

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Beata DIOMŠINA

Klinikinis psichiatrinis vaiko ir paauglio ištyrimas

METODINĖS REKOMENDACIJOS



Vilniaus
universiteto
leidykla

Vilnius, 2015

Apsvarstė ir rekomendavo išleisti
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto taryba
(2015 m. kovo 10 d., protokolas Nr. 150000-T-2 (604)).

Recenzentai:

Prof. dr. Vita Danilevičiūtė

Doc. dr. Alvydas Navickas

ISBN 978-609-459-501-1

© Beata Diomšina, 2015

© Vilniaus universitetas, 2015

Šios metodinės rekomendacijos yra skirtos psichiatriams, vaikų ir paauglių psichiatriams bei šių specialybių gydytojams rezidentams, taip pat medicinos ir psichologijos studentams.

Šių metodinių rekomendacijų tikslas yra nurodyti gaires, kaip atliekamas vaiko ir paauglio psichiatrinis ištyrimas, kokių dalykų turėtų paklausti vaikų ir paauglių psichiatras bendraudamas su vaiku arba paaugliu ir jo tėvais.

Klinikinį psichiatrinį vaiko ištyrimą atlieka vaikų ir paauglių psichiatras.

Svarbiausios žinios apie pacientą surenkamos kalbant su juo ir jo šeima ir jį stebint.

TURINYS

I. ĮVADAS / 5

- 1.1. Klinikinio psichiatrinio vaiko ir paauglio ištyrimo pagrindiniai tikslai / 5
- 1.2. Vaiko ir paauglio klinikinio psichiatrinio ištyrimo struktūra / 5
- 1.3. Vaiko ir paauglio klinikinio psichiatrinio ištyrimo pradžia / 5
- 1.4. Klinikinio psichiatrinio vaiko ir paauglio ištyrimo ypatumai ir esminiai skirtumai nuo suaugusiojo / 6

II. POKALBIS SU TĖVAIS / 8

- 2.1. Duomenys apie šeimą / 8
- 2.2. Duomenys apie vaiką / paauglį / 9
 - 2.2.1. Prenatalinis laikotarpis / 9
 - 2.2.2. Gimdymas / 10
 - 2.2.3. Duomenys apie ankstyvą motinos ir vaiko ryšį / 10
 - 2.2.4. Kūdikio ir vaiko ankstyvoji raida / 10
 - 2.2.5. Ikimokyklinis laikotarpis / 11
 - 2.2.6. Mokyklos amžius / 12
 - 2.2.7. Paauglystės amžius / 13
 - 2.2.8. Dabartinis sutrikimas / 15

III. POKALBIS SU PACIENTU / 16

- 3.1. Pokalbis su vaiku / 17
- 3.2. Pokalbis su paaugliu / 18

IV. INFORMACIJA APIE VAIKĄ /PAAUGLĮ IŠ JO APLINKOS / 24

P r i e d a s

- 4.1.1. Aktyvumo ir dėmesio sutrikimo simptomų vertinimo skalė. ADHD-RS (*Rating Scale*) (10) / 25
- 4.1.2. Aktyvumo ir dėmesio sutrikimo (ADS) simptomų vertinimo skalė, skirta suaugusiesiems. *Adults ADHD Self-Report Scales* (ASRS) (12) / 28

Literatūra / 30

I. ĮVADAS

1.1. Klinikinio psichiatrinio vaiko ir paauglio ištyrimo pagrindiniai tikslai:

- 1) Surinkti duomenis apie vaiką / paauglį ir jo šeimą.
- 2) Sukurti saugų ryšį (kontakta) su pacientu ir jo tėvais.
- 3) Suprasti pagrindines paciento problemas.
- 4) Aprašyti vaiko / paauglio psichinę būseną.
- 5) Išsikelti sutrikimo atsiradimo hipotezę ir suformuluoti diagnozę pagal Tarptautinę ligų klasifikaciją (TLK-10).
- 6) Sudaryti gydymo planą.

1.2. Vaiko ir paauglio klinikinio psichiatrinio ištyrimo struktūra

Klinikinį psichiatrinį vaiko / paauglio ištyrimą sudaro:

- Pokalbis su paciento tėvais arba kitais šeimos nariais (gyvenimo ir ligos anamnezės duomenų rinkimas).
- Pokalbis su vaiku / paaugliu ir jo stebėjimas.
- Būtų pageidautina tėvams / globėjams sutikus gauti informacijos iš mokyklos / darželio (vaiko elgesio aprašymas, vertinimo skalių užpildymas).

1.3. Vaiko ir paauglio klinikinio psichiatrinio ištyrimo pradžia

Kaip gydytojas turi elgtis: ar iš pradžių kalbėtis su tėvais, ar su vaiku?

Pokalbis su tėvais suteikia daug vertingos informacijos, kyla daug minčių ir klausimų, kuriuos vėliau reikėtų aptarti kalbant su vaiku. Iš kitos pusės, jeigu

iš pradžių kalbėsimes su tėvais, o ne su vaiku (ypač paaugliu), jis gali pamanyti, kad gydytojas jau konsolidavosi su tėvais, palaiko jų poziciją ir nuomonę, todėl gali būti priešiška nusiteikęs gydytojo atžvilgiu. Tai apsunkina kontaktą su vaiku. Tada tai vertėtų atvirai aptarti su pacientu (pvz., „aš kalbėjau su tėvais, jie man pasakė“, „kaip manai, apie ką mes šnekėjome“, ir pan.) (1). Dėl to, jei pacientas paauglys, iš pradžių vertėtų pasišnekėti su juo pačiu arba, idealu, su visa šeima kartu. Tai suteikia galimybę stebėti šeimos atmosferą, santykius tarp šeimos narių, susidaryti pirmą įspūdį apie ją.

Mažesnis vaikas kartais nenori atsiskirti nuo motinos, laikosi už jos, verkia. Tada reikia kalbėtis esant motinai, nors tai gali riboti vaiko ir gydytojo spontaniškumą.

Užsimezgas pradiniam ryšiui tarp šeimos ir gydytojo, galima šnekėtis su tėvais ir vaiku atskirai (paprašyti vaiko, kad palauktų koridoriuje arba kitame kambaryje, pasakyti, kad vėliau jis irgi galės atskirai pasikalbėti su gydytoju), bet vaikų ir paauglių psichiatrinio ištyrimo metu reikėtų pasikalbėti ir su visa šeima.

1.4. Klinikinio psichiatrinio vaiko ir paauglio ištyrimo ypatumai ir esminiai skirtumai nuo suaugusiojo

Svarbu prisiminti, kad vaikas ar paauglys pas gydytoją dažniausiai neateina pats, savo noru, o spaudžiamas tėvų ir aplinkinių. Prieš vizitą pas gydytoją namuose jis tam gali būti ruošiamas, apie tai gali būti diskutuojama. Vaikas gali būti gąsdinamas gydytoju ir vizitą pas jį suprasti kaip tėvų represijos pasireiškimą. Arba gydytojas gali būti apibūdinamas kaip žmogus, kuris myli vaikus ir nori jiems padėti, su jais susipažinti ir pažaisti. Apie gydytoją gali būti pasakojama kaip apie specialistą, kuris pasakys, kas negero su vaiku dedasi, arba kaip apie asmenį, kuris žino, kaip atitinkamai vaiką nubausti. Prieš vizitą pas vaikų ir paauglių psichiatrą vaikui gali kilti įvairiausių fantazijų: jis gali bijoti adatų dūrių, operacijos, skausmo, būti paimtas iš tėvų ir pan. (1, 3). Tėvai vaikui dažnai nepasako, kad jį veda pas psichiatrą, vaikas tai sužino tik perskaitęs užrašą ant durų arba kai jam prisistato gydytojas.

Visi šie veiksniai ir vaiko nuteikimai turi įtakos gydytojo ir vaiko kontaktui ir psichiatrinio ištyrimo eigai. Tačiau yra būtina, kad pacientas žinotų, su kuo bendrauja, kad situacija būtų visiems aiški, atvira ir elgiamasi sąžiningai.

Svarbu prisiminti, kad ne visada pats vaikas yra pagrindinis informacijos teikėjas. Vaikas gali neatsakyti nė į vieną klausimą, kad ir kiek profesinės patirties turėtų vaikų ir paauglių psichiatras, tačiau vaiką galima įkalbėti piešti arba žaisti žaidimus (1, 3).

Kai kuriems vaikams patirtis, kad jų įdėmiai klauso svetimas suaugęs žmogus, gali būti visiškai nauja, tai vaikui gali būti malonu, bet kartu gali veikti kiek gąsdinančiai (3).

11. POKALBIS SU TĖVAIS

Galima kalbėtis su abiem tėvais kartu, paskui gydymo proceso metu su kiekvienu iš tėvų atskirai siekiant patikslinti informaciją ir susidaryti kuo tikresnį įspūdį apie artimiausią vaiko aplinką. Gali būti (ir taip dažniausiai atsitinka), kad pirmas pokalbis bus su vienu iš tėvų, bet vis dėlto reikėtų paskui pasižnekėti ir su kitu iš tėvų (1).

Iš pradžių gydytojas turi pasisveikinti ir prisistatyti pacientui ir jo šeimai. Svarbu sukurti šiltą, saugią, intymią atmosferą. Kalbėdamas ir klausinėdamas gydytojas neturi skubėti, nekantrauti arba rodyti, kad jam nuobodu. Šeima turi jaustis taip, kad laisvai galėtų kalbėti apie savo problemas, dėl kurių atėjo pas gydytoją. Gydytojas turi savo elgesiu rodyti susidomėjimą, užduoti klausimus tinkamu momentu. Turi mokėti klausytis ir išgirsti. Kartais blankios, įterptos šiaip sau paciento ir jo šeimos narių frazės gali būti labai informatyvios ir vertingos. Svarbu vengti vertinimų. Psichiatras turi aktyviai palaikyti pokalbį, vengti ilgesnės tylos, nes tai keltų įtampą ir nerimą (1, 2, 3).

Gydytojas stebi neverbalinę informaciją (elgesį, mimiką, gestus, klausimų formulavimą), kaip tėvai kalba apie vaiką, kaip nusistatę jo atžvilgiu. Tai suteikia papildomos medžiagos.

Kai nusistovi kontaktas tarp gydytojo ir šeimos, gydytojas yra išklauses tėvus, reikėtų paklausti, ar tėvai dar turi ką pasakyti ir papildyti. Tada galima patikslinti tokius duomenis.

2.1. Duomenys apie šeimą

1. Tėvas. Amžius, išsilavinimas, darbo vieta, sveikata.
2. Motina. Amžius, išsilavinimas, darbo vieta, sveikata. (Tai gali būti informatyvu, nes, pavyzdžiui, jei motina yra labai jauno amžiaus, ji dėl

to gali jaustis nepasitikinti ir nesaugi, atlikdama motinos vaidmenį, o tai komplikuoja motinos ir vaiko ryšį. Vyresnis motinos amžius gali būti patogeninis faktorius Dauno sindromui išsivystyti.)

3. Broliai ir seserys. Amžius, sveikata.
4. Seneliai. Amžius, išsilavinimas, sveikata (jei mirę, tai nuo ko).
5. Tėvų broliai ir seserys. Amžius, išsilavinimas, sveikata, ar turi vaikų, ar jie sveiki.
6. Psichinės ligos giminėje (šizofrenija, alkoholizmas, savižudybės).
7. Materialinės sąlygos (1).

2.2. Duomenys apie vaiką / paauglį

2.2.1. Prenatalinis laikotarpis (1, 2)

1. Santuokos trukmė iki vaiko gimimo.
2. Vaiko gimimo aplinkybės (nėštumas iki santuokos, santuokinis nėštumas, vėlyvas nėštumas).
3. Iš kelinto nėštumo vaikas?
4. Iš kelinto gimdymo?
5. Ar buvo sunkumų pastoti? Kokių?
6. Prieš tai buvusių nėštumų išeitys.
7. Ar nėštumas planuotas?
8. Ar vaikas lauktas?
9. Kiekvieno iš tėvų požiūris į nėštumą.
10. Ko norėjo kiekvienas iš tėvų (berniuko ar mergaitės)?
11. Ypatingos vaiko gimimo aplinkybės (pvz., nėštumas po išprievartavimo).
12. Ar buvo noras (o gal ir ketinimų) nutraukti nėštumą?
13. Kaip motina jautėsi nėštumo metu (ligos; tyrimai, toksikozė, psichinės traumos, hospitalizacijos, vaistų vartojimas).

Šie duomenys yra informatyvūs vertinant kiekvieno iš tėvų santykius su vaiku, jų nuostatai vaiko atžvilgiu. Taip pat galima įžiūrėti veiksnius, kurie gali lemti centrinės nervų sistemos pažeidimą.

2.2.2. Gimdymas (1)

1. Ar vaikas gimė laiku?
2. Kiek truko, kaip vyko gimdymas?
3. Jeigu buvo intervencijų, tai kokių?
4. Ar vaikas iš karto suriko?
5. Kiek įvertintas pagal Apgar skalę (galima pažiūrėti vaiko vystymosi kortelėje)?
6. Kada išsirašė iš gimdymo namų (jei vėliau, tai ar dėl motinos ligų, ar dėl vaiko)?
7. Ar buvo vaikas inkubatoriuje?
8. Ar buvo naujagimio laikotarpio komplikacijų: infekcija, pakaitinis kraujo perpylimas, rezus konfliktas ir pan.?

2.2.3. Duomenys apie ankstyvą motinos ir vaiko ryšį (4)

1. Ar vaikas buvo maitintas krūtimi?
2. Kiek laiko vaikas buvo maitintas krūtimi?
3. Ką mama jautė, kai maitino vaiką krūtimi?
4. Ar turėjo mama akių kontaktą su vaiku?
5. Nuo kada kūdikis pabūdavo vienas lovytėje?

Šie duomenys padeda įvertinti motinos ir vaiko ryšio dinamiką bei atsiskyrimo ir individualizacijos proceso pradžią.

2.2.4. Kūdikio ir vaiko ankstyvoji raida (1, 2, 5)

1. Kada pradėjo laikyti galvutę, kada pradėjo sėdėti, stotis, savarankiškai vaikščioti?
2. Ar tai buvo ramus, ar neramus, rėkiantis kūdikis?
3. Ar jį reikėjo nuolat nešioti ant rankų, supti?
4. Kaip miegodavo naktimis?
5. Kada ištarė pirmuosius žodžius, sakinius, kada pradėjo gerai kalbėti?
6. Ar buvo kalbos raidos sutrikimų, ar kreipėsi dėl jų į specialistus?

7. Kaip kūdikis / vaikas valgė šiame amžiuje?
8. Kaip didėjo vaiko svoris?
9. Somatinės ligos šiame amžiuje.

Šie duomenys gali būti informatyvūs vertinant aktyvumo ir dėmesio sutrikimo ankstyvuosius pasireiškimus, kalbos raidos sutrikimus, autistinio spektro sutrikimus.

2.2.5. Ikimokyklinis laikotarpis (1, 5, 6)

1. Ar vaikas buvo vedamas į lopšelj, darželį?
2. Nuo kelerių metų?
3. Jei ne, tai kas prižiūrėjo vaiką?
4. Kaip priprato darželyje?
5. Kaip vaikas ėjo į darželį, kaip paleisdavo motiną (ramiai, verkdamo, įsitverdavo į motiną)?
6. Kiek valandų vaikas būdavo darželyje?
7. Ar vaikas bendravo su kitais vaikais? Ar jam patiko bendrauti su mažesniais, ar su vyresniais vaikais? Su mergaitėmis ar su berniukais?
8. Kaip vaikas žaidė su kitais (ar žaidė bendrus žaidimus, ar žaidė paralelinį žaidimą (žaidė šalia kitų, bet ne kartu su kitais)), ar galėjo prisitaikyti prie bendro žaidimo, ar reikalavo, kad visi žaistų pagal jo taisykles)?
9. Ar vaikas naudodavo tėvų kūno dalį (pvz., ranką), norėdamas parodyti, ko jis nori?
10. Ar vaikas kada nors sukeisdavo įvardžius (pvz., vartojo „jis“ vietoj „aš“)?
11. Ar vaikas linkčiodavo galvą, sakydamas „taip“?
12. Ar vaikas purtydavo galvą, sakydamas „ne“?
13. Ar vaikas parodydavo pirštu, norėdamas atkreipti tėvų dėmesį?
14. Ar žaisdamas vaikas mėgdžiodavo suaugusiųjų veiklą?
15. Ar vaikas žaidė vaizduotės žaidimus?
16. Ar vaikas sugebėjo dalytis savo daiktais?
17. Kaip vaikas reaguoja į prisilietimus, ar jam spaudžia drabužiai, ar jaučia drabužių etiketes?

18. Ar vaikas per daug jautrus garsams?
19. Ar vaikas per daug jautrus kvapams?
20. Ar vaikas yra fiziškai vikrus / nevikrus?
21. Ar gulėjo vaikas ligoninėje?
22. Ar motina ilgesniam laikui buvo išvykusi iš namų (pvz., gulėjo ligoninėje), kaip vaikas išgyveno išsiskyrimą su motina?
23. Koks jis buvo šiame amžiuje: judrus, ramus, linksmas, draugiškas, nerdžus, baimingas, užsispyręs, paklusnus, ar buvo lyderis.
24. Ar mėgo vaikas fantazuoti? Kokios tai buvo fantazijos?
25. Vaiko mėgstamiausi žaidimai.
26. Vaiko valyumo įgūdžiai, šlapinimosi bei tuštinimosi kontrolė.
27. Vaiko baimės.

Šie duomenys byloja apie vaiko socialinių įgūdžių raidą, galimus autizmo spektro sutrikimus, intelektualinį vystymąsi. Pavyzdžiui, vieni vaikai nelanko darželio, nes dažnai serga, kiti dėl blogos adaptacijos ir pan.

2.2.6. Mokyklos amžius (1, 5, 6)

1. Kada vaikas pradėjo lankyti mokyklą?
2. Ar buvo adaptacinių sunkumų?
3. Kaip vaikas priprato prie mokyklos struktūros?
4. Santykiai su vaikais.
5. Ar vaikas patyrė patyčias mokykloje?
6. Santykiai su mokytojais.
7. Ar galėjo / gali išsėdėti per pamokas?
8. Ar vaikui sunku sukaupti dėmesį?
9. Ar gali vaikas išklausti ir prisiminti sudėtingesnes tėvų instrukcijas (trijų keturių sakinių)?
10. Kaip vaikui sekėsi / sekasi susiruošti į mokyklą rytais?
11. Ar vaikas dažnai pameta savo daiktus?
12. Kaip vaikui sekasi mokslai, kokie jo pažymiai?

13. Kaip vaikas reaguoja į permainas kasdieninėje veikloje, ar jas toleruoja?
14. Kaip vaikas reaguoja, kai liečiami arba perkeliama į kitą vietą jo daiktai?
15. Mėgstamiausi ir nemėgstamiausi dalykai.
16. Ką vaikas daro po pamokų, kokius lanko būrelius?
17. Ar vaikas yra perdėtai susidomėjęs kokia nors tema, dalykais, ar turi keistų interesų?
18. Ar vaikas sugeba palaikyti pokalbį / dialogą?
19. Ar vaiką dažnai sudomina tėvų pasakojimai apie savo įspūdžius?
20. Ar vaikas empatiškas (ar užjaučia, jeigu kitas vaikas užsigauna, jeigu tėvai serga ir pan.)?
21. Ar tėvai pastebėjo, kad vaikas kartoja tuos pačius veiksmus, tuos pačius žodžius (vaikų ir paauglių psichiatruvi įtariant obsesinius kompulsinius simptomus)?
22. Kaip vaikas buvo baudžiamas arba giriamas?
23. Ar tėvai pastebėjo nesocialaus elgesio (kitų mušimas, socialinių normų nepaisymas, melavimas, vagystės, pabėgimas iš namų ir pan.) apraiškų?
24. Gal tėvai pastebėjo savo auklėjimo klaidų?
25. Kaip tėvai vertina savo vaiką?
26. Vaiko geri ir blogi bruožai šiame amžiuje.
27. Patirtos psichologinės traumos.
28. Somatinės ligos šiame amžiuje.

Šie duomenys byloja apie vaiko socialinį funkcionavimą, kognityvius gebėjimus, neuro-psichiatrinius sutrikimus (autizmo spektro sutrikimus, aktyvumo ir dėmesio sutrikimą), galimus elgesio sutrikimo simptomus.

2.2.7. Paauglystės amžius (1, 6, 7)

1. Ar nebuvo per staigaus fizinio augimo?
2. Kaip pasikeitė santykiai su tėvais?
3. Kaip paauglys kovoja dėl savo nepriklausomybės?
4. Santykiai su bendraamžiais.

5. Ką paauglys daro po pamokų?
6. Kaip tėvai vertina paauglio nuotaiką?
7. Ar paauglys nepasidarė uždaresnis?
8. Ar paaugliui būdingi dideli nuotaikos svyravimai?
9. Ar tėvai pastebėjo paauglio nerimo simptomų?
10. Ar paaugliui pasitaikė nerimo priepuolių (panikos atakų)?
11. Ar paauglys yra impulsyvus, kaip tai pasireiškia?
12. Ar paauglys yra užmaršus?
13. Ar paauglys spėja atlikti mokyklos užduotis?
14. Ką pasakoja apie paauglį mokytojai?
15. Ar tėvai pastebėjo, kad paauglys rūko, vartoja narkotines medžiagas?
16. Ar mergaitė buvo paruošta tam, kad jai bus mėnesinės? Jų reguliarumas.
17. Mergaitės elgesys ir nuotaika prieš mėnesines.
18. Kuo tėvai norėtų, kad paauglys būtų ateityje?
19. Ar paauglys pergyveno dėl savo svorio?
20. Ar buvo namiškių kritinių pastabų?
21. Ar buvo bendraamžių kritinių pastabų?
22. Paauglio svoris šiuo metu.
23. Kiek paauglys svėrė prieš sutrikimą?
24. Paauglio nuotaika šiuo metu.
25. Ar mama kontroliuoja paauglio valgymą?
26. Ar kas nors kontroliuoja paauglio valgymą?

Klausimas apie lytinį brendimą svarbus tuo, kad greitesnis augimas siejasi su geresniu savęs vertinimu ir prisitaikymu bendraamžių grupėje, o lėtesnis – su menka saviverte, užsidarymu, prasta nuotaika.

Santykius su tėvais gydytojas aiškina netiesioginiais klausimais (ar pacientas pasakoja apie savo sėkmes ir nesėkmes mokykloje, apie santykius su bendraamžiais, ar mergaitė tariasi su mama (o gal su tėvu?), kokią pirkti suknelę, kuo apsirengti į vakarėlį ir pan.).

Santykius su bendraamžiais gydytojas taip pat aiškina netiesioginiais klausimais (ar pacientui dažnai skambina draugai, ar jis daug laiko praleidžia ne namuose, ar išeina vienas, ar su kitais žmonėmis) (1, 2).

Šie duomenys suteikia informacijos apie galimus neuropsichiatrinis sutrikimus, nerimo, depresijos simptomus, elgesio, valgymo sutrikimus.

2.2.8. Dabartinis sutrikimas (1, 2, 3)

1. Kada atsirado pirmieji simptomai?
2. Su kuo tėvai sieja pirmųjų nusiskundimų atsiradimą?
3. Sutrikimo dinamika: pagerėjimo ir pablogėjimo laikotarpiai, hospitalizavimai, gydymo eiga, vartoti vaistai.
4. Tėvų lūkesčiai ir viltys, susiję su šiuo apsilankymu.

Anamnezę galima surinkti pirmo vizito metu, galima ir per kelis susitikimus.

III. POKALBIS SU PACIENTU

Pagrindiniai patarimai, kaip reikėtų elgtis bendraujant su vaiku (3):

- Jokiu būdu neteiskite.
- Būkite pasiruošęs nustatyti elgesio ribas – netoleruokite destruktivaus ir agresyvaus elgesio, nubrėžkite elgesio ribas, galite aiškiai tai pasakyti tokiomis frazėmis: „Taip žmonės čia nesielgia“, „Čia taip nesielgiama“, „Aš noriu, kad liautumeisi tai daręs“.
- Venkite ilgesnės tylos.
- Paimkite vaiko piešinius ir saugokite juos, nes apie juos bus paklausta kitą kartą. Tačiau nepatariama jų kabinti ant sienos, nes su visų vaikų piešiniais nebus galima taip padaryti.
- Kalbėkite maloniu, natūraliu tonu, venkite dirbtinumo balso tone – vaikai tai labai greitai pajaučia.
- Neskubėkite daryti tiesioginių interpretacijų.
- Įspėkite vaiką apie pokalbio pabaigą, likus 5 minutėms iki jos.

Dažniausiai daromos klaidos (3):

- Niekada nevenkite svarbių, bet sudėtingų temų vien todėl, kad vaikas nuolat jaustųsi gerai. Skaudžiomis temomis reikėtų kalbėti atsargiai pirmo pokalbio metu, tačiau būtina jas aptarti per kitus susitikimus.
- Nepalaikykite visada vaiko nuomonės, verčiau būkite neutralus.
- Nedarykite išvadų ir interpretacijų remdamiesi vien nebyliais vaiko linktelėjimais.

3.1. Pokalbis su vaiku

Aplinka turi būti maloni ir saugi. Vaikas turi pajusti, kad jis yra gydytojo visiškai priimamas. Gydytojas turi leisti vaikui susipažinti su aplinka, pažaisti. Gerą kontaktą galima užmegzti tik tada, kai vaikas pasijunta saugus.

Kaip bendrauti ir kalbėtis su vaiku? Vaikai labai retai turi nusiskundimų, dėl kurių atėjo pas psichiatrą, ir retai apie tai kalba. Nebent tik hipochondriškas vaikas pasakoja apie savo negalavimus. Informatyvesnis negu nusiskundimų pateikimas yra vaiko elgesys. Vaiko elgesys yra savotiškas nusiskundimų, kurių jis negali pateikti žodžiais, atitikmuo.

Pokalbio su vaiku nereikia pradėti aptarimu tų nusiskundimų, kuriuos pateikė tėvai. Tai gali skatinti vaiką identifikuoti gydytoją su tėvais arba kitais suaugusiais, kurie nepriima ir netoleruoja jo ar jo elgesio. Dėl to vaikas gydytojo atžvilgiu gali tapti įtarus, atsargus ir geras kontaktas gali būti pasiekiamas labai sunkiai arba visai nepasiekiamas.

Pokalbis turi prasidėti nuo klausimų, kurie parodytų, kad gydytojas yra suinteresuotas asmuo (ką vaikas mėgsta, kuo nori būti kai užaugs, ką jam patinka žaisti, kokie patinka filmukai, apie mokytojus (jei eina į mokyklą), kokie dalykai patinka, kokie ne, koks jo geriausias draugas, didžiausia svajonė) (1, 2).

Su mažu vaiku gydytojas turi būti aktyvesnis, jo veido išraiška gyva, gydytojas turėtų pasitelkti mimiką ir gestus, kurie turi išreikšti susidomėjimą vaiko išsipasakojimais.

Ir tik kai yra pasiekiamas geras kontakto lygis, galima užduoti klausimus, susijusius su santykiiais šeimoje. Klausama apie tėvus: kuo jie užsiima, kiek laiko praleidžia namie, kas vyksta namie, ar vaikas ko nors bijo. Jeigu aptariant tam tikrus klausimus vaikas nutyla, gydytojas turi nukreipti pokalbį link kitos temos. Prie buvusios temos galima bandyti grįžti vėliau, bet klausimai neturi būti įkyrūs ir varginantys.

Kartais vaikas išsigąsta ir nervinasi, paklaustas apie šeimą. Galima suprasti, kad ši tema jam yra skausminga. Galima pradėti klausinėti apie mokyklą, draugus, sunkumus mokykloje ir kaip jam padeda tėvai, ar padeda ruošti pamokas.

Toliau pereinama prie klausimų, susijusių su vaiko ambicijomis, identifikacija, saviverte. Klausama, kuo nori būti, kai užaugs, ar nori daryti tą patį, ką daro tėvas arba mama; kas yra jo mėgstamiausias herojus, ką norėtų pakeisti savo išvaizdoje, ar yra gražesnis ar negražesnis negu kiti vaikai (1, 2).

Svarbūs yra klausimai, susiję su vaiko socializacija: ar turi draugų, kaip jie leidžia kartu laiką, ar vaikšto pas draugą į svečius, kaip ten jaučiasi.

Kiti klausimai yra susiję su vaiko pomėgiais. Su kuo jis mėgsta žaisti; ką mėgsta veikti.

Galima paklausti apie vaiko norus, pavyzdžiui, ar norėtų turėti daug pinigų, ką su jais darytų? Arba jeigu dabar pas jį ateitų burtininkė ir išpildytų tris didžiausius jo norus, kokie jie būtų?

Tada galima pereiti prie emocinių vaiko gyvenimo dalykų, sakykime, ką daro, kai pyksta, arba kaip jaučiasi, kai tėvai ar kiti šeimos nariai arba broliai ar seserys ant jo pyksta. Ar kas nors slegia vaiką, kokia galėtų būti priežastis, kad jis pasijuto nelaimingas ar liūdnas. Galima grįžti prie pagrindinės problemos. Paklausti, ar tėvai jaudinasi dėl jo, arba kokia gali būti to priežastis. Žinant iš anksto, iš tėvų, kokia tai problema, galima paminėti, kad žino apie tai iš tėvų, bet norėtų sužinoti ir jo nuomonę (1).

Pokalbio su vaiku metu gydytojas turi daug kalbėti, kad išlaikytų vaiko dėmesį ir kad ilgos pertraukos nekeltų vaikui nerimo.

Kai vaikas yra labai spontaniškas ir iškalbus, gydytojas tampa klausytoju, kuris kartais nukreipia pokalbį reikiama linkme, savo elgesiu ir mimika parodydamas, kad supranta vaiką ir jį priima.

Kalbėdamasis su vaiku, gydytojas neturėtų rašyti, tai skatina vaiką domėtis ir kelia jam nerimą, veikia kontaktą ir sustiprina gynybos mechanizmus.

3.2. Pokalbis su paaugliu

Paaugliai gali sunkiai kalbėti apie savo problemas, kartais atkakliai tyli. Gydytojas gali pasakyti, kad supranta, jog paauglys atėjo ne savo valia. Kai psi-

chiatras pasakys, kad supranta paauglio pyktį ir maištą, situacija gali pasikeisti teigiama linkme (1, 4).

Gdytojo nuostata negali būti nei kritikuojanti, nei vertinanti, nes tada jis patektų į suaugusiųjų, kurie visada nepatenkinti paaugliu, kategoriją.

Vienas metodų yra parašyti savo biografiją, kuri gali labai daug pasakyti apie paauglio emocines problemas.

Esant geram kontaktui su pacientu, galima jam pateikti šiuos klausimus (1, 8, 9):

1. Nuo kelių metų pacientas save atsimena?
2. Ar lankė pacientas darželį?
3. Kaip jame jautėsi?
4. Prie kurio iš tėvų pacientas buvo labiau prisirišęs?
5. Svarbus įvykis ikimokykliniame amžiuje.
6. Nuo kelių metų pacientas pradėjo lankyti mokyklą?
7. Kaip jautėsi pirmoje klasėje?
8. Kaip priprato prie dalykinės sistemos?
9. Kaip vertina santykius su bendraamžiais?
10. Kaip vertina santykius su motina?
11. Kaip vertina santykius su tėvu?
12. Ar pastaruoju metu (per šešis mėnesius) pasikeitė santykiai su kuriuo nors iš tėvų (pagerėjo / pablogėjo)?
13. Su kuriuo iš tėvų pacientas geriau sutaria?
14. Kas yra emociškai artimiausias asmuo?
15. Ar keitė gyvenamąją vietą?
16. Ar keitė klasę?
17. Ar keitė mokyklą?
18. Kaip pacientas mokosi?
19. Kokie mėgstami paciento dalykai?
20. Kokia paciento užklasinė veikla?
21. Ar mėgsta būti vienas?
22. Ar paciento tėvai dažnai konfliktuoja?

23. Paciento tėvai: a) išsiskyrę, b) separacijoje, c) gyvena kartu.
24. Ar paciento tėvai serga mirtina ar lėtine liga?
25. Kaip pacientas išgyveno tėvų skrybas?
26. Ar patyrė pacientas tėvų mirtį?
27. Kaip pacientas vertina savo būseną pastaruoju metu (pablogėjo, be pakitimų, pagerėjo, jis pasveiko)?
28. Ar pacientas jaučia, kad kažkas pasikeitė per paskutinius šešis mėnesius?
29. Ar įvyko kas teigiamo jo gyvenime?
30. Kokių pokyčių įvyko? (Pateikti pavyzdžių.)
31. Kaip pacientas vertina savo priklausomybę nuo tėvų?
32. Ar pacientas turi sunkumų išsikvodamas nepriklausomybę savo šeimoje? (Aprašyti keliais pavyzdžiais.)
33. Paciento nuomone, šios problemos yra natūralios (taip, ne)?
34. Ar pacientas nori būti nepriklausomas?
35. Ar pacientas turi draugų?
36. Ar tai artimi ryšiai, ar paviršutiniškas bendravimas?
37. Ar pacientas gali bendrauti visomis temomis su savo draugu / drauge?
38. Kaip dažnai pacientas susitinka su savo draugu?
39. Kuo pacientas domisi?
40. Kiek laiko pacientas praleidžia ne namuose?
41. Ar pacientas išeina vienas, ar su kitais žmonėmis?
42. Ar pastaruosius šešis mėnesius pacientas lankė mokyklą?
43. Kaip dažnai pastaruosius šešis mėnesius pacientas praleidinėjo pamokas?
44. Kokie buvo nelankymo laikotarpiai?
45. Ar pacientas turi merginą / vaikiną?
46. Kaip seniai draugauja?
47. Ar yra tarp jų lytiniai santykiai?
48. Jeigu ne, ar to norėtų?
49. Paciento seksualiniai patyrimai.
50. Ar pacientas norėtų turėti šeimą?

51. Ar pacientė norėtų turėti vaikų?
52. Ar pacientas pastaruoju metu išsiskyrė su mergaite / berniuku?
53. Ar pacientė per pastaruosius šešis mėnesius būdavo liūdna?
54. Ar pastaruoju metu pacientas jautėsi liūdnas?
55. Ar pacientui viskas atrodo beviltiška?
56. Ar pacientas turi tiek pat energijos, kiek anksčiau?
57. Ar pacientas pastaruoju metu greičiau pavargsta?
58. Ar pacientui sunku aiškiai mąstyti?
59. Ar pacientui sunkiau susikaupti?
60. Ar pacientas dažnai galvoja apie galimas nelaimes, avarijas, mirtis, kurios gali ištikti jo artimuosius?
61. Ar pacientas pasidarė tylesnis, uždaresnis, mažiau bendraujantis su kitais?
62. Ar pacientė kada nors jautėsi taip, lyg gyvenimas būtų beprasmis?
63. Ar pacientas turėjo suicidinių minčių, ketinimų?
64. Ar galvoja apie savižudybę?
65. Ar pacientas iš tikrųjų nori numirti?
66. Ar pacientui sunkiau užmigti?
67. Kaip pacientas miega naktimis?
68. Ar pacientas pabunda anksčiau negu įprasta?
69. Koku paros metu pacientas jaučiasi liūdnas?
70. Ar pacientas jaučiasi kaltas?
71. Ar ateitis pacientui kelia nerimą ir baimę?
72. Ar pacientas dažnai jaučia nerimą?
73. Ar pacientas turi baimių?
74. Ar pacientas jaučia paniką? Kada?
75. Ar pacientas užmaršus?
76. Ar pacientas tvarko savo kišenpinigius?
77. Ar pacientas yra nekantrus?
78. Ar pacientas yra impulsyvus (pavyzdžiai).
79. Kaip pacientas apibūdintų save kaip asmenybę?

80. Ar pacientas laiko save pedantu?
81. Ar pacientas visada stengiasi palaikyti švarą savo kambaryje?
82. Ar būna taip, kad pacientas kelis kartus tikrina tuos pačius dalykus?
83. Ar pacientui užaina tokių minčių, kurių jis norėtų atsikratyti, ir negali?
84. Ar būna taip, kad pacientas jaučia pyktį be priežasties?
85. Kuo pacientas norėtų būti ateityje?

Specifiniai klausimai esant valgymo sutrikimų (9):

86. Pacientės svoris.
87. Pacientės ūgis.
88. Kiek pacientė svėrė prieš susirgdama?
89. Kada pacientė susirūpino dėl savo svorio?
90. Ar pacientė patyrė bendraamžių, šeimos narių pašaipas?
91. Ar savo valgymą pastaruoju metu pacientė vadina normaliu?
92. Kiek pacientė suvalgo per dieną?
93. Ar valgo pacientė saldumynus?
94. Jeigu ne, tai dėl ko?
95. Kiek kalorijų per dieną pacientė suvalgo?
96. Ar pacientė daug laiko skiria sportui?
97. Ar pacientė dažnai persivalgo?
98. Kaip pacientė apibūdina persivalgymą?
99. Ar pacientė jaučia malonumą persivalgydama?
100. Kaip dažnai pasitaiko persivalgymo epizodų?
101. Koks pacientės kompensacinis elgesys (vėmimas, fizinis aktyvumas, vidurių paleidžiamųjų vaistų vartojimas)?
102. Ar pacientė vemia?
103. Kaip dažnai pacientė galvoja apie svorį (50 % laiko, 100 % laiko)?
104. Ar pacientė rūpinasi savo valgymu?
105. Pacientės idealus svoris.
106. Pacientės minimalus svoris.
107. Pacientės minimalus ir maksimalus svoris pastaruosius šešis mėnesius.

- 108. Kada buvo pacientės paskutinės mėnesinės?
- 109. Ar pastaruoju metu mėnesinės buvo reguliarios?
- 110. Ar pacientė buvo gydyta hormonais?
- 111. Pacientės požiūris į mėnesines.
- 112. Ar mama kontroliuoja pacientės valgymą?
- 113. Ar kas nors kontroliuoja pacientės valgymą?
- 114. Ar pacientė savo motiną laiko stora?

Visa tai susumuojama ir įvertinama vaiko psichinė būklė.

Status psychicus:

.....
Paciento išorė. Kontaktas su pacientu. Požiūris į gydytoją. Nuotaika. Afektas. Kalba. Suvokimas. Mąstymas. Sąmonė. Atmintis. Dėmesio koncentravimas ir išlaikymas. Intelektas. Kritika (10).
.....

IV. INFORMACIJA APIE VAIKĄ / PAAUGLĮ IŠ JO APLINKOS

Šios informacijos prašoma, tėvams sutikus. Darželio auklėtojų ar mokytojų prašoma aprašyti vaiką, jo funkcionavimą kasdieninėje aplinkoje, jo bendravimą su kitais vaikais, vaiko mokslo pasiekimus. Atsiklausus tėvų galima susisiekti su darželiu / mokykla telefonu.

Taip pat galima paprašyti mokytojų, pedagogų ar kt. užpildyti klausimynus, vertinimo skales.

Priedas

Priede pateikiami vertinimo dviem skalių (vaikų aktyvumo ir dėmesio sutrikimo simptomų vertinimo skale ir paauglių bei suaugusiųjų aktyvumo ir dėmesio sutrikimo simptomų vertinimo skale) pavyzdžiai.

4.1.1. Aktyvumo ir dėmesio sutrikimo simptomų vertinimo skalė. ADHD-RS (Rating Scale) (10)

Skalė skirta vaikų ir paauglių ADS simptomams vertinti.

Vaiko vardas, lytis, amžius.

Skalė užpildyta mokytojo, motinos, tėvo, kito. Data.

	Elgesys	Niekada / retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
1	Vaikas nesusikaupia prie detalių arba daro žioplas klaidas atlikdamas mokyklinės užduotis.	0	1	2	3
2	Vaikui sunku susikaupti prie užduočių ir žaidžiant.	0	1	2	3
3	Negirdi, kai jam kažkas yra sakoma.	0	1	2	3
4	Nedaro tų dalykų, kuriuos yra prašomas padaryti, arba nepadaro jų iki galo.	0	1	2	3
5	Sunku organizuoti užduočių atlikimą arba savo veiklą.	0	1	2	3
6	Vengia užduočių, kurioms atlikti reikalingas apmąstymas ir dėmesio koncentravimas (pvz., mokyklos pamokos).	0	1	2	3
7	Pameta daiktus, kurių reikia užduotims atlikti.	0	1	2	3
8	Yra lengvai išblaškomas.	0	1	2	3
9	Pamiršta apie kasdienes veiklas bei rutinas.	0	1	2	3
10	Negali ramiai pasėdėti, nuolat judina rankas ir kojas.	0	1	2	3
11	Nenusėdi vietoje arba pakyla iš vietos pamokų metu arba kitose situacijose, kai reikėtų nusėdėti.	0	1	2	3

	Elgesys	Niekada / retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
12	Bėgioja, laipioja, kai to daryti nedera.	0	1	2	3
13	Negali įsitraukti į ramius žaidimus arba ramias veiklas.	0	1	2	3
14	Nenusėdi ar nenusitgsta vienoje vietoje, nuolat juda.	0	1	2	3
15	Daug ir be paliovos kalba.	0	1	2	3
16	Atsako į klausimą, neišklausęs jo iki galo.	0	1	2	3
17	Negali sulaukti savo eilės.	0	1	2	3
18	Pertraukia kitus arba trukdo kitiems.	0	1	2	3
19	Greitai supyksta ir praranda elgesio kontrolę.	0	1	2	3
20	Ginčijasi su suaugusiais.	0	1	2	3
21	Atvirai ignoruoja suaugusiųjų pastabas ir neigia suaugusiųjų taisykles.	0	1	2	3
22	Specialiai erzina kitus.	0	1	2	3
23	Dėl savo klaidų arba netinkamo elgesio kaltina kitus.	0	1	2	3
24	Greitai sudirgsta arba yra greitai išprovokuojamas.	0	1	2	3
25	Yra piktas ir įžeidus.	0	1	2	3
26	Yra piktybiškas ir kerštingas.	0	1	2	3

Vertinant ADHD-RS skalės atsakymus, žinotina, kad 1–9 teiginiai vertina vaiko dėmesio sutrikimą, 10–18 teiginiai – padidėjusį vaiko aktyvumą ir impulsyvumą, o 19–26 teiginiai – vaiko elgesio sutrikimo simptomus. Didžiausias surinktų taškų skaičius už teiginius, kurie vertina dėmesio sutrikimą, yra 27; teiginius, kurie vertina padidėjusį aktyvumą ir impulsyvumą, irgi 27; elgesio simptomus – 24.

Danų mokslininkai, atlikę populiacijos tyrimus ADHD-RS skalėmis, nustatė normų ribas ir standartinius nuokrypius. 1 standartinis nuokrypis (SD, *standard deviation*) nuo vidurkio T-score pažymėtas *, kai yra daugiau negu du standartiniai nuokrypiai, pažymėta **. Pastaruoju atveju jau galima daryti prielaidą, kad vaikas turi dėmesio sutrikimą, padidėjusio aktyvumo ir impulsyvumo simptomų (10).

1 lentelė. **Vaiko vertinimas namuose**

Lytis / amžius	Dėmesio sutrikimas			Padidėjęs aktyvumas / impulsyvumas			Elgesio sutrikimas		
	N	*	**	N	*	**	N	*	**
Berniukai, 9 metų ir jaunesni	< arba = 8	8–11	> 11	< arba = 8	8–11	> 11	< arba = 6	6–10	> 10
Berniukai, 10–13 metų	< arba = 9	9–13	> 13	< arba = 7	7–11	> 11	< arba = 5	5–8	> 8
Berniukai, 14 metų ir vyresni	< arba = 10	10–15	> 15	< arba = 7	7–12	> 12	< arba = 6	6–9	> 9
Mergaitės, 9 metų ir jaunesnės	< arba = 6	6–9	> 9	< arba = 7	7–10	> 10	< arba = 4	4–7	> 7
Mergaitės, 10–13 metų	< arba = 7	7–11	> 11	< arba = 6	6–10	> 10	< arba = 6	6–9	> 9
Mergaitės, 14 metų ir vyresnės	< arba = 7	7–10	> 10	< arba = 5	5–8	> 8	< arba = 5	5–8	> 8

2 lentelė. **Vaiko vertinimas mokykloje**

Lytis / amžius	Dėmesio sutrikimas			Padidėjęs aktyvumas / impulsyvumas			Elgesio sutrikimas		
	N	*	**	N	*	**	N	*	**
Berniukai, 9 metų ir jaunesni	< arba = 11	11–17	> 17	< arba = 10	10–16	> 16	< arba = 6	6–10	> 10
Berniukai, 10–13 metų	< arba = 13	13–19	> 19	< arba = 9	9–15	> 15	< arba = 7	7–11	> 11
Berniukai, 14 metų ir vyresni	< arba = 12	12–18	> 18	< arba = 6	6–11	> 11	< arba = 5	5–9	> 9
Mergaitės, 9 metų ir jaunesnės	< arba = 6	6–9	> 9	< arba = 3	3–5	> 5	< arba = 3	3–5	> 5
Mergaitės, 10–13 metų	< arba = 8	8–13	> 13	< arba = 5	5–8	> 8	< arba = 3	3–5	> 5
Mergaitės, 14 metų ir vyresnės	< arba = 7	7–12	> 12	< arba = 3	3–5	> 5	< arba = 3	3–5	> 5

4.1.2. Aktyvumo ir dėmesio sutrikimo (ADS) simptomų vertinimo skalė, skirta suaugusiesiems. *Adults ADHD Self-Report Scales (ASRS) (12)*

Ši skalė sukurta vertinti suaugusiųjų ADS simptomus, tačiau praktikoje gali būti taikoma ir vyresniems paaugliams.

A dalis		Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
A1	Ar dažnai yra sunku užbaigti projektą, kai jo didžioji ir sunkiausia dalis jau yra padaryta?					
A2	Ar dažnai yra sunku atlikti užduotį, kuriai reikalingas kruopštumas ir planavimas?					
A3	Ar Jums dažnai būna sunku prisiminti susitarimus arba kitus dalykus, kuriuos turėtumėte prisiminti?					
A4	Kaip dažnai jaučiatės, kad esate labai aktyvus ir jaučiate poreikį kažką daryti, lyg jus varytų vidinė jėga?					
A5	Kaip dažnai Jums yra sunku ramiai išsėdėti ir matote, kad, kai ilgiau pasėdite, pradeda judėti Jūsų rankos ir kojos?					
A6	Kaip dažnai jaučiatės, kad esate labai aktyvus ir jaučiate poreikį kažką daryti, lyg jus varytų vidinė jėga?					

B dalis		Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
B1	Kaip dažnai darote žioplas klaidas, kai atliekate kruopštų darbą arba sunkų projektą?					
B2	Kaip dažnai Jums yra sunku išlaikyti dėmesį, kai darbas pasidaro nuobodus ir monotoniškas?					
B3	Kaip dažnai Jums yra sunku susikaupti prie to, kas yra sakoma tiesiogiai Jums?					
B4	Kaip dažnai darbe ir namuose dingsta Jūsų daiktai?					
B5	Kaip dažnai būnate išblaškomi triukšmo?					

Informacija apie vaiką / paauglį iš jo aplinkos

B dalis	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
B6 Ar dažnai kylate iš vietos per susirinkimus arba kitose situacijose, kai reikia sėdėti?					
B7 Ar dažnai jaučiate vidinį nerimą?					
B8 Ar dažnai būna sunku atsipalaiduoti, kai turite tam laiko?					
B9 Ar dažnai jaučiate, kad kalbate per daug?					
B10 Ar dažnai pastebite, kad neleidžiate pašnekovui užbaigti sakinio ir tai padarote už jį?					
B11 Ar dažnai yra sunku išlaukti savo eilės?					
B12 Ar dažnai pertraukiate kitus arba trukdote kitiems, kai matote, kad jie užsiėmę kažkuo kitu?					

Literatūra

1. Popielarska A. (red.): Psychiatria wieku rozwojowego. PZWL. Warszawa. 1981.
2. Popielarska A., Popielarska M. Psychiatria wieku rozwojowego. PZWL. Warszawa. 2000.
3. Goldberg D. The Maudsley Handbook of Practical Psychiatry. Oxford University Press. New York. 2001.
4. Orwid M., Pietruszewski K. Psychiatria dzieci i młodzieży. Collegium Medicum UJ. Krakow. 1996.
5. Thomsen P. H., Skovgaard A. M. Børne og ungdomspsykiatri. Fadl's Forlag. 2007.
6. Couter A. L., Lord C., Rutter M. Autisme Diagnostisk Interview-Revideret. Høgreffe Psykologisk Forlag. 2005.
7. Józefik B., Wolska M. Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży. Hachette Polska. 2009.
8. Present state examination: kort version til klinisk brug. Region Hovedstadens Psykiatri. 5. udgave. 2010.
9. Diomšina B. Społeczno-kulturowy kontekst jadłowstętu psychicznego na Litwie. Collegium Medicum. Kraków. 2004. Daktaro disertacija.
10. Dembinskas A., Eglytis I. Bendroji psichopatologija. Vilnius. 1985.
11. ADHD-RS Attention Deficit/Hyperactive Disorder-Rating Scale. Dansk version Manual. (Interaktyvus). (Žiūrėta 2014-08-18). Prieiga per internetą: http://www.bupnet.dk/media/ADHD-RS-DK_manual_version.pdf
- Adults ADHD Self-Report Scales (ASRS). (Interaktyvus). (Žiūrėta 2014-10-15). Prieiga per internetą: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>

