

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Baigiamasis darbas

Vaikų nerimo sutrikimai
Anxiety Disorders in Children

Studentė Gretė Karčinskaitė, VI kursas, 7 grupė

Klinikinės medicinos institutas, Psichiatrijos klinika

Darbo vadovė

Prof. dr. Sigita Lesinskiene

Klinikos vadovė

Prof. dr. Sigita Lesinskiene

2024-05-10

grete.karcinskaite@mf.stud.vu.lt

Turinys

Santrauka	3
Summary	4
Įvadas	5
Nerimo sutrikimas.....	6
Nerimo rūšys	8
Diagnostika.....	11
Komorbidiškumas	14
Nefarmakologinis gydymas.....	19
Farmakologinis gydymas.....	22
Papildomos gydymo galimybės.....	23
Gydymo veiksmingumo vertinimas.....	25
Išmaniosios technologijos gydymo procese	25
Išvados.....	27
Literatūros šaltiniai	29

Santrauka

Tikslas: Surinkti ir išnagrinėti literatūrą bei atliktus klinikinius tyrimus apie vaikų nerimo sutrikimus, jų diagnostiką, gydymą bei sąsajas su kitais psichiniais sutrikimais. Parengti pasiūlymus ankstyvesnei vaikų nerimo sutrikimų diagnostikai bei gydymui.

Metodika: Literatūros apžvalga buvo vykdyta „Pubmed“, „ScienceDirect“ bei Google Mokslinčius duomenų bazėse nuo 2023.12.01 iki 2024.05.01. Paieška atlikta naudojant raktinius žodžius bei junginius anglų kalba „children anxiety disorder“, „treatment ARBA therapy“, „children anxiety comorbidities“. Straipsnių publikavimo laikotarpis 2015-2024, pasirinkti straipsniai publikuoti anglų arba lietuvių kalba. Atsirinkti 52 straipsniai, kurių rezultatai buvo apžvelgti juos priskyrus į pagrindines grupes: sutrikimų pobūdis, komorbidiškumas ir gydymo metodika.

Rezultatai: Nerimo sutrikimai yra vieni labiausiai paplitusių psichikos sutrikimų vaikų tarpe. Pastarųjų kelių dešimtmečių laikotarpyje susiduriančių su šia problema vaikų skaičius išaugo, tai dažniau paliečia jaunesnius vaikus. Nerimo sutrikimų diagnostikoje padeda įvairios skalės, vertinančios vaikų nerimo lygį ar nerimo sumažėjimą gydymo eigoje. Statistika rodo, kad dauguma klinikinius nerimo sutrikimų simptomus turinčių vaikų atitinka daugiau nei vieno psichikos sutrikimo kriterijus. Auksiniu standartu gydyme yra laikoma kognityvinė elgesio terapija, bet galimas gydymas medikamentais ar šių metodų kombinacija.

Išvados. Dėl didelio nerimo sutrikimo vaikų tarpe reiktų imtis atitinkamų intervencijų: anksti identifikuoti nerimo sutrikimų rizikos veiksnius, pagerinti šių sutrikimų diagnostikos prieinamumą, užkirsti kelią nerimo vystymuisi, o esant poreikiui pradėti gydymą. Taip pat neužmiršti tinkamo gyvenimo būdo svarbos: fizinis aktyvumas, subalansuota mityba bei ekranų laikų ribojimas prisideda prie nerimo simptomų mažinimo bei rekomenduojami integruoti į vaikų kasdienybę.

Raktažodžiai: vaikai; nerimo sutrikimai; kognityvinė terapija; komorbidiškumas

Summary

Objective. To analyze literature and clinical studies on children's and adolescents' anxiety disorders, diagnostics possibilities, and connection with other mental illnesses. Prepare proposals for earlier diagnosis and treatment of anxiety in children.

Methods. The literature review was carried out in Pubmed, ScienceDirect and Google Scholar databases from 2023.12.01 to 2024.05.01. The search was carried out using keywords and compounds "children anxiety disorder", "treatment OR therapy", "children anxiety comorbidities". The period of publication of articles is 2015-2024, selected articles are published in English or Lithuanian. The results of 52 chosen articles were divided into main groups: nature of disorders, comorbidity and treatment.

Results. Anxiety disorders are among the most common psychiatric disorders in children. Over the past few decades, the number of children facing this problem has increased and it is affecting younger children. The scales used in the diagnostic help to assess level of anxiety in children and reduction of anxiety level during/after treatment. Statistics show that most children with clinical symptoms of anxiety disorders meet the criteria for more than one mental disorder. The gold standard in treatment is cognitive behavioral therapy. Medication or a combination of these two methods are also possible.

Conclusions. Due to high anxiety disorder in children, appropriate interventions should be taken: early identification of risk factors, improving diagnostic availability, preventing development and, if necessary, starting treatment. Also, proper lifestyle: physical activity, balanced diet contribute to reducing anxiety symptoms and are recommended to be integrated into daily routine.

Keywords: children; anxiety disorders; cognitive therapy; comorbidity

Įvadas

Nerimas - tai susirūpinimo, baimės, nuogąstavimo jausmas. Kuomet nerimas turi aiškiai apibrėžtą priežastį (pvz., prieš egzaminą) tai normalus jausmas ir adekvati reakcija į situaciją. Nerimas, kuris jaučiamas neturint jokios aiškios priežasties, dažnai tampa nekontroliuojamas bei pradeda trukdyti kasdieniam gyvenimui, o palaipsniui tampa sutrikimu. Nerimo sutrikimai yra vieni labiausiai paplitusių psichikos sutrikimų tiek vaikų, tiek paauglių, tiek ir suaugusiųjų tarpe. Per pastaruosius kelis dešimtmečius ženkliai išaugo vaikų, susiduriančių su šia problema, skaičius. Pastebima tendencija, kad nerimo sutrikimai vis dažniau diagnozuojami pradinių klasių ar ikimokyklinio amžiaus vaikams (1). Prasiplečia pastaruosius supanti aplinka - pradeda lankyti darželius, mokyklas ir/ar būrelius, susipažįsta su naujais, jiems svetimais žmonėmis. Tai kas dar nepažinta, nepatirta neretai vertinama kaip galima grėsmė, o tai sukelia nesaugumo jausmą, nerimą ir baimes. Įprastai šie jausmai ilgai nesitęsia - vaikai gan greitai suvokia tokio nerimo priežastis ir išmoksta savarankiškai spręsti kylančias problemas, o kilęs trumpalaikis nerimas ir baimės pripažįstama kaip natūrali reakcija į pokyčius.

Nerimo sutrikimai yra plati tema, kuri medicinos teorijoje bei praktikoje skirstoma į smulkesnius segmentus priklausomai nuo nerimo stiprumo ar baimių pobūdžio. Diagnozuojant ir diferencijuojant nerimo sutrikimus gali kilti sunkumų, kadangi vaikai, dėl savo jauno amžiaus ir mažos gyvenimiškos patirties, ne visada moka aiškiai įvardinti juos kamuojančias problemas ar paaiškinti savo veiksmų priežastis. Klinikinėje praktikoje itin dažnai pasitaiko atvejų, kuomet nerimaujantys vaikai atitinka dar ir kito psichikos sutrikimo kriterijus: apie 30 % gydymo ieškančių (treatment – seeking) paauglių atitinka papildomo nuotaikos sutrikimo, o apie 25% jaunesnių nerimastingų vaikų – elgesio sutrikimo kriterijus (1).

Statistikos duomenimis, pasaulyje vaikų ir paauglių nerimo sutrikimų paplitimas varijuoja nuo 4 iki 20 proc. skirtingose šalyse. Nors su nerimo sutrikimais susiduria tiek mergaitės, tiek berniukai, vis tik ryškesnis skirtumas pastebėtas paauglystėje, kuomet santykis tampa 2-3:1 (2). 2018 metais pirmą kartą Lietuvoje atliktame epidemiologiniame tyrime buvo siekta nustatyti psichikos sutrikimų paplitimą vaikų bei paauglių tarpe. Tiriamųjų imtis buvo daugiau nei 3000 vaikų, kurių tarpe 5 % jų nustatytas nerimo sutrikimas (5,9% vaikų grupėje, 6,0% paauglių) (3). Didėjančiam vaikų, susiduriančių su šiais sutrikimais, skaičiui įtakos turi aplinka, išmaniosios technologijos bei emocijų įgūdžių stoka. Pastaraisiais metais nerimo lygio augimui Lietuvos vaikų tarpe įtakos turėjo COVID-19 infekcija ir *Rusijos – Ukrainos karas*. Dalis nuo karo bėgančių ukrainiečių šeimų prieglobstį su vaikais gavo Lietuvoje, čia yra daug jų nelaimėi neabejingų žmonių. Taip pat daug lietuvių nerimauja

dėl savo šalies ateities. Kaip ir minėta anksčiau, nerimas paveikia ne tik suaugusius, tačiau persiduoda ir vaikams. Ikimokyklinio amžiaus vaikai pasižymi jautriu, simboliu pasaulio suvokimu, dėl ko kartais kyla sunkumų kalbant apie netektis ir norima apsaugoti vaikus nuo liūdnu patyrimų. Bendradarbiaujant Lietuvos bei Ukrainos medicinos srities specialistams buvo apklausti į Lietuvą karo metu pabėgę ukrainiečiai. Apklausus vaikų tėvus pastebėta, kad gimtojoje šalyje vykstantis karas paveikė vaikų žaidimus, elgesį, nuotaiką ir emocijas. Šie pokyčiai buvo stebimi ir bendraujant su pačiais vaikais. Tokio amžiaus vaikai geriausiai emocijas išreiškia piešdami, taip jie perteikia ir nerimą keliančius ar gąsdinančius dalykus, todėl šiame tyrime vaikų piešinių analizei buvo skirta daug dėmesio (4). 2023 metais publikuotas tyrimas, kurio tikslas buvo išsiaiškinti nerimo paplitimą tarp Lietuvos vaikų bei paauglių krizių laikotarpiu. Minimo tyrimo metu, 23-24 % jaunuolių, buvo nustatytas padidėjęs nerimo lygis, o daugiau nei trečdaliui jų – padidėjęs streso lygis, kas indikuoja išaugusią nerimo riziką (5).

Tiek užsienio šalyse, tiek Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatai kelią susirūpinimą vaikų psichine sveikata. Temos aktualumas rodo, kad kuo daugiau dėmesio reiktų skirti ankstyvai diagnostikai bei veiksmingam nerimo sutrikimų gydymui. Šiame darbe apžvelgiamos literatūros šaltiniuose pateikiamos nerimo rūšys, jų sąsajos su kitais psichikos sutrikimais, diagnostikos bei gydymo galimybės. Literatūros apžvalga buvo vykdyta „Pubmed“, „ScienceDirect“ bei Google Mokslinčius duomenų bazėse nuo 2023.12.01 iki 2024.05.01. Paieška atlikta naudojant raktinius žodžius bei junginius anglų kalba „ children anxiety disorder“, „treatment ARBA therapy“, „children anxiety comorbidities“. Taikyti kriterijai atrankai: straipsnių publikavimo laikotarpis 2015-2024, pasirinkti straipsniai publikuoti anglų arba lietuvių kalba, prieinamas pilnas straipsnio tekstas. Įtraukti 52 straipsniai, kurių rezultatai buvo apžvelgti juos priskyrus į grupes: sutrikimų pobūdis, komorbidiškumas ir gydymo metodika.

Nerimo sutrikimas

Nerimo sutrikimas pasireiškia itin didele baime bei nerimu dėl daugybės kasdieninių situacijų ir diagnozuojamas, kuomet tęsiasi mažiausiai kelis mėnesius (WHO). Vaikai pradeda vengti tokių situacijų, vietų ar dirgiklių, kurie kelia diskomfortą, juos užplūsta baimės, dvejonės, todėl stengiasi nuo to atsiritoti. Baiminimasis, kad tuoj įvyks kažkas pavojingo bei keliančio grėsmę, neigiamos mintys – tai komponentai, kurie būdingi visiems nerimo sutrikimams, tik pagal pobūdį jie yra išskirstomi į smulkesnes sritis. Mažesnių vaikų nerimo sutrikimai dažnai pasireiškia ir fiziniiais

simptomais, tokiais kaip galvos ir pilvo skausmai, pykinimas, vėmimas, virškinimo problemos. Kai kuriais atvejais, esant dideliam nerimo lygiui, suprastėja miego kokybė, vaikams būna sunku užmigti (1).

Negalima įvardinti vienos nerimo sutrikimų priežasties, tačiau galima išskirti veiksnius didinančius šio sutrikimo atsiradimo galimybes. Dalis vaikų yra jautrūs iš prigimties, jiems būdingas slopinamas temperamentas, tai yra polinkis atsiriboti, vengti arba baimingai reaguoti į naujas situacijas, o tai daugiau nei septynis kartus padidina vėlesnių nerimo sutrikimų riziką. Genetika taip pat yra reikšmingas veiksnys - vaikams, kurių bent vienas iš tėvų turi nerimo sutrikimą, rizika padidėja dvigubai. Paveldėjimo modelių tyrimas parodė stipresnius monozigotinių dvynių paveldėjimo modelius nei dizigotinių dvynių, o tai rodo genetinį pataloginio nerimo vystymosi komponentą (6). Artimieji bei supanti aplinka daro įtaką bendrai psichologinei būsenai, tame tarpe ir nerimo pasireiškimui. Pavyzdžiui, pernelyg apsauginis bei itin kritiškas auklėjimo stilius, netinkama tėvų reakcija į vaiko nerimą prisideda prie nerimo sąlygojimo ir progresavimo bei turi tiesioginės neigiamos įtakos vaiko psichikai (7). Nors, tyrimuose nebuvo daug dėmesio skiriama ekonominių sunkumų, brolių – seserų santykių, socialinės medijos ar mokyklos aplinkos poveikio analizei, vis tik manoma, kad ir tai gali padidinti nerimo sutrikimų kilmės bei tolimesnio vystymosi tikimybę (8). Išmaniosios technologijos pastaruoju metu tapo neatsiejama gyvenimo dalis. Vilniaus darželiuose atlikto tyrimo metu siekta iširti skirtingų išmaniųjų įrenginių naudojimo įtaką ikimokyklinio amžiaus vaikų psichikos sveikatai. Apklausoje tėvai nurodė pastebintys televizoriaus, kompiuterio bei išmaniojo telefono neigiamą poveikį vaiko būsenai: jis tampa dirglus, pakinta jo elgesys, sutrinka miego kokybė bei trukmė. Nors supranta, kad vaiko nuo kontakto su šiais įrenginiais neapsaugosi, nes vis dažniau išmaniosios technologijos naudojamos ir darželiuose bei mokyklose kaip edukacinė priemonė, tačiau tėvai stengiasi riboti vaikų laiką leidžiamą prie ekranų bei turinio pobūdį (9).

Nerimo sutrikimai daro neigiamą poveikį vaikų socialiniam funkcionavimui, savijautai, mokslo rezultatams bei didina nuolatinio nerimo bei kitų psichikos sveikatos sutrikimų riziką vėlesniais gyvenimo metais (8).

IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) vaizduojamas įvairių nerimo sutrikimų vidutinis pasireiškimo amžius (1):

- Gyvūnų fobijos – ankstyvoje vaikystėje (apie 6-7 m.);
- Atsiskyrimo nerimo sutrikimas – nuo ankstyvos iki vidurinės vaikystės (apie 7-8 m.);
- Socialinio nerimo sutrikimas – ankstyva paauglystė (apie 11-13 metų);
- Generalizuotas nerimo sutrikimas – labai skiriasi nuo paauglystės vidurio iki pilnametystės;

- Panikos sutrikimas – ankstyva pilnametystė (apie 20-24 m.).

Nerimo sutrikimai yra viena iš stabiliausių psichopatologijos formų ir jų spontaniška remisija yra palyginti nedidelė. Ilgalaikiai tyrimai parodė, kad nerimastingiems vaikams paauglystėje gresia didesnė nerimo, nuotaikos ir išorinių sutrikimų rizika, o suaugusiems – nerimo, nuotaikos ir narkotinių medžiagų vartojimo sutrikimams bei savižudybei (1).

Nerimo rūšys

International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) nerimo sutrikimus suskirsto į smulkesnes grupes: atsiskyrimo nerimo sutrikimas, generalizuotas nerimo sutrikimas, socialinis nerimo sutrikimas bei fobijos (1). Taip pat prie nerimo sutrikimų priskiriami ir panikos sutrikimai bei agorofobija. Atnaujintoje DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illnesses) versijoje atskirai nuo nerimo sutrikimų atsirado obsesinis kompulsinis sutrikimas bei potrauminis sindromas, iki tol irgi įję į šių sutrikimų grupę dėl panašių simptomų.

Atsiskyrimo nerimas pasireiškia per dideliu susirūpinimu, nerimu ar net baime dėl tikro ar numatomo atsiskyrimo nuo prisirišimo objekto. Vaikas pats negali pasirūpinti savimi, todėl jam reikia vyresnio žmogaus, globėjo, kuris padėtų užtikrinto jo gyvybinius poreikius. Pats prierašumas yra ilgalaikis emociškai reikšmingas ryšys, kuris atsiranda tarp vaiko ir jo tėvų bei yra itin svarbus ne tik normaliam vaiko socialiniam, tačiau ir emociniam vystymuisi. Dažniausiai prisirišimo figūra tampa vaiko mama, tačiau tai taip pat gali būti ir tėtis ar giminaičiai, globojantys vaiką bei kuriantys su juo artimą ryšį. Vaikams, turintiems nerimastingą prisirišimo tipą, būdingas nerimas nesant globėjui ir palengvėjimas jam vėl atsiradus. Todėl, diferencijuojant šį nerimo sutrikimą nuo kitų, svarbu atkreipti dėmesį į: vaiko elgesį bei jo pokyčius esant kartu bei atskirai nuo globėjo, vaiko kalbos toną, į tai ar šis išsigąsta, kuomet kalbama apie galimą atsiskyrimą nuo globėjo. Didžioji dauguma vaikų atsisako lankyti mokymo įstaigas, rėkia, verkia bei kitaip priešinasi atskirčiai, vaikas gali rodyti priešišumą ar netgi agresiją asmeniui, kuris jį atskyrė nuo globėjo, atsiranda somatiniai simptomai. Sudėtingesniais atvejais pakinta vaiko elgesys ir namuose: jis bijo likti vienas namuose, bijo vienas būti savo kambaryje, o tokie išaugę vaiko dėmesio poreikiai tampa papildoma našta jo globėjui.

Atsiskyrimo nerimas vystymosi požiūriu yra normalus reiškinys, tačiau būtina atsižvelgti į to nerimo intensyvumą bei situaciją. Jis pasireiškia 6-12 vaiko gyvenimo mėnesiais ir, moksliniu požiūriu,

laikomas fiziologiniu iki 3 metų amžiaus bei įprastai su laiku pradeda mažėti. Vidutinis atsiskyrimo nerimo amžius yra 6 metai, todėl tai vienas anksčiausiai pasireiškiančių vaikų nerimo sutrikimų (10). DSM-4 leidime šio nerimo tipo diagnostika vaikams bei paaugliams buvo apribota, tačiau naujausioje versijoje diagnozė buvo išplėsta įtraukiant ir suaugusius, kuriems pirmą kartą šis sutrikimas buvo diagnozuotas jau sulaukus pilnametystės (6).

Generalizuotas nerimo sutrikimas – tai lėtinis nerimas bei įtampa iš kitų sutrikimų išsiskiriantis tuo, kad nėra specifiskas ir kyla dėl įvairių, kasdieninių situacijų, kurių vaikas negali kontroliuoti. Šis nerimo tipas diagnozuojamas, kai trunka daugiau nei 6 mėnesius. Vaikams tampa sunku atlikti kasdienes užduotis, susikoncentruoti, jie nerimauja dėl savo bei šeimos saugumo, dažnai išsakomos į ateitį orientuotos baimės bei rūpesčiai. Šis sutrikimas paveikia maždaug 1% vaikų ir 3% paauglių populiacijos bei pasižymi itin aukštu komobirdišku jautrumu jau ikimokyklinio amžiaus vaikų grupėje (11)(12). Generalizuotas nerimo sutrikimas gali pasireikšti kartu ne tik su kitais psichiniais sutrikimais, bet ir su ilgalaikiu stresu siejamais nusiskundimais, pavyzdžiui, dirgliosios žarnos sindromu, galvos skausmais. Eksperimentiniai tyrimai rodo, kad jau 3 metų vaikai demonstruoja gebėjimą hipotetiškai mąstyti apie ateitį, o sulaukę 4–5 metų geba apsvarstyti didesnę kiekį alternatyvių įvykių remdamiesi praeities rezultatais, gali atsakyti į klausimą „kas būtų, jei“, o tai gaudžiai susiję su nerimo vystymosi procesais (11).

Socialinį nerimo sutrikimą JAV psichiatrijos asociacija apibrėžia kaip stiprią baimę bendrauti su kitais žmonėmis, pavyzdžiui, nerimą kelia pokalbis su kitu asmeniu, viešas kalbėjimas, buvimas didesnėje žmonių grupėje. Vaikas baiminasi būti įžeistas, neigiamai įvertintas aplinkinių, todėl vengia tokių situacijų atsitraukdamas nuo aplinkinių, užsisklęsdamas savyje. Paprastai tai prasideda vaikystėje ar paauglystėje ir sergamumo pikas pasiekiamas 10–19 metų tarpe (13). Tam daug įtakos turi praeities įvykiai bei netinkamas tėvų auklėjimas, pavyzdžiui, perdėta kontrolė, žodinė agresija ar fizinės bausmės. Analizuojant šio sutrikimo priežastis pastebėta, kad socialinį nerimo sutrikimą turintiems vaikams būdingas nesaugus prisirišimo tipas t.y. artimo ryšio bei pasitikėjimo nebuvimas su globėjais. Ir atvirkščiai – tėvų parama bei palaikymas siejamas su mažesniu socialinio nerimo lygiu. Kaip ir kituose nerimo sutrikimų tipuose, genetika yra svarbus veiksnys ir vaikai, kurių tėvams būdingas nerimo sutrikimas taip pat turi didesnę riziką jo pasireiškimui. Tačiau R.A. Graham bei C.F. Weems atliktame tyrime pastebėta, kad tėvai, turintys didesnę jautrumą nerimui, gali sumažinti savo vaikų nerimą skatindami atvirą bendravimą, įtraukdami juos į socialines veiklas ir kurdami saugią aplinką. Nors, atrodo ir taip akivaizdu, kad šie dalykai turėtų teigiamai įtakoti vaiko vystymąsi, tačiau

būtina išlaikyti pusiausvyrą, nes per didelė vaikų apsauga nuo baimę keliančių situacijų gali iššaukti neigiamas pasekmes, pavyzdžiui, stabdyti socialinių įgūdžių vystymąsi. Augdami vaikai mokosi iš tėvų, kopijuoja jų elgesį, verbalinį bei neverbalinį bendravimą, todėl, tokiu būdu, nerimastingi tėvai nesąmoningai gali prisidėti prie savo vaiko nerimo vystymosi. Šeima, tai yra tėvai bei broliai, seserys yra svarbiausia vaiko socialinė grupė laikotarpyje nuo gimimo iki paauglystės, todėl itin svarbu atpažinti minėtus šeiminius veiksnius, kurie tiesiogiai ar netiesiogiai prisideda prie vaiko socialinio nerimo vystymosi, taip užkertant kelią jo pasireiškimui (14)(15).

Pagrindinis **specifinių fobijų** bruožas yra baimė ar vengimas konkrečios situacijos, tam tikro objekto, nerimaujant, kad tai sukels grėsmę. Šių fobijų sąrašas yra itin platus ir gali apimti konkrečių vabzdžių, tamsos, gydytojų ar odontologų baimes, tačiau labiausiai paplitusios yra aukščio bei gyvūnų(16). Su baimėmis dažniau susiduria jaunesnio amžiaus vaikai, pagal lyčių pasiskirstymą - mergaitės. Kaip ir kitų nerimo sutrikimų atvejais, specifines baimes turintys vaikai ne retai turi ir kitą psichikos sutrikimą. Irane 2016-2017 metais atliktas tyrimas stebėjo specifinių baimių pasireiškimo vaikams rizikos faktorius bei komobirdiškumą. Apklausus beveik 30 000 vaikų pastebėta, kad dažniausiai specifines baimes turintys vaikai taip pat turi ir: atsiskyrimo sutrikimą (28,9%), generalizuotą nerimo sutrikimą (14,4%) bei ADHD (12,1%). Mieste gyvenantys vaikai ir paaugliai turėjo didesnę riziką bei specifinių baimių pasireiškimą nei kaimo regionuose gyvenantys jų bendraamžiai. Panašūs rezultatai buvo stebimi ir Norvegijoje bei JAV atliktuose tyrimuose. Taip pat šios studijos išvados atskleidė, kad tėvų išsilavinimas, socialinė ar ekonominė padėtis neturėjo reikšmingos įtakos šių baimių vystymuisi (16).

Panikos sutrikimas tai dar viena nerimo sutrikimų rūšis, kuriai būdingi pasikartojantys netikėti panikos priepuoliai, pasireiškiantys fiziniais simptomais (pavyzdžiui tachikardija, galvos ar krūtinės skausmai) bei pasikartojančių priepuolių baimė. Vaikų tarpe šis sutrikimas diagnozuojamas retai, pagrindiniai jo požymiai išryškėja vėlyvoje paauglystėje ar sulaukus pilnametystės, o piku laikomi 15-19 gyvenimo metai. Dažnai paaugliams panikos sutrikimas būna nepastebėtas dėl simptomų sutapimo su kitais nerimo sutrikimais. Nors paauglių tarpe su panikos atakomis susiduria tik apie 1% jaunuolių, tačiau jos turi didelę įtaką socialiniam bei akademiniam funkcionavimui (1). Panikos priepuoliai gali būti kelių rūšių: pirmasis tipas tai netikėti ir su konkrečiu dirgikliu (angl. trigger) nesusiję priepuoliai, antrasis – susieti su situacija ir beveik visada atsirandantys veikiant kažkokiems konkretiems dirginantiems veiksniams ar tikintis, kad jie gali įvykti bei trečiasis tipas – tikėtina, kad įvyks veikiant dirgikliui, bet nebūtinai su juo susiję. Pirmoji ir trečioji panikos priepuolių

rūšys pasitaiko dažniausiai. Neatpažinti ir negydomi priepuoliai gali trukdyti normaliam vaiko vystymuisi, santykiams bei pilnavertiškam funkcionavimui, todėl svarbu į tai atsižvelgti bei įtraukti į diferencinę diagnostiką, net jei ir panikos priepuolių paplitimas vaikų tarpe nėra didelis (1) (17).

Dažnai **agorafobija** literatūroje aprašoma kartu su panikos sutrikimu. 1994 metais Amerikos psichiatrų asociacija panikos sutrikimą su agorafobija bei panikos sutrikimą be agorafobijos įtraukė į DSM-IV, o DSM-5 leidime panikos sutrikimas ir agorafobija jau sutinkami kaip atskiri ir skirtingi sutrikimai (17). Pagal naujausią DSM leidimą, agorafobija apibrėžiama kaip baimė ar nerimas apimantis bent dvi iš penkių nurodytų situacijų: naudojimasis viešuoju transportu, buvimas atvirose erdvėse, buvimas atvirose erdvėse (pavyzdžiui, parduotuvės, teatrai), srovėjimas eilėje ar buvimas minioje, buvimas vienam už namų ribų. Žmonės intensyviai vengia tokių situacijų arba patiria nerimą, panikos atakas, su jomis susijusius simptomus, jiems reikia palydovo (18). Anot Amerikos psichiatrų asociacijos, šis sutrikimas diagnozuojamas, jei trunka ilgiau nei 6 mėnesius. Agorafobija gali pasirodyti labai panašus sutrikimas į socialinio nerimo sutrikimą, pagrindinis skirtumas, kad agorafobija tai baimė atidurti nepažįstamoje, neišvengiamoje situacijoje iš kurios bus sunku pabėgti, jai labiau būdingi panikos atakos simptomatika, o socialinis nerimas tai sąveikos su kitais žmonėmis vengimas, dėl baimės būti atstumtam ir dėl to kylantis nerimas. Agorafobijos pasireiškimas siejasi su paveldimumu bei psychosocialine įtaka. Jau seniai pastebėta, kad agorafobiją, priešingai nei panikos priepuolius gali sukelti įtemti gyvenimo įvykiai, tokie kaip liga, operacijos, stresas šeimyninėje aplinkoje (19). Šis sutrikimas vaikams diagnozuojamas itin retai, vidutinis pasireiškimo amžius apie 16 metų, kaip ir panikos sutrikimų. Literatūros šaltiniuose teigiama, kad vaikams, sergantiems agorafobija, dažnai būdingos specifinės fobijos ar atsiskyrimo nerimo sutrikimas, pasireiškiantys prieš prasidedant agorafobijai (20).

Diagnostika

Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų pasaulio šalių, ligų diagnostavimui naudojama tarptautinė ligų klasifikacijos sistema (TKL-10), apimanti skirtingų sričių sveikatos sutrikimus. Jie paverčiami kodais, naudojant klasifikavimo struktūrą ir atrankos taisykles, paskelbtas Pasaulio sveikatos organizacijos (World Health Organization, 2015). Pažymėtina, kad JAV psichinių sutrikimų diagnostikai yra atskira klasifikacijos sistema - DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), dabar jau naudojama ir plačiau pasaulyje, kaip tyrimuose teigiama dėl didesnio klasifikacijos „tikslumo bei pranašumo“ (21).

TLK-10 klasifikacijoje visi psichikos ir elgesio sutrikimai žymimi F raide. Galima išskirti kelias stambesnes grupes: visų pirma tai fobiniai nerimo sutrikimai (F40), pasireiškiantys nerimu kylančiu dažniausiai tam tikrose apibrėžtose situacijose, kurios tuo metu nėra pavojingos. Pagal fobijos tipą skirstoma į agorafobija (su ar be panikos sutrikimo), socialines bei specifines fobijas. Grafai F41 priskiriami kiti nerimo sutrikimai, kurie pasireiškia nerimu nesusijusiu su kokia nors specifine situacija ar aplinkybėmis. Šiai grupei priklauso panikos sutrikimas, generalizuotas nerimo sutrikimas bei mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas (diagnozuojamas esant abiejų sutrikimų simptomatikai, kai nei vienas jų nėra vyraujantis). Nors klinikinėje praktikoje vis dar dažniau naudojama TKL-10 klasifikacija, tačiau jau išleista patobulinta jos versija – TKL-11. Čia stebimi agorafobijos, generalizuoto, socialinio nerimo diagnozių apibrėžimų tikslinimas. Pavyzdžiui, anksčiau agorafobijos diagnozės apibrėžime buvo nurodytos konkrečios nerimą bei baimes keliančios situacijos, o dabar apibendrintai – neproporcingas nerimas ar baimė, atsirandantis dėl kelių scenarijų, kai išsigelbėti gali būti sunku arba kai pagalbos gali nepavykti gauti (22). Naujausioje klasifikacijoje buvo išplėsta ir generalizuotam nerimo sutrikimui būdinga bendro nerimastingumo sąvoka, kad apimtų pernelyg didelį nerimą dėl neigiamų įvykių, vykstančių keliuose skirtinguose gyvenimo aspektuose.

TLK-10 klasifikacija skiriasi nuo DSM-5 tuo, kad joje yra atskiras skyrelis emocijų sutrikimams prasidedantiems vaikystėje (F93): atsiskyrimo nerimo sutrikimas, fobinio nerimo sutrikimas ir socialinio nerimo sutrikimas vaikystėje (23). TLK-11 atsiskyrimo nerimo sutrikimas gali būti diagnozuojamas ir suaugusiems, ir vaikams, o kaip ir minėta, TLK-10 šis subjektas buvo vadinamas vaikystės atsiskyrimo nerimo sutrikimu ir įtrauktas į atskirą grupę „Emociniai sutrikimai, pasireiškiantys tik vaikystėje“ (24).

DSM klasifikacija yra orientuota konkrečiai tik į psichikos sutrikimus, todėl yra žymiai detalesnė. Šioje sistemoje aprašomi ne tik detalūs simptomai, panašūs sutrikimai padedantys diferencinei diagnostikai, ligos paplitimas, tačiau ir kita teorinė informacija, o svarbiausia – pateikiami diagnostiniai kiekvieno sutrikimo kriterijai. Naujesnėje versijoje (iki tol buvo DSM-IV) nebeliko skilties „sutrikimai, dažniausiai diagnozuojami kūdikystėje, vaikystėje ir paauglystėje“, kuriai priklausė atsiskyrimo nerimo sutrikimas – šis dabar priskiriamas prie nerimo sutrikimų grafos. Taip pat skiriasi ir laikas iki šio sutrikimo diagnozės: ankstesnėje versijoje pakakdavo, kad simptomai tęstųsi 4 savaites, o dabartinė versija papildyta: simptomų trukmė „mažiausiai 4 savaites vaikams ir paaugliams bei paprastai 6 mėnesius ar ilgiau suaugusiems“. Tačiau šie pakeitimai labiau susiję su simptomų tęstinumu terminu, o ne kokiais nors esminiais diagnostikos kriterijais (23).

Siekiant išsiaiškinti nerimo priežastis, svarbu kiek įmanoma tiksliau nustatyti situacijas, kuriose atsiranda ar sustiprėja nerimas, asmens amžių simptomų atsiradimo metu. Būtina išsiaiškinti vaiko socialinius ryšius, pasiekimus darželyje/mokykloje. Svarbu surinkti šeimos psichiatrinę anamnezę, identifikuoti šeimoje kylančias problemas bei atkreipti dėmesį ar su panašiomis problemomis nesusiduria vaiko broliai/seserys. Nerimas vaikams ne retai pasireiškia somatiniais simptomais, todėl tinkamai surinkta anamnezė gali padėti diferencijuoti tikrą fizinį skausmą bei somatizaciją nuo patiriamo stipraus nerimo. Kiekvienas nerimo sutrikimas turi skirtingus diagnostinius kriterijus. Kartais vien iš pokalbių su pacientais ar jų tėvais yra sunku nustatyti nerimo sutrikimą, todėl į pagalbą pasitelkiami klausimynai, kurie suteikia pirminį vaizdą apie galimą nerimo sutrikimų buvimą(6).

Viena iš plačiai klinikoje naudojamų vaikų nerimo vertinimo skalių yra The Spence Children's Anxiety Scale – Child (SCAS-Child) klausimynas. Jis sudarytas iš 44 klausimų, tinkamas 8–15 metų vaikų savarankiškam nerimo simptomų vertimui ir apima skirtingus sutrikimus įskaitant: atsiskyrimo nerimą, socialinę fobiją, obsesinį kompulsinį, panikos bei generalizuotą nerimo sutrikimus. Kadangi nerimo vertinimo skalės, taip pat ir ši, apima daug klausimų, buvo sukurta trumpesnė versija – SCAS-S, sudaryta iš 19 klausimų. SCAS-S išlaiko originalios skalės struktūrą bei komponentus (išskyrus obsesinio kompulsinio sutrikimo), tačiau kūrėjai tikisi, kad tai padės sutaupyti 10-20 minučių pildančiųjų laiko. Pastebėta, kad ilgesnės skalės dažnai suerzina pildančiuosius ir į paskutinius klausimus vaikai mažiau įsigilina, ko pasekoje, kyla didesnė tikimybė, kad klausimynas nebus užpildytas iki pabaigos arba atsakyta bus aplaidžiai. Nors klinikinėje praktikoje sutrumpintas klausimyno variantas neįsitvirtino, tačiau tai yra gera alternatyva jaunesnio amžiaus vaikams (25).

Dar viena priemonė, skirta įvertinti vaiko nerimo lygį bei ypatybes, yra Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Tai specifinis indikatorius skirtingiems nerimo sutrikimams: panikos, socialiniam, atsiskyrimo, generalizuoto nerimo sutrikimams, mokyklos vengimui. Yra sukurtos kelios šio klausimyno versijos, tačiau klinikinėje praktikoje plačiausiai naudojama ir geriausiai ištirta versija yra sudaryta iš 41 klausimo. Atsakymai vertinami skalėje nuo 0 iki 2, ribinis taškas, signalizuojantis apie padidėjusį nerimo lygį yra 25 balai. Klausimynas skirtas tiek vaikams (SCARED – C), tiek jų tėvams (SCARED - P), o tiksliausi rezultatai gaunami lyginant tarpusavyje abiejų klausimynų atsakymus. SCARED ne tik padeda įvertinti nerimo lygį dar prieš pradėdant gydymą, bet ir parodo taikomo gydymo efektyvumą. Tai suteikia gydytojams galimybę

anksčiau priimti sprendimus dėl gydymo reikalingumo ar jo pokyčių būtinumo, pavyzdžiui, esant reikalui gydymą suintensyvinti ar pakeisti (26).

