



NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais  
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

**Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.3.0/15/1/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”**

## **Klīniskais algoritms**

### **Trauksmes spektra traucējumu diagnostika, terapija un uzraudzība bērniem un pusaudžiem**

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

Rīgā, 29.09.2023.



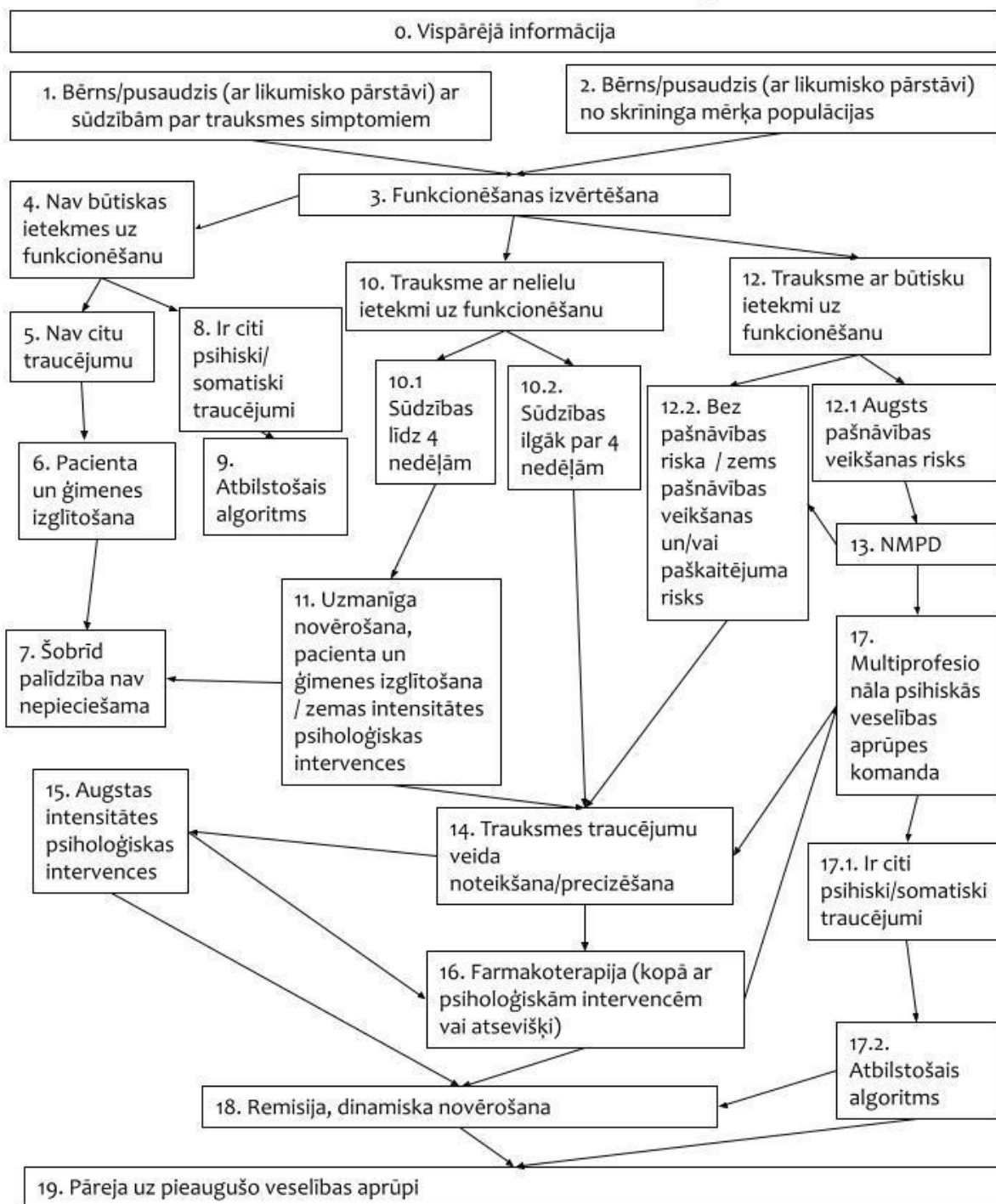
# Saturs

Saturs	2
Algoritma shēma	4
Lietotie saīsinājumi	5
Klīniskais algoritms	6
0.    Vispārējā informācija	6
Ievads un vispārīga informācija par trauksmi	6
Algoritma mērķi	7
Algoritma lietotāju mērķa grupas	7
Pamatprioritātes, ieviešot algoritmu	8
1.    Bērns/pusaudzis (ar likumisko pārstāvi) ar sūdzībām par trauksmes simptomiem	9
2.    Bērns/pusaudzis (ar likumisko pārstāvi) no skrīninga mērķa populācijas	10
2.1. Bērns/pusaudzis ar medicīniski neizskaidrojamām somatiskām sūdzībām	10
2.2. Bērns/pusaudzis ar trauksmes traucējumu risku	10
2.2.1. Bioloģiskie riska faktori	10
2.2.2. Ar ģimeni saistīti riska faktori	10
2.2.3. Psiholoģiskie riska faktori	10
2.2.4. Sociālie riska faktori	11
3.    Ikdienas funkcionēšanas izvērtēšana	11
3.1. Būtiska ietekme uz funkcionēšanu	11
3.2. Neliela ietekme uz funkcionēšanu	11
4.    Nav būtiskas ietekmes uz funkcionēšanu	12
5.    Nav citu traucējumu	12
6.    Pacienta un ģimenes izglītošana	12
7.    Šobrīd palīdzība nav nepieciešama	13
8.    Bērnam/pusaudzim konstatēti citi psihiski/somatiski traucējumi	13
8.1. Skrīninga jautājumi, kas var palīdzēt atklāt citus psihiskus traucējumus	13
8.2. Komorbīdi somatiski un/vai neiroloģiski traucējumi / somatiskā stāvokļa izvērtēšana	14
9.    Atbilstošais algoritms citu traucējumu gadījumā	14
10.   Bērnam/pusaudzim ir trauksme ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu	14
10.1. Viegla trauksme līdz 4 nedēļām ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu	14
10.2. Viegla trauksme ilgāk par 4 nedēļām ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu	14
11.   Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana / zemas intensitātes psiholoģiskas intervences	15
11.1. Uzmanīga novērošana	15
11.2. Pacienta un ģimenes izglītošana	15
11.3.    Zemas intensitātes psiholoģiskas intervences	16

Kā zemas intensitātes psiholoģiskas intervences pacientam var ieteikt dažādas pašpalīdzības stratēģijas.	16
11.3.1. Pašpalīdzības stratēģiju piemēri pusaudžiem	16
11.3.2. Pašpalīdzības stratēģiju piemēri bērniem	18
11.3.3. Vecāka / likumiskā pārstāvja palīdzība bērna/pusaudža trauksmes regulēšanā	19
11.4. Zemas intensitātes psiholoģiskas intervences	19
12. Trauksme ar būtisku ietekmi uz funkcionēšanu	20
Pazīmes, kas liecina par augstu pašnāvības risku	20
Pašnāvības precipitējošie faktori	21
12.2. Trauksme ar augstu pašnāvības veikšanas risku	21
12.1. Trauksme bez pašnāvības veikšanas riska / zems pašnāvības veikšanas un/vai paškaitējuma risks	22
13. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMPD)	22
14. Trauksmes traucējumu veida noteikšana/precizēšana	22
14.1. Ģeneralizētas trauksmes diagnostiskie kritēriji	26
14.2. Panikas traucējumu diagnostiskie kritēriji	27
14.3. Agorafobijas diagnostikas kritēriji	27
14.4. Specifiskās fobijas	28
14.5. Sociāla trauksme (fobija)	28
14.6. Šķiršanās (separācijas) trauksme	29
14.7. Selektīvs mutisms	29
15. Augstas intensitātes psiholoģiskas intervences	30
16. Farmakoterapija (kopā ar psiholoģiskām intervencēm vai atsevišķi)	33
16.1. Antidepresanti bērnu/pusaudžu praksē	34
17. Multiprofesionāla psihiskās veselības aprūpes komanda	36
17.1. Ir citi psihiski/somatiski traucējumi	36
17.2. Atbilstošais algoritms	36
18. Trauksmes traucējumu remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiska ārstēšana, ilgtermiņa novērošana	36
19. Pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem	37
Atsauces	38
Pielikumi	41
1. pielikums	41
2. pielikums	42

# Algoritma shēma

## Trauksmes traucējumi. Klīniskais algoritms.



## Lietotie saīsinājumi

SSK – Starptautiskā slimību klasifikācija

GAD – ģeneralizēta trauksme (*generalized anxiety disorder*)

BAASIK – Bērnu agrīnās attīstības skrīninga instruments

SCARED – Bērnu trauksmes traucējumu skrīninga instruments (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*)

PII – pirmsskolas izglītības iestāde

NMPD – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

STS – seksuāli transmisīva slimība

KBT – kognitīvi biheiviorālā terapija

SSAI – serotonīna atpakaļsaistes inhibitori

SNAI – serotonīna norepinefrīna atpakaļsaistes inhibitori

OKT – obsesīvi kompulsīvie traucējumi

# Klīniskais algoritms

## 0. Vispārējā informācija

### Ievads un vispārīga informācija par trauksmi

Klīniskajā algoritmā ir aprakstīta trauksmes traucējumu atpazīšana un ārstēšana bērniem (3 līdz 11 gadi) un pusaudžiem (12 līdz 18 gadi) primārajā, sekundārajā un terciārajā veselības aprūpē. Algoritmā iekļauti šādi traucējumi:

- ģeneralizēta trauksme (F41.1. pēc SSK10; 6B00 pēc SSK11);
- panika (F41.0 pēc SSK10; 6B01 pēc SSK11);
- agorafobija (F40.0 pēc SSK10; 6B02 pēc SSK11);
- specifiskas fobijas (F40.2 pēc SSK10; 6B03 pēc SSK11);
- sociāla trauksme (F40.1 pēc SSK10; 6B04 pēc SSK11);
- šķiršanās (separācijas) trauksme (F93.0 pēc SSK10; 6B05 pēc SSK11);
- selektīvs mutisms (F94.0 pēc SSK10; 6B06 pēc SSK11).

Trauksme ir normāla emocionāla un neirofizioloģiska reakcija jebkurā vecumā. Tā parādās situācijās, kas ir vai tiek uztvertas kā apdraudošas. Optimālas intensitātes trauksme palīdz fokusēt uzmanību, attīstīt adaptācijas un problēmu risināšanas prasmes. Trauksmes izpausmes ir emocionālas, kognitīvas, somatiskas, biheiviorālas. Normālā situācijā trauksme ir situācijai vai vecumposmam atbilstoša, ātri mazinās un izzūd, neietekmē funkcionēšanu. Noteiktos vecumposmos trauksme var būt raksturīga un bieži novērojama, piemēram, apmēram 8 mēnešu vecumā var parādīties svešinieku trauksme, kas ap 2 gadu vecumu pakāpeniski izzūd un funkcionēšanu neietekmē. Pirmsskolas vecumā bērniem var būt raksturīgi baidīties no tumsas, briesmoņiem, pērkonā. Normālas attīstības gadījumā šādas bailes izzūd un nerada sarežģījumus ikdienā (7). Taču situācijās, kad trauksme ir spēcīga, neatbilstoša reālajai situācijai, neatbilstoša vecumposmam, ieilgst un būtiski apgrūtina funkcionēšanu, var runāt par klīniski nozīmīgu trauksmi jeb trauksmes traucējumiem.

Bērnu un pusaudžu vecumā klīniski nozīmīga trauksme ir viens no biežākajiem psihiskajiem traucējumiem. Dzīves laikā apmēram 20–30 % jauniešu vecumā no 13 līdz 18 gadiem cieš no kādas specifiskas fobijas, 9 % var konstatēt sociālu trauksmi, 8 % separācijas trauksmi, 2 % agorafobiju vai panikas traucējumus vai ģeneralizētu trauksmi (1). Trauksmes traucējumi bieži kombinējas ar citiem psihiskiem traucējumiem – visbiežāk depresiju, bet arī ar bipolāriem traucējumiem, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu, mācīšanās traucējumiem, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, ēšanas traucējumiem un vielu kaitējoši pārmērīgu lietošanu (1). Klīniski nozīmīga trauksme bieži netiek pietiekami ārstēta.

Apmēram 40 % trauksmes traucējumu gadījumu netiek saņemta pilnvērtīga palīdzība (1; 6). Trauksmes traucējumi var būt gan akūti, gan hroniski. Bērniem un pusaudžiem ar trauksmes traucējumiem, nesaņemot pietiekamu ārstēšanu, ir lielāks psihisku traucējumu risks pieaugušo vecumā. Trauksmes traucējumu gaita var būt homotipiska, proti, bērnībā un pusaudžu gados sākušies trauksmes traucējumi turpinās pieaugušo vecumā, vai heterotipiska, proti, bērnībā un pusaudžu vecumā sākušies trauksmes traucējumi palielina risku cita veida psihisku traucējumu attīstībai pieaugušo vecumā, piemēram, separācijas trauksme bērnībā palielina panikas traucējumu un depresijas risku pieaugušo vecumā, selektīvs mutisms bērnu vecumā palielina sociālas trauksmes risku pusaudžu un pieaugušo vecumā (1). Trauksmes traucējumi ne tikai ietekmē spēju sevi vadīt, pietiekami labi justies emocionāli un somatiski, pietiekami labi funkcionēt skolā, mājās, citur sabiedrībā, bet arī palielina suicīdu risku. Apmēram 9 % pusaudžu ar trauksmes traucējumiem atzīst, ka tiem ir suicidālas domas, 6 % mēģinājuši izdarīt suicīdu (1).

Labāka trauksmes traucējumu atpazīšana un pacientu vadīšana veselības aprūpes sistēmā būtiski uzlabotu bērnu un pusaudžu funkcionēšanu gan akadēmiski, gan sociāli, kā arī mazinātu kopējo psihiskās veselības traucējumu slogu nākotnē.

### **Algoritma mērķi**

- Uzlabot bērnu/pusaudžu ar trauksmes traucējumiem atpazīšanu un diagnostiku.
- Uzlabot bērnu/pusaudžu ar trauksmes traucējumiem vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes līmenī.
- Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar trauksmes traucējumiem virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem, sadarbību ar rehabilitācijas dienestiem, sociālajiem dienestiem, mazinot vēlīnas 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 trauksmi, veselības aprūpes profesionāļiem ir jāņem vērā un jāreģistrē medicīniskajā dokumentācijā bērna/pusaudža funkcionēšanas līmenis, 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.

- Atpazīšana un risku izvērtēšana

Veselības aprūpes speciālistiem primārajā veselības aprūpē, izglītības sistēmā vai citos atbilstošos sabiedrības segmentos jābūt apmācītiem trauksmes atpazīšanā, un bērnu/pusaudžu riska grupas izvērtēšanā. Šādā speciālistu apmācībā 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, psihisku traucējumu anamnēze vecākiem), multiplo riska faktoru nozīmīgumu; etniskiem un kulturāliem faktoriem.

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 trauksmes traucējumiem ārstēšanas un aprūpes pēctecību.

- Diagnostika

Trauksmes simptomu atpazīšanai un izvērtēšanai var izmantot gan strukturētu interviju, gan skrīninga instrumentus. Strukturēta intervija var palīdzēt iegūt plašāku informāciju par bērna/pusaudža psihiskās veselības stāvokli un funkcionēšanu, taču tās veikšana prasa personāla apmācību un ilgāku laiku. Skrīninga instruments trauksmes atpazīšanai un izvērtēšanai var ietaupīt laiku un ir vieglāk veicams. Latviešu valodā šobrīd pieejams skrīninga instruments ģeneralizētas trauksmes izvērtēšanai – GAD-7, kuru var izmantot no 12 gadu vecuma. Pirmsskolas vecuma bērniem no 3 līdz 6,5 gadiem ir ieteicams izmantot Bērnu attīstības agrīno skrīninga instrumentu komplektu BAASIK 3-6, kurā ir iekļauta trauksmes skala. Novērtējumu veic vecāks un pedagogs (Rašcevska et al., 2023). Būtu vērtīgi tulkot



latviešu valodā, adaptēt un validēt citas trauksmes skrīninga skalas, piemēram *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) (2. pielikums), kas atspoguļo gan trauksmes rādītāju kopumā, gan atsevišķi atspoguļo sociālas trauksmes, panikas traucējumu, ģeneralizētas trauksmes, separācijas trauksmes un nozīmīgas izvairīšanās no skolas simptomu rādītājus (24, 25).

- Terapijas apsvērumi visos aprūpes līmeņos.

Vieglas trauksmes gadījumā bez ietekmes uz funkcionēšanu svarīgi veikt psihoizglītošanu un rekomendēt zemas intensitātes psiholoģiskas intervences, nepiedāvāt medikamentozo terapiju kā pirmās izvēles ārstēšanas metodi.

Vidēji smagas trauksmes gadījumā ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu svarīgi veikt psihoizglītošanu, rekomendēt augstas intensitātes psiholoģiskas intervences. Medikamentozo terapiju apsvērt tikai gadījumos, ja augstas intensitātes psiholoģiskas intervences nav efektīvas, nav pieejamas vai bērns/pusaudzis un/vai viņa likumiskais pārstāvis no tām atsakās.

Smagas trauksmes gadījumā ar būtisku ietekmi uz funkcionēšanu palīdzība sniedzama multidisciplināras psihiskās veselības aprūpes komandas ietvaros. Šādos gadījumos apsverama augstas intensitātes psiholoģisko intervenču un farmakoterapijas kombinācija.

### **1. Bērns/pusaudzis (ar likumisko pārstāvi) ar sūdzībām par trauksmes simptomiem**

Šajā sadaļā apkopoti psiholoģiski un uzvedības simptomi, kas varētu norādīt uz trauksmes traucējumiem (vai citiem psihiskiem traucējumiem) bērnu/pusaudžu vecumā.

- Raizēšanās, uztraukšanās.
- Viegla satraucamība, emocionalitāte.
- Bieža raudāšana.
- Baiļu sajūta.
- Panikas sajūta.
- Sajūta, ka nav kontroles pār notiekošo vai sevi.
- Īgnums, aizkaitināmība, agresivitāte, eksplozivitāte.
- Ažitācija vai aizkavētība.
- Motors nemiers.
- Nespēja palikt vienatnē (ja bērns vecāks par 7 gadiem).
- Uzvedība, ko var raksturot kā izvairīšanos (piemēram, izvairīšanās sarunāties, socializēties, apmeklēt skolu, iekāpt liftā, doties uz veikalu, kāpt sabiedriskajā transportā u. tml.).

- Koncentrēšanās grūtības.
- Sekmju pazemināšanās, skolas kavēšana.
- Grūtības veidot acu kontaktu.
- Grūtības vai izvairīšanās atbildēt uz jautājumiem, sarunāties.
- Sarkšana, trīcoša balss.
- Izmaiņas ēšanas un miega paradumos.
- Somatiskas sūdzības (sirdsklauves, svīšana, sāpes, enurēze, enkoprēze).
- Domas par nāvi.
- Paškaitējums, suicidāls mēģinājums.

## **2. Bērns/pusaudzis (ar likumisko pārstāvi) no skrīninga mērķa populācijas**

Ja bērns/pusaudzis un viņa likumiskais pārstāvis vērsušies pie ģimenes ārsta citu iemeslu dēļ, bet aktīvi sūdzības par trauksmi neizsaka, atsevišķās situācijās jāizvērtē trauksmes traucējumu vai citu psihisku traucējumu risks.

### **2.1. Bērns/pusaudzis ar medicīniski neizskaidrojamām somatiskām sūdzībām**

Bērnam/pusaudzim vai viņa ģimenei ir sūdzības par somatiskiem simptomiem (sirdsklauves, tahikardija, svīšana, galvassāpes, vēdera sāpes, locītavu sāpes, nogurums, vājums u. c.) un pēc pilnvērtīgas somatiskas un neiroloģiskas izmeklēšanas (klīniskās, laboratoriskās, instrumentālās) neizdodas atklāt simptomu iemeslu.

### **2.2. Bērns/pusaudzis ar trauksmes traucējumu risku**

#### **2.2.1. Bioloģiskie riska faktori**

- Trauksmes traucējumi vai citi psihiski traucējumi ģimenes anamnēzē.
- Hroniska somatiska saslimšana.

#### **2.2.2. Ar ģimeni saistīti riska faktori**

- Pārlieta aprūpe, kontrole.
- Atstāšana novārtā (fiziskā vai emocionālā), vardarbība (fiziskā, emocionālā, seksuālā).
- Negatīvs audzināšanas stils: noraidījums, aprūpes trūkums.
- Vecāku psihiskās slimības, atkarību izraisošu vielu lietošana.
- Paaudžu konflikts.

#### **2.2.3. Psiholoģiskie riska faktori**

- Komorbīdi psihiski traucējumi, īpaši depresija, obsesīvi kompulsīvi traucējumi, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms.



- bērns/pusaudzis spēj šķirties no vecākiem vai palikt vienatnē, taču šādās situācijās izjūt milzīgu trauksmi, nemieru, nespēj vecāku prombūtnē koncentrēties ne uz ko citu;
- bērns/pusaudzis veic ikdienas aktivitātes, taču dara to ar piepūli, grūtībām;
- bērns/pusaudzis iet uz skolu, PII, sekmes nav būtiski pasliktinājušās, taču atrašanās skolā izraisa nemieru, trauksmi, grūtības koncentrēties;
- bērnam/pusaudzim nakts miegs pārsvarā nav traucēts, iemigšanas grūtības vai trausls miegs vai nakts murgi ir reti.

Par nelielu ietekmi uz funkcionēšanu var uzskatīt jebkuru no iepriekš minētajām funkcionēšanas grūtībām, kas ilgst 1 līdz 7 dienas mēnesī.

#### **4. Nav būtiskas ietekmes uz funkcionēšanu**

Ja bērnam/pusaudzim nav funkcionēšanas grūtību, jāizvērtē citas psiholoģiskās, sociālās, veselības problēmas, kuru dēļ bērns/pusaudzis ir nonācis pie (ģimenes) ārsta.

#### **5. Nav citu traucējumu**

Ja nav konstatēti citi psihiski traucējumi vai somatiski traucējumi, bērnam/pusaudzim šobrīd palīdzība nav nepieciešama.

#### **6. Pacienta un ģimenes izglītošana**

Ja bērnam/pusaudzim nav konstatēta klīniski nozīmīga trauksme vai citi psihiski traucējumi, kas ietekmē funkcionēšanu un tālāka bērna/pusaudža virzīšana psihiskās veselības aprūpes sistēmā nav nepieciešama, tomēr rekomendēts izglītēt bērnu/pusaudzi un/vai viņa likumisko pārstāvi.

Var izskaidrot bērnam/pusaudzim un viņa ģimenes locekļiem ar trauksmi saistītus faktorus.

- Trauksme ir normāla un nepieciešama emocija cilvēka dzīvē.
- Mēs visi izjūtam trauksmi situācijās, kuras uztveram kā potenciāli apdraudošas.
- Mērena trauksme palīdz mobilizēties grūtā vai personīgi svarīgā situācijā un rīkoties atbilstoši situācijai.
- Mērena trauksme ir adaptīva, tā tad netraucē un nekaitē, bet palīdz tikt galā ar konkrētām grūtībām, padara mūs modrākus un efektīvus.
- Lai trauksme arī turpmāk spēlētu adaptīvu lomu, ir svarīgi uzturēt veselīgu dzīvesveidu.
  - Ievērot miega un nomoda režīmu.
  - Regulāri uzņemt pilnvērtīgu uzturu.
  - Ieviest regulāras, mērenas fiziskas aktivitātes.
  - Sabalansēt mācību/darba slodzi.

- Regulāri ieplānot atpūtas brīžus.
- Atvēlēt laiku hobijiem un bērnam/pusaudzim patīkamām aktivitātēm.
- Grūtas situācijas risināt, nepieciešamības gadījumā meklēt atbilstošu palīdzību.
- Jaunas situācijas bieži vien izraisa trauksmi (piemēram, PII vai skolas maiņa, pārvākšanās), tas ir normāls adaptācijas process. Bieži vien trauksme mazināsies, kad situācija kļūs skaidrāka un paredzamāka. Šajās situācijās it īpaši svarīgi pievērst uzmanību bērna/pusaudža dienas un miega režīmam, mudināt interesēties par jauno vidi vai situāciju, emocionāli atbalstīt bērnu/pusaudzi jaunajā situācijā un, ja nepieciešams, sniegt palīdzību konkrētu grūtību risināšanā.
- Plašāku informāciju par veselīgu miega režīmu, uzturu un citām ar psihisko veselību saistītām tēmām vairāk var uzzināt vietnē [www.veselapasaule.lv](http://www.veselapasaule.lv).

## **7. Šobrīd palīdzība nav nepieciešama**

Ja nav konstatēti citi psihiski traucējumi vai somatiski traucējumi, bērnam/pusaudzim šobrīd palīdzība nav nepieciešama.

## **8. Bērnā/pusaudzī konstatēti citi psihiski/somatiski traucējumi**

Trauksme bieži kombinējas ar citiem psihiskiem traucējumiem. Biežākie no tiem ir depresija ar/bez pašnāvības domām un ar/bez paškaitējuma, obsesīvi kompulsīvi traucējumi, vielu lietošana, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms un citi. Trauksme var būt arī citu psihisku traucējumu izpausme. Atbilstošie algoritmi citu traucējumu ārstēšanai atrodami vietnē <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi>.

### **8.1. Skrīninga jautājumi, kas var palīdzēt atklāt citus psihiskus traucējumus**

- Jānoskaidro, vai bērnam/pusaudzī (vai viņa ģimenei) pēdējā mēneša laikā ir sūdzības par pazeminātu, nomāktu vai aizkaitināmu garastāvokli un/vai ir intereses vai prieka zudums par lietām un aktivitātēm, kas agrāk sagādāja gandarījumu.
- Jānoskaidro, vai bērnam/pusaudzī ir domas par pašnāvību. Cik bieži ir šādas domas? Ir vai nav pašnāvības plāna? Ja ir plāns, tad kāds tas ir? Vai kādreiz ir veikts pašnāvības mēģinājums? Vai ir veikts paškaitējums (graižīšanās, skrāpēšana)?

! Augsta pašnāvības riska, pašnāvības mēģinājuma vai suicidāla paškaitējuma gadījumā nekavējoties jāizsauc NMPD brigāde pacienta nogādāšanai stacionārā.

- Jānoskaidro, vai bērns/pusaudzis piekopj rituālas darbības (vairākkārtēja roku mazgāšana, skaitīšana, kārtošana, pārbaudīšana u. c.).
- Jānoskaidro, vai bērnam/pusaudzim ir izteiktas grūtības koncentrēties, atmiņas traucējumi.
- Jānoskaidro, vai bērnam/pusaudzim ir alkohola, narkotiku un/vai citu apreibinošu vielu pārmērīga lietošana, vai bērns/pusaudzis pavada nesamērīgi daudz laika pie datora, telefona?

## **8.2. Komorbīdi somatiski un/vai neiroloģiski traucējumi / somatiskā stāvokļa**

### **izvērtēšana**

Somatiskā stāvokļa izvērtēšanai rekomendēta sadarbība ar ģimenes ārstu, jo trauksme var būt arī dažādu somatisku stāvokļu izpausme, piemēram, hipertireoze, migrēna, astma, diabēts, hroniskas sāpes, feohromocitoma, intoksikācija, kardioloģiskas saslimšanas, sistēmiskas saslimšanas, alerģiskas reakcijas, medikamentu lietošana.

- Ārsts veic bērna/pusaudža apskati, klīnisko somatiskā un neiroloģiskā stāvokļa izvērtējumu, nepieciešamības gadījumā nozīmē papildu laboratoriskos un instrumentālos izmeklējumus atbilstoši klīniskajām indikācijām.

## **9. Atbilstošais algoritms citu traucējumu gadījumā**

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem jārīkojas atbilstoši attiecīgajam algoritmam, vai, ja tāds nav pieejams, pacients ir jānosūta uz konsultāciju pie bērnu psihiatra 2 nedēļu laikā. Atbilstošie algoritmi citu traucējumu ārstēšanai atrodami vietnē <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi>.

## **10. Bērnam/pusaudzim ir trauksme ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu**

### **10.1. Viegla trauksme līdz 4 nedēļām ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu**

Ja bērnam/pusaudzim konstatēta viegla trauksme ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu, bez domām par pašnāvību un paškaitējumu un **trauksme nav ilgāka par 4 nedēļām**, pacientu var novērot ģimenes ārsta praksē, veikt pacienta un ģimenes izglītošanu (skatīt 11.2 punktu), rekomendēt zemas intensitātes psiholoģiskas intervences (skatīt 11.4 punktu).

### **10.2. Viegla trauksme ilgāk par 4 nedēļām ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu**

Ja bērnam/pusaudzim konstatēta viegla trauksme ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu, taču tā **ilgst vairāk nekā 4 nedēļas**, rekomendēts bērnu/pusaudzi nosūtīt pie bērnu psihiatra trauksmes traucējuma veida noteikšanai/precizēšanai un tālākās ārstēšanas plāna sastādīšanai.

Nosūtot pacientu pie psihiatra, rekomendēts veikt pacienta un ģimenes izglītošanu (skatīt 11.2 punktu).

## **11. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana / zemas intensitātes psiholoģiskas intervences**

### **11.1. Uzmanīga novērošana**

Ja bērnam/pusaudzim ir konstatēta viegla trauksme ar nelielu ietekmi uz funkcionēšanu un trauksme nav ilgāka par 4 nedēļām, pacientu var novērot ģimenes ārsta praksē.

Veikt pacienta un ģimenes izglītošanu, rekomendēt pašpalīdzības stratēģijas vai zemas intensitātes psiholoģiskas intervences, organizēt atkārtotu vizīti pēc 2 līdz 4 nedēļām. Atkārtotā vizītē izvērtēt pacienta sūdzības, funkcionēšanu, potenciālu komorbīdu traucējumu esamību, zemas intensitātes psiholoģisko intervenču efektivitāti.

Ja trauksme simptomi mazinājušies/izzuduši un pacienta funkcionēšana būtiski uzlabojusies, tālāku novērošanu var neveikt, pacientam palīdzība nav nepieciešama.

Ja trauksmes simptomu intensitāte nav mainījies un funkcionēšana nav uzlabojusies, pacients jānosūta pie bērnu psihiatra trauksmes traucējuma veida noteikšanai un tālākās ārstēšanas taktikas precizēšanai.

### **11.2. Pacienta un ģimenes izglītošana**

- Trauksmi izjūt visi cilvēki. Trauksmi cilvēks izjūt gan kā emociju, gan kā domas, gan arī kā ķermeniskas sajūtas. Reizēm gan emocijas, gan domas, gan ķermeniskās izjūtas var būt ļoti intensīvas un biedējošas, ietekmēt ikdienas funkcionēšanu.
- Trauksmi var izraisīt dažādas situācijas, bet ir svarīgi saprast, kas tieši izraisa trauksmi konkrētam cilvēkam.
- Ir daudz trauksmes mazināšanas stratēģiju, un ir svarīgi mēģināt tās izmantot, lai atrastu veidus, kas ir efektīvi tieši konkrētam cilvēkam. Ir būtiski regulāri izmantot šīs stratēģijas, lai tas kļūtu arvien ierastākas un efektīvākas.
- Mazinot trauksmi, var būtiski uzlaboties arī ikdienas funkcionēšana.
- Ir svarīgi neizvairīties no trauksmes un turpināt darīt lietas, kas interesē, ir svarīgas un patīkamas.
- Jāizskaidro pacientam un viņa ģimenei, ka ir svarīgs regulārs miega un nomoda ritms, regulāras ēdienreizes, regulāras fiziskās aktivitātes, laika pavadīšana ar draugiem un nodarbošanās ar hobijiem, izvairīšanās no psihoaktīvu vielu lietošanas. Aiciniet šo ievērot, pat ja pacients izrāda nevēlēšanos, jo arī tam ir būtiska loma stāvokļa uzlabošanā.

### 11.3. Zemas intensitātes psiholoģiskas intervences

Kā zemas intensitātes psiholoģiskas intervences pacientam var ieteikt dažādas pašpalīdzības stratēģijas.

#### 11.3.1. Pašpalīdzības stratēģiju piemēri pusaudžiem

Trauksmes bez būtiskas ietekmes uz funkcionēšanu ārstēšanā var rekomendēt dažādas pašpalīdzības tehnikas. Tas varētu palīdzēt ātrāk un precīzāk identificēt trauksmes izraisošus cēloņus un atrast konkrētam bērnam/pusaudzim piemērotākās trauksmes mazināšanas stratēģijas.

- **Emociju dienasgrāmata.** Var rekomendēt pusaudzim novērot savas emocijas dienas laikā un tās pierakstīt dienasgrāmatā. Papildus var atzīmēt emociju intensitāti kā arī piefiksēt situāciju, kuras laikā ir veikts novērojums. Tas var palīdzēt ieraudzīt, kādās situācijās trauksme rodas visizteiktāk. Var mēģināt piefiksēt ķermeņa sajūtas trauksmes laikā un identificēt domas, kas nāk prātā šajā situācijā. Būtu svarīgi veikt novērojumus vismaz trīs reizes dienā, lai korektāk pamanītu izmaiņas, tomēr to var darīt arī biežāk. Pēc laika ir svarīgi paanalizēt dienasgrāmatā rakstīto, lai mēģinātu atrast kādas likumsakarības. Bieži vien trauksme rodas līdzīgās situācijās, piemēram, esot kādā konkrētā stundā, runājot ar noteiktiem cilvēkiem, ejot uz noteiktu vietu vai pasākumu. Jo precīzāk ir veikti novērojumi, jo labāk var saprast, ar kādām konkrētām situācijām būtu svarīgi strādāt, lai justos labāk.
- **Elpošanas tehnikas.** Ir dažādas elpošanas tehnikas – diafragmālā elpošana, apzinātā elpošana, elpošana caur daļēji sakniebtām lūpām, elpošana “lauvas stilā” u. c. Var rekomendēt izmēģināt vairākas elpošanas tehnikas, lai saprastu, kuras der konkrētam cilvēkam. Elpošanas tehniku būtība ir elpošanas ritma normalizēšana, kas uzlabo arī pašsajūtu. Piemēram, var pamanīt, ka, skrienot uz autobusu vai aktīvi dejojot, elpošana būtiski paātrinās un ir nepieciešams laiks, lai atjaunotu elpošanu, taču nodarbojoties ar jogu, elpošana var nedaudz palēnināties. Arī trauksmes situācijas var izraisīt elpošanas paātrināšanos, un ir nepieciešams laiks, lai elpošana atkal palēninātos un tādējādi pašsajūta uzlabotos. Viens no veidiem, kā var palēnināt elpošanu, ir apzināti elpot lēnāk. Svarīgi, lai izelpa būtu nedaudz garāka par ieelpu un starp ieelpu un izelpu būtu nelielas pauzes. Piemēram, var lēnām skaitīt līdz 4 un tajā laikā ieelpot, aizturot elpu, turpināt domās skaitīt līdz 6. Uz 6 lēnām izelpot un tad atkal aizturēt elpu uz pāris sekundēm. Būtu svarīgi lēnām atkārtot šo elpošanas uzdevumu 3–5 reizes. Vislabāk sākt trenēt elpošanas tehnikas situācijās, kad nav trauksmes, lai uztraukuma laikā



ķermenis jau zinātu, ko darīt, un elpošanas tehnika labāk palīdzētu. Elpošanas tehnikas vizualizācija atrodama [www.veselapasaule.lv](http://www.veselapasaule.lv) (šobrīd plānošanas/izstrādes procesā). Plašāku informāciju par dažādām teknikām var apskatīt vietnē [www.veselapasaule.lv](http://www.veselapasaule.lv) (lasītava => mentālā veselība => kā sevi nomierināt panikas lēkmes laikā vai => ieteikumi relaksācijai trauksmes gadījumos).

- **Relaksācijas tehnikas.** Uztraukuma un trauksmes laikā muskuļi sasprindzinās, lai ķermenis ātrāk spētu rīkoties apdraudošā situācijā, piemēram, bēgt vai cīnīties. Taču, ja trauksme parādās situācijā, kad visa ķermeņa muskuļiem nav nepieciešamības rīkoties, piemēram, uztraucoties par eksāmenu gada beigās, ir svarīgi iemācīties atslābināt muskuļus, lai atkal justos labāk. Šajā situācijā varētu palīdzēt relaksācijas tehnikas. Arī relaksācijas tehniku ir daudz – mierīgas, patīkamas mūzikas/dabas skaņu klausīšanās, monotona uzdevuma veikšana, zīmēšana, krāsošana u. tml. Būtu jāpamēģina vairākas tehnikas, lai saprastu, kuras der konkrētam cilvēkam. Viens no relaksācijas uzdevumiem, kas varētu palīdzēt trauksmes laikā, ir progresīva muskuļu relaksācija (atslābināšana). Uzdevuma būtība ir, pamazām sākot ar galvas zonas muskuļiem un palēnām virzoties zemāk līdz pēdām, sākumā sasprindzināt un tad atslābināt muskuli pēc muskuļa (piemēram, pieres saraukšana un atslābināšana, žokļu sakošana un atslābināšana, acu samiegšana un atslābināšana, augšdelmu sasprindzināšana un atslābināšana, roku savilkšana dūrēs un atlaišana). Arī šajā uzdevumā ir svarīgi, lai sasprindzinājums būtu nedaudz īsāks par atslābinājumu. Sākumā uzdevums var aizņemt 10–15 minūtes, bet, regulāri veicot šo relaksācijas veidu, tas var kļūt arvien īsāks bet tikpat efektīvs kā sākotnēji.
- **Mērenas fiziskas aktivitātes.** Cilvēka ķermenis ir veidots, lai kustētos. Cilvēki pēc peldēšanas, labas pastaigas, sportošanas bieži izjūt enerģijas pieplūdumu un miera sajūtu. Bieži vien aktivitātes laikā cilvēks fokusējas uz konkrētu darbību un līdz ar to ir grūtāk “lēkāt no vienas domas uz otru”, kas arī mazina trauksmes intensitāti. Svarīgi ieplānot mērenas, patīkamas fiziskas aktivitātes, lai mazinātu trauksmi. Mērenas fiziskas aktivitātes palīdz arī trauksmes profilaksei. Svarīgi, lai aktivitāte būtu patīkama, jo tādā veidā pastāv lielāka varbūtība, ka cilvēks to darīs pietiekami ilgi (vismaz pusstundu) un regulāri to atkārtos arī nākotnē.
- **Izvairīšanās pārvarēšana.** Izvairoties no situācijas, kurā tiek sajūta trauksme, sākumā trauksme mazināsies, bet ilgtermiņā trauksme par šo situāciju var pieaugt arvien vairāk. Būtu svarīgi mēģināt pamazām veikt vismazāk biedējošās darbības attiecīgajā situācijā un ar laiku paplašināt darbību loku attiecīgās situācijās. Piemēram, ja pusaudzis uztraucas atbildēt klases priekšā, sākumā var iedrošināt sevi pacelt roku, ja zināma

pareizā atbilde pie skolotāja, kas šķiet draudzīgs, bet ar laiku pacelt roku arī citos priekšmetos.

- **Trauksmes aizstāšana ar plānošanu.** Bieži vien ir ļoti grūti pārtraukt uztraukties, bet dažreiz var aizstāt trauksmi ar plānošanu, tātad izveidot plānu, kā rīkoties situācijā, par kuru ir raizes. Izveidotais plāns var dot lielāku drošības sajūtu un nedaudz mazinās trauksmi.
- **Vienas situācijas risināšana vienlaicīgi.** Var rekomendēt risināt vienā laikā tikai vienu situāciju. Uztraucoties bieži domās un arī darbos sanāk pārslēgties no vienas situācijas uz otru, no nākotnes uz tagadni, citreiz arī uz pagātņi. Tas vēl vairāk saasina trauksmi un neļauj tai mazināties. Lai mazinātu trauksmi, ir svarīgi mācīties koncentrēt uzmanību uz vienu notiekošu darbību vai situāciju, pabeigt to un tad ķerties pie nākamās.

### 11.3.2. Pašpalīdzības stratēģiju piemēri bērniem

Arī mazākiem bērniem var izmantot līdzīgas stratēģijas kā pusaudžiem, bet ir svarīgi izskaidrot šīs stratēģijas bērnam saprotamā valodā. Piemēri.

- **Emociju dienasgrāmata.** Bērnam ir grūti vai dažreiz neiespējami aizpildīt emociju dienasgrāmatu, bet pieaugušais var regulāri jautāt, kā jūtas bērns. Sagatavojot (uzzīmējot), piemēram, jūtu termometru. Ja bērnam vispār ir grūti saprast, kas ir emocijas, var izmantot grāmatas, piemēram, “Visas manas emocijas. Iemācies mīlēt savas izjūtas”, “Emociju kārtis”, “Emocijas. Attīstoša grāmatiņa (40 uzlīmes)”, vai skatīties multfilmās, piemēram, “Prāta spēles”, lai sākotnēji labāk saprastu, kas ir trauksme un citas emocijas, un tad mācītos atpazīt tās dažādās situācijās.
- **Elpošanas vingrinājumi.** Arī mazākiem bērniem ir efektīvi elpošanas vingrinājumi, bet tos var veikt spēles veidā, piemēram, lūgt bērnu iedomāties, ka viņš paņem rokās krūzi ar karstu dzērienu, un sākumā aicināt to it kā pasmaržot, lēni ieelpojot, lai sajustu smaržu (var arī skaitīt līdz 4) un tad mudināt it kā nedaudz atdzēsēt dzērienu, lēni izelpojot, it kā izpūšot gaisu, lai dzēriens kļūtu vēsāks (var arī skaitīt līdz 6). Atkārtot šo uzdevumu 3–5 reizes.
- **Relaksācijas vingrinājumi.** Arī relaksācijas vingrinājumus var adaptēt mazākiem bērniem. Piemēram, muskuļu progresīvo relaksāciju var veikt kā “spageti vingrinājumu” – sākumā aicināt bērnu sasprindzināt visus muskuļus tā, it kā viņš būtu nevārīts spageti, kas tikko izņemts no iepakojuma, un tad atslābināt visus muskuļus, it kā viņš būtu spageti, kas ir jau izvārīts un uzlikts uz šķīvja. Atkārtot šo uzdevumu 3–5 reizes.

- **Mērenas fiziskas aktivitātes.** Arī mazākam bērnam ir svarīgas mērenas fiziskas aktivitātes. Tās varbūt pastaigas svaigā gaisā, kur bērnam ir iespēja izskrieties, baseina apmeklējums vai kādas sporta nodarbības. Svarīgi, lai aktivitāte būtu mērenas intensitātes, patīkama bērnam un viņš pēc tās nebūtu pārlietu noguris.
- **Paredzamība.** Mazākiem bērniem arī ir svarīga paredzamība un plānošana. Vecāks var gatavot, iepazīt, stāstīt, zīmēt ieplānotu grafiku, darbību, aktivitātes, lai bērns varētu sagatavoties jaunām darbībām.

### **11.3.3. Vecāka / likumiskā pārstāvja palīdzība bērna/pusaudža trauksmes regulēšanā**

- Jo mazāks ir bērns, jo lielāka ir vecāku lomu trauksmes mazināšanas procesā. Vecāku pamatuzdevumi trauksmes regulācijā: vecāks var iemācīt bērnam atpazīt trauksmi un citas emocijas, ar laiku saprast, kas izraisa trauksmi un iemācīt vairākas stratēģijas, ko darīt ar trauksmi, lai justos labāk.
- Lielākus bērnus un pusaudžus vecāks var uz klausīt, atbalstīt un iedrošināt rīkoties, dažreiz var palīdzēt saprast trauksmes izraisošās situācijas vai trauksmes provocējošos faktorus, atgādināt vai kopā ar pusaudzi meklēt jaunas efektīvas stratēģijas.
- Ja vecāks redz, ka bērns netiek galā ar trauksmi un vecāks vairs nespēj palīdzēt ar esošajām zināšanām, vecākam vēlams meklēt speciālista palīdzību (klīniskā, veselības, izglītības vai konsultatīvā psihologa), lai palīdzētu bērnam.
- Ir svarīgi, lai arī vecāks mācītos izmantot efektīvas trauksmes mazināšanas stratēģijas savā dzīvē, tad bērnam tas izdosies daudz labāk.

### **11.4. Zemas intensitātes psiholoģiskas intervences**

- Mazākiem bērniem atbilstošas psiholoģiskas intervences varētu būt spēļu terapija vai vizuāli plastiskā mākslas terapija. Terapijas laikā bērnam ir iespēja parādīt savu trauksmi, minimāli izmantojot valodas spējas.
- Vecākam (likumiskajam pārstāvim) ir ieteicamas klīniskā un veselības, izglītības vai konsultatīvā psihologa konsultācijas ar mērķi vecāku atbalstīt un iedrošināt palīdzēt savam bērnam tikt galā ar trauksmi, kā arī izglītēt par konkrēta vecumposma īpatnībām, vajadzībām, trauksmes iespējamiem cēloņiem, paplašināt atbilstošas audzināšanas un trauksmes mazināšanas stratēģijas.
- Jo mazāks bērns, jo efektīvāk sākt darbu ar vecākiem, un tikai nepieciešamības gadījumā uzsākt darbu ar bērnu.
- Pusaudžiem ir ieteicamas klīniskā un veselības, izglītības vai konsultatīvā psihologa vai KBT terapeita / terapijas speciālista konsultācijas ar mērķi mācīties atpazīt trauksmi

izraisošos cēloņus, apgūt konkrētam pusaudzim piemērotas trauksmes mazināšanas stratēģijas; būtiska ir arī veselīgu ieradumu veicināšana (miegs, regulāras ēdienreizes, fiziskas aktivitātes u. tml.), kā arī darbs ar citām pusaudzim aktuālām tēmām.

- Psihologu konsultāciju vietā var ieteikt mākslas terapeita konsultācijas, īpaši ieteicams, ja pusaudzim ir grūtības runāt par savām emocijām un formulēt savas domas. Mākslas terapijas laikā pusaudzim varētu būt iespēja izrādīt savu trauksmi caur kustībām un ķermeni (deju un kustību terapija), zīmēšanas un veidošanas procesu (vizuāli plastiskās mākslas terapija), kā arī caur spēlēm, stāstiem metaforām, lēllēm, video (drāmas terapija) u. tml..
- Rekomendētas aptuveni 10 iepriekš minētās zemas intensitātes psiholoģisko interveņu sesijas, bet sesiju skaits būs atkarīgs no konkrētās situācijas, motivācijas un iespējamiem resursiem.

## **12. Trauksme ar būtisku ietekmi uz funkcionēšanu**

Pacients jānosūta pie bērnu psihiatra ambulatori, specializētos centros/programmās, dienas vai psihiatriskos stacionāros šādās situācijās:

- vidēji smaga/smaga trauksme ar ietekmi uz funkcionēšanu;
- ieilgusi trauksme ar ietekmi uz funkcionēšanu (> 4 nedēļas);
- zemas intensitātes psiholoģiskas intervences trauksmes ārstēšanai nav efektīvas 6–8 nedēļu laikā;
- smaga trauksme ar būtisku ietekmi uz funkcionēšanu un/vai ar uzmācīgām pašnāvības domām, bet bez konkrēta pašnāvības plāna un/vai ar iepriekšēju pašnāvības mēģinājumu (neatliekami);
- uzmācīgas pašnāvības domas ar konkrētu pašnāvības plānu (neatliekami);
- diagnozes precizēšana;
- komorbiditāte.

Sarunā ar bērnu/pusaudzi, kuram ir trauksme ar būtisku ietekmi uz funkcionēšanu, jāizvērtē pašnāvības veikšanas / paškaitējuma risks. Jānoskaidro, vai bērnam/pusaudzim ir domas par pašnāvību? Cik bieži ir šādas domas? Ir vai nav pašnāvības plānā? Ja ir plāns, tad kāds tas ir? Vai kādreiz ir veikts pašnāvības mēģinājums? Vai ir veikts paškaitējums (graizīšanās, skrāpēšana)?

### **Pazīmes, kas liecina par augstu pašnāvības risku**

- Pašnāvības riska faktori.

- Vīrieša dzimums.
- Pašnāvības mēģinājums anamnēzē (īpaši pārtraukts pašnāvības mēģinājums ar sekojošiem veselības sarežģījumiem).
- Intensīvas, uzmācīgas pašnāvības domas, pašnāvības plāns.
- Psihopatoloģija (depresija, psihoze) vai nopietna somatiska saslimšana (piemēram, diabēts vai onkoloģija).
- STS pašam vai tuviniekiem.
- Hroniskas, nekoriģējamās sāpes.
- Alkohola un narkotiku lietošana (pašam pusaudzim vai ģimenē).
- Impulsivitāte.
- Izteikta trauksme, bezpalīdzības sajūta, anhedonija, nespēja iespaidot apdraudošus faktorus.
- Vientulības sajūta, vājš sociālās funkcionēšanas līmenis vai sociāla izolētība.
- Metožu pieejamība (pacients slēpj līdzekļus pašnāvības izdarīšanai).
- Iedzimtība (pašnāvība ģimenes anamnēzē).

### **Pašnāvības precipitējošie faktori**

- Vāja atbalsta sistēma.
- Nesens zaudējums.
- Cits satraucošs dzīves notikums, (piemēram, problēmas skolā vai attiecībās, konflikts ar draugiem vai tuviniekiem).
- Sociāla izstumšana.
- Fiziska, emocionāla vai seksuāla vardarbība, ieskaitot ņirgāšanos (bulingu) skolā vai internetā un vardarbību ģimenē.
- Neskaidrība par savu seksuālo orientāciju, dzimumidentitāti.
- Masu mediju efekts (Vertera efekts).

Skatīt atbilstošo algoritmu.

### **12.2. Trauksme ar augstu pašnāvības veikšanas risku**

! Augsta pašnāvības riska, pašnāvības mēģinājuma vai suicidāla paškaitējuma gadījumā primārās veselības aprūpes speciālistam nekavējoties jāizsauc NMPD brigāde pacienta hospitalizēšanai.

## 12.1. Trauksme bez pašnāvības veikšanas riska / zems pašnāvības veikšanas un/vai paškaitējuma risks

Ja bērnam/pusaudzim ar trauksmi un būtisku ietekmi uz funkcionēšanu šobrīd nav pašnāvības veikšanas riska vai arī ir zems pašnāvības veikšanas / paškaitējuma risks, tad pacients jānosūta pie bērnu psihiatra 2 nedēļu laikā.

## 13. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMPD)

NMPD jāizvērtē pacienta stāvoklis un jāorganizē stacionēšana psihiatriskajā stacionārā (atbilstoši hospitalizācijas plānam) pašnāvības riska novērtēšanai vai stacionēšana somatiskajā stacionārā neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai (piemēram, ja ir intoksikācija ar medikamentiem).

## 14. Trauksmes traucējumu veida noteikšana/precizēšana

Sekundārās psihiskās veselības aprūpes līmenī speciālistam jāizvērtē simptomu veids, ilgums, smagums, jānosaka trauksmes traucējumu veids un traucējumu ietekme uz ikdienas funkcionēšanu personiskajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citā jomā.

### 1. tabula. Trauksmes traucējumu tipiskās izpausmes un sākums (7; 11; 12)

Trauksmes traucējumu veids	Tipiskās izpausmes	Traucējumu tipiskais sākums
<b>1. Ģeneralizēta trauksme</b>	Izteikta raizēšanās par ikdienišķām situācijām, pienākumiem. Papildu simptomi – miega traucējumi, nespēks, pazeminātas koncentrēšanās spējas, nemierīgums, muskuļu saspringums. Sūdzību ilgums > 6 mēnešus. Biežākais no trauksmes traucējumiem.	Var sākties jebkurā vecumā. Biežāk manifestējas vēlīnā bērna, agrīnā pusaudžu vecumā.  ! Ģeneralizētas trauksmes noteikšanai pusaudžiem no 12 gadu vecuma var izmantot skrīninga instrumentu “GAD-7 pašnovērtējuma skala” (1. pielikums)

<p><b>2. Panikas traucējumi</b></p>	<p>Vairākas panikas lēkmes bez identificējama provocējoša faktora. Bailes no nākamās panikas lēkmes. Izvairīšanās uzvedība.</p> <p>Papildu simptomi – dažu minūšu laikā var attīstīties somatiskas nepatīkamas izjūtas, disociācija, bailes nomirt, zaudēt prātu vai zaudēt kontroli.</p> <p>Sūdzību ilgums &gt; 4 nedēļas.</p> <p>Panikas lēkmes var kombinēties ar jebkuru no trauksmes traucējumiem.</p>	<p>Bērni var sūdzēties par panikas lēkmei raksturīgiem somatiskiem simptomiem, bet panikas traucējumi bērniem attīstās reti, jo kognitīvās funkcijas nav tik daudzpusīgi attīstītas, lai izveidotu katastrofisku pārlicību par simptomiem.</p> <p>Pusaudžu vecumā panikas traucējumus sastop biežāk, taču tipiskākais panikas traucējumu sākums ir neilgi pēc 20 gadu vecuma sasniegšanas.</p> <p>! Pusaudžiem ar panikas traucējumiem ir lielāks komorbīdas depresijas, suicidalitātes un vielu lietošanas risks.</p>
<p><b>3. Agorafobija</b></p>	<p>Izteikta trauksme un bailes situācijās, no kurām varētu būt grūti izkļūt vai kur būtu grūti sasniedzama palīdzība (atrašanās sabiedriskajā transportā, lielos pūļos, veikalā, teātrī, garā rindā, vienatnē ārpus mājas u. tml.). Raksturīga izvairīšanās no šādām situācijām.</p> <p>Bērniem var būt bailes apmaldīties.</p> <p>Var kombinēties ar panikas</p>	<p>Biežāk sāk parādīties vēlīnā pusaudžu vecumā.</p> <p>! Meitenēm traucējumi sākas agrāk un sastopami biežāk.</p>

	<p>lēkmēm. Bieži panikas traucējumi ir anamