



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 ceļš

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.

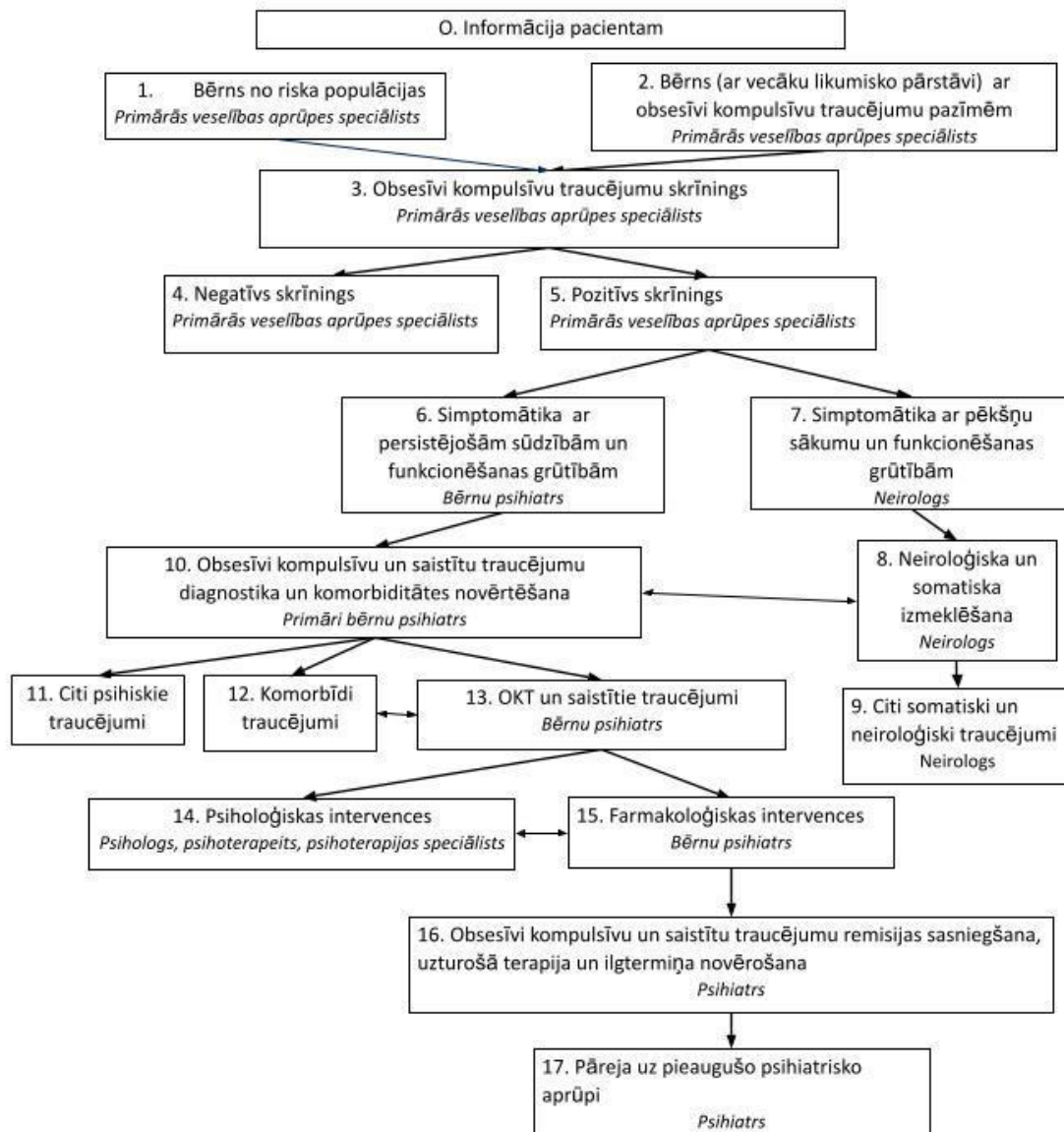


Saturs

Saturs	2
Klīniskā ceļa shēma	3
Lietotie saīsinājumi	4
Klīniskais ceļš	5
Mērķauditorija	5
0. Informācija pacientam	5
1. Bērns no riska populācijas	6
2. Bērns (ar vecāku likumisko pārstāvi) ar obsesīvi kompulsīvu traucējumu pazīmēm	6
3. Obsesīvi kompulsīvu traucējumu skrīnings	7
4. Negatīvs skrīnings	7
5. Pozitīvs skrīnings	7
6. Simptomātika ar persistējošām sūdzībām un funkcionēšanas grūtībām	7
7. Simptomātika ar pēkšņu sākumu un funkcionēšanas grūtībām	8
8. Neuroloģiska un somatiska izmeklēšana	8
9. Citi somatiski un neuroloģiski traucējumi	8
10. Obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu diagnostika un komorbiditātes novērtēšana	8
11. Citi psihiskie traucējumi	9
12. Komorbīdi traucējumi	9
13. Obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi	9
14. Psiholoģiskas intervences	9
15. Farmakoloģiskas intervences	10
16. Obsesīvi kompulsīvu un saistītu traucējumu remisijas sasniegšana, uzturošā terapija un ilgtermiņa novērošana	11
17. Pāreja uz pieaugušo psihiatrisko aprūpi	11
Atsauces	12
Pielikumi	14
1. pielikums	14
2. pielikums	16

Klīniskā ceļa shēma

Obsesīvi kompulsīvi traucējumi bērniem un pusaudžiem. Klīniskais ceļš.



*Visi klīniskajā ceļā ietvertie pakalpojumi tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.

Lietotie saīsinājumi

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

OKT – obsesīvi kompulsīvi traucējumi

Klīniskais ceļš

Mērķauditorija

- 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

0. Informācija pacientam

Obsesīvi kompulsīvi traucējumi 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 vecuma ir lielāka nekā meitenēm, kas veido attiecību 3:2, bet pusaudžu gadus, 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 agrīns ārstēšanas sākums 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)

- **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 dignozes 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

1. Bērns no riska populācijas

Bērnam/pusaudzim nav OKT pazīmju, bet ir:

- citi psihiskās veselības traucējumi, kuriem ir augsts komorbiditātes risks ar OKT un saistītiem traucējumiem.

UN/VAI

- viens vai vairāki OKT un saistīto traucējumu riska faktori. (4)

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

Pats bērns/pusaudzis vai ģimene ir pamanījuši OKT un saistīto traucējumu raksturīgās pazīmes:

- uzmācīgas domas (obsesijas);
- uzmācīgas darbības (kompulsijas).

Bērns/pusaudzis ar vecāku vai likumisko pārstāvi vēršas pie primārās veselības aprūpes speciālista (piemēram, ģimenes ārsta, medmāsa) vai psihologa (klīniskā vai izglītības). (2)

3. Obsesīvi kompulsīvu traucējumu skrīnings

OKT un saistīto traucējumu skrīningu veic primārās veselības aprūpes speciālists (piemēram, ģimenes ārsts, medmāsa) vai psihologs. Speciālists ievāc rūpīgu anamnēzi un izmanto OKT algoritma 3. punktā minētos OKT skrīninga instrumentus. (12) (13)

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

4. Negatīvs skrīnings

Ja, veicot skrīningu ar OCI-CV, kopējais rezultāts ir 0–10 punkti, pašreiz nav OKT. Pašreiz pacientam nav nepieciešama speciālizēta palīdzība (12) (13).

5. Pozitīvs skrīnings

Ja, veicot skrīningu ar OCI-CV, kopējais rezultāts ir > 10, visticamāk, bērnam/pusaudzim ir OKT (12) (13). Nepieciešama tālāka klīniska izvērtēšana. Primārās veselības aprūpes speciālists izvērtē iegūto informāciju pēc simptomātikas sākuma un funkcionēšanas grūtībām.

- Ja ir straujš simptomātikas sākums ar būtiskām funkcionēšanas grūtībām, bērns/pusaudzis nosūtāms pie bērnu neirologa simptomātikas izvērtēšanai un diagnozes precizēšanai (skatīt 7. punktu).
- Ja sūdzības par OKT simptomātiku ir ilgstošas un ikdienas funkcionēšana ietekmēta, bērns/pusaudzis nosūtāms pie bērnu psihiatra (skatīt 6. punktu).

Ja skrīningu veicis psihologs (piemēram, izglītības iestādē vai psihologa praksē) un skrīninga rezultāti ir pozitīvi, bērns/pusaudzis nosūtāms pie primārās veselības aprūpes speciālista (ģimenes ārsta) tālākā klīniskā izmeklēšanas procesa uzsākšanai veselības aprūpes sistēmas ietvaros.

6. Simptomātika ar persistējošām sūdzībām un funkcionēšanas grūtībām

Ja bērnam/pusaudzim ir ilgstoša OKT un saistīto traucējumu simptomātika un tas ietekmē ikdienas funkcionēšanu, primārās veselības aprūpes speciālists nosūta bērnu/pusaudzi pie bērnu psihiatra diagnozes precizēšanai.

Pirms tam primārās veselības aprūpes speciālists:

- ievāc anamnēzi;
- novērtē bērna/pusaudža sūdzību ilgumu;
- izvērtē citas psiholoģiskās, sociālās, veselības problēmas.

7. Simptomātika ar pēkšņu sākumu un funkcionēšanas grūtībām

Ja bērnam/pusaudzim OKT simptomu sākums ir ļoti pēkšņs un straujš 24–48 stundu laikā, primārās veselības aprūpes speciālists nosūta bērnu/pusaudzi simptomu izvērtēšanai un diagnozes precizēšanai pie bērnu neirologa.

Pirms tam primārās veselības aprūpes speciālists:

- ievāc anamnēzi;
- novērtē bērna/pusaudža sūdzību sākumu un ilgumu;
- izvērtē citas psiholoģiskās, sociālās, veselības problēmas.

8. Neiroloģiska un somatiska izmeklēšana

Par nepieciešamajiem izmeklējumiem un papildu speciālistu konsultācijām lemj primārās veselības aprūpes speciālists. Ja bērns nokļuvis bērnu psihiatra/neirologa aprūpē, bērnu psihiatrs/neirologs, izvērtējot izmeklējumu rezultātus un speciālistu atzinumus, lemj par nepieciešamajiem papildu izmeklējumiem.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

9. Citi somatiski un neiroloģiski traucējumi

Ja diagnostikas procesā tiek diagnosticēti citi somatiski un neiroloģiski traucējumi pēc starptautiskā slimību klasifikatora, primārās veselības aprūpes speciālists vai neirologs to ārstēšanā un rehabilitācijā balstās uz atbilstīgo klīnisko algoritmu.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

10. Obsesīvi kompulsīvu un saistīto traucējumu diagnostika un komorbiditātes novērtēšana

OKT un saistīto traucējumu klīnisko diagnostiku veic primāri bērnu psihiatrs bērnu psihiatra praksē, psihiatrijas dienas stacionārā vai reģionālā psihiatriskā stacionārā, uz kuriem nosūta ģimenes ārsts/pediātrs vai neirologs.

Klīniskie vai veselības psihologi pēc bērnu psihiatra rekomendācijas veic diagnostiskos testus, lai izslēgtu/apstiprinātu citus psihiskus traucējumus un/vai blakussaslimšanas – tos var veikt gan ambulatorajās psihiatru praksēs, gan psihiatrijas dienas stacionārā un stacionārā. (2) (4)

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

11. Citi psihiskie traucējumi

Ja izpētes un diagnostikas procesā tiek diagnosticēti citi psihiskie traucējumi pēc SSK-11 diagnožu klasifikatora, to ārstēšana un rehabilitācija notiek atbilstīgi attiecīgajam klīniskajam algoritmam.

Algoritmi citu psihisku traucējumu ārstēšanai atrodami vietnē <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi>.

12. Komorbīdi traucējumi

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

Algoritmi citu psihisku traucējumu ārstēšanai atrodami vietnē <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi>.

13. Obsesīvi kompulsīvi un saistītie traucējumi

Bērnu psihiatrs pēc starptautiskā slimību klasifikatora diagnostiskajiem kritērijiem nosaka diagnozi, paralēli vērtējot arī klīnisko pazīmju smagumu un funkcionēšanas grūtības.

14. Psiholoģiskas intervences

Psiholoģiskas intervences piemērojamas atbilstoši OKT un saistīto traucējumu smaguma pakāpei (skatīt OKT algoritma 15., 16., 18. un 21. punktu).

- Zemas intensitātes psiholoģiskās intervences var nodrošināt psihologs (skolā, Pusaudžu resursu centrā, psihologa praksē), kā arī medmāsa, ārsta palīgs, ģimenes ārsts, ja šiem speciālistiem ir atbilstošas zināšanas. Speciālists:

- nodrošina psihoizglītošanu bērnam/pusaudzim un viņa ģimenei;

- iepazīstina ar pašpalīdzības startēģijām, apmāca to pielietošanā;
- uzrauga stratēģiju pielietošanu 5–10 nedēļu garumā. (1) (8)

Ja intervence notiek veselības aprūpes sistēmas ietvaros, tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

Ja pēc 5–10 nedēļām bērna/pusaudža stāvoklis neuzlabojas, uzsākamās vidējas intensitātes psiholoģiskas intervences.

- Vidējas intensitātes psiholoģiskas intervences OKT gadījumā nodrošina psihoterapeits vai psihoterapijas speciālists, kā arī psihologs ar atbilstošām zināšanām un specializāciju psihoterapijā. Vidējas intensitātes psiholoģiskas intervences pieejamas bērnu psihiatru praksēs, psihiatrijas dienas stacionāros un stacionāros, kā arī psihoterapeitu un psihoterapijas speciālistu praksēs. Vairāk par vidējas intensitātes psiholoģiskajām intervencēm skatīt OKT algoritma 19. punktu.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

Speciālists seko līdz pacienta progresam. Ja pēc 8–10 nedēļām nav novērojams efekts no sniegtajām intervencēm, pacients atkārtoti nosūtāms pie psihiatra, lai pieņemtu lēmuma par medikamentozas terapijas uzsākšanu.i.

- Augstas intensitātes psiholoģiskas intervences tiek nodrošinātas psihiatrijas klīniku stacionāros, multidisciplināras profesionāļu komandas ietvaros, savstarpēji sadarbojoties visiem ārstēšanas procesā iesaistītajiem speciālistiem un bērna/pusaudža vecākiem (likumiskajiem pārstāvjiem), kā arī citiem speciālistiem no bērna/pusaudža ikdienas dzīves vides (piemēram, skolas). Skatīt OKT algoritma 22. punktu.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

15. Farmakoloģiskas intervences

Bērnu psihiatrs uzsāk farmakoloģisko terapiju ar antidepresantiem, ja bērnam/pusaudzim OKT un saistīto traucējumu simptomi nemazinās pēc 8–10 vidējas intensitātes psiholoģiskās intervences sesijām. Medikamentozās terapijas laikā bērnu psihiatrs

regulāri sekos līdzī zāļu efektivitātei un iespējamām blakusparādībām, kā arī lems par medikācijas pārtraukšanu, vispirms par to vienojoties ar bērnu/pusaudzi un viņa vecākiem (likumisko pārstāvi). (16) (17) (18)

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

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

Ja psiholoģiskās intervences ir efektīvas, uzturošā terapija ir jāturpina ar psiholoģiskām intervencēm turpmākos 3–6 mēnešus. Psiholoģisko palīdzību nodrošina psihologi un psihoterapijas speciālisti, un tie ir pieejami sekundārajā veselības aprūpes līmenī.

Ja tiek lietota farmakoterapija uzturošā devā, tā ir jāturpina 8–12 mēnešus un 1 x mēnesī jāapmeklē bērnu psihiatrs. Devu var pakāpeniski reducēt ik pēc 1–2 mēnešiem par 10–25 %.

Bērnu psihiatrs ambulatorajā praksē bērnu/pusaudzi uzraudzīs pēc terapijas pārtraukšanas vēl turpmākos 12 mēnešus pēc individuāla plāna.

Tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, kura ietvarus nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

17. Pāreja uz pieaugušo psihiatrisko aprūpi

Jauniešiem, kas sakarā ar OKT un saistītiem traucējumiem ir ārstēti un rehabilitēti bērnu psihiatrijas ārstniecības iestādēs un kuriem ir nepieciešama tālāka ārstēšana pieaugušo vecumā, jānodrošina iespēja atkārtotai izvērtēšanai, sasniedzot pilngadību. Ja jauniešiem nepieciešama tālāka psihiatriskā palīdzība saistībā ar OKT un saistīto traucējumu un/vai komorbīdu psihisko traucējumu simptomiem, ir jānodrošina koordinēta pāreja uz pieaugušo psihiatriskās veselības aprūpes dienestiem.

Noslēdzot sadarbību ar bērnu psihiatriskās veselības aprūpes dienestiem, ārstējošais ārsts sagatavo un izsniedz etapa epikrīzi, tajā iekļaujot gan pilnvērtīgu informāciju par pacienta veselības stāvokli, sadarbības laikā konstatētajiem veselības traucējumiem, par ārstēšanu un rehabilitāciju, gan rekomendācijas tālākai pacienta veselības aprūpei.

Jauniešiem ir jāsaņem pilnvērtīga informācija par pieaugušo psihiatriskās veselības aprūpes dienestiem. Pārejas plānošanā jāpiedalās jauniešiem un nepieciešamības gadījumā arī viņa vecākiem (likumiskajam pārstāvim).

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, atbildi 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 atkārtoju 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 jāsakā 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? Yes 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 Yes No

into oncoming traffic; inappropriate sexual contact; or poisoning dinner guests?

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?

<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
No avoidan ce	Occasio nal avoidanc e	Moderat e avoidan ce	Frequen t and extensiv e avoidan ce	Extreme avoidan ce (house-b ound)

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

<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
No ne	Slight interferen ce	Definitel y interfe res with functioni ng	Much interfe rence	Extreme interfe rence (disabli ng)

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.

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
Atkārtotības 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