
77. Martin, A., Bloch, M. H., & Volkmar, F. R. (2017). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins (LWW). ISBN: 978-1-49-634549-3.
78. Dusetzina SB, Gaynes BN, Weinberger M, Farley JF, Sleath B, Hansen RA. Receipt of guideline-concordant pharmacotherapy among children with new diagnoses of bipolar disorder. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2011 Dec;62(12):1443–9.
79. Rowe CL, Liddle HA, Greenbaum PE, Henderson CE. Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *J Subst Abuse Treat*. 2004 Mar;26(2):129–40.
80. Verrotti A, Moavero R, Panzarino G, Di Paolantonio C, Rizzo R, Curatolo P. The Challenge of Pharmacotherapy in Children and Adolescents with Epilepsy-ADHD Comorbidity. *Clin Drug Investig*. 2018 Jan;38(1):1-8. doi: 10.1007/s40261-017-0585-1. PMID: 29071470.
81. Trainor C, Gorrell S, Hughes EK, Sawyer SM, Burton C, Le Grange D. Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: What happens to rates of comorbid diagnoses? *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2020 May;28(3):351–7.
82. Lyons-Ruth K, Todd Manly J, Von Klitzing K, Tamminen T, Emde R, Fitzgerald H, et al. THE WORLDWIDE BURDEN OF INFANT MENTAL AND EMOTIONAL DISORDER: REPORT OF THE TASK FORCE OF THE WORLD ASSOCIATION FOR INFANT MENTAL HEALTH. *Infant Ment Health J*. 2017 Nov;38(6):695–705.
83. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(1):7–20.
84. Masroor A, Patel RS, Bhimanadham NN, Raveendran S, Ahmad N, Queeneth U, Pankaj A, Mansuri Z. Conduct Disorder-Related Hospitalization and Substance Use Disorders in American Teens. *Behav Sci (Basel)*. 2019 Jul 5;9(7):73. doi: 10.3390/bs9070073. PMID: 31284404; PMCID: PMC6680533.
85. Demir AÇ, Dönmez YE, Kartalçı G, Bingöl ME, Temelli G, Özcan Ö. The relationship between smoking, alcohol, and substance abuse and psychiatric diseases among adolescents treated in a child and adolescent psychiatry inpatient unit. *Turk J Pediatr*. 2022;64(5):816–24.

86. Solerdelcoll M, Ilzarbe D, Fortea A, Morer A, Lazaro L, Sugranyes G, Baeza I. Psychopathology and mental health service use among youth in foster care admitted to a psychiatric inpatient unit: a 4-year retrospective controlled study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Dec 21:1–12. doi: 10.1007/s00787-022-02104-5. Epub ahead of print. PMID: 36542199; PMCID: PMC9768764.
87. Patel RS, Amaravadi N, Bhullar H, Lekireddy J, Win H. Understanding the Demographic Predictors and Associated Comorbidities in Children Hospitalized with Conduct Disorder. *Behav Sci*. 2018 Sep 4;8(9):80.
88. Bježančević M, Groznica Hrzić I, Dodig-Ćurković K. Self-Injury in Adolescents: A Five-Year Study of Characteristics and Trends. *Psychiatr Danub*. 2019 Dec;31(4):413-420. doi: 10.24869/psyd.2019.413. PMID: 31698397.
89. Lepasavić L, Dimitrijević D, Đorđević S, Lepasavić I, Balkoski GN. Comorbidity of harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. *Psychiatr Danub*. 2015 Mar;27(1):84-9. PMID: 25751441.
90. Barker MJ, Leyton F, Stojanova J, Briceño M, Dueñas LA, Arancibia M. A cross-sectional study on the characteristics and factors associated with the clinical course of child and adolescent patients hospitalized in a public child and adolescent psychiatric unit of Chile. *Medwave*. 2020 Mar 24;20(2):e7853. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2020.02.7853. PMID: 32225132.
91. Ansari H, Santiago-Jiménez M, Saab H, De Souza C, Szatmari P, Monga S. Association Between Comorbid Psychiatric Disorders and Hospital Resource Use in Physically Ill Pediatric Inpatients: A Case-Matched Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Mar;60(3):346–54.
92. Fellingner M, Knasmüller P, Kocsis-Bogar K, Wippel A, Fagner L, Mairhofer D, Hochgatterer P, Aigner M. Adverse childhood experiences as risk factors for recurrent admissions in young psychiatric inpatients. *Front Psychiatry*. 2022 Nov 29;13:988695. doi: 10.3389/fpsy.2022.988695. PMID: 36523872; PMCID: PMC9744800.

PRIEDAI

priedas 1. Dažniausios gretutinės diagnozės, išskirstytos pagal TLK-10 skyrius (poskyrius)

TLK-10 skyrius (poskyris)	Dažniausios gretutinės TLK-10 skyriaus (poskyrio) diagnozės
Psichikos ir elgesio sutrikimai	<ul style="list-style-type: none"> • Lengvas protinis atsilikimas, reikšmingas elgesio sutrikimas, reikalaujantis dėmesio ar gydymo F70.1 (n=17), • mišrus mokymosi sugebėjimų sutrikimas F81.3 (n=16), • psichikos ir elgesio sutrikimai dėl kelių narkotikų ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, žalingas vartojimas F19.1 (n=11), • psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo, ūminė intoksikacija F10.0 (n=9), • vidutinis protinis atsilikimas, reikšmingas elgesio sutrikimas, reikalaujantis dėmesio ar gydymo F71.1 (n=8), • psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo, žalingas vartojimas F10.1 (n=5).
Sveikatos būklę veikiančys faktoriai ir apsilankymai sveikatos priežiūros įstaigose	<ul style="list-style-type: none"> • Kiti vaikystėje patirti neigiami įvykiai Z61.8 (n=56), • buvęs asmeniui savęs žalojimas Z91.5 (n=46), • institucinis ugdymas Z62.2 (n=9), • kitos patikslintos problemos, susijusios su auklėjimu Z62.8 (n=5), • netipiška tėvystės situacija Z60.1 (n=4)

Simptomai, požymiai ir nenormalūs klinikiniai bei laboratoriniai radiniai, neklasifikuojami kitur	<ul style="list-style-type: none"> Mintys apie savižudybę R45.81 (n=37)
Kvėpavimo sistemos ligos	<ul style="list-style-type: none"> Ūminis tonzilitas, nepatikslintas J03.9 (n=8), ūminis faringitas, nepatikslintas J02.9 (n=7), ūminė viršutinių kvėpavimo takų infekcija, nepatikslinkta J06.9 (n=6)
Nelaimingi atsitikimai	<ul style="list-style-type: none"> Tyčinis savęs žalojimas peiliu X78.0 (n=7)
Sužalojimai, apsinuodijimai ir tam tikrų išorinių poveikių padariniai	<ul style="list-style-type: none"> Kitų dilbio dalių žaizda S51.88 (n=6)
Lyties ir šlapimo sistemos ligos	<ul style="list-style-type: none"> Cistitas, nepatikslintas N30.9 (n=10), kitas lėtinis cistitas N30.2 (n=6)
Nervų sistemos ligos	<ul style="list-style-type: none"> Įtampos tipo galvos skausmas G44.2 (n=8)
Kraujo ir kraujodaros organų ligos bei tam tikri sutrikimai, susiję su imuniniais mechanizmais	<ul style="list-style-type: none"> Mitybinės kilmės anemija, nepatikslinkta D53.9 (n=7), kitos geležies stokos anemijos D50.8 (n=3)
Tam tikros infekcinės ir parazitų sukeltos ligos	<ul style="list-style-type: none"> Kitos ir nepatikslinktos bakterijos, sukeliančios ligas, klasifikuojamas kituose skyriuose B96.88 (n=16)
Odos ir poodžio ligos	<ul style="list-style-type: none"> Paprastieji spuogai (acne vulgaris) L70.0 (n=8)

priedas 2. Ryšys tarp mišrių elgesio ir emocijų sutrikimų (F92.8) ir kitų ligų ir sveikatos faktorių

	S51.88	N30.2	N30.9	G44.2	D53.9	D50.8	B96.88	Z61.8	Z91.5	Z62.2	Z62.8	Z60.1	R45.81	J02.9	J03.9
χ^2			0,312	0,009			1,090	1,217	0,332	0,009			3,271		1,238
<i>p</i>	0,668	0,085	0,577	0,926	1,000	1,000	0,296	0,270	0,565	0,926	0,695	0,595	0,071	0,437	0,266

priedas 3. Ryšys tarp mišrių elgesio ir emocijų sutrikimų (F92.8) ir psichikos ir elgesio sutrikimų

	F70.1	F81.3	F19.1	F10.0	F71.1	F10.1
χ^2	10,639	1,346	2,692	8,982	2,387	
<i>p</i>	0,001	0,246	0,101	0,003	0,122	1,000

priedas 4. Ryšys tarp emocijų sutrikimų vaikystėje (F93.8) ir kitų ligų ir sveikatos faktorių

	F70.1	F81.3	F71.1	G44.2	D53.9	D50.8	B96.88	Z61.8	Z91.5	Z62.2	Z62.8	Z60.1	R45.81	J02.9	J03.9
χ^2	0,020	10,136	0,877	0,010			1,090	8,257	1,618	9,037			5,838	0,030	0,001
<i>p</i>	0,887	0,001	0,301	0,921	1,000	1,000	0,296	0,004	0,203	0,003	0,114	0,407	0,013	0,863	0,997

priedas 5. Ryšys tarp vidutinio sunkumo depresijos epizodo (F32.10) ir kitų ligų ir sveikatos faktorių

	F81.3	F19.1	X78.0	S51.88	N30.2	G44.2	D53.9	B96.88	L70.0	Z61.8	Z91.5	R45.81	J02.9
χ^2	0,025	0,058	13,542	0,811	0,811	0,207	0,530	0,025	3,862	0,344	5,142	8,564	0,530
p	0,876	0,809	<0,001	0,368	0,368	0,649	0,466	0,876	0,049	0,558	0,023	0,003	0,466

priedas 6. Ryšys tarp paranoidinės šizofrenijos (F20.0) ir kitų ligų ir sveikatos faktorių

	X78.0	S51.88	L70.0	Z91.5	R45.81
χ^2	1,528	2,027	1,166	0,453	0,347
p	0,216	0,155	0,280	0,501	0,556

priedas 7. Ryšys tarp šizotipinio sutrikimo (F21) ir kitų ligų ir sveikatos faktorių

	F10.1	B96.88	Z61.8	R45.81	J03.9
χ^2		0,104	0,143	0,061	1,166
p	0,018	0,747	0,705	0,804	0,280

priedas 8. Ryšys tarp socializuoto elgesio sutrikimo (F91.2) ir kitų ligų ir sveikatos faktorių

	F19.1	Z61.8	Z91.5	Z62.2	Z60.1
χ^2	9,204	0,305	0,117	2,145	
p	0,002	0,581	0,733	0,143	0,114

priedas 9. Ryšys tarp šizoafektinio sutrikimo, depresijos tipo (F25.1) ir kitų ligų ir sveikatos faktorių

	X78.0	S51.88	N30.9	G44.2	B96.88	L70.0	Z61.8	Z91.5	R45.81
χ^2	18,815	22,516	2,191	2,603	0,863	3,123	0,173	3,201	1,265
p	<0,001	<0,001	0,139	0,107	0,353	0,077	0,667	0,074	0,261

priedas 10. Ryšys tarp ūminio polimorfinio psichozinio sutrikimo su šizofrenijos simptomais (F23.10) ir kitų ligų ir sveikatos faktorių

	F19.1	N30.9	D50.8	B96.88	L70.0	Z91.5	R45.81
χ^2	1,493	10,450		5,350	13,892	0,117	3,886
p	0,222	0,001	0,086	0,021	<0,001	0,733	0,049

Pastabos: χ^2 - Pearson chi kvadratas, p – reikšmingumo lygmuo.



**VIEŠOJI ĮSTAIGA
RESPUBLIKINĖ VILNIAUS PSICHIATRIJOS LIGONINĖ**

Viešoji įstaiga, Parko g. 21, LT-11205 Vilnius, tel. (8 5) 267 1451, faks. (8 5) 267 1503, el. p. psichiatrija@rvpl.lt.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 124247526

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos katedros
Vadovei prof. dr. Sigitai Lesinskienei
el. p.: sigita.lesinskiene@mf.vu.lt

2021-01-13 Nr. *K2-28*
Į 2021-01-12 prašymą reg. Nr. *P1-94*

DĖL RETROSPEKTYVINO TYRIMO ATLIKIMO

Viešojoje įstaigoje Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje gautas ir išnagrinėtas Jūsų prašymas leisti atlikti retrospektyvinį tyrimą renkant duomenis iš 2015-2020 metais Universitetiniame vaikų ir paauglių skyriuje gydytų pacientų ligos istorijų.

Informuojame, kad Jums leista atlikti retrospektyvinį tyrimą „Vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionare gydytų pacientų psichopatologijos, gyvenimo, savižalos ir sveikatos būklės sąsajos“.

Direktorius

med. dr. profesorius Arūnas Germanavičius

Vida Guobienė, tel. 8 5 267 04 01 el. paštas vida.guobiene@rvpl.lt