SCARED turi nemažai pranašumų palyginti su kitomis nerimo vertinimo skalėmis, tokiomis kaip SCAS ar MASC-2 (Multidimensional Anxiety Scale for Children – 2nd). Pagrindinis MASC-2 klausimyno trūkumas yra kaina, kadangi tiek SCARED, tiek SCAS yra nemokamos ir lengvai surandamos internete. Taip pat tikslinga atsižvelgti ir į prieinamumą žmonėms: SCARED ir SCAS yra išverstos į ne vieną užsienio kalbą, tuo tarpu MASC-2 klausimynas yra tik originalo (anglų) kalba, o tai ženkliai apriboja šios skalės naudojimą. SCARED taikymo rezultatai dažniau nagrinėti moksliniuose tyrimuose, todėl turi plačiausią įrodymų bazę, taip pat apima mokyklos vengimo sritį, kas aktualu jaunuolių tarpe (27).

Gana naujas klausimynas, kuris naudojamas vaikų ir paauglių nerimo sutrikimų diagnostikoje, yra Youth Anxiety Measure (YAM). Jis parengtas pagal DSM-5 klasifikaciją ir sudarytas iš dviejų dalių: pirmojoje 28 klausimai susiję su dažniausiais nerimo sutrikimais (pavyzdžiui, atsiskyrimo nerimas, socialinis nerimo ar generalizuoto nerimo sutrikimai), o antrojoje yra 22 klausimai, kurie akcentuoti į specifines/konkrečias fobijas bei agorafobiją. Jau dabar klausimynas vertinamas palankiai ir laikomas daug žadančiu, tačiau dar trūksta tyrimų, atliktų klinikinėse vaikų ir paauglių populiacijose bei tyrimo jautrumo įrodymų (6) (28).

Komorbidiškumas

Vaikai, kuriems kliniškai pasireiškia nerimo sutrikimas retai kada atitinka tik vieno sutrikimo kriterijus. Statistika rodo, kad dėl gydymo besikreipiančiųjų populiacijoje maždaug 80-90% atitinka daugiau nei vieno psichikos sutrikimo kriterijus, iki 75% atitinka daugiau nei vieno nerimo sutrikimo kriterijus. Dar 10–30% atitinka nuotaikos sutrikimo kriterijus, tačiau čia rezultatai išsiskiria pagal amžiaus grupes: apie 30 % gydymo ieškančių paauglių atitinka nuotaikos sutrikimo kriterijus, o jaunesnių vaikų tarpe tik 10–15 %. Nepaisant to, kad literatūros šaltiniuose teigiama, jog nerimo sutrikimų turintys vaikai turi didesnę tikimybę turėti papildomai ir nuotaikos ar elgesio sutrikimų, nėra pastebėta išaugusi piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis rizika. Galimai taip yra todėl, kad šie vaikai labiau linkę laikytis taisyklių ir mažiau rizikuoja. Tačiau, stebint nerimo sutrikimo bei alkoholio vartojimo sąsajas, pastebėtas ryšys paauglystėje (1).

Nerimo sutrikimai ir depresija

Šių dviejų sutrikimų kombinacija dažnesnė paauglių tarpe dėl skirtingo pasireiškimo laikotarpio: tyrimų duomenys atskleidžia, kad nerimo simptomai ir sutrikimai vaikystėje dažnai būna prieš depresinių sutrikimų atsiradimą paauglystėje ir jauname amžiuje, ypač tai pastebima mergaičių tarpe (29). Šių dviejų psichikos sutrikimų pasireiškimas kartu kelia dar didesnę savižudybės riziką, blogesnius gydymo rezultatus, mažesnę pasitenkinimą gyvenimu bei daugiau fizinės sveikatos problemų nei vieno iš jų pasireiškimas. Taip pat prastėja rezultatai mokymo įstaigose ir gyvenimo kokybė.

Svarbu identifikuoti veiksnius didinančius šių sutrikimų pasireiškimą kartu. Kalbant apie šių sutrikimų pasireiškimo rizikos veiksnius, ne viename tyrime, minimas genetinis faktorius, šeiminė psichinė anamnezė, tėvų auklėjimas bei elgesys, pavyzdžiui, didelė tėvų kontrolė ar vaiko atstūmimas (angl. parental rejection). Perdėta tėvų kontrolė labiau susijusi su nerimo pasireiškimu vaikui, o vaiko atstūmimas – su depresijos pasireiškimu. Dėl būdingų bendrų etiologinių veiksnių kartais pasireiškia vaikams šie sutrikimai paeiliui, taip pat, vieno iš sutrikimų buvimas, laikui bėgant, didina kito sutrikimo riziką. Pavyzdžiui, dėl socialinio nerimo sutrikimo vaikai linkę atsiriboti, o tai gali sukelti vienišumo jausmą, žemą savivertę, liūdesį. Taip pat vengimas reikšti emocijas dėl atstūmimo ir pažeminimo baimės bei jų slopinimas, kelia liūdesį, susierzinimą, savęs nuvertinimą, o laikui bėgant tai gali tapti depresija (29).

2021 metais Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment publikuoto tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti kiek apsauginiai bei rizikos veiksniai turėjo įtakos pasireiškiant depresijai bei nerimo sutrikimams kartu. Pasirinkti faktoriai buvo ištirti trylikos metų vaikų amžiaus grupėje, nes ankstyva paauglystė yra dažnas nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimo amžius. Studijos metu buvo atsižvelgta į rizikos faktorius, tokius kaip bendraamžių viktimizacija, patyčios, prasti santykiai su bendraamžiais ir stresiniai gyvenimo įvykiai. Taip pat buvo įtraukti ir apsauginiai veiksniai: tėvų žinojimas apie vaiko buvimo vietą, prosocialus elgesys su bendraamžiais. Santykių su bendraamžiais problemos buvo stipriai susijusios su depresijos simptomais tokiais kaip vienišumo jausmas, žema savigarda bei nerimo sutrikimui būdingu pergyvenimu dėl ateities. Tai reiškia, kad vaikui susiduriant su šiomis problemomis didėja tiesioginis šių dviejų sutrikimų ryšys ir kyla didesnė rizika jiems pasireikšti. Ryškiausią teigiamą poveikį turėjo prosocialus elgesys, kuris mažino simptomų sunkumą bei buvo susijęs kitais apsauginiais veiksniais, kurie netiesiogiai stiprina šio elgesio apsauginį poveikį(30).

Miego sutrikimai

Miegas yra būtinas emociniam vystymuisi, atminčiai, ypač vaikų amžiuje, o jo trūkumas sąlygoja blogesnius mokymosi rezultatus, sveikatos sutrikimus bei viršsvorį. Miego problemos yra įtrauktos kaip diagnostinis kriterijus keliems nerimo sutrikimams, įskaitant generalizuotą bei atsiskyrimo nerimo sutrikimus. Dažniausios miego problemos yra užmigimas, nakties baimė, baimė miegoti vienam. Problemos pasireiškiančios paties miego metu, tokios kaip košmarai, parasomnijos, pasitaiko rečiau, tačiau, skaičius nerimastingų vaikų su šiomis problemomis, vis tiek didesnis nei bendroje populiacijoje (31). 2017 metais publikuotame tyrime, buvo analizuotas ryšys tarp sumažėjusios miego trukmės bei nerimo sutrikimų ir, pastebėta, kad ilgalaikis miego trūkumas kasnakt padidino vėlesnių nerimo sutrikimų riziką du kartus (32).

Nėra atlikta daug tyrimų analizuojant vaikus, sergančius nerimo sutrikimais, vis tik paauglių tarpe pastebėta, kad nerimą turintys jaunuoliai skundžiasi didesniu mieguistumu dienos metu, miego trūkumu, prastesne miego kokybe. Miegas tiesiogiai veikia smegenų struktūras, atsakingas už emocinį susijaudinimą bei reguliavimą, todėl net ir nežymus miego laiko praradimas gali sustiprinti jau egzistuojantį neurologinį pažeidžiamumą šioje grupėje. Cirkadinio ritmo disbalansas veikia sinergetiškai su jau esamu nerimo lygiu bei yra įrodyta, kad vaikai su sutrikusia paros ritmo pusiausvyra turi didesnę riziką nerimo atsiradimui paauglystėje (33). Miego sutrikimai nerimaujančių vaikų tarpe, ne retais atvejais, yra ne priežastis, o pasekmė. Dėl šios priežasties, gydymo strategija pirmiausiai turėtų būti nukreipta į nerimo mažinimą, o tinkamos miego higienos palaikymas prisidėtų išlaikant gerą psichologinę sveikatą. Maždaug nuo 6 vaiko gyvenimo mėnesio, tėvai turėtų pradėti vaiką pratinti prie reguliarios miego rutinos. Laikas prieš miegą turėtų būti ramus ir gali apimti tokias atpalaiduojančias veiklas kaip šilta vonia, pasakų skaitymas. Miego aplinka turi būti tyli, rami, rekomenduojama prieš miegą vengti vaikams leisti naudotis išmaniaisiais įrenginiais. Be to, žinoma, ne mažiau svarbus reguliarus miego laikas bei užtikrintas išmiegotų valandų skaičius, kuris skiriasi pagal vaiko amžių. Anot Amerikos miego medicinos akademijos, kūdikiams rekomenduojama 12-16 valandų miego, trijų – penkerių metų vaikams 10-13 valandų, o vyresniems nei trylikos metų 8-10 valandų per parą (34).

Nerimo sutrikimai ir ADHD

ADHD, dar kitaip labiau žinomas kaip dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo sindromas, kuriam būdingas sunkumas išlaikyti dėmesį ir hiperaktyvumas. ADHD dažniausiai pasireiškia iki paauglystės bei

maždaug 25-50% visų ADHD sergančių vaikų kartu pasireiškia ir nerimo sutrikimai. Tokiems pacientams, kurie kaip gretutinį sutrikimą turi nerimą, gali pasireikšti sunkesni ADHD simptomai nei nerimo sutrikimo neturintiems ADHD sergantiems pacientams. Atlikta įvairių tyrimų siekianti išsiaiškinti galimą šių dviejų psichikos sutrikimų tarpusavio ryšį bei iškeltos kelios hipotezės bandančios paaiškinti jų priklausomybę. Pirmoji teigia, kad abu šie sutrikimai yra patologiškai skirtingi, o tarpusavio sutapimas yra atsitiktinis. Tačiau šių ligų kombinacija pasireiškia per dažnai, kad galėtume teigti, jog visa tai tik atsitiktinumas. Antroji hipotezė teigia, kad šiuos sutrikimus vienija bendras paveldėjimas, bet tyrimai rodo, kad genetinis ADHD ir nerimo sutrikimo komponentai nors ir gali turėti bendrų bruožų, tačiau jų paveldimumas vyksta nepriklausomai. Ir trečioji teorija teigia, kad vienas sutrikimas sukelia antro sutrikimo vystymąsi. Pavyzdžiui, nerimas gali atsirasti dėl nuolatinių neigiamų išgyvenimų, kuriuos sukelia ADHD simptomai, o nedėmesingumas, kuris yra būdingas ADHD sergančiam vaikui – išsivysto dėl nerimo (35).

Atlikti tyrimai rodo, kad vaikų ir paauglių, sergančių ADHD, nerimo išsivystymo dažnis buvo didesnis nei kontrolinėje grupėje, atitinkamai 17,7% ir 1,9%. Tačiau ankstyva ADHD diagnozė bei gydymas gali padėti užkirsti kelią nerimo sutrikimų vystymuisi. Vienas iš tikslų yra vaikus, turinčius nerimo simptomų stebėti dėl ADHD bruožų pasireiškimo bei atvirkščiai – ADHD simptomų turinčius dėl nerimo sutrikimo užuomazgų, taip siekiant užtikrinti ankstyvą diagnostiką bei gydymą. Dėl sutampančių simptomų, tokių kaip neatidumas, išsiblaškymas, sunkumas susikaupti ar psichomotorinis nestabilumas, klinikinėje praktikoje kartais kyla sunkumų diferencijuojant šiuos sutrikimus. Pavyzdžiui, pagal DSM-4 ir DSM -5 tam tikri generalizuoto nerimo sutrikimo simptomai (dirglumas, nemiga, sunkumas susikoncentruoti) sutampa su ADHD diagnostikos kriterijais. Šie persidengiantys simptomai, gali sąlygoti klaidingą diagnostiką, kitas svarbus aspektas nerimo diferencijavimas: kylantis pirminis nerimas, kurio pasireiškimas su amžiumi dažnėja ar antrinis, atsirandantis dėl ADHD simptomų (35).

Jau yra atlikta tyrimų aiškinančių kaip nerimo buvimas veikia pacientų, sergančių ADHD gydymo rezultatus. Nors JAV maisto ir vaistų administracija perspėjo dėl didesnės nerimo rizikos vartojant vaistus, skirtus ADHD sutrikimui gydyti, vis daugiau studijų rodo, kad ADHD vaistai, tiek stimuliuojantys, tiek nestimuliuojantys, sumažina ar pagerina lydinčius nerimo simptomus. Vienas tokių tyrimų buvo atliktas Catherine G. Coughlin bei jos kolegų, kurie metaanalizės tyrimu parodė, kad psichostimuliatoriai sumažino nerimo riziką vaikams, sergantiems ADHD, lyginant su placebo grupe. Pasak jų tai gali būti dėl dvejopo veikimo: visų pirma, stimuliuojantys vaistai turi tiesioginį poveikį nerimo mažinimui, o antra - jie netiesiogiai veikia mažindami ADHD simptomus (36). Jei gydant ADHD ligą, gretutiniai nerimo simptomai sumažėja, tuomet tęsiamas gydymas toliau, tačiau

jei to nepakanka prie esamo medikamentinio gydymo pridedami antidepresantai bei kognityvinė elgesio terapija (35).

Nerimas ir valgymo sutrikimai

Įprastai valgymo sutrikimai pasireiškia paauglystėje bei jauname amžiuje, su jais susiduria daugiau nei 15 procentų jaunimo iki 18 metų. Klinikinėje praktikoje dažniausiai sutinkami sutrikimai: nervinė anoreksija, nervinė bulimija bei persivalgymo sutrikimas. Dalis valgymo sutrikimą turinčių vaikų taip pat serga ir nerimo sutrikimu, ypač išsiskiria socialinis nerimas. Šis nerimo sutrikimo tipas yra nustatomas kaip pirmas ar antras dažniausiai pasitaikantis nerimo sutrikimas sergant valgymo sutrikimais, o rodikliai svyruoja nuo 16 iki 88,2% - nervinės anoreksijos grupėje ir nuo 17 iki 67,8% - nervinės bulimijos. Apžvelgus tyrimus pastebėta, kad paaugliams, kuriems diagnozuoti valgymo sutrikimai laikui bėgant kyla 2-7 kartus didesnė tikimybė nerimo sutrikimų pasireiškimui ateityje (37). Pats socialinis nerimas gali būti valgymo sutrikimų vystymosi veiksnys, pavyzdžiui, pergyvenimas kaip atrodys kitiems gali sukelti pernelyg didelį susidomėjimą savo kūno svoriu bei forma. Tyrimai nagrinėjantys šių sutrikimų ryšį rodo, kad daugumai pacientų socialinis nerimas prasidėjo anksčiau nei valgymo sutrikimai. Nerimo atsiradimui įtakos turi ir visuomenės nuomonė ar jos nustatyti tariami grožio standartai, todėl vaikai ieško būdų, jų manymu, tinkamų sušvelninti šiuos rūpesčius, pavyzdžiui, badavimo, persivalgymo epizodai ar bandymai priverstinai pašalinti maistą iš organizmo (38). Taip pat pastebėta galima perfekcionizmo įtaka - jis susijęs su ryškesniais valgymo sutrikimo simptomais bei mažesne remisija vaikų bei paauglių tarpe. Šis veiksnys kaip požymis dažnai pasireiškia tiek valgymo, tiek nerimo sutrikimus turinčių asmenų grupėse. Čia galimai įžvelgiamas ir paveldimumo ryšys, pavyzdžiui, pastebėta, kad socialinio nerimo sutrikimai dažniau pasireiškia nervine anoreksija sergančių tiriamųjų pirmos eilės giminaičiams nei kontrolinėje grupėje buvusiems asmenims (37). Socialinis nerimas susijęs su ilgesne valgymo sutrikimų trukme, vyresniu vaikų amžiumi, gali sąlygoti sunkesnę valgymo sutrikimų formą, lemti prastesnę gyvenimo kokybę bei socialinį funkcionavimą(39).

Daugiau dėmesio reiktų skirti analizuojant vaikų antsvorio/nutukimo sąsajas su psichologinėmis problemomis. Pastebėta, kad žema savigarba ir nepasitenkinimas kūnu viršsvorį turinčių jaunuolių tarpe susijęs su nerimu bei depresija (40). Kinijoje atliktame apžvalginiame tyrime lygintas šių dviejų psichologinių sutrikimų ryšys su antsvoriu vaikų ir paauglių tarpe (imtis beveik 18 tūkstančių asmenų). Rezultatai parodė, kad bendras depresijos ir nerimo simptomų paplitimas tarp antsvorį / nutukimą

turinčių vaikų ir paauglių buvo atitinkamai 21,73% ir 39,80%, o tarp viršsvorio neturinčių - atitinkamai 17,96% ir 13,99%. Tačiau pabrėžiama, kad nei nutukimas, nei antsvoris nepadidina nerimo sutrikimų išsivystymo rizikos ateityje (41).

Nerimo pasireiškimas somatiniais simptomais

Somatiniai nusiskundimai pasireiškia panašiu dažniu skirtinguose nerimo sutrikimų tipuose, nežymiai ryškesni yra sergant socialiniu nerimo sutrikimu. Keli tyrimai parodė teigiamą koreliaciją tarp somatinių simptomų ir nerimo sunkumo lygio. Dažniausiai pasitaikantys simptomai yra neramumas (angl. unrest), skrandžio skausmas bei veido raudonis, kurio dauguma pacientų prisibijo, nes jis lengvai pastebimas aplinkinių žmonių. Daugiau nei pusė išreiškė pagreitėjusį širdies plakimą bei krūtinės skausmą. Taip pat prie somatinių simptomų priskiriamas pykinimas, hiperventiliacija, drebulys, prakaitavimas, sunkumai užmigti. Vaikai dažnai praneša apie šiuos simptomus prieš baimę keliančią situaciją arba jos metu (pvz., mokykloje), bet nesiskundžia tais pačiais simptomais kitu metu (pvz., savaitgaliais ar švenčių dienomis), o dėl tokių simptomų vaikai linkę vengti baimę keliančių situacijų (42). Nerimo pasireiškimas per somatinius simptomus gali prailginti tikslios diagnozės laiką, nes, būtent dėl jų, mažieji pacientai ir kreipiasi į bendrosios pagalbos gydytoją. Ne visi jie gauna psichikos sveikatos priežiūros specialisto konsultaciją, simptomus priskiriant kitiems susirgimams. Dėl šios priežasties vis dažniau akcentuojama glaudesnio bendradarbiavimo svarba tarp pediatrų, bendrosios praktikos gydytojų ir psichikos sveikatos specialistų užtikrinant greitą ir tinkamą šių sutrikimų gydymą. Taip pat pastebėta, kad vaikai bei paaugliai, sergantys tiek socialinio nerimo sutrikimu, tiek depresija, turėjo dažnesnį somatinių simptomų skaičių nei turintys tik nerimo sutrikimą (13).

Nefarmakologinis gydymas

Per pastaruosius penkis dešimtmečius nerimo sutrikimų gydymo galimybės išsiplėtė, taip palengvindamos daugelio sergančiųjų kasdienybę. Tarp gydymo pasirinkimo galimybių yra skirtingos psichoterapijos rūšys, farmakologinis gydymas, šių dviejų intervencijų kombinacija, gyvenimo būdo keitimas ir kt. Atsižvelgiant į atliktų tyrimų rezultatus bei klinikinę praktiką, aukšiniu standartu šiai dienai vaikų bei paauglių nerimo sutrikimų gydyme yra laikoma kognityvinė elgesio terapija. Jos principas yra išmokyti pacientus atpažinti savo jausmus bei susidoroti su neigiamomis mintimis, užklumpančioms nerimą keliančiose situacijose (43).

Įprastai kognityvinės elgesio terapijos kursas trunka 12–16 seansų, tikslus skaičius priklauso nuo individualių poreikių: skirtingo nerimo lygio arba dėl papildomo laiko įgūdžių lavinimui poreikio. Visą terapijos kursą galima skirstyti į kelias dalis. Pirmieji užsiėmimai apima psichoedukavimą apie nerimą, gydymo tikslų nustatymą, o vėlesniuose užsiėmimuose psichoterapeutas su vaiku kuria ir praktikuoja pažinimo ir savikontrolės strategijas nerimui valdyti. Nerimo sutrikimo pasireiškimas susideda iš kelių komponentų: minčių, elgesio bei kūno reakcijų. Kartais jie pasireiškia visi kartu, būna atvejų, kuomet vienas jų gali išvis nepasireikšti. Vengimas yra nerimo pasireiškimo dalis – vengiama nerimą keliančių situacijų, taip gaunant trumpalaikį palengvėjimą ir nerimo sumažėjimą, tačiau tai yra bėgimas nuo problemos, o ne jos sprendimas. Tėvai, stengdamiesi padėti savo vaikui ir siekdami jį apsaugoti nuo jam baimę keliančios situacijos, jam kaip tik kenkia.

Gydymo sėkmė priklauso ne tik nuo darbo terapijos seansų metu. Jis vyksta ir už jų ribų, psichoterapeutas skiria papildomų užduočių, kurias reikia atlikti laisvu metu. Psichoterapinio gydymo metu užduotys pacientui nukreipiamos į konkretų vengimo elgesį, nuosekliai, tačiau neskubant sunkinamos. Su nerimą keliančia situacija susidurti nėra lengva, todėl ekspozicija atliekama palaipsniui, pradedant nuo mažiausiai nerimą keliančių situacijų. Svarbu nerimą patirti kiekvienos užduoties metu, išlikti situacijoje iki kol jis sumažės, nes taip vaikas įgyja pasitikėjimo savimi, mokosi savarankiškai įveikti savo baimes. Po sėkmingos užduoties atlikimo galima vaiką paskatinti ar apdovanoti – tai padeda neprarasti motyvacijos ir padrašinti dalyvauti atliekant kitas užduotis. Baigiamieji kognityvinės terapijos užsiėmimai akcentuojami į atkryčio prevenciją ir vaiko paruošimą valdyti nerimą ateityje. Tėvų vaidmuo čia irgi yra svarbus ir, anot literatūros šaltinių, įprasta juos įtraukti į pirmąjį, vidurinį bei paskutinį susitikimus, siekiant užtikrinti, kad ir tėvai suprastų terapijos principus ir sugebėtų padėti vaikams jei pastariesiems prireiks pagalbos (44).

Tas pats kognityvinės elgesio terapijos gydymo metodų rinkinys yra taikomas skirtingų nerimo sutrikimų, tokių kaip atsiskyrimo, generalizuoto bei socialinio nerimo, gydyme vaikų bei paauglių tarpe. Gydymo rezultatai dažniausiai yra veiksmingi ir ilgai išliekantys, tačiau pasitaiko ir išimčių. Pavyzdžiui, tradicinė kognityvinė elgesio terapija mažiau veiksminga socialinio nerimo sutrikimo gydyme jaunų pacientų tarpe, lyginat su kitais nerimo sutrikimais. Šiuo atveju rekomenduojama orientuotis į socialinių įgūdžių trūkumo mažinimą. Vienas iš tokių gydymo metodų yra socialinio efektyvumo terapija vaikams (SET-C), kuri apima ne tik socialinių įgūdžių lavinimą, bet ir daugiau dėmesio skiriama ekspozicijos terapijai bei bendraamžių generalizacijai (angl. peer generalization). Tyrimo metu, kurio tikslas buvo įvertinti SET-C veiksmingumą, 8-12 metų vaikai atsitiktine tvarka buvo suskirstyti į dvi grupes: vienai jų buvo teikiama socialinė efektyvumo terapija, o kita tapo kontrolinė grupė. 67% SET-C grupės dalyvių po gydymo nebeatitiko socialinio nerimo

sutrikimo kriterijų, tuo tarpu kontrolinėje grupėje tokių buvo vos 5% ir tokie rezultatai išliko šešis mėnesius stebint grupes (45).

Trečiasis pasiteisinęs vaikų nerimo gydymo būdas yra priėmimo bei įsipareigojimo terapija (angl. Acceptance and Commitment therapy). Jis sutelktas ne į simptomų mažinimą, o į elgesio keitimą bei gebėjimą priimti patirtis, o gydymo rezultatai panašūs į tradicinės kognityvinės elgesio terapijos rezultatus. Plačiau apie šių trijų metodų naudojimo indikacijas ir veikimo principus pavaizduota lentelėje (43) :

Terapija	Indikacijos	Veiksmingiausi komponentai	Didesnio gydymo atsako prognozė
Kognityvinė elgesio terapija (CBT)	Generalizuoti, atsiskyrimo ir socialinio nerimo sutrikimai; vaikų amžius ≥ 6	Ekspozicijos terapija: pacientas nuolat susiduria su nerimą keliančiais objektais ar situacijomis, paprastai palaipsniui didėjant intensyvumui. Kognityvinis pertvarkymas: mesti iššūkį anksčiau nusistovėjusiems mąstymo modeliams.	Nesocialinio nerimo sutrikimų diagnozės. Ilgesnė bendro gydymo trukmė. Didesnis tėvų įsitraukimas gydant jaunesnius vaikus. Socialinių įgūdžių ugdymo vystymas
Socialinio efektyvumo terapija vaikams (SET-C)	Socialinio nerimo sutrikimas; 7-17 metų amžiaus vaikai	Ekspozicijos terapija: pacientas nuolat susiduria su nerimą keliančiais objektais ar situacijomis, paprastai palaipsniui didėjant intensyvumui. Socialinių įgūdžių ugdymas: grupinis įvairių socialinių įgūdžių mokymasis, įskaitant pokalbio ir klausymosi įgūdžius, santykių užmezgimą ir palaikymą.	Gydymo metu mažėja vaikų vienatvė
Priėmimo ir įsipareigojimo terapija (ACT)	Generalizuoti, atsiskyrimo ir socialinio nerimo sutrikimai; vaikų amžius ≥ 6 metų	Psichologinis lankstumas: gebėjimas priimti patirtį ir įsipareigoti vertybėmis grįstam elgesiui. Ekspozicijos terapija: pacientas nuolat susiduria su nerimą keliančiais objektais ar situacijomis, paprastai palaipsniui didėjant intensyvumui. Priėmimas: pasirinkimas priimti neigiamas mintis ir jausmus, o ne vengti ar bandyti juos pakeisti. Kognityvinė defuzija: savo mąstymo procesų stebėjimas	Didesnis psichologinis lankstumas prieš gydymą

Lentelė nr. 1 (43)

Dalis žmonių priėmimo bei įsipareigojimo terapiją laiko kognityvinės terapijos dalimi, tačiau judviejų savybės skiriasi. Tradicinė kognityvinė elgesio terapija apsiriboja nerimo valdymu ir simptomų mažinimu, mažiau dėmesio skirdama vertybėmis pagrįstam elgesiui (value-based behavior), gyvenimo kokybei ar paauglių gebėjimui gyventi efektyviai išgyvenant neigiamas mintis ar emocijas. Tokiu būdu nėra sutelkiama dėmesio į teigiamą paauglių elgesį ar psichologinius veiksnius, o priėmimo ir įsipareigojimo terapija tai daro praktikuojant priėmimą, dėmesingumą, defuziją ir

vertybes. Paauglystė yra pokyčių laikotarpis bei galimybė skatinti psichologinį lankstumą. Šiuo laikotarpiu vaikai pradeda abejoti visuomenėje priimtomis taisyklėmis, ugdo savas vertybes, kurios ne visada sutampa su jų tėvų nuostatomis, vystosi gebėjimas mąstyti abstrakčiai. Priėmimo ir įsipareigojimo terapijos taikymas paaugliams naudingas ir dėl to, kad padeda užmegzti darnius santykius, o vertybių akcentavimas užkertą kelią galimam blogam elgesiui (46).

Farmakologinis gydymas

Kadangi vaistų tyrimai vaikų bei paauglių grupėje yra apriboti, farmakologinis veiksmingumas nerimo sutrikimų gydyme nėra gerai ištirtas. Kalbant apie pirmo pasirinkimo farmakologinį gydymą, ypač generalizuoto nerimo sutrikimą, dažniausiai įvardijami SSRI grupės medikamentai, tokie kaip fluoksetinas ar sertralinas. Šiai dienai FDA yra patvirtinus ir vieno iš SNRI vaisto, duloksetino, naudojimą, tačiau lyginant veiksmingumą bei toleranciją vaistui, jis vis tiek atsilieka nuo SSRI. Minimali vartojimo trukmė rekomenduojama bent 6-8 savaitės, kad būtų galima įvertinti vaisto efektyvumą (47). Nepageidaujami reiškiniai vartojant SSRI grupės vaistus yra gana reti, pvz galvos ir pilvo skausmai, vaisto nutraukimo rizika ar nemiga. Pasitaiko iki 7 % su nerimo sutrikimu susiduriančių vaikų, vartojančių šiuos medikamentus, ir nutraukiančių jų vartojimą dėl šalutinio poveikio (1)(48).

Suaugusių tarpe nerimo sutrikimų gydymui naudojami anksiolitikai, pavyzdžiui tricikliai antidepressantai, vaikų ir paauglių tarpe nenaudojami dėl žalingo šalutinio poveikio ar vaisto neveiksmingumo. Analizuojant benzodiazepinų klasės vaistų veikimą šioje amžiaus grupėje, nepastebėta reikšmingų gydymo rezultatų, kaip tik tiriant šių vaistų veiksmingumą gydant generalizuotą nerimo sutrikimą išryškėjo daugybė nepageidaujamų reakcijų, tokių kaip mieguistumas, dirglumas, burnos džiūvimas, galvos svaigimas (43).

Pavadinimas	Vaisto klasė	Vaisto forma	Dozė	Minimali trukmė	Galimi šalutiniai poveikiai	Papildoma informacija
Fluoxetine	SSRI	Kapsulės, tabletės	Pradinė dozė: 10mg/dienai, tipinė dozė: 20 -60mg/dienai	4 – 8 sav.	Gydymo savizudiškumas, padidėjęs KMI ir manija	Draudžiama vartoti triciklus antidepresantus, antiaritinius vaistus ir neuroleptikus. Dėl ilgesnio pusinės eliminacijos periodo šio vaisto abstinencijos simptomai pasireiškia mažiausiai
Sertaline	SSRI	Kapsulės, tabletės,	Pradinė dozė: 25mg/dienai, maksimali dozė: 200 mg/dienai	4 – 8 sav.	Galvos skausmas, pykinimas, vėmimas, pilvo skausmas, viduriavimas, dispepsija ir nemiga	Dėl trumpo pusinės eliminacijos periodo, paaugliams rekomenduojama dienos vaisto dozė suvartoti per du kartus. Sumažėjusi absorbcija su maistu. Gerai toleruojamas 6-17 metų vaikams
Duloxetine	SSRI	Kapsulės, tabletės	Pradinė dozė: 30 mg/dienai, maksimali dozė: 120 mg/dienai	6 – 8 sav.	Svorio kritimas, vidurių užkietėjimas, burnos džūvimas, mieguistumas ir padažnėjęs širdies susitraukimų dažnis	FDA patvirtintas

Lentelė nr. 2 (43)

Kliniškai įrodyta, kad esant nepakankamam rezultatui, taikant medikamentinį gydymą ar kognityvinę terapiją, galima šių dviejų būdų kombinacija. Geriausi rezultatai stebėti derinant psichoterapiją su SSRI grupės vaistais (nerimo sutrikimų gydyme veiksmingiausias buvo sertralinas). Vieno daugialypio tyrimo metu siekta išsiaiškinti nerimo sutrikimo gydymo galimybių veiksmingumą, atskirai lyginant gydymą SSRI, kognityvinę elgesio terapiją, šių dviejų metodų derinį bei kontrolinę grupę, trukmė buvo 12 savaičių. 7-17 metų amžiaus vaikai ir paaugliai, kuriems diagnozuotas generalizuotas nerimo ar socialinis nerimo sutrikimas, atsitiktine tvarka buvo suskirstyti į grupes: pirmosios grupės dalyviai gavo farmakologinį gydymą sertraliniu (146±61 mg/ dieną), antroji 14 kognityvinės elgesio terapijos seansų, trečioji terapijos + sertalino (133,7 ± 59,8 mg per dieną) kombinaciją bei ketvirtoji buvo placebo grupė. Farmakologinis gydymas buvo pradėtas nuo mažų dozių (25 mg per parą) palaipsniui jas didinant pirmas aštuonias savaites (iki 200mg per parą), o kognityvinė elgesio terapija buvo pagrįsta Coping Cat programa, kuri šiek tiek modifikuota, kad atitiktų dalyvių amžių bei tyrimo trukmę. Rezultatų rodiklių analizė parodė, kad veiksmingiausi trumpalaikiai gydymo būdai buvo kombinuotas gydymas (daugiau nei 50 procentų dalyvių pasiekė remisija) bei gydymas monoterapija (abiejose grupėse maždaug trečdalis dalyvių). Buvo ištirti ir veiksniai, prognozuojantys geresnį atsaką į gydymą: jaunesnis amžius, mažesnis nerimo sunkumas, gretutinių nerimo ar depresijos sutrikimų nebuvimas (42).

Papildomos gydymo galimybės

Kalbant apie savijautą ir ligų gydymą visada akcentuojama gyvenimo būdo svarba, šis atvejis

nėra išimtis. Tai apima pakankamą miego kiekį, fizinį aktyvumą, pilnavertę mitybą, ekranų laiko ribojimą bei buvimą gamtoje. Šie komponentai naudojami papildyti gydymo metodams bei gali padėti ne tik sumažinti simptomus bet ir jų pasikartojimo dažnį. Vis dažniau ir vis jaunesnio amžiaus vaikai naudojami išmaniaisiais įrenginiais, tačiau ilgesnis ekrano laikas susijęs su padidėjusiu nerimo simptomų sunkumu, todėl rekomenduojama šį laiką sumažinti iki dviejų valandų per parą. Žaidimus kompiuteriuose ir telefonuose geriau keisti į laiką gamtoje, kuri teigiamai veikia bendrą psichinę sveikatą. Paauglių nerimo simptomus taip pat gali pagerinti ir kofeino bei kanapių produktų vartojimo nutraukimas. Yra tyrimų įrodančių, kad vartojant kanapes vaikai dažniau serga nerimo sutrikimais bei depresija (43).

Atlikti tyrimai, kurie nagrinėja jogos pratimų bei grupinio dėmesingo įsisąmoninimo (angl. group mindfulness) naudą nerimo gydymui, yra silpnos ar vidutinės metodinės kokybės, tačiau rodo teigiamą poveikį simptomų mažinimui vaikų bei paauglių tarpe. Šie metodai veikia kaip trumpalaikė priemonė, kuri padeda nukreipti mintis ir atsipalaiduoti, tačiau nėra naudojama kaip atskira intervencija (49) (50).

Vis dažniau nerimo mažinimui, nusiramimui naudojama meno terapija. Tai apima piešimą, keramiką, kūrybines vaizdo bei skaitmenines meno priemones. Anot specialistų, pasitelkdami šią terapiją vaikai nukreipia savo energiją kita linkme, ne į neigiamo elgesio palaikymą ar užsidarymą savyje, kaip buvo daroma anksčiau, o tai vienas iš būdų gerinantis vaikų gyvenimo kokybę, problemų sprendimo įgūdžius. Daug informacijos apie vaiko išgyvenimus galima sužinoti ne tik iš jų meninių kūrinių, bet ir paties kūrybos proceso metu, pavyzdžiui, pastebėta, kad vaikai piešdami dažnai atskleidžia žymiai daugiau informacijos nei vien kalbėjimo terapijos metu (51). Literatūros šaltiniuose galima rasti nemažai straipsnių apie šios terapijos šakos naudą mažinant baimes ar turint specifinių sunkumų, negalią, tačiau meno terapeutai pasisako už šios terapijos integravimą į mokyklų sistemas, įžvelgiant galimą naudą kiekvienam moksleiviui – tiek kaip priemonę streso mažinimui, tiek saviraiškai, o ši tema vertinga tolimesnei klinikinei analizei (52).

Dar vienas nefarmakologinis metodas, padedantis mažinti vaikų nerimą yra gyvūnų terapija. Ji orientuota į elgesio, socialinių, emocinių bei pažintinių savybių gerinimą. Tiek trumpalaikiai kontaktai su gyvūnais, tiek ilgalaikė jų priežiūra padeda palengvinti daugelio ligų simptomus, o viena iš šios terapijos sėkmingumą aiškinančių teorijų yra prierašumas, o ypač emocinių jausmų išsivystymas tarp šeiminių ir jų naminių gyvūnų. Patebėta, kad tiek suaugusiųjų, tiek vaikų tarpe

naminio gyvūno turėjimas bei rūpinimasis juo sukuria saugumo jausmą, pagerina kasdienę veiklą, padeda megzti santykius su kitais ir taip prisideda prie geresnės psichologinės būsenos ir mažesnio nerimo lygio (53)(54)(55). Gyvūnų terapijos veiksmingumas ikimokyklinio amžiaus vaikų nerimo valdyme analizuotas 2018-2019 metais Kinijoje atliktame tyrime. Dalyviai į tyrimą buvo įtraukti savanoriškumo pagrindais ir buvo suskirstyti į eksperimentines ir kontrolines grupes. Vaikai, priklausantys pirmajai grupei, tyrimo metu gavo 8 gyvūnų terapijos seansus, nerimo lygis vertintas naudojant Spence ikimokyklinio nerimo skalę (tėvų forma) tiek prieš pradėdant tyrimą, tiek po jo. Aprašomoji statistika parodė, kad gyvūnų terapija, nors ir buvo taikyta gana trumpą laiką, tačiau buvo veiksminga. Ekperimentinėje grupėje pastebėtas nerimo sumažėjimas analizuojant atsiskyrimo, generalizuotą, socialinį nerimą bei agorafobiją. Kalbant apie kontrolinę grupę, nerimo lygiai išliko tokie patys ar net padidėjo (56).

Gydymo veiksmingumo vertinimas

Daugelis atliktų tyrimų siekė išsiaiškinti veiksnius, kurie daro įtaką gydymo veiksmingumui. Vienas iš jų yra tėvų vaidmuo vaiko gydyme: kiek reikia tėvus į tai įtraukti bei mokyti specifinių įgūdžių. Šiuo klausimu nuomonės yra prieštaringos: dalis teigia, kad tėvai, kaip aktyvūs gydymo dalyviai yra mažai naudingi. Tokius rezultatus pateikiančiuose tyrimuose retai kada buvo atsižvelgta į vaikų amžių ar tėvų įsitraukimo lygį. Vienos didelės pakartotinės duomenų analizės metu kaip tik pastebėta, kad tėvų mokymas padėti savo vaikui už terapijos ribų lėmė žymiai geresnius rezultatus praėjus trims mėnesiams po gydymo pabaigos. Šioje srityje reikalingi papildomi duomenys, taip pat yra manoma, kad tam tikros gydymo sąlygos gali būti naudingesnės konkrečioms grupėms. Pavyzdžiui, nustatyta, kad mergaitės bei jaunesni abiejų lyčių vaikai geriau reaguoja į intervencijas susijusias su šeimos įsitraukimu, palyginant su individualia intervencija. Taip pat aktualus yra ir gretutinių psichologinių sutrikimų vaidmuo nerimo gydymo sėkmingume. Gretutinių psichologinių sutrikimų turintys vaikai paprastai pasižymi didesniu nerimu gydymo pradžioje, todėl gydymo pabaigoje pasiektas rezultatas nėra toks geras, kaip vien tik nerimo sutrikimą turinčių vaikų, nors šiose grupėse gydymo pokyčių tempai yra panašūs (1).

Analizuojant tėvų išsilavinimo, šeimos dydžio, šeimyninės padėties įtaką nerimo gydymo sėkmingumui reikšmingų pokyčių nepastebėta.

Išmaniosios technologijos gydymo procese

21 amžius yra neatsiejamas nuo išmaniųjų technologijų, kurios sėkmingai gali būti pritaikytos ir vaikų nerimo sutrikimų gydymui. Internetinės bei kompiuterinės programos laikomos daug žadančiomis bei tikimasi, kad jos gali padidinti psichikos sveikatos intervencijų prieinamumą, pasiekti didesnę vaikų skaičių bei būti pritaikytos ir patrauklios jaunimui (57). Skaitmeninės psichikos sveikatos intervencijos turi nemažai pranašumų, pavyzdžiui, internetu teikiamos paslaugos gali sumažinti išlaidas pacientams ir sveikatos sistemai, internetinė prieiga suteikia anonimiškumą ir privatumą, yra lengvai prieinama, o skaitmeninis formatas gali palengvinti medžiagos peržiūrą. Kompiuterizuota kognityvinė terapija pasižymi tuo, kad daugiau nei pusę jos atliekama be psichoterapeuto: informacija bei įgūdžių mokymas pateikiamas naudojant išmaniąsias technologijas (pavyzdžiui mokomųjų filmukų žiūrėjimas). Taip pat priklauso ir psichoterapeuto konsultacijos telefonu ar žinute, kilusiems klausimas spręsti ar taikomos terapijos veiksmingumui stebėti (58).

Per pastaruosius kelis dešimtmečius buvo sukurtos kelios internetinės kognityvinės elgesio terapijos programos, skirtos mokyklinio amžiaus jaunimo nerimo slopinimui, pavyzdžiui, BRAVE, Camp Cope-A-Lot, Cool Kids.(57) Pastaroji programėlė - „Cool Kids Online“ – yra šeimai skirta internetinė programa, pagrįsta psichoedukacija bei kognityvine elgesio terapija. Visą laiką kartu su vaiku mokosi ir jo globėjas, kurio vaidmuo čia itin svarbus, o pati programa apima 8 pamokas. Į jas įeina vaizdo įrašai, animacija, iliustracijos, pridedami veiklos lapai, padedantys lavinti įgūdžius bei juos pritaikyti, atvejų pavyzdžiai. Macquarie universiteto Emocinės sveikatos klinikoje, vykdant atsitiktinių imčių kontroliuojamą tyrimą, siekta įvertinti šios programėlės gydymo efektyvumą. Devyniasdešimt penki 7-12 metų amžiaus vaikai, turintys nerimo sutrikimą (diagnozuotą remiantis DSM-5), atsitiktinai suskirstyti į dvi grupes: vieni naudojo „Cool Kids Online“ (47 vaikai), o kiti tapo kontrolinė grupė (48 vaikai). Vertinimas vyko gydymo pradžioje, gydymo pabaigoje (tai yra 11 savaitę) bei praėjus 6 mėnesiams po gydymo. Internetinė programa buvo vykdoma kartu su trumpa kassavaitine psichoterapeuto konsultacija vaikų globėjams. Ši pagalba telefonu suteikė galimybes išsiaiškinti kylančius klausimus ar nesusipratimus dėl programėlės turinio, padėti įveikti gydymo kliūtis (pavyzdžiui motyvaciją). Gydymo pabaigoje 54% internetinę programėlę naudojusių ir 19% kontrolinėje grupėje buvusių vaikų nebuvo nustatyta jokių nerimo sutrikimų. Praėjusius 6 mėnesiams po gydymo pabaigos rezultatai išliko panašūs ir parodė šio metodo vertę nerimo valdyme, tačiau, norint padidinti pasitikėjimą gydymo rezultatais, reikėtų pakartoti tyrimą į jį įtraukiant daugiau žmonių. Taip pat šiame tyrime trūko etninės įvairovės ir moterų globėjų buvo daugiau nei 90 proc., todėl negalima atmesti šių veiksnių įtakos rezultatams (58).

Kadangi daugelis vaikų geba naudotis išmaniaisiais telefonais, dalis jų netgi turi ir savo nuosavus, ši priemonė taip pat buvo pasitelkta siekiant sukurti mobiliosios sveikatos priemones, skirtas nerimo bei

kitų psichikos sutrikimų sprendimui. Daugelis programėlių bandomos naudoti kaip papildoma gydymo priemonė už kognityvinės elgesio terapijos seanso ribų. Pavyzdžiui, viename iš tyrimų pastebėta, kad SmartCAT mobiliosios programos naudojimas bei 8 seansų kognityvine elgesio terapija sumažina nerimo simptomų sunkumą, padeda vaikams geriau išmokti atpažinti emocijas. Analizuojant šios programėlės pritaikymą praktikoje, pastebėta, kad šeimos teigiamai žiūri į technologijų įtraukimą į gydymo schemą, gana greitai išmoko naudotis programėle bei dauguma liko patenkinti rezultatu. Tačiau, bandant pritaikyti išmaniąsias technologijas nerimo gydyme, susidurta ir su nemažai iššūkių: susirūpinimas dėl pacientų duomenų saugumo, gydymo vientisumo, kyla klausimų dėl programėlių pritaikymo skirtingoms etninėms grupėms, neaiškios indikacijos bei kontraindikacijos. Dėl šių priežasčių reikia atlikti daugiau ir didesnio masto tyrimų, su aktyviomis kontrolinėmis grupėmis prieš plačiau integruojant šias priemones į gydymą (59).

Kitas naujausiųjų laikų išradimas, kurį bandoma pasitelkti nerimo sutrikimų gydyme, yra virtualioji realybė. Virtualios realybės pagalba galima imituoti beveik bet kokią nerimą keliančią situaciją, o gydymo principas pagrįstas susitikimu su savo fobija virtualiame pasaulyje. Toks būdas suteikia psichoterapeutams didesnę kontrolę, lengviau pritaikyti ir koreguoti gydymo parametrus pagal paciento poreikius. Realybėje gydytojai neturi reikiamų išteklių ar susiduria su kitais sunkumais siekiant atkartoti baimę keliančius scenarijus: nėra prieigos prie gyvų vorų (gydant vorų fobijas), žmonių minios (turint viešojo kalbėjimo baimę) ar bandant įveikti skrydžio baimę, o virtualios aplinkos pagalba šie apribojimai lengvai įveikiami. Virtualiosios realybės aplinka sukelia biologinio streso reakciją, kaip ir stresorius realybėje: dažnėja širdies ritmas, didėja seilių kortizolio kiekis.(59) Gydymo procese ši metodika dažnai bandoma kombinuoti su kognityvine elgesio terapija, nes ankstesni tyrimai parodė, kad virtualios realybės kaip atskiros terapijos gali nepakakti. Kognityvinė elgesio terapija su virtualios realybės pagalba (angl. Virtual Reality-Assisted Cognitive Behavioral) detaliau nagrinėta vyresnių vaikų bei suaugusiųjų nerimo sutrikimų gydyme, apie jaunesnius vaikus pakankamai tyrimų atlikta nėra, tačiau tikimasi, kad šiai technologijai tobulėjant ir tampant labiau prieinamai ji bus naudojama plačiau (60).

Išvados

Vis augantis vaikų, susiduriančių su nerimo sutrikimais, skaičius signalizuoja apie skubų intervencijų poreikį šioje srityje. Pirmiausiai pradėti reikėtų nuo rizikos veiksnių identifikavimo: paauglystės laikotarpiu moteriškoji lytis laikoma pažeidžiamesnė grupė nerimo sutrikimų išsivystymo

atžvilgiu, taip pat tokie veiksniai kaip žemas šeimos socioekonominis statusas, tėvų atstūmimas dažnina nerimo sutrikimų vystymąsi (61). Ne visus rizikos veiksnius galima pašalinti, tačiau klinikoje praktikuojantys gydytojai turėtų mokėti juos atpažinti kuo anksčiau, kad būtų galima imtis veiksmų nerimo valdymui. Puiki priemonė ankstyvai diagnostikai – įvairios skalės padedančios individualiai įverti nerimo lygį, ypač platesnis jų naudojimas vaikų grupėje, turinčioje šio sutrikimo išsivystymo rizikos veiksnių.

Pasirodžius pirmiesiems nerimo simptomams dažniausiai kreipiamasi į gydytojus, kurie dirba pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Lietuvos medicinos normoje MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ fobinių ir kitų nerimo sutrikimų įtarimas, diferencijavimas, diagnozavimas ir gydymas, prireikus pasitelkiant kitus asmens sveikatos priežiūros specialistus, priskiriami šeimos gydytojo kompetencijai (62). Būtina užtikrinti, kad šeimos gydytojai turimas žinias apie vaikų nerimo sutrikimus nuolat atnaujintų, skatintų vaikus laikytis sveiko gyvenimo būdo bei informuotų juos bei jų tėvus apie didelio streso ir nerimo žalą organizmui. Nerimui išlikus šeimos gydytojas nukreips pas kitus specialistus: psichologą, psichoterapeutą ar psichiatrą, kurie padės parinkti tinkamą nemedikamentinį (o esant reikalui ir medikamentinį) gydymą. Literatūros šaltiniuose bei klinikinėje praktikoje auksiniu gydymo standartu nerimo sutrikimų gydyme laikoma kognityvinė elgesio terapija. Jeigu jos nepakanka, taikoma terapijos kombinacija su medikamentais. Pastaraisiais metais plačiau taikomi papildomi metodai nerimo mažinime: gyvūnų bei meno terapijos, įtraukiamos išmaniosios technologijos. Nors Lietuvoje dar pasitaiko atvejų, kuomet kreiptis į psichiatrą ar psichoterapeutą prisibijoma, tačiau su laiku ši stigma mažėja ir tikimasi, kad auga karta, suvokia savo psichinės sveikatos svarbą.

Literatūros šaltiniai

1. Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2018.
2. Bhatia M, Goyal A. Anxiety disorders in children and adolescents: Need for early detection. *J Postgrad Med.* 2018;64(2):75–6.
3. Lesinskiene S, Girdzijauskiene S, Gintiliene G, Butkiene D, Puras D, Goodman R, et al. Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. *BMC Public Health.* 2018 Dec;18(1):548.
4. Lesinskienė, Sigita; Kostiuk, Olena; Lapinskaitė, Augustė; Šambaras, Rokas. Kaip tėvai kalba apie karo įvykius su ikimokyklinio amžiaus vaikais: ukrainiečių tėvų ir vaikų patirčių tyrimas = How parents talk about war events with preschool children: a study of the experiences of Ukrainian parents and children // *Pediatrija.* Vilnius : Gamta. ISSN 1648-4630. 2022, Nr. 3, p. 26-35. In.
5. Šalčiūnaitė-Nikonovė L, Žemaitaitytė M, Šmigelskas K. Exploring the Prevalence and Predictors of Anxiety among Lithuanian Adolescents during Times of Crisis: A Cross-Sectional Study. *Children.* 2023 Dec 27;11(1):32.
6. Feriante J, Torrico TJ, Bernstein B. Separation Anxiety Disorder. [Updated 2023 Feb 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560793/>.
7. Lebowitz ER, Leckman JF, Silverman WK, Feldman R. Cross-generational influences on childhood anxiety disorders: pathways and mechanisms. *J Neural Transm.* 2016 Sep;123(9):1053–67.
8. Creswell C, Waite P, Hudson J. Practitioner Review: Anxiety disorders in children and young people – assessment and treatment. *J Child Psychol Psychiatry.* 2020 Jun;61(6):628–43.
9. Lapinskaitė, Augustė; Karčinskaitė, Gretė; Lesinskienė, Sigita. Ikimokyklinio amžiaus vaikų psichikos sveikata ir išmaniųjų įrenginių naudojimas=Children's mental health and the use of

- smart devices in preschool age// *Pediatrija*. Vilnius: Gamta. ISSN 1648-4630. 2024, Nr.1, p.73-80.
10. Battaglia M. Separation anxiety: at the neurobiological crossroads of adaptation and illness. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):277–85.
 11. Cho S, Przeworski A, Newman MG. Pediatric Generalized Anxiety Disorder. In: *Pediatric Anxiety Disorders* [Internet]. Elsevier; 2019 [cited 2024 May 7]. p. 251–75. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128130049000128>
 12. Gale CK, Millichamp J. Generalised anxiety disorder in children and adolescents. *BMJ Clin Evid*. 2016 Jan 13;2016:1002.
 13. Sackl-Pammer P, Özlü-Erkilic Z, Jahn R, Karwautz A, Pollak E, Ohmann S, et al. Somatic complaints in children and adolescents with social anxiety disorder. *neuropsychiatrie*. 2018 Dec;32(4):187–95.
 14. Graham RA, Weems CF. Identifying Moderators of the Link Between Parent and Child Anxiety Sensitivity: The Roles of Gender, Positive Parenting, and Corporal Punishment. *J Abnorm Child Psychol*. 2015 Jul;43(5):885–93.
 15. Olson CM. Familial Factors in the Development of Social Anxiety Disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2021 Jul;59(7):23–34.
 16. salehi M, Amanat M, Khaleghi A, Hooshyari Z, Mostafavi SA, Ahmadi N, et al. The Lifetime Prevalence, Risk Factors, and Co-Morbidities of Specific Phobia Among Pediatric Population: A Cross-Sectional National Survey. *Clin Med Insights Psychiatry*. 2022 Jan;13:117955732110705.
 17. Forrest J, Natarajan N. Pediatric Panic Disorder. 04102018.
 18. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Table 3.10, Panic Disorder and Agoraphobia Criteria Changes from DSM-IV to DSM-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519704/table/ch3.t10>.
 19. Remschmidt H. *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. In: 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Germany; 2000. p. 211–3.

20. Catarozoli C, Mishan L, Schild J, Bennett SM. Panic Disorder and Agoraphobia. In: Pediatric Anxiety Disorders [Internet]. Elsevier; 2019 [cited 2024 May 7]. p. 177–200. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128130049000098>
21. Tyrer P. A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014;20(4):280-285. doi:10.1192/apt.bp.113.011296.
22. El Khoury JR, Baroud EA, Khoury BA. The revision of the categories of mood, anxiety and stress-related disorders in the ICD-11: a perspective from the Arab region. *Middle East Curr Psychiatry*. 2020 Dec;27(1):7.
23. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519708/>.
24. Rebello TJ, Keeley JW, Kogan CS, Sharan P, Matsumoto C, Kuligyna M, et al. Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Results from a Global Case-controlled Field Study. *Arch Med Res*. 2019 Nov;50(8):490–501.
25. Ahlen J, Vigerland S, Ghaderi A. Development of the Spence Children's Anxiety Scale - Short Version (SCAS-S). *J Psychopathol Behav Assess*. 2018;40(2):288–304.
26. Nicole E. Caporino, Dara Sakolsky, Douglas M. Brodman, Joseph F. McGuire, John Piacentini, Tara S. Peris, Golda S. Ginsburg, John T. Walkup, Satish Iyengar, Philip C. Kendall, Boris Birmaher. Establishing Clinical Cutoffs for Response and Remission on the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* August 2017.
27. Runyon K, Chesnut SR, Burley H. Screening for childhood anxiety: A meta-analysis of the screen for child anxiety related emotional disorders. *J Affect Disord*. 2018 Nov;240:220–9.
28. Muris P, Mannens J, Peters L, Meesters C. The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Correlations with anxiety, fear, and depression scales in non-clinical children. *J Anxiety Disord*. 2017 Oct;51:72–8.
29. Garber J, Weersing VR. Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for

Treatment and Prevention. *Clin Psychol Publ Div Clin Psychol Am Psychol Assoc.* 2010 Dec;17(4):293–306.

30. Konac D, Young KS, Lau J, Barker ED. Comorbidity Between Depression and Anxiety in Adolescents: Bridge Symptoms and Relevance of Risk and Protective Factors. *J Psychopathol Behav Assess.* 2021 Sep;43(3):583–96.
31. Alfano CA. (Re)Conceptualizing Sleep Among Children with Anxiety Disorders: Where to Next? *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2018 Dec;21(4):482–99.
32. Roberts RE, Duong HT. Is there an association between short sleep duration and adolescent anxiety disorders? *Sleep Med.* 2017 Feb;30:82–7.
33. Meltzer LJ, Williamson AA, Mindell JA. Pediatric sleep health: It matters, and so does how we define it. *Sleep Med Rev.* 2021 Jun;57:101425.
34. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, et al. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med.* 2016 Jun 15;12(06):785–6.
35. Koyuncu A, Ayan T, Ince Guliyev E, Erbilgin S, Deveci E. ADHD and Anxiety Disorder Comorbidity in Children and Adults: Diagnostic and Therapeutic Challenges. *Curr Psychiatry Rep.* 2022 Feb;24(2):129–40.
36. Coughlin CG, Cohen SC, Mulqueen JM, Ferracioli-Oda E, Stuckelman ZD, Bloch MH. Meta-Analysis: Reduced Risk of Anxiety with Psychostimulant Treatment in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2015 Oct;25(8):611–7.
37. Kerr-Gaffney J, Harrison A, Tchanturia K. Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2018 Nov;48(15):2477–91.
38. Schaumberg K, Zerwas S, Goodman E, Yilmaz Z, Bulik CM, Micali N. Anxiety disorder symptoms at age 10 predict eating disorder symptoms and diagnoses in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019 Jun;60(6):686–96.
39. Morgan-Lowes KL, Clarke PJF, Hoiles KJ, Shu CY, Watson HJ, Dunlop PD, et al. The relationships between perfectionism, anxiety and depression across time in paediatric eating

disorders. *Eat Behav.* 2019 Aug;34:101305.

40. Moradi M, Mozaffari H, Askari M, Azadbakht L. Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2022 Jan 19;62(2):555–70.
41. Wang S, Sun Q, Zhai L, Bai Y, Wei W, Jia L. The Prevalence of Depression and Anxiety Symptoms among Overweight/Obese and Non-Overweight/Non-Obese Children/Adolescents in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jan 26;16(3):340.
42. Chiu A, Falk A, Walkup JT. Anxiety Disorders Among Children and Adolescents. *Focus Am Psychiatr Publ.* 2016 Jan;14(1):26–33.
43. Pettitt RM, Brown EA, Delashmitt JC, Pizzo MN. The Management of Anxiety and Depression in Pediatrics. *Cureus* [Internet]. 2022 Oct 12 [cited 2024 May 7]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/109912-the-management-of-anxiety-and-depression-in-pediatrics>
44. Patriarca GC, Pettit JW, Silverman WK. Implementing Cognitive-Behavioral Therapy in Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Klin Spetsialnaia Psikhologiya Clin Psychol Spec Educ.* 2022;11(2):108–22.
45. Freidl EK, Stroeh OM, Elkins RM, Steinberg E, Albano AM, Rynn M. Assessment and Treatment of Anxiety Among Children and Adolescents. *FOCUS.* 2017 Apr;15(2):144–56.
46. Fang S, Ding D. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *J Context Behav Sci.* 2020 Jan;15:225–34.
47. Antonuccio D. Treating Depressed Children With Antidepressants: More Harm than Benefit? *J Clin Psychol Med Settings.* 2008 Jun;15(2):92–7.
48. Strawn JR, Lu L, Peris TS, Levine A, Walkup JT. Research Review: Pediatric anxiety disorders – what have we learnt in the last 10 years? *J Child Psychol Psychiatry.* 2021 Feb;62(2):114–39.
49. Crowley MJ, Nicholls SS, McCarthy D, Gatorex K, Wu J, Mayes LC. Innovations in practice:

group mindfulness for adolescent anxiety – results of an open trial. *Child Adolesc Ment Health*. 2018 May;23(2):130–3.

50. James-Palmer A, Anderson EZ, Zucker L, Kofman Y, Daneault JF. Yoga as an Intervention for the Reduction of Symptoms of Anxiety and Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Front Pediatr*. 2020 Mar 13;8:78.
51. Moula Z. A systematic review of the effectiveness of art therapy delivered in school-based settings to children aged 5–12 years. *Int J Art Ther*. 2020 Apr 2;25(2):88–99.
52. McDonald A, Holttum S, Drey NSJ. Primary-school-based art therapy: exploratory study of changes in children’s social, emotional and mental health. *Int J Art Ther*. 2019 Jul 3;24(3):125–38.
53. Alschuler EL. Animal-Assisted Therapy for Post-traumatic Stress Disorder: Lessons from “Case Reports” in Media Stories. *Mil Med*. 2018 Jan 1;183(1–2):11–3.
54. Jaspersen RA. Animal-Assisted Therapy with Female Inmates with Mental Illness: A Case Example From a Pilot Program. *J Offender Rehabil*. 2010 Aug 6;49(6):417–33.
55. Ellis A, Stanton SCE, Hawkins RD, Loughnan S. The Link between the Nature of the Human–Companion Animal Relationship and Well-Being Outcomes in Companion Animal Owners. *Animals*. 2024 Jan 29;14(3):441.
56. Tahan M, Saleem T, Sadeghifar A, Ahangri E. Assessing the effectiveness of animal-assisted therapy on alleviation of anxiety in pre-school children: A randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials Commun*. 2022 Aug;28:100947.
57. Banneyer KN, Bonin L, Price K, Goodman WK, Storch EA. Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Aug;20(8):65.
58. McLellan LF, Woon S, Hudson JL, Lyneham HJ, Karin E, Rapee RM. Treating child anxiety using family-based internet delivered cognitive behavior therapy with brief therapist guidance: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2024 Jan;101:102802.
59. Silk JS, Pramana G, Sequeira SL, Lindhiem O, Kendall PC, Rosen D, et al. Using a Smartphone

App and Clinician Portal to Enhance Brief Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders. *Behav Ther.* 2020 Jan;51(1):69–84.

60. Wu J, Sun Y, Zhang G, Zhou Z, Ren Z. Virtual Reality-Assisted Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry.* 2021 Jul 23;12:575094.
61. Ohannessian CM, Milan S, Vannucci A. Gender Differences in Anxiety Trajectories from Middle to Late Adolescence. *J Youth Adolesc.* 2017 Apr;46(4):826–39.
62. LR SAM 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. Aktuali redakcija nuo 2019-05-01 Nr. V-328 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo.