



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”

Klīniskais algoritms

Obsesīvi kompulsīvu traucējumu diagnostika, terapija un uzraudzība bērniem un pusaudžiem

Darba grupa bērnu psihiatra Ņikitas Bezborodova vadībā: Anete Masaļska (bērnu psihiatre), Gita Birzniece (klīniskā psiholoģe, KBT psihoterapijas speciāliste), Karīna Beinerte (bērnu psihiatre), Ieva Bite (klīniskā psiholoģe, KBT psihoterapijas speciāliste), Mikus Dīriks (bērnu neirologs), Ilze Mežraupe (psihiatre, psihoterapeite), Ļevs Poluņins (bērnu psihiatrs, narkologs), Zanda Pučuka (pediatre), Reinis Siliņš (ģimenes ārsts), Elmārs Tērauds (psihiatrs), Svetlana Zaslavska (klīniskā psiholoģe, KBT psihoterapijas speciāliste), Inga Zārde (psihiatre, psihoterapeite).

Rīgā, 29.09.2023.



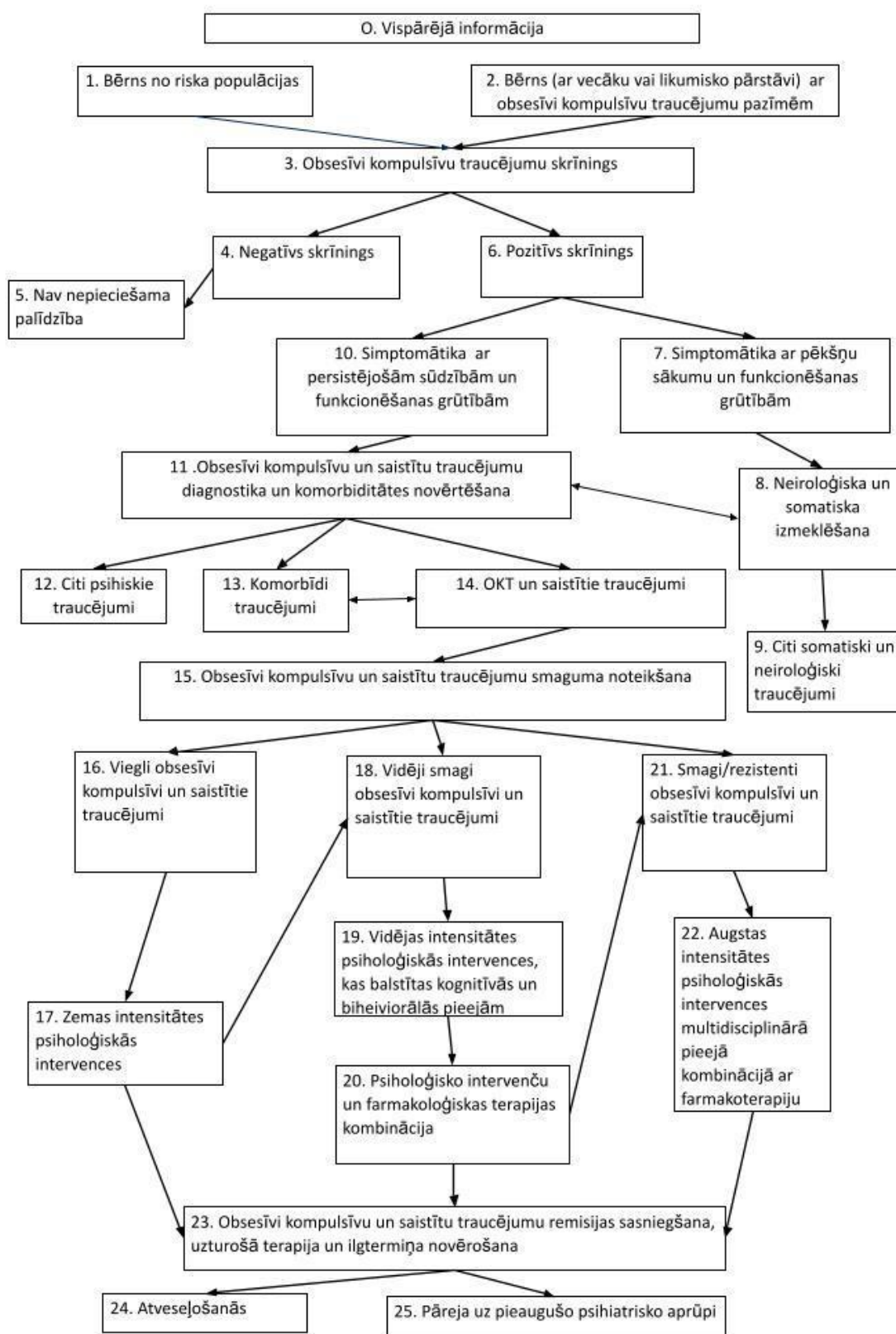
Saturs

Saturs	2
Algoritma shēma	4
Lietotie saīsinājumi	5
Klīniskais algoritms	6
0. Vispārējā informācija	6
Ievads	6
Algoritma mērķi	6
Algoritma lietotāju mērķa grupas	7
Pamatprioritātes, ieviešot algoritmu	7
Pacienta izvērtēšana un aprūpes koordinēšana	7
Terapijas apsvērumi visos aprūpes līmeņos	7
Atpazīšana un izvērtēšana	8
Diagnostika	8
Ārstēšana	9
Palīdzības nepārtrauktība, pārejot uz pieaugušo psihiatriskajiem dienestiem	9
1. Bērns no riska populācijas	10
2. Bērns (ar vecāku likumisko pārstāvi) ar obsesīvi kompulsīvu traucējumu pazīmēm	10
3. Obsesīvi kompulsīvu traucējumu skrīnings	11
4. Negatīvs skrīnings	12
5. Nav nepieciešama palīdzība	13
6. Pozitīvs skrīnings	13
7. Simptomātika ar pēkšņu sākumu un funkcionēšanas grūtībām	13
8. Neiroloģiska un somatiska izmeklēšana	14
9. Citi somatiski un neiroloģiski traucējumi	14
10. Simptomātika ar persistējošām sūdzībām un funkcionēšanas grūtībām	15
11. Obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu diagnostika un komorbiditātes novērtēšana	15
12. Citi psihiskie traucējumi	18
13. Komorbīdi traucējumi	19
14. Obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi	19
15. Obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu smaguma noteikšana	21
16. Viegli obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi	21
17. Zemas intensitātes psiholoģiskās intervences	22
18. Vidēji smagi obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi	22

19. Vidējas intensitātes psiholoģiskās intervences, kas balstītas uz kognitīvām un biheiviorālām pieejām	23
20. Psiholoģisko intervenču un farmakoloģiskas terapijas kombinācija	24
21. Smagi/rezistenti obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi	26
22. Augstas intensitātes psiholoģiskās intervences multidisciplinārā pieejā kombinācijā ar farmakoterapiju	26
23. Obsesīvi kompulsīvu un saistītu traucējumu remisijas sasniegšana, uzturošā terapija un ilgtermiņa novērošana	28
24. Atvaseļošanās	28
25. Pāreja uz pieaugušo psihiatrisko aprūpi	28
Atsauces	29
Pielikumi	31
1. pielikums	31
2. pielikums	33
3. pielikums	37

Algoritma shēma

Obsesīvi kompulsīvi traucējumi bērniem un pusaudžiem. Klīniskais algoritms.



Lietotie saīsinājumi

OKT – obsesīvi kompulsīvi traucējumi

OKST – obsesīvi kompulsīvi un saistīti traucējumi

OCI-CV – Obsesiju un kompulsiju izvērtējums – bērnu versija (*Obsessive Compulsive Inventory – Child Version*)

C-FOCI – Floridas obsesiju un kompulsiju skala bērniem (*Children's Florida Obsessive Compulsive-Inventory*)

CY-BOCS –Jēla Brauna obsesiju un kompulsiju skala bērniem (*Child Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*)

APNS – akūts pediatriks neiropsihiatrisks sindroms

KBT – kognitīvi biheiviorālā terapija

ERP – ekspozīcijas un atbildes reakcijas kavēšana (*exposure and response prevention*)

HRT – Ieraduma maiņas treniņš (*habit reversal training*)

DIRT – Uzmācīgu apdraudējuma ideju mazināšanas terapija (*Danger Ideation Reduction Therapy*)

CBT-BDD – Kognitīvi biheiviorālā terapija ķermeņa dismorfiskiem traucējumiem (*Cognitive behavioural therapy for Body dysmorphic disorder*)

MRT – magnētiskā rezonanse

EEG – elektroencefalogrāfija

Klīniskais algoritms

0. Vispārējā informācija

Ievads

Obsesīvi kompulsīvi traucējumi (OKT) un saistītie traucējumi ir psihisko traucējumu grupa, ko raksturo atkārtotas vai pastāvīgas domas, impulsi vai attēli, kas ir uzmācīgi vai satraucoši, kā arī atkārtota uzvedība vai rituāli, kas bieži tiek veikti, reaģējot uz uzmācīgajām domām. Jaunākie epidemioloģiskie pētījumi rāda, ka bērnu OKT un saistīto traucējumu izplatība ir aptuveni 1–4 %. Zēniem saslimstība pirms pusaudžu vecumam lielāka nekā meitenēm, kas veido attiecību 3:2, bet pusaudžu gados, kā arī pieaugušo vecumā, dzimumu sadalījums kļūst aptuveni vienāds. Saslimšanai ir raksturīgi divi slimības vecuma pīķi, kur 20 % gadījumu sākums ir vērojams vecuma diapazonā no 11 līdz 14 gadiem, bet 60 % gadījumu simptomi parādās, sākot no 25 gadu vecuma. Neskatoties uz biežo izplatību, OKT un saistītos traucējumus diagnosticē ļoti vēlīni un reizēm tas aizņem pat vairākus gadus. 25 % gadījumu ir vērojama slimības hroniska, nepārtraukta gaita, kas būtiski traucē bērna ikdienas funkcionēšanu un ierobežo bērna spējas veiksmīgi iekļauties izglītības, sociālajā un vienaudžu vidē. Pētījuma dati skaidri parāda, ka agrīna ārstēšanas uzsākšana ir viens no svarīgākajiem pozitīvajiem prognostiskajiem faktoriem, tādēļ būtiski ir agrīni atpazīt un pēc iespējas ātrāk uzsākt mērķtiecīgas intervences. OKT un saistīto traucējumu ārstēšanā un rehabilitācijā ir pieejamas uz pierādījumiem balstītas, drošas un efektīvas psihosociālās un medikamentozās korekcijas metodes, kas var būtiski mazināt šo traucējumu simptomus un ar tiem saistītās funkcionēšanas grūtības, kā arī uzlabot pacienta pašsajūtu, vispārējo dzīves kvalitāti un prognozi nākotnei. (1)

Algoritma mērķi

- Uzlabot bērnu/pusaudžu ar obsesīvi kompulsīvo un saistīto traucējumu atpazīšanu un diagnostiku.
- Uzlabot bērnu/pusaudžu ar obsesīvi kompulsīvo un saistīto traucējumu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes līmenī.
- Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar obsesīvi kompulsīvo un saistīto traucējumu virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu

specialitāšu ārstiem, sadarbību ar rehabilitācijas dienestiem, sociālajiem dienestiem, mazinot vēlinās diagnostikas un invalidizācijas riskus.

- Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes.
- Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

Algoritma lietotāju mērķa grupas

- Bērnu psihiatri, psihiatri
- Bērnu neirologi, neirologi
- Ģimenes ārsti
- Pediatri
- Citi ārsti speciālisti
- Klīniskie, veselības un izglītības psihologi
- Citi rehabilitācijas speciālisti
- Sociālo dienestu speciālisti
- Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

Pamatprioritātes, ieviešot algoritmu

Pacienta izvērtēšana un aprūpes koordinēšana

- Izvērtējot bērnu/pusaudzi ar obsesīvi kompulsīviem un saistītiem traucējumiem, veselības aprūpes profesionāļiem ir jāņem vērā un jāreģistrē medicīniskajā dokumentācijā – potenciālās komorbiditātes, pacienta un viņa ģimenes locekļu sociālo, izglītības un ģimenes kontekstu, ieskaitot starppersonu attiecību kvalitāti, gan starp pacientu un citiem ģimenes locekļiem, gan arī draugiem un vienaudžiem.

Terapijas apsvērumi visos aprūpes līmeņos

- Psiholoģiskās intervences, kas tiek izmantotas bērna/pusaudža ar obsesīvi kompulsīviem un saistītiem traucējumiem ārstēšanā, ir tiesīgi nodrošināt speciālisti, kuriem ir atbilstoša izglītība (sertifikāts / tiesības praktizēt) konkrētajā psiholoģiskās terapijas metodē un kuriem ir atbilstoša izglītība/pieredze darbā ar bērniem/pusaudžiem.

- Komorbīdus nervu sistēmas attīstības traucējumus, sociālās un izglītības problēmas ir jāizvērtē un jārisina pēctecīgi vai paralēli ar obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu ārstēšanu. Pēc iespējas tas jā dara ciešā sadarbībā ar plašāku sociālo un izglītības dienestu tīklu.
- Jāvelta uzmanība arī bērna vecāku iespējamām psihiatriskām/psiholoģiskām problēmām (īpaši trauksmes, OKT, garastāvokļa traucējumiem), kas ir jāārstē paralēli, ja mēs gribam palīdzēt bērnam/pusaudzim. Ja bērna ārstēšanas laikā tiek identificētas šādas vecāka vajadzības pēc psihiatriskās palīdzības, bērna vecākiem jāpalīdz saņemt nepieciešamo palīdzību no atbilstošiemieaugušo psihiatriskās aprūpes dienestiem.

Atpazīšana un izvērtēšana

- Veselības aprūpes speciālistiem primārajā veselības aprūpē, izglītības sistēmā vai citos atbilstošos sabiedrības segmentos jābūt apmācītiem obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu simptomu atpazīšanā un bērna/pusaudža no riska grupas izvērtēšanā. Šādai speciālistu apmācībai jāiekļauj zināšanas par: pašreizējo un pagātnes psiholoģisko riska faktoru izvērtēšanu (piemēram, vecums, dzimums, ģimenes disfunkcija, ņirgāšanās, fiziskā, emocionālā vai seksuālā vardarbība, komorbīdi traucējumi, ieskaitot alkohola un narkotisko vielu lietošanu, depresijas anamnēze vecākiem), multiplo riska faktoru nozīmīgumu, etniskiem un kulturāliem faktoriem un faktoriem, kas ir saistīti ar īpaši augstu obsesīvi kompulsīvo un saistīto traucējumu un citu psihisko traucējumu risku, piemēram, nabadzība, bēgļa statuss, ārpusģimenes aprūpe un atrašanās institucionālā vidē.
- Bērnus ar pēkšņi sākušos simptomātiku ar izteiktām obsesijām un kompulsijām ir neatliekami jānosūta neiroloģiskai izvērtēšanai pie bērnu neirologa.
- Specializētiem bērnu psihiatrijas dienestiem ir jāstrādā ciešā sadarbībā ar primārās veselības aprūpes, izglītības vai citu atbilstošu abiedrības segmentu profesionāļiem, lai nodrošinātu viņiem nepieciešamo apmācību un atbalstu un nodrošinātu bērna/pusaudža ar obsesīvi kompulsīviem un saistītiem traucējumiem ārstēšanas un aprūpes pēctecību.

Diagnostika

- Bērnu psihiatriem, pieaugušo psihiatriem, narkologiem, tiesu psihiatrijas ekspertiem, pediatriem, bērnu neirologiem un citiem psihiskās veselības aprūpes sistēmas speciālistiem jānodrošina iespēja apgūt kursu par obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu diagnostiku un ārstēšanu pēc šā klīniskā algoritma.

- Jāveicina strukturētu skrīninga instrumentu (piemēram, OCI-CV) un diagnostisko rīku (piemēram, Y-BOCS) izmantošana bērnu psihiatrijas klīniskajā praksē.

Ārstēšana

- Bērna/jaunieša ar obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu ārstēšanā un rehabilitācijā maksimāli jālieto psihosociālās rehabilitācijas metodes, medikamentozo terapiju izmantojot tikai specifiskiem mērķiem, kuru sasniegšana nav iespējama ar nemedikamentozām intervencēm.
- Bērniem ar OKT nav jāpiedāvā medikamentozā ārstēšana bez konsultācijas ar ārstu speciālistu (bērnu neirologu vai bērnu psihiatru).
- Veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas speciālistiem ir jāiesaka uz pierādījumiem balstītas intervences metodes un jāinformē pacienta vecāki/aprūpētāji par riskiem, kas rodas, izmantojot pētījumos nepārbaudītas intervences.

Palīdzības nepārtrauktība, pārejot uz pieaugušo psihiatriskajiem dienestiem

- Jauniešiem, kas ir saņēmuši ārstēšanu un rehabilitāciju specializētos bērnu psihiatrijas dienestos sakarā ar OKT, to saistītiem traucējumiem un ar tiem saistītām funkcionēšanas grūtībām skolas vecumā, ir jānodrošina iespēja saņemt atkārtotu izvērtēšanu skolas beigšanas vecumā, lai noskaidrotu vajadzību pēc OKT un saistīto traucējumu ārstēšanas turpināšanu arī pieaugušo vecumā. Ja jauniešiem ir nepieciešama tālāka psihiatriskā palīdzība saistībā ar OKT un saistītiem traucējumiem vai komorbīdo psihisko traucējumu simptomiem, ir jānodrošina koordinēta pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem.
- Pārejas laikā uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem ir rekomendējama formāla koordinēšanas sapulce ar bērnu un pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestu pārstāvjiem un jauniešiem jāsaņem pilnvērtīga informācija par pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem. Jauniešiem un, ja nepieciešams, arī viņu vecākam (likumiskajam pārstāvim) ir jābūt iekļautiem pārejas plānošanā.
- Pēc pārejas uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem ir jāveic jaunieša ar OKT un saistīto traucējumu vajadzību izvērtēšana, kas iekļauj personīgo, izglītības, darba un sociālo funkcionēšanu, kā arī komorbīdo traucējumu izvērtējumu (pievēršot īpašu uzmanību atkarību izraisīto vielu kaitējoši pārmērīgai lietošanai un atkarībai,

emocionāliem traucējumiem (trauksmes spektra un garastāvokļa traucējumi) un mācīšanās grūtībām).

1. Bērns no riska populācijas

Bērniem/pusaudžiem, kas ietilpst šajā sadaļā nosauktajās grupās, risks OKT attīstībai ir augstāks nekā vispārējā populācijā, tāpēc lielāku uzmanību primārās veselības aprūpes speciālistiem vai pediatriem vajadzētu pievērst šādos gadījumos:

- vecākiem diagnosticēts OKT;
- brālim vai mātai diagnosticēts OKT;
- bērni/pusaudži ārpusģimenes aprūpē;
- bērni/pusaudži ar diagnosticētiem garastāvokļa, trauksmes traucējumiem vai tikiem;
- bērni/pusaudži ar citiem nervu sistēmas attīstības traucējumiem;
- bērni/pusaudži, kas piedzīvojuši traumatiskus dzīves notikumus;
- bērni/pusaudži, kuriem ir fiziskas vai seksuālas vardarbības pieredze. (4)

2. Bērns (ar vecāku likumisko pārstāvi) ar obsesīvi kompulsīvu traucējumu pazīmēm

Bērnam/pusaudzim vai viņa ģimenei ir sūdzības par uzmācīgām domām vai darbībām, kurām ir grūti pretoties un kuras jāatkārto neskaitāmas reizes.

Pazīmes, kas varētu norādīt uz OKT bērnu/pusaudžu vecumā.

- Uzmācīgas domas (obsesijas):
 - bailes no nefūriem, baktērijām, vīrusiem, slimībām;
 - bailes, ka pats vai tuvinieki saslims, nomirs, tiks ievainoti;
 - par to, ka jādomā tikai “pareizas” domas;
 - nepieciešamība pēc kārtības, simetrijas, precizitātes;
 - seksuāla rakstura vai agresīvas domas;
 - veiksmīgie un neveiksmīgie cipari;
 - uzmācīgas skaņas vai vārdi u. c.

- Uzmācīgas darbības (kompulsijas):
 - pārmērīga individuālās higiēnas ievērošana (bieža mazgāšanās dušā, pārmērīga roku mazgāšana, zobu tīrīšana);
 - rituālu atkārtošana, piemēram, ieiešana un iziešana pa durvīm, pieskāšanās lietām, ķermeņa daļām;
 - nepieciešamība īpašā veidā pārvietoties pa telpām;
 - atkārtota tekstu pārlasīšana, dzēšana un pārrakstīšana;
 - rituālas pārbaudes, piemēram, vai ierīce ir izslēgta, vai durvis ir aizslēgtas;
 - rituāli, lai atsauktu kontaktu ar “kontaminētu” personu vai objektu;
 - rituāli, lai novērstu sev vai tuviniekiem kaitējumu;
 - skaitīšanas rituāli;
 - gaida nepārtrauktu apliecinājumu no tuviniekiem, ka viss ir kārtībā;
 - tīrīšanas rituāli, kas saistīti ar māju vai citiem priekšmetiem. (2)

! Bērni/pusaudži reizēm mēģina slēpt no tuviniekiem OKT izraisītās domas, bailes un uzvedību, jo var justies apmulsuši vai kaunēties par savām grūtībām.

! OKT simptomi bērniem/pusaudžiem ir traucējoši. Sākotnēji var likties, ka rituāli sniedz zināmu atvieglojumu, bet rituālu kļūst aizvien vairāk un tie sāk aizņemt aizvien vairāk laika un enerģijas, kā arī kļūst traucējoši bērnam ikdienas funkcionēšanā.

3. Obsesīvi kompulsīvu traucējumu skrīnings

OKT diagnostikai tipiski tiek izmantotas laukietilpīgas intervijas un pašnovērtējuma aptaujas, kas primārās veselības aprūpes līmenī ir nepraktiskas un grūti iekļaujamas. Līdz ar to šos traucējumus bieži vien nepamana ne tikai primārās veselības aprūpes speciālisti, bet arī mentālās veselības speciālisti. Tas aktualizē nepieciešamību ieviest un pielietot īsus un viegli izmantojamus skrīninga instrumentus. Pašreiz Latvijā nav pieejami validēti un standartizēti OKT skrīninga vai diagnostikas instrumenti. Tomēr pasaules labās prakses piemēros (1) (8) ir

norādīts uz nepieciešamību pielietot pacienta vecumam atbilstošus instrumentus traucējumu identificēšanai un smaguma izvērtēšanai.

Skrīninga instrumenti

- Obsesiju un kompulsiju izvērtējums – bērnu versija (*Obsessive Compulsive Inventory – Child Version*) (OCI-CV) (12).

Skrīninga instruments “Obsesiju un kompulsiju izvērtējums – bērnu versija” (OCI-CV) pašreiz ir vienīgais OKST pašnovērtējuma instruments bērniem un pusaudžiem, kas pilnībā iekļauj visu obsesīvi kompulsīvo traucējumu simptomu spektru, saglabājot skrīninga instrumentam nepieciešamodolīgumu un vieglo pielietojamību. OCI-CV ir pašnovērtējuma aptauja, kas sastāv no 21 apgalvojuma, kas izvērtējami Likerta skalā no 0 (nekad) līdz 2 (vienmēr). Aptauja atklāj 6 faktorus: kārtošanu, mazgāšanu, obsesijas, krāšanu, pārbaudīšanu/šaubīšanos, neitralizēšanu. Aptauja piemērota bērniem vecumā no 7 līdz 17 gadiem. Tās aizpildīšana aizņem 5 minūtes. Instruments pieejams arī latviešu valodā (1. pielikums).

Rezultāti: skrīnings ir pozitīvs, ja iegūtais rezultāts > 10.

- *Children's Florida Obsessive Compulsive-Inventory* (C-FOCI) (13)

Instrumenti veidoti specifiski kā skrīninga rīki pediatrijas OKST identificēšanai. Instrumenti piemēroti bērniem no 7 līdz 17 gadiem. Aizpildīšana aizņem 5 minūtes. Instrumenti tulkoti arī latviešu valodā (2. pielikums).

C-FOCI sastāv no 2 daļām.

- A daļa ir simptomu pārbaudes saraksts ar 17 jautājumiem par obsesijām un kompulsijām. Pārbaudes mērķis ir identificēt simptomus, pacientam uz jautājumiem atbildot ar jā/nē.
- B daļa – aizpildāma, ja ir pozitīva atbilde uz vienu no jautājumiem, secīgi izvērtējot identificēto simptomu smagumu. Par katru pozitīvu atbildi iegūstams 1 punkts, kas secīgi summējas ar B daļā iegūtajiem simptomu smaguma izvērtējuma punktiem, tā iegūstot kopējo skrīninga rezultātu.

Rezultāti: skrīnings ir pozitīvs, ja kopējais rezultāts > 8.

Neatkarīgi no izvēlētā skrīninga instrumenta, sākumskolas vecuma bērniem ieteicams aptauju vadīt kā interviju, uzdodot jautājumus un veidojot sarunu ar bērnu, vajadzības gadījumā precizējot bērna atbildes. Nozīmīgi atcerēties, ka pacientam, kurš, iespējams, cieš no OKT, ir grūti dalīties savā pieredzē par simptomiem, līdz ar to viņi bieži slēpj savus simptomus (gan no vecākiem, gan speciālistiem), tādēļ īpaši nozīmīgi, veicot šo traucējumu skrīningu, ir veltīt laiku sarunai un kontaktam ar bērnu/pusaudzi.

4. Negatīvs skrīnings

- Ja, skrīnējot ar OCI-CV, kopējais rezultāts ir 0–10 punkti, pašreiz nav OKT (12).
- Ja, skrīnējot ar C-FOCI, kopējais rezultāts ir 0–8, pašreiz nav OKT (13).

5. Nav nepieciešama palīdzība

Jāizvērtē citu psihisko, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumu iespējamība (pēc attiecīgajiem klīniskajiem algoritmiem), kā arī citas psiholoģiskās, sociālās, veselības problēmas, kuru dēļ bērns/pusaudzis ir nonācis līdz OKT skrīningam.

6. Pozitīvs skrīnings

Ja, skrīnējot ar OCI-CV, kopējais rezultāts ir > 10 vai, izmantojot C-FOCS skrīninga instrumentu, kopējais rezultāts ir > 8 , tad, visticamāk, pacientam ir OKST. Nepieciešama tālāka klīniska izvērtēšana (12) (13).

7. Simptomātika ar pēkšņu sākumu un funkcionēšanas grūtībām

Ja konstatē, ka simptomu sākums ir pēkšņs (24–48 stundu laikā), svarīgi ir izvērtēt iespējamo akūta pediatrika neiropsihiatriskā sindroma klātbūtni (APNS). Šādā gadījumā pacients būtu nosūtāms pie neirologa, kurš veic pilnu anamnēzes datu apzināšanu un neiroloģisko izmeklēšanu.

APNS kritēriji.

- Pēkšņs, dramatisks obsesīvi kompulsīvu traucējumu sākums vai stingri ierobežota pārtikas uzņemšana.
- Vienlaicīga papildu neiropsihiatrisko simptomu klātbūtne (ar tikpat smagu un akūtu sākumu) vismaz divi no šādiem septiņiem traucējumiem:
 - trauksme;

- emocionālā labilitāte un/vai depresija;
- aizkaitināmība, agresija un/vai izteikti opozicionāra uzvedība;
- uzvedības (attīstības) regresija;
- skolas sekmju pasliktināšanās (saistībā ar uzmanības deficītam/hiperaktivitātes traucējumiem (UDHS) līdzīgiem simptomiem, atmiņas traucējumiem, kognitīvām izmaiņām);
- sensoro vai motorisko funkciju traucējumi;
- somatiskas pazīmes un simptomi, tostarp miega traucējumi, enurēze vai urinēšanas biežuma izmaiņas.
- Simptomi nav primāri saistīti ar citiem zināmiem neiroloģiskiem vai medicīniskiem traucējumiem. (10)

8. Neiroloģiska un somatiska izmeklēšana

APNS gadījumā tālāku pacienta neiroloģiskā stāvokļa izvērtēšanu veic neirologs.

Šādā gadījumā būtu svarīgi turpināt padziļinātu pacienta izmeklēšanu, veicot papildu analīzes:

- pilna asins aina ar leikocītu formulu;
- eritrocītu grimšanas ātrums un C reaktīvais proteīns asinīs;
- urīna analīze;
- antistreptolizīns O asinīs un uztriepe no rīkles A beta hemolītiskā streptokoka noteikšanai.

Ir nozīmīgi apsvērt arī citu laboratorisko testu veikšanu. Piemēri.

- Ja ir paaugstināti iekaisuma marķieri, nogurums, izsitumi vai sāpes locītavās, jāizmeklē antinukleārās antivielas (ANA) asinīs, ja ANA ir paaugstinātas, jāturpina sarkanās vilkēdes izmeklēšana.
- Antifosfolipīdu antivielas, antikardiopīna antivielas.
- Ja ir patoloģiski aknu funkcionālie testi, ir jāizvērtē Vilsona slimība, izmantojot ceruloplazmīna un 24 urīna vara testus.
- Vielmaiņas traucējumu noteikšana – urīna un asins analīzes.

Pēc klīniski laboratorisko analīžu saņemšanas var tikt piesaistīts arī reimatologs, otorinolaringologs un/vai infektologs, lai precizētu diagnozi un uzsāktu atbilstošu terapiju. APNS gadījumā lielākais uzsvars terapijā ir uz kognitīvi biheiviorālās terapijas nodrošināšanu pacientam un pēc simptomu smaguma un to ilguma izvērtējamās arī papildu terapijas – nesteroidie pretiekaisuma medikamenti, antibiotiku lietošana vai imūnmodulējoša terapija (kortikosteroīdu terapija, intravenoza imunoglobulīna terapija vai plazmafārezes pielietošana).

9. Citi somatiski un neiroloģiski traucējumi

Nozīmīgi ir izvērtēt iespējamu citu slimību klātbūtni, kuras var izpausties ar obsesīvi kompulsīviem traucējumiem un pēkšņu šo simptomu sākumu, kā, piemēram, autoimūns encefalīts, kam raksturīgi ir šādu simptomu pēkšņa izpausme – delīrijs, psihoze un/vai difūza encefalopātija, visaptveroša kognitīvo funkciju pasliktināšanās, noturīgi atmiņas traucējumi, uzvedības pasliktināšanās, krampji un kustību traucējumi, kas neatbilst tikiem jeb raustei.

Neirologs, ņemot vērā klīnisko izmeklēšanu un laboratorijas izmeklējumu rezultātus, pacientu var tālāk nosūtīt uz neiroloģiskiem funkcionāliem izmeklējumiem (nomoda un/vai miega EEG, poligrāfija), attēldiagnostikas izmeklējumu (magnētiskās rezonanses izmeklējums galvas smadzenēm ar/bez kontrastvielas), veikt lumbālo punkciju, lai klīniskā laboratorijā izvērtētu likvora analīzi iespējamās diagnozes precizēšanai. (11)

10. Simptomātika ar persistējošām sūdzībām un funkcionēšanas grūtībām

Ja bērnam/pusaudzim ir persistējoša OKT un saistīto traucējumu simptomātika un tas sāk ietekmēt ikdienas funkcionēšanu, nepieciešams pacientu nosūtīt pie bērnu psihiatra diagnozes precizēšanai.

11. Obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu diagnostika un komorbiditātes novērtēšana

OKT un saistīto traucējumu klīnisko diagnostiku veic bērnu psihiatrs, bērnu neirologs, pediatrs vai cits kvalificēts sekundārās veselības aprūpes speciālists ar kompetenci un pieredzi OKT un saistīto traucējumu diagnostikā. Svarīgi vizītes laikā:

- veikt izvērstu klīnisko un psihosociālo bērna/pusaudža izvērtēšanu, kurā jāvērtē bērna/pusaudža OKT simptomu izteiktība dažādās dzīves jomās un situācijās;

- ievākt detalizētu attīstības un slimību anamnēzi no bērna vecākiem (likumiskā pārstāvja) un paša bērna/pusaudža;
- ievākt papildu informāciju no iesaistītām personām, kā, piemēram, citiem ģimenes locekļiem, pedagogiem, psihologiem, sociālajiem darbiniekiem, ģimenes ārsta.

! OKT un saistīto traucējumu klīnisko diagnozi nedrīkst noteikt tikai pēc skrīninga instrumenta rezultātiem vai balstoties tikai uz informāciju no pacienta vecāka (likumiskā pārstāvja) vai skolas darbiniekiem.

OKT un saistīto traucējumu diagnostikas procesā jāveic paralēli komorbīdo psihisko traucējumu izvērtēšana, kā arī jāvērtē ģimenes situācija, sociālā un izglītības iestādes vide. Neskatoties uz to, ka bērnam/pusaudzim ir konstatēta OKT un saistīto traucējumu simptomātika, svarīgi viņu izmeklēt arī somatiski un neiroloģiski. Par nepieciešamajiem izmeklējumiem un speciālistu konsultācijām lemj ģimenes ārsts vai pediatrs. Ja bērns ir nonācis bērnu psihiatra aprūpē, tad par papildu izmeklējumiem lemj bērnu psihiatrs, izvērtējot izmeklējumu rezultātus un veikto speciālistu konsultāciju slēdzienus.

Neiroloģiska izmeklēšana

Katram bērnam/pusaudzim ar aizdomām par OKT un saistītiem traucējumiem jāveic neiroloģiskā apskate: motoriskās, jušanas, koordinācijas, līdzsvara sistēmas objektīva klīniska izmeklēšana.

Bērnu neirologa konsultācija obligāti nepieciešama, ja ir:

- fokāla neiroloģiska bojājuma simptomātika;
- pieaugošs muskulatūras vājums;
- koordinācijas un līdzsvara traucējumi;
- aizdomas par epilepsiju;
- aizdomas par neuroinfekciju;
- miega traucējumi.

Somatiskā izmeklēšana

Katram bērnam/pusaudzim ar aizdomām par OKT un saistītiem traucējumiem ir jāveic somatiskā apskate, kurā jāiekļauj:

- augums un svars;
- sirds darbības frekvence un arteriālais asinsspiediens;

- vispārējās somatiskās veselības novērtēšana;
- iespējamās vardarbības pazīmes;
- iedzimto patoloģiju pazīmes – “mazās stigmatas”.

Bērnu neirologa kompetencē ir nozīmēt tālāko izmeklēšanu pēc klīniskajām indikācijām – EEG, MRT, polisomnogrāfiju, neurogrāfiju. Konsultāciju pie ģenētiķa var nozīmēt gan ģimenes ārsts, gan cits ārsts speciālists, ja ir aizdomas par ģenētisku saslimšanu (hromosomālu vai metabolisku slimību gadījumā).

Instrumentālie izmeklējumi

- EEG izmeklējumu ir pamatoti veikt, ja bērnam ir valodas vai intelektuālās attīstības regress, aizdomas par Landaua–Kleffnera (*Landau–Kleffner*) sindromu, epilepsijas encefalopātiju jeb CSWS vai epilepsiju.
- MRT izmeklējumu galvas smadzenēm pamatoti veikt tad, ja ir skaidra klīniskā atrade, ko pamato somatiskā anamnēze un/vai neiroloģiskā atrade, piemēram, mikrocefālija, makrocefālija ar neiroloģiska bojājuma simptomātiku, neiroloģiska perēkļu simptomātika, epilepsija, fokālas lēkmes.
- Polisomnogrāfija veicama, ja ir aizdomas par miega traucējumiem (miega apnoja, nemierīgo kāju sindroms, miega/nomoda ritma traucējumi).
- Nav indikāciju veikt PET un SPECT izmeklējumus.

Laboratorie izmeklējumi

Analīzes netiek rekomendētas kā rutīnas izmeklējums, bet ir būtiski to nepieciešamību vērtēt katrā individuālā gadījumā, kas ir pamatots ar klīnisko izvērtējumu un fizikāliem izmeklējumiem. Uz specifiskām analīzēm nozīmēs attiecīgās jomas speciālists.

OKT un saistīto traucējumu psiholoģiskā diagnostika

OKT un saistīto traucējumu diagnozes noteikšanā specifiska psiholoģiskā diagnostika nav obligāta. Taču tā ir būtiska svarīgas informācijas iegūšanai, pacienta diagnostikas un diferenciāldiagnostikas procesā, sniedzot datus par pacienta kognitīvo procesu īpatnībām, emocionālo stāvokli, adaptīvo un sociālo funkcionēšanu, kā arī funkcionēšanu kopumā.

Izmeklēšanas procesā izmantojamie diagnostikā izmantojamo metožu piemēri:

- *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC–IV),

- *Woodcock–Johnson Tests of Cognitive Abilities-IV (WJ–IV)*,
- *Adaptive Behavior Assessment System-II (ABAS–II)*,
- *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*,
- *Conner’s Comprehensive Behaviour Rating Scale (CBRS)*,
- *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*,
- *Kovac’s Children’s Depression Inventory (CDI)*,
- *Beck Depression Inventory (BDI)*,
- *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*.

Konkrētās metodes izvēle ir klīniskā vai veselības psihologa kompetencē, ņemot vērā pacienta vecumu, galvenās funkcionēšanas grūtības, konkrētam speciālistam pieejamo metožu klāstu u. c. faktoros.

12. Citi psihiskie traucējumi

Ja bērnam/pusaudzim netiek diagnosticēti OKT, bet tiek diagnosticēti citi psihiski, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumi pēc SSK–10 diagnožu klasifikatora, to ārstēšanai un rehabilitācijai jānotiek pēc attiecīgā klīniskā algoritma.

Biežākie iespējamie traucējumi

Depresija. Pacienti ar depresiju bieži ir obsesīva vainas sajūta, ka viņi ir vainīgi pie apkārt notiekošajām neveiksmēm, nelaimēm, un šiem pacientiem ir vērojams zems pašvērtējums. Atšķirībā no OKT uzmācīgās domas tiek uzskatītas par mazāk neloģiskām un iracionālām. Depresijas gadījumā uzmācīgās domas ir saistītas arī ar citiem depresijas simptomiem, piemēram, enerģijas trūkumu, nomāktību, raudulīgumu, ažitāciju.

Separācijas trauksme. Tās pamatā ir bailes, ka aprūpētājam vai arī pašam bērnam/pusaudzim varētu notikt kas slikts, un bieži tiek novērotas atkārtotas darbības un citi rituāli, lai mazinātu satraukumu. Šāda uzvedība parādās tikai šķiršanās situācijās no aprūpētāja, kas visbiežāk izpaužas pastiprinātā aprūpētāja iztaujāšanā. OKT gadījumā šāda iztaujāšana parasti nav novērojama.

Anoreksija. Viens no ēšanas traucējumu variantiem, kas ir saistīts ar pārspīlētu aizņemtību ar ēdienu, uzmācīgām domām par iespējamu resnumu vai izplūdušu ķermeņa formu un svara samazināšanas iespējām. Domas un darbības nav tik neloģiskas un iracionālas, kā tas ir OKT gadījumā.

Psihotiski traucējumi. Pretstatā domu uzplūdiem pie psihotiskiem traucējumiem, cilvēks ar OKT saprot, ka uzmācīgās domas ir viņa paša, nevis uzspiestas vai ieliktas no ārpusē. Psihotisku traucējumu gadījumā parasti uzmācīgās domas ir saistītas ar vēl citiem simptomiem, piemēram, formāliem domāšanas traucējumiem, uztveres traucējumiem, afektīviem traucējumiem.

Tiki. Tiki ir ātras, atkārtotas, neritmiskas motoriskas kustības vai balss skaņas, kas sākas pēkšņi, un tām nav konkrēta mērķa kā OKT gadījumā, kad darbības ir tīšas un kalpo, lai neitralizētu sliktās domas vai novērstu iedomātus draudus.

Stereotipijas. Tās tiek novērotas bērniem ar autiskā spektra un intelekta attīstības traucējumiem. Stereotipijas parasti ir vienkāršas, atkārtotas kustības, kas var tikt veiktas, lai gūtu sensoru apmierinājumu vai mazinātu trauksmi. OKT gadījumā uzmācīgās darbības nekad netiek uzskatītas par patīkamām.

Posttraumatiskā stresa sindroms. Attīstās pēc spēcīgas stresa situācijas vai biedējoša, draudīga notikuma. Pacientiem tiek novērota atkārtota uzmācīgu psihotraumējošu epizožu atdzīvošanās atmiņās. Atšķirībā no OKT uzmācīgās domas ir fokusētas uz pagātnes pieredzi un traumu. (2) (4)

13. Komorbīdi traucējumi

Jāņem vērā, ka aptuveni 62–97 % bērnu/pusaudžu ar OKT ir vismaz viena blakusslimība. Komorbīdo traucējumu noteikšana var būt sarežģīta, jo īpaši tāpēc, ka blakusslimības ir likumsakarība, nevis izņēmums. Komorbīdo traucējumu klātesamība arī daudz spēcīgāk ietekmē pacienta ikdienas funkcionēšanu un pasliktina psihosociālo prognozi.

Komorbīdi psihiskie, uzvedības un neirālās attīstības traucējumi ir jāizvērtē un jārisina pēctecīgi vai paralēli OKT korekcijai un ārstēšanai.

OKT biežākās psihiatriskās blakussaslimšanas (15)

Trauksmes traucējumi	13–70 %
Depresija	8–73 %
Uzmanības un hiperaktivitātes sindroms	3–57 %
Ēšanas traucējumi	12–35 %
Tiki / Tureta sindroms	13–60 %
Enurēze	7–37 %

Valodas un attīstības traucējumi	13–27 %
----------------------------------	---------

14. Obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi

Nosakot OKT un saistīto traucējumu klīnisko diagnozi, simptomiem:

- jāatbilst kritērijiem, kas ir atrodamā aktuālajā diagnostiskajā klasifikatorā;
- jārada funkcionēšanas traucējumi ikdienā izglītības, ģimenes, sociālajā, personiskajā vai citās jomās.

Pašreiz bērnu psihiatram, nosakot diagnozi, ir jābalstās uz SSK-10 klasifikatoru, bet, ņemot vērā, ka tuvākajā piegadē būs pieejams jaunais starptautiskais slimību klasifikators SSK-11, klīniskajā algoritmā sīkāk būs aprakstīta jaunā klasifikācija. Obsesīvi kompulsīvo traucējumu diagnoze SSK-11 no neirotikisko traucējumu kategorijas tiek pārcelta uz jaunu kategoriju, kur OKT traucējumi tiek apvienoti ar diagnozēm, kas, balstoties uz pētījumiem, ir radniecīgas OKT. Līdz ar to jaunais klasifikators kļūst pēc būtības līdzīgāks DSM-V un jaunajā klasifikatorā tiek precīzāk formulēti diagnostiskie kritēriji un uzsvars tiek likts uz klīnisko izpausmju smagumu un funkcionēšanas grūtībām.

SSK-11 taksonomija

- **06** Psihiski, uzvedības vai nervu sistēmas attīstības traucējumi
 - **6B2** Obsesīvi kompulsīvi un saistīti traucējumi
 - **6B20** Obsesīvi kompulsīvi traucējumi (OKT)
 - **F42** Obsesīvi kompulsīvi traucējumi pēc SSK-10
 - **6B21** Ķermeņa dismorfiskie traucējumi (ĶDT)
 - **F45.2** Iekļauts zem diagnozes hipohondrija pēc SSK-10
 - **6B22** Ožas references traucējumi
 - **6B23** Hipohondrija
 - **F45.2** Hipohondrija pēc SSK-10
 - **6B24** Krāšanas traucējumi
 - **6B25** Uz ķermeni fokusēti atkārtotu darbību uzvedības traucējumi
 - **6B25.0** Trihotilomānija
 - **F63.3** Trihotilomānija pēc SSK-10
 - **6B25.1** Dermatilomānija

- **F98.4** Stereotipi kustību traucējumi pēc SSK-10

Obsesīvi kompulsīvi traucējumi

Traucējumus raksturo persistējošas obsesīvas domas vai kompulsīva rīcība, vai visbiežāk abi kopā. Obsesijas ir atkārtotas un uzmācīgas domas, attēli vai impulsi, kas ir traucējoši un nevēlami, kā arī parasti ir saistīti ar trauksmi. Cilvēks mēģina ignorēt, apspiest vai neitralizēt uzmācīgās domas, veicot piespiedu darbības. Kompulsijas ir atkārtota ritualizēta uzvedība, ietverot arī atkārtotas mentālas darbības, kuras cilvēks jūtas spiests veikt, reaģējot uz uzmācīgajām sajūtām, lai novērstu potenciālas draudus sev vai apkārtējiem.

Saistītie traucējumi

Obsesīvi kompulsīvi saistīto traucējumu kategorijā ir apvienoti traucējumi. Šajā kategorijā visām diagnozēm ir kopējs raksturlielums, piespiedu darbības, bet to pamatā ir impulsu kontroles traucējumi, kas izraisa atkārtotu uzvedību un atsevišķu simptomu atkārtošanos. Kopīgais ar OKT: nespēja pretoties un nomākt uzmācīgos impulsus un uzvedības modeļus. Bieži ir vērojama tendence, ka dažādi OKT saistītie traucējumi var parādīties vienlaicīgi.

15. Obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu smaguma noteikšana

Smaguma noteikšanai izmantojami tam paredzēti klīniskie instrumenti. Klīniskajos pētījumos un pasaules klīniskajā praksē plaši izmantota un atzīta ir *Child Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)* (9) (3. pielikums).

CY-BOCS ir daļēji strukturētas intervijas formā veidots klīniskais instruments, kas nosaka obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu smaguma pakāpi bērniem un pusaudžiem vecumā no 6 līdz 17 gadiem. Obsesijas un kompulsijas tiek izvērtētas atsevišķi, veidojot divas izvērtējuma skalas. Skalu ietvaros tiek vērtētas šādas dimensijas:

- **laiks** – cik ilgi ilgst obsesijas un kompulsijas;
- obsesiju un kompulsiju ietekme uz **funkcionēšanu**;
- **distresa līmenis**, ko sagādā obsesijas un kompulsijas;
- **spēja pretoties** obsesijām un kompulsijām;
- **kontroles pakāpe** pār obsesijām un kompulsijām (9).

Smaguma noteikšanu var veikt psihodiagnostikā apmācīts speciālists – klīniskais un veselības psihologs, psihiatrs.

16. Viegli obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi

OKT smaguma izvērtēšanas rezultātā atklāts:

- simptomu izpausmes dienā nepārsniedz 60 minūtes;
- pacienta ikdienas funkcionēšana (skolas darbi, brīvais laiks, ģimenes aktivitātes) nav būtiski traucēta;
- pacienta distresa līmenis ir zems;
- bērns/pusaudzis parasti cenšas kontrolēt obsesīvas domas un kompulsīvas darbības;
- Bērns/pusaudzis pamatā spēj pretoties obsesīvām domām un kompulsīvām darbībām;
- iegūtais rezultāts CY-BOCS atbilst 8–15 punktu intervālam (9).

Pacientam piemērotākā palīdzības forma ir zemas intensitātes psiholoģiskās intervences (1) (8).

17. Zemas intensitātes psiholoģiskās intervences

Pamatā fokusētas uz pacienta un ģimenes psihoizglītošanu par obsesīvi kompulsīviem un saistītiem traucējumiem, kā arī vadītas pašpalīdzības nodrošināšanu (1) (8).

Pacientam un ģimenei tiek piedāvāti materiāli un pašpalīdzības rokasgrāmatas, kas palīdz soli pa solim izprast grūtību jomu un to risināšanai nepieciešamos soļus (8).

Saziņa ar speciālistu notiek ik nedēļu 15–45 minūšu garās sesijās klātienē, attālināti vai telefoniski. Sadarbības ilgums no 5 līdz 10 nedēļām (8).

Zemas intensitātes psiholoģiskās intervences var sniegt psihologs (skolas, klīniskais un veselības, konsultatīvais), medicīnas māsa vai ārsta palīgs, ja minētajiem speciālistiem ir attiecīgas zināšanas.

18. Vidēji smagi obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi

OKT smaguma izvērtēšanas rezultātā atklāts:

- Simptomi izpaužas 1–3 h dienā;
- funkcionēšana ir būtiski ietekmēta, bet aizvien saglabāta (skolas un mājas dzīve, brīvais laiks);
- distresa līmenis ir traucējošs, biežs, bet aizvien pārvaldāms;
- bērns/pusaudzis reizēm spēj kontrolēt obsesīvas domas un kompulsīvas darbības;

- spēja pretoties obsesīvām domām un kompulsīvām darbībām periodiski vērojama, bet tā ir vāja;
- iegūtais rezultāts CY-BOCS atbilst 16–23 punktu intervālam (9).

Pacientam piemērotākā palīdzības forma ir vidējas intensitātes psiholoģiskās intervences, kas balstītas uz kognitīvām un biheiviorālām pieejām (1) (8).

19. Vidējas intensitātes psiholoģiskās intervences, kas balstītas uz kognitīvām un biheiviorālām pieejām

Bērniem un pusaudžiem ar obsesīvi kompulsīviem un saistītiem traucējumiem, kuru smaguma pakāpe pēc izvērtēšanas sasniedz vidēji smagu līmeni, kā arī pacientiem, kuru izvērtēšanas rādītāji atbilst vieglai OKT pakāpei, bet vieglas intensitātes psiholoģiskās intervences nav izrādījušās efektīvas, uzsākama **kognitīvi biheiviorālā psihoterapija (KBT)**, kas ietver **ekspozīcijas un atbildes reakcijas kavēšanas (ERP) treniņu** (1) (8) (14).

Kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT)

Aktīva psihoterapijas metode, kas vērsta uz neadaptīvu domu restrukturizāciju un uzvedības efektivitātes uzlabošanu, tādējādi sekmējot indivīda psihoemocionālo labklājību un funkcionēšanu ikdienas dzīvē (14).

Nodrošinot KBT darbā ar bērniem un pusaudžiem, kas cieš no OKT, nozīmīgi:

- veidot un uzturēt labas terapeitiskās alianses attiecības ar bērnu/pusaudzi, kā arī viņa vecākiem (aprūpētājiem);
- uzturēt optimismu un pozitīvu attieksmi gan bērnam/pusaudzim, gan viņa vecākiem (aprūpētājiem);
- kopīgi ar bērnu/pusaudzi identificēt un formulēt terapijas primāros un sekundāros mērķus;
- aktīvi iesaistīt terapijas plānošanā un plāna realizēšanā gan bērnu, gan vecākus (aprūpētājus), īpaši ERP realizācijas posmā vecāki var tikt piesaistīti, lai asistētu bērnam starp sesijām (ja tas ir atbilstoši un nepieciešams);
- sākumskolas vecuma bērniem vecāki terapijas procesā līdzdarbojas kā ko-terapeiti;
- bērns un viņa ģimene iedrošināmi pielietot apgūtās ERP prasmes gadījumos, ja aktualizējas jauni simptomi, pat pēc veiksmīga terapijas procesa noslēgšanas;

- KBT speciālists sadarbojas ar citiem bērna dzīvē iesaistītiem speciālistiem – skolotājiem, sociālajiem darbiniekiem, treneriem u. c., īpaši gadījumos, kad OKT būtiski ietekmē bērna ikdienas funkcionēšanu;
- darbā ar bērniem var tikt izmantoti motivatori vai apbalvojumi, kas veicina bērna interesi iesaistīties terapijas procesā;
- Sasniegtā rezultāta uzturēšanai terapijas noslēgumā ieteicams nodrošināt periodiskas uzturošās sesijas 1 x mēnesī (1) (8).

Ekspozīcijas un atbildes reakcijas kavēšanas treniņš (ERP)

ERP fokusējas uz bērna un viņa ģimenes apmācīšanu, sagatavošanu un vadīšanu caur kopīgi ar pacientu un viņa ģimeni izstrādātu terapijas plānu, kura pamatfokuss ir saskaršanās (reālā dzīvē vai iztēlē) ar bailēm un trauksmi, tās izraisošiem objektiem, parādībām (ekspozīcija), nepadoties neadaptīvām uzvedības stratēģijām, rituāliem jeb kompulsijām (atbildes reakcijas kavēšana). Palīdzību var nodrošināt speciāli apmācīts psihoterapeits vai psihoterapijas speciālists, kurš seko strukturētam terapijas plānam (protokolam, piemēram, HRT – *Habit Reversal training*; DIRT – *Danger Ideation Reduction Therapy*; CBT-BDD – *Cognitive behavioural therapy for - Body dysmorphic disorder*) (14).

Psihoterapijas procesā iesaistāmi bērnam tuvi pieaugušie, ar kuriem viņam norit kopīga ikdienas sadzīve. Terapeitiskā pieeja pielāgojama bērna vecumam un attīstības līmenim. Nozīmīga speciālistu, kuru aprūpē bērns/pusaudzis atrodas, savstarpējā sadarbība (14).

Sesiju biežums tipiski ir 1–2 x nedēļā 45–120 minūšu garās sesijās. Terapija var ilgt no 3 mēnešiem līdz pat gadam. Terapijas efektam jābūt vērojamam pēc 8–10 sesijām. Ja pacienta stāvoklī pēc 8–10 sesijām nav izmaiņu, vērtējama medikamentozas terapijas piesaiste, kā arī pāreja uz augstas intensitātes psiholoģiskajām intervencēm (8) (14).

20. Psiholoģisko intervenču un farmakoloģiskas terapijas kombinācija

Ja bērns/pusaudzis nereaģē uz vidējas intensitātes psiholoģiskām intervencēm pēc 8–10 sesijām, paralēli tam ieteicams uzsākt farmakoloģisko terapiju ar vienas izvēles antidepresantiem. Paralēli turpināma uzsāktā psiholoģiskā palīdzība.

! Svarīgi informēt vecākus/aprūpētājus par nepieciešamību lietot medikamentus, to iedarbības mehānismu, medikamentu lietošanas norisi un iespējamām blakusparādībām. Vēlams arī iedot rakstisku informāciju.

Antidepresantu terapiju OKT un saistīto traucējumu ārstēšanai uzsāk bērnu psihiatrs (pēc bērna izvērtēšanas, diagnozes noteikšanas un ārstniecības plāna sastādīšanas).

Nosaukums	Sākuma deva	Uzturošā dienas deva	Komentāri
Fluoksetīns	Bērniem: 5–10 mg Pusaudžiem: 10–20 mg	Bērniem: 20–30 mg Pusaudžiem: 20–60 mg	Latvijā reģistrēts ar indikāciju depresijas ārstēšanai bērniem no 8 g. v.
Sertralīns	Bērniem: 25 mg Pusaudžiem: 50mg	25–200 mg	Latvijā reģistrēts ar indikāciju OKT ārstēšanai bērniem no 6 g. v.
Fluvoksamīns	25 mg pirms gulētiešanas	Bērniem: 50–200 mg Pusaudžiem: 50–300 mg	Latvijā reģistrēts ar indikāciju OKT ārstēšanai bērniem no 8 g. v.
Klomipramīns	25 mg	25–200 mg	Latvijā reģistrēts ar indikāciju OKT un nakts enurēzes ārstēšanai bērniem no 5 g. v.

Ja tiek uzsākta medikamentozā terapija, jāseko līdzi medikamenta panesībai un iespējamām blakusparādībām, kā arī regulāri jāvērtē bērna psihiskā stāvokļa izmaiņas dinamikā 1x 2 nedēļās pirmo 4 nedēļu laikā. Lai novērtētu medikamenta efektivitāti (SSRI

vai klopiramīna), to vajadzētu saņemt lielākajā panesamajā devā vismaz 12 nedēļas Tālākā terapijas korekcija un tikšanās biežums ar pacientu un viņa ģimeni ir nosakāms individuāli, bet ne retāk kā 1 x mēnesī. (16) (17) (18)

21. Smagi/rezistenti obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi

OKT smaguma izvērtēšanas rezultātā atklāts:

- simptomi izpaužas no 3 līdz pat 8 stundām dienā un vairāk;
- funkcionēšana sociālā, mājas un skolas dzīvē ir būtiski pasliktināta, kas ekstrēmās gadījumos var sasniegt rīcībnespējīgu stāvokli;
- distresa līmenis ļoti biežs vai pastāvīgs, ļoti traucējošs, īpaši, ja kompulsijas tiek pārtrauktas;
- bērns/pusaudzis nav spējīgs kontrolēt obsesīvas domas un kompulsīvas darbības;
- spēja pretoties obsesīvām domām un kompulsīvām darbībām nav vērojama, padodas impulsam vienmēr;
- iegūtais rezultāts CY-BOCS atbilst 24–31 punktu intervālam, norādot uz smagiem traucējumiem; savukārt, ja CY-BOCS iegūtais rezultāts 32–40 punkti, tad traucējumi ir ekstrēmi smagi (9).

22. Augstas intensitātes psiholoģiskās intervences multidisciplinārā pieejā kombinācijā ar farmakoterapiju

Augstas intensitātes psiholoģiskās intervences piemērojamas, ja izvērtēšanas rezultātā konstatēti smagi/rezistenti OKT, kā arī gadījumā, ja pacients 10–15 nedēļas pēc pilnvērtīga KBT kursa uzsākšanas, kas ietvēris ERP un vecāku (likumisko pārstāvju) iesaisti, neatsaucas uz vidējas intensitātes psiholoģiskām intervencēm apvienojumā ar farmakoterapiju (lieto medikamentus 4–6 nedēļu garumā paralēli aktīvi vadītām psiholoģiskām intervencēm) (1).

Smagu/rezistentu OKT gadījumā pacienta stāvoklis jāvērtē un jāuzrauga multidisciplināras komandas ietvaros, vērtējot pacienta grūtību veidojošos un uzturošos faktorus un veidojot tālāko rīcības plānu paplašinātas palīdzības sistēmas pieslēgšanā (1). Līdz ar to piesaistāms papildu personāls, veidojot multidisciplināru pieeju identificēto grūtības veidojošo un uzturošo faktoru risināšanā.

- Sadarbība starp ārstējošajiem speciālistiem – psihiatrs, psihoterapeits vai psihoterapijas speciālists, neirologs, ģimenes ārsts.

- Skolas grūtību risināšanai piesaistāms klases audzinātājs, skolas administrācija, skolas atbalsta personāls.
- Sociālu grūtību risināšanai piesaistāms sociālais darbinieks vai bāriņtiesas pārstāvji.
- Ģimenes terapeits piesaistāms, ja savstarpējās attiecības un/vai lomu disbalanss ģimenē kavē pilnvērtīgu iesaisti palīdzības saņemšanai.
- Individuāla psiholoģiska un/vai psihiatriska palīdzība pacienta vecākam (vai abiem vecākiem, bērna likumiskajiem pārstāvjiem) nepieciešama, ja tas ir indicēts un vecāka veselības stāvoklis kavē bērna atlabšanas procesu.

Kā primāra izvēle augstas intensitātes psiholoģisko intervenču nodrošināšanā saglabājas kognitīvi biheiviorālā psihoterapija (KBT) ar fokusu uz ekspozīcijas un atbildes reakcijas kavēšanas (ERP) treniņu, taču palielināma KBT intensitāte – sesijas līdz pat 4 x nedēļā, 45–120 minūšu garumā (skatīt sadaļu par vidējas intensitātes psiholoģiskām intervencēm) (1) (8).

Augstas intensitātes intervences nodrošināmas minimāli 3 mēnešus. Tipiski paredzama ilgstoša terapija līdz pat gadam, secīgi arī uzturoša psihoterapija (1) (8) (14).

Ja bērnam/pusaudzim ar OKT un saistītiem traucējumiem stāvoklis pēc augstās intensitātes psiholoģisko intervenču un farmakoterapijas kombināciju 6 nedēļu laikā neuzlabojas, jāveic atkārtota pacienta veselības vajadzību un riska faktoru izvērtēšana:

- diagnozes pārskats;
- iespējamie komorbīdie traucējumi;
- esošās intervences izvērtējums;
- izvērtējums par turpmāko terapiju klientam un iespējamo palīdzību ģimenei.

SSRI un atipiskie neiroleptiķi

Ja pirmās izvēles medikamenti nav devuši vēlamu rezultātu, ir iespēja pievienot klāt risperidonu – jāsāk ar 0,25 mg, katru nedēļu palielinot devu par 0,25mg, bet nepārsniedzot 1,5–2 mg robežu. Regulāri sekot līdzī zāļu efektivitātei un blakusparādībām.

SSRI un klomipramīns

Pētījumi rāda, ka var uzlabot klomipramīna terapeitisko efektu un mazināt nelabvēlīgo ietekmi, tam kombinējot klāt SSRI antidepressantus mazās devās. Jāievēro piesardzība šajā kombinācijā, jo palielinās risks serotonīna sindroma attīstībai.

! Lietojot klomipramīnu, pacientiem jāizvairās no greipfrūta un greipfrūtu sulas, jo tā var paaugstināt klomipramīna vidējo koncentrāciju plazmā. (3) (7) (19)

Citas ārstniecības metodes rezistentiem obsesīvi kompulsīviem traucējumiem

Pieaugušiem pacientiem ar rezistentiem vai smagiem hroniskiem obsesīvikompulsīviem traucējumiem ārstēšanas procesā var apsvērt tehnoloģisko metožu izmantošanu, kā, piemēram, transkraniālā magnētiskā stimulācija, elektrokonvulsīvā terapija, dziļā smadzeņu stimulācija, vagusa nerva stimulācija. Pašreiz vēl mērķa struktūras un pašas metodes nav pietiekami skaidri klasificētas, tādēļ ir nepieciešami vēl vairāk un mērķtiecīgāki pētījumi, kas padarītu metodes precīzākas, lai varētu izstrādāt personalizētas un drošas ārstēšanas pieejas. Norit arī eksperimentāli pētījumi, kur tiek izmantota magnētiskās rezonanses ultraskaņas kontrolētā metode, kas varētu nodrošināt maigāku pieeju ārstēšanas procesam. Šīm metodēm šobrīd bērnu un pusaudžu vecumā nav nozīmes. (4)

23. Obsesīvi kompulsīvu un saistītu traucējumu remisijas sasniegšana, uzturošā terapija un ilgtermiņa novērošana

OKT un saistītu traucējumu gadījumā remisija ir, kad CY-BOCS vērtējums ir zem 7. Ja efektīvas bija psiholoģiskās intervences, uzturošā terapija ir jāturpina ar psiholoģiskām intervencēm turpmākos 3–6 mēnešus. Farmakoterapija uzturošā devā ir jāturpina 8–12 mēnešus un 1 x mēnesī ir jāatradās bērnu psihiatram. Pēc tam devu var pakāpeniski reducēt ik pēc 1–2 mēnešiem par 10–25 %. Regulāri jāvērtē bērna psihiskā stāvokļa izmaiņas un vajadzības gadījumā jākorrigē uzturošā terapiju. (4)

24. Atveseļošanās

Pirms lēmuma pieņemšanas par terapijas pārtraukšanu jāveic pacienta stāvokļa atkārtota novērtēšana ar CY-BOCS. Ja vērtējums ir zem 7, var lemt par farmakoterapijas atcelšanu. Jāņem vērā, ka, pārtraucot medikamentozo terapiju, pastāv recidīva risks. Pacientu vajadzētu novērot pēc individuāla plāna turpmākos 12 mēnešus. Ja šajā periodā neparādās nekādi simptomi, pacients tiek novirzīts uz vispārējo veselības aprūpi un tiek uzskatīts par izārstētu.

25. Pāreja uz pieaugušo psihiatrisko aprūpi

- 17 g. v. pusaudzim, kurš ārstējas no OKT un saistītiem traucējumiem, vajadzētu turpināt saņemt intervenci pat tad, kad viņam jau paliek 18 gadi.

- 17–18 g. v. pusaudzim, kuram nemazinās simptomi pēc plāna vai kurš ārstējas no hroniskiem vai rezistentiem OKT un saistītiem traucējumiem, vajadzētu palīdzēt nodrošināt pāreju uz pieaugušo aprūpi.
- 17–18 g. v. pusaudzi, kurš veiksmīgi noslēdzis intervenci, nevajadzētu nosūtīt uz pieaugušo aprūpi, ja vien netiek uzskatīts, ka viņam ir augsts recidīva risks.

Atsauces

1. Lorrin M. Koran, M.D., Chair Gregory L. Hanna, M.D. Eric Hollander, M.D. Gerald Nestadt, M.D. Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder, American Psychiatric Association, 2007. Available online at http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm.
2. Janardhan Reddy, Y.C.; Sundar, A. Shyam; Narayanaswamy, Janardhanan C.; Math, Suresh Bada. Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. Indian Journal of Psychiatry: January 2017 – Volume 59.
3. Daniel A. Geller, John March, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, January 2012.
4. Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza, Prof. Dr. med. Tobias Renner, Prof. Dr. med. Christoph Wewetzer Dipl.-Psych. Gunilla Wewetzer Dipl.-Psych. Karsten Hollmann Prof. Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Manfred Döpfner, Langversion der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie für Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter.
5. Ajit Avasthi, Akhilesh Sharma, and Sandeep Grover, Clinical Practice Guidelines for the Management of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents, Indian Journal of Psychiatry, Jan 1, 2019.
6. Ali M. Khan MD, The Effectiveness of SSRIs for Treatment of OCD in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2020-10-01, Volume 59, Issue 10, Pages S202-S202
7. Sundhedsstyrelsen, Danish Health Authority, National Clinical Guideline on treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD)], 2016.
8. Clinical Knowledge Summaries: Obsessive-compulsive disorder, National Institute for Health and Care Excellence, July 2013.

9. Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., & Ort, S. I. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844–852.
10. Chang K*, Frankovich J*, Cooperstock M, Cunningham M, Latimer E, Murphy T, Pasternack M, Thienemann M, Williams K, Walter J, Swedo S. Clinical Evaluation of Youth with Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS): Recommendations from the 2013 PANS Consensus Conference. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, Vol. 25, No. 1, February 2015: 3-13. PMID: 25325534.
11. Swedo S, Frankovich J, and Murphy T. Overview of Treatment of Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, Vol. 27, No. 7, September 2017. ahead of print <http://doi.org/10.1089/cap.2017.0042>.
12. Foa EB, Coles M, Huppert JD, Pasupuleti RV, Franklin ME, March J. Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. *Behavior Ther.* 2010;41(1):121–32.
13. Storch, E. A., Kaufman, D. A. S., Banger, D., Merlo, L. J., Shapira, N. A., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2007). Florida Obsessive-Compulsive Inventory: Development, reliability and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 2007; 63, 851–859.
14. Storch, E., Lewin, A.B. *Clinical handbook of Obsessive-Compulsive and related disorders: A Case-Based approach to treating pediatric and adult populations.* 2016; Springer International Publishing, Switzerland.
15. DynaMed. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). EBSCO Information Services. Accessed Dec 10, 2022.
16. Rosenberg D., Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents, Literature review, Dec 2022.
17. Rosenberg DR, Gershon S (Eds), Wiley-Blackwell, *Pharmacotherapy of Child and Adolescent Psychiatric Disorders*, 3rd ed., United Kingdom 2012.
18. Sakolsky D, Birmaher B. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). In: *Pharmacotherapy of Child and Adolescent Psychiatric Disorders*, Rosenberg DR, Gershon S (Eds), Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ 2012. p.155.
19. Öst LG, Riise EN, Wergeland GJ, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2016.

20. Tobin V. Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2018 Mar.
21. Benarous X, Consoli A, Cohen D. Quelle prescription d'antidépresseurs chez l'enfant ? [Antidepressant medication in children]. Rev Prat. 2020 May.

Pielikumi

1. pielikums

OCI-CV

Instrukcija. Apgalvojumi ir izveidoti tā, lai palīdzētu Tavam ārstam veiksmīgāk izvērtēt Tavus trauksmes simptomus. Lūdzu, atbilde uz apgalvojumiem godīgi. Atbildot uz apgalvojumiem, domā par savām sajūtām, domām un pieredzi. Lūdzu, atzīmē atbildi “nekad”, “dažreiz” vai “vienmēr” atbilstoši savai pieredzei.

	Nekad (0)	Dažreiz (1)	Vienmēr (2)
1. Es nevaru pārstāt domāt par sliktām lietām.			
2. Man ir sajūta, ka man lietas ir jānomazgā atkal un atkal.			
3. Manā istabā ir daudz lietu, kuras esmu atradis (krāju lietas, kuras nejauši atrodu).			
4. Es pārbaudu lietas atkal un atkal, piemēram, vai esmu visu vajadzīgo ielicis skolas somā.			
5. Kad esmu izdarījis lietas, es šaubos, vai tiešām tās paveicu.			
6. Man ir jāskaita cipari, kamēr es daru citas lietas.			
7. Es krāju lietas, kuras man nav vajadzīgas.			
8. Mani satrauc, ja manas lietas nav pareizi sakārtotas.			
9. Es mēdzu iekavēt skolas darbus, jo es atkārtāju noteiktas lietas atkal un atkal.			
10. Es daudz raizējos par tīrību.			
11. Sliktas domas mani satrauc.			
12. Man ir jāskaita noteikti cipari atkal un atkal.			

13. Pat tad, kad pabeidzu lietas, man ir jāraizējas, vai patiesi esmu tās paveicis.			
14. Sliktas domas traucē man pat tad, kad es to nevēlos.			
15. Es vairākas reizes pārbaudu, vai logi un durvis ir aizvērti.			
16. Es neizmetu lietas, jo baidos, ka vēlāk tās var man noderēt.			
17. Mani satrauc, kad citi maina manis ieviesto lietu kārtību.			
18. Ja slikta doma ienāk man prātā, man ir jādara vai jāsaka noteiktas lietas.			
19. Man vajag, lai lietas vienmēr ir tieši tā, kā tām jābūt.			
20. Pat tad, kad daru lietas ļoti uzmanīgi, es šaubos, vai būšu tās paveicis pareizi.			
21. Es mazgāju savas rokas vairāk nekā citi bērni.			

Aptauja tulkota no angļu valodas. Tā nav adaptēta un validēta Latvijas populācijā.

2. pielikums

Florida Obsessive-Compulsive Inventory (FOCI)

Vārds:

Datums:

General Instructions: The questions below are designed to help health professionals evaluate anxiety symptoms. Keep in mind, a high score on this questionnaire does not necessarily mean you have an anxiety disorder — only an evaluation by a health professional can make this determination. Answer these questions as accurately as you can.

PART A Instructions: Please check YES or NO for the following questions, based on your experience in the past MONTH:

Have you been bothered by unpleasant thoughts or images that repeatedly enter your mind, such as:

-
- | | | | |
|---|--|---------------------------|--------------------------|
| 1 | Concerns with contamination (dirt, germs, chemicals, radiation) or acquiring a serious illness such as AIDS? | <input type="radio"/> Yes | <input type="radio"/> No |
| 2 | Overconcern with keeping objects (clothing, tools, etc) in perfect order or arranged exactly? | <input type="radio"/> Yes | <input type="radio"/> No |
| 3 | Images of death or other horrible events? | | |

Yes No

4 Personally unacceptable religious or sexual thoughts?

Yes No

Have you worried a lot about terrible things happening, such as:

5 Fire, burglary or flooding of the house?

Yes No

6 Accidentally hitting a pedestrian with your car or letting it roll down a hill?

Yes No

7 Spreading an illness (giving someone AIDS)?

Yes No

8 Losing something valuable?

Yes No

9 Harm coming to a loved one because you weren't careful enough?

Yes No

Have you worried about acting on an unwanted and senseless urge or impulse, such as:

10 Physically harming a loved one, pushing a stranger in front of a bus, steering your car into oncoming traffic; inappropriate sexual contact; or poisoning dinner guests?

Yes No

Have you felt driven to perform certain acts over and over again, such as:

11 Excessive or ritualized washing, cleaning or grooming? Yes No

12 Checking light switches, water faucets, the stove, door locks or the emergency brake? Yes No

13 Counting, arranging; evening-up behaviors (making sure socks are at same height)? Yes No

14 Collecting useless objects or inspecting the garbage before it is thrown out? Yes No

15 Repeating routine actions (in/out of chair, going through doorway, relighting cigarette) a certain number of times or until it feels *just right*? Yes No

16 Needing to touch objects or people? Yes No

17 Unnecessary rereading or rewriting; reopening envelopes before they are mailed? Yes No

18 Examining your body for signs of illness? Yes No

19 Avoiding colors (“red” means blood), numbers (“13” is unlucky) or names (those that start with “D” signify death) that are Yes No

associated with dreaded events or unpleasant thoughts?

- 20 Needing to “confess” or repeatedly asking for reassurance that you said or did something correctly? Yes No

If you answered YES to one or more of these questions, please continue with Part B.

PART B Instructions: The following questions refer to the repeated thoughts, images, urges or behaviors identified in Part A. Consider your experience during the past 30 days when selecting an answer.

Click the most appropriate number from 0 to 4.

1. On average, how much *time* is occupied by these thoughts or behaviors each day?
- | | | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| None | Mild
(less than 1 hour) | Moderate
(1 to 3 hours) | Severe
(3 to 8 hours) | Extreme
(more than 8 hours) |

2. How much *distress* do they cause you?
- | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| None | Mild | Moderate | Severe | Extreme
(disabling) |

3. How hard is it for you to *control* them?
- | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|

Complete control Much control Moderate control Little control No control

4. How much do they cause you to *avoid* doing anything, going anyplace or being with anyone?

0 1 2 3 4
 No avoidance Occasional avoidance Moderate avoidance Frequent and extensive avoidance Extreme avoidance (house-bound)

5. How much do they *interfere* with school, work or your social or family life?

0 1 2 3 4
 No interference Slight interference Definitely interferes with functioning Much interference Extreme interference (disabling)

Keep in mind, a high score on this questionnaire does not necessarily mean you have an anxiety disorder – only an evaluation by a health professional can make this determination.

3. pielikums

Jeilas-Braunas obsesīvi kompulsīvu traucējumu pašnovērtējuma aptauja

Lūdzu, izlasiet katru apgalvojumu (1. aile) un simptomu aprakstu ar paskaidrojumiem (3. aile).

Katram apgalvojumam ir iespējami 5 atbilžu varianti. Izvēlieties, kurš no iespējamiem apgalvojuma variantiem Jums vislabāk atbilst, ieliekot atbilstošajā rūtiņā atzīmi "X".

1.	2.	3.
Apgalvojums	Simptomi	Apraksts un paskaidrojumi
	Cik bieži Jums parādās šīs uzmācīgās domas? ___ 0 = Nekad ___ 1 = Reti ___ 2 = Dažreiz ___ 3 = Bieži ___ 4 = Gandrīz visu laiku	
1. Es baidos, ka varētu sev nodarīt pāri.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail ēst ar dakšu vai nazi, rīkoties ar asiem priekšmetiem; bail pastaigāties gar stiklotiem logiem.
2. Es baidos, ka varētu citiem nodarīt pāri.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail no cita cilvēka ēdiena saindēšanas; bail nodarīt pāri bērnam; bail aizskart kāda jūtas, bail nodarīt kādam pāri, dodot sliktu padomu.
3. Man prātā ir vardarbīgas vai šausminošas ainas.	_0 _1 _2 _3 _4	Slepkavības tēli vai citas riebīgas ainas.
4. Es baidos, ka impulsīvi pateikšu neķītrības un apvainojumus.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail pateikt neķītrības sabiedriskās vietās, piem., baznīcā; bail uzrakstīt neķītrības.
5. Es baidos izdarīt kaut ko citu apkaunojošu.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail izskatīties muļķīgi sociālās situācijās.
6. Es baidos, ka reaģēšu uz nevēlamiem impulsiem.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail iebraukt ar automašīnu kokā; bail notriekt kādu; bail sadurt draugu.
7. Es baidos, ka kaut ko nozagšu.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail "apkrāpt" kasieri, nozagt nedārgas lietas.

8. Es baidos, ka nodarīšu pāri citiem, jo neesmu pietiekami uzmanīgs/-a.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail izraisīt negadījumu, to neapzinoties (piemēram, notriekt gājēju un aizbēgt no notikuma vietas).
9. Es baidos, ka būšu atbildīgs/-a par kādu citu briesmīgu notikumu.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail izraisīt ugunsgrēku vai ielaušanos paša nepietiekamas uzmanības dēļ, pārbaudot māju pirms izešanas.
10. Mani satrauc vai iedveš riebumu ķermeņa izdalījumi vai sekrēcijas.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail no saslimšanas ar AIDS, vēzi vai citām slimībām publiskajās tualetēs; bail no paša siekalām, urīna, fekālijām, maksts izdalījumiem vai spermas.
11. Mani satrauc netīrumi vai mikrobi.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail no mikrobu uzņemšanas, sēžot kādos konkrētos krēslus, sarokojoties vai pieskaroties durvju rokturiem.
12. Es esmu pārmērīgi norūpējies/-usies par vielām, kas piesārņo vidi.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail no saindēšanās ar azbestu; bail no radioaktīvām vielām; bail no lietām, kas ir saistītas ar pilsētām, kur ir toksiskas atkritumu izgāztuves.
13. Mani ļoti satrauc atsevišķi sadzīves tīrīšanas līdzekļi.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail no indīgiem virtuves vai vannasistabas tīrīšanas līdzekļiem, šķīdinātājiem, aerosoliem pret kukaiņiem vai terpentīna.
14. Es esmu pārmērīgi norūpējies/-usies par infekcijām un slimībām, ko pārnēsā dzīvnieki.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail no inficēšanās, pieskaroties kukainim, sunim, kaķim vai citam dzīvniekam.
15. Mani uztrauc lipīgas vielas vai nogulsnes.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail no līmlentes un citām lipīgām vielām, kurām var pieķerties indīgas vielas.
16. Es esmu norūpējies/-usies, ka saslimšu inficējoties.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail no saslimšanas, nonākot tiešā saskarsmē ar piesārņotājiem (pārliecība par to, cik ilgs laiks vajadzīgs, lai slimība parādītos, mainās).
17. Es esmu norūpējies/-usies, ka inficēšu citus.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail pieskarties citiem cilvēkiem vai gatavot viņiem ēdienu, ja esat pieskāries/-usies indīgām vielām (piem., benzīnam) vai paša ķermenim.
18. Man ir aizliegtas vai perversas seksuāla rakstura domas, ainas vai dziņas.	_0 _1 _2 _3 _4	Nevēlamas seksuālas dabas domas par svešiniekiem, ģimeni vai draugiem.

19. Man ir seksuālas dabas uzmācīgas domas, kas saistītas ar bērniem vai incestu.	_0 _1 _2 _3 _4	Nevēlamas domas par seksuālu uzmākšanos paša vai cita bērnam.
20. Man ir uzmācīgas domas par homoseksualitāti.	_0 _1 _2 _3 _4	Tādas bažas kā “Es esmu homoseksuāls/-a” vai “Ja nu es pēkšņi kļūšu homoseksuāls/-a?”, lai gan šādām domām nav pamata.
21. Man ir uzmācīgas domas par agresīvu seksuālu uzvedību attiecībā uz citiem cilvēkiem.	_0 _1 _2 _3 _4	Nevēlamas ainas ar vardarbīgu seksuālu uzvedību ar pieaugušiem svešiniekiem, draugiem vai ģimenes locekļiem.
22. Man ir uzmācīga tieksme glabāt/krāt mantas.	_0 _1 _2 _3 _4	Grūtības izmest nesvarīgas lietas, kas var noderēt nākotnē; vēlme savākt un krāt nevajadzīgas.
23. Mani satrauc svētuma apgānīšana un zaimošana.	_0 _1 _2 _3 _4	Raizes par zaimojošām domām, par zaimu izteikšanu vai tapt sodītam/-ai par šādām lietām.
24. Es esmu pārmērīgi norūpējies/-usies par morālas dabas jautājumiem.	_0 _1 _2 _3 _4	Raizes vienmēr izdarīt “pareizo lietu”, raizes, vai nav kādam nav samelots vai kāds nav apmānīts.
25. Man ir uzmācīgas domas par simetriju vai precizitāti.	_0 _1 _2 _3 _4	Raizes par kārtīgu papīru un grāmatu sakārtošanu rindā; raizes par kalkulāciju vai rokraksta perfektumu.
26. Es jūtu, ka man ir jāzina vai jāatceras noteiktas lietas.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs domājat, ka Jums ir nepieciešams atcerēties nebūtiskas lietas, piem., automašīnu numurus, vecus telefona numurus, uzrakstus uz T krekliem.
27. Es baidos pateikt noteiktas lietas.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail pateikt noteiktus vārdus (piemēram, “trīspadsmit”) mānīcības dēļ; bail pateikt kaut ko, kas būs necieņas izrādīšana mirušam cilvēkam.
28. Es baidos nepateikt pareizo lietu.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail, ka ir pateikts kaut kas nepareizs; bail nepateikt “perfekto” vārdu.
29. Es baidos pazaudēt lietas.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail pazaudēt naudas maku vai nesvarīgus priekšmetus, piem., piezīmju papīra gabaliņu.
30. Man prātā ir traucējošas, uzmācīgas (neitrāla rakstura) ainas.	_0 _1 _2 _3 _4	Prātā ir nejaušas, nevēlamas ainas.

31. Man prātā ir traucējošas, uzmācīgas nesakarīgas skaņas, vārdi vai mūzika.	_0 _1 _2 _3 _4	Prātā ir vārdi, dziesmas vai mūzika, ko nevar apturēt.
32. Man prātā ir traucējošas, uzmācīgas skaņas un trokšņi.	_0 _1 _2 _3 _4	Raizes par pulksteņa skaļu tikšķēšanu vai balsīm citā istabā, kas var traucēt gulēšanu.
33. Man ir laimīgie un nelaimīgie skaitļi.	_0 _1 _2 _3 _4	Raizes par vispārējiem skaitļiem (piem., trīspadsmit), kas var mudināt veikt aktivitātes konkrētas laimīgā skaitļa reizes vai atcelt darbību līdz konkrētai laimīgai dienas stundai.
34. Es piešķiru īpašu nozīmi atsevišķām krāsām.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail izmantot noteiktas krāsas priekšmetus (piem., melns var būt saistīts ar nāvi, sarkans – ar asinīm).
35. Man piemīt māņticīgas bailes.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail iet gar kapsētu; bail šķērsot ceļu melnam kaķim; bail no zīmēm, kas saistītas ar nāvi.
36. Es esmu norūpējies/-usies par saslimšanu vai slimībām.	_0 _1 _2 _3 _4	Bail, ka Jums ir tādas slimības kā vēzis, sirds saslimšanas vai AIDS, par spīti tam, ka ārsti apgalvo pretējo.
37. Es esmu pārmērīgi norūpējies/-usies par kādu savu ķermeņa daļu vai kāda mana izskata aspektu.	_0 _1 _2 _3 _4	Raizes, ka Jūsu seja, ausis, deguns, acis vai cita ķermeņa daļa ir sevišķi neglīta, pretēji apliecinājumiem, ka tā nav.
Apgalvojums	Simptomi	Apraksts un paskaidrojumi
	Cik bieži Jūs veicat kompulsīvas darbības? ___0 = Nekad ___1 = Reti ___2 = Dažreiz ___3 = Bieži ___4 = Gandrīz visu laiku	
38. Es pārmērīgi mazgāju savas rokas vai	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs mazgājat rokas vairākas reizes dienā vai ilgi pēc tam, kad esat pieskāries vai domājat, ka esat

piekopju roku mazgāšanu kā rituālu.		pieskāries netīram priekšmetam. Tas var iekļaut arī roku mazgāšanu visā to garumā.
39. Es pārmērīgi bieži eju dušā, vannā, tīru zobus, kopju sevi vai veicu higiēnas darbības, vai piekopju šīs darbības kā rituālu.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs ejat dušā vai vannā vai veicat citas sevis kopšanas darbības, kas ilgst vairākas stundas. Ja tiek pārtraukta secība, viss process, iespējams, jāsāk no jauna.
40. Es esmu pārņemts/-a ar sadzīves priekšmetu vai citu nedzīvu priekšmetu tīrīšanu.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs pārmērīgi tīrāt krānus, tualetes podu, grīdu, virtuves letes vai virtuves piederumus.
41. Es daru citas lietas, lai izvairītos vai likvidētu saskarsmi ar netīrumiem.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs lūdzat ģimenes locekļiem rīkoties ar insekticīdiem, atkritumiem, benzīna tvertnēm, jēlu gaļu, krāsām, medikamentiem zāļu skapītī vai kaķa pakaišiem (vai lūdzat ģimenes locekļiem likvidēt šīs lietas). Ja nevarat izvairīties no šīm lietām, Jūs, iespējams, valkājat cimdus, piemēram, izmantojot pašapkalpošanās benzīna sūkni.
42. Es pārbaudu, vai neesmu citiem nodarījis pāri.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs pārbaudāt, vai neesat kādam nodarījis pāri, pats to nezinot. Iespējams, vaicājat citiem pēc atkārtota apliecinājuma vai piezvanāt, lai pārliecinātos, ka viss ir kārtībā.
43. Es pārbaudu, vai neesmu savainojis pats sevi.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs meklējat savainojumus vai asiņošanas pēc rīkošanās ar asiem vai plīstošiem priekšmetiem. Iespējams, bieži apmeklējat ārstu, lai pārliecinātos, ka neesat sevi savainojis.
44. Es pārbaudu, vai nav noticis nekā briesmīgs.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs laikrakstos, radio, televīzijā meklējat ziņas par katastrofām, kuras, jums šķiet, esat izraisījis. Jūs, iespējams, jautājat cilvēkiem apliecinājumu, ka neesat izraisījis negadījumu.
45. Es pārbaudu, vai neesmu kļūdījies.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs atkārtoti pārbaudāt durvju slēdzenes, plītis, elektrības kontaktus, pirms izejat no mājas; atkārtoti pārbaudāt, lasot, rakstot vai veicot vienkāršus aprēķinus, lai pārliecinātos, ka neesat kļūdījies (Jūs nevarat būt drošs, ka neesat).
46. Es pārbaudu savu fizisko stāvokli, kas ir	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs meklējat apliecinājumus pie draugiem vai ārstiem, ka Jums nav

saistīts ar manām uzmācīgajām domām par manu ķermeni.		infarkts vai vēzis; atkārtoti mērāt pulsu, asinsspiedienu vai temperatūru; pārbaudāt savas ķermeņa smaržas/smakas; pārbaudāt savu izskatu spogulī, meklējot neglītas pazīmes.
47. Es pārlasu vai pārrakstu lietas.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs vairākas stundas lasāt dažas lappuses grāmatā vai rakstāt īsu vēstuli, jo iekļūstat lasīšanas un pārlasīšanas ciklā; uztraucaties, ka Jūs nesapratāt to, ko tikko izlasījāt; meklējat “īsto” vārdu vai frāzi; Jums ir uzmācīgas domas par noteiktu drukātu burtu formu grāmatā.
48. Man ir jāatkārto ikdienišķas lietas.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs veicat atkārtotas darbības, piemēram, ieslēdzat un izslēdzat ierīces, ķemmējat matus, ejat iekšā un ārā pa durvīm vai meklējat noteiktu virzienu; nejūtaties ērti, ja vien neesat darījis šīs lietas “pareizā” reīžu skaitā.
49. Es esmu pārņemts/-a ar skaitīšanu.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs skaitāt tādus priekšmetus kā griestu vai grīdas flīzes, grāmatas grāmatplauktā, naglas sienā; skaitāt, atkārtojot noteiktas darbības, piemēram, mazgājot.
50. Es esmu pārņemts/-a ar kārtošanu.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs sakārtojāt taisni papīru un pildspalvas uz galda vai grāmatas grāmatplauktā, stundām ilgi varat kārtot lietas savā mājā un ļoti satraucaties, ja šī kārtība tiek izjaukta.
51. Es esmu pārņemts/-a ar lietu vākšanu, krāšanu.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs krājat vecus laikrakstus, piezīmes, bundžas, papīra dvieļus, ietinamos papīrus un tukšas pudeles, baidoties, ka, ja tās izmetīsiet, tās kādreiz var ievajadzēties; vācat nederīgus priekšmetus uz ielas vai no atkritumu tvertnēm.
52. Man prātā ir rituāli (kas nav pārbaudīšana/skaitīšana).	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs galvā veicat rituālus, piemēram, skaitāt lūgšanas vai domājat “labas” domas, lai atsauktu “sliktas” domas. Šie rituāli atšķiras no uzmācīgām domām, jo veicat tos apzināti, lai samazinātu satraukumu vai justos labāk.
53. Man ir jāizstāsta, jājautā vai jāatzīstas.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs jautājat citiem cilvēkiem, lai tie Jūs pārlicinātu; atzīstaties lietās, ko nekad neesat darījis, ticot, ka jums jāsaka citiem cilvēkiem noteiktas lietas, lai justos labāk.

54. Man ir jāpieskaras, jāpiesit pie lietām vai jāparīvē lietas.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs padodaties vēlmei pieskarties nelīdzeniem priekšmetiem vai karstiem priekšmetiem, piem., plīts virsmai; vēlmei viegli pieskarties cilvēkiem; ticat, ka ir nepieciešams pieskarties priekšmetiem, piem., telefonam, lai pasargātu ģimeni no slimības.
55. Es veicu darbības (kas nav pārbaudes), lai novērstu pāridarījumus vai briesmīgas sekas sev vai citiem.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs izvairāties no asiem vai plīstošiem priekšmetiem, piemēram, nažiem, šķērēm un trausla stikla.
56. Man ir ritualizēta ēšanas uzvedība.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs izkārtojat ēdienu, nazi vai dakšu konkrētā kārtībā, lai spētu sākt ēst; Jūs ēdat, ievērojot stingru rituālu; nespējat sākt ēst, pirms pulksteņa rādītājs precīzi norāda uz konkrētu laiku.
57. Man ir māņticīga uzvedība.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs nebraucat ar autobusu vai vilcienu, ja tā numurā ir “nelaimīgs” skaitlis (piemēram, trīspadsmit), paliekat mājās mēneša trīspadsmitajā datumā, izmetat apģērbu, ko esat valkājis, ejot garām bērēm vai kapsētai.
58. Es sev izrauju matus.	_0 _1 _2 _3 _4	Jūs raujat matus ārā no galvas, uzacīm, raujat ārā skropstas vai citām publiski redzamām ķermeņa vietām, pielietojot savus pirkstus vai pinceti. Jūs mēdzat izveidot bezspalvainas, kailas vietas.

Skalas	α
Uzmācīgas domas ar agresīvu raksturu	0,76
Uzmācīgas domas par inficēšanos	0,86
Uzmācīgas domas ar seksuālu raksturu	0,49
Krāšanas uzmācības	NA
Uzmācīgas domas ar reliģisku raksturu	0,43
Uzmācīgas domas par simetriju	NA
Dažādas uzmācības	0,87
Uzmācīgas domas ar somatisku raksturu	0,4
Mazgāšanas kompulsijas	0,84
Pārbaudīšanas kompulsijas	0,77
Atkārtotāšanas kompulsijas	0,86
Skaitīšanas kompulsijas	NA
Kārtošanas kompulsijas	NA
Krāšanas kompulsijas	NA
Dažādas kompulsijas	0,78
Uzmācības kopā	0,93
Kompulsijas kopā	0,91
Skala kopā	0,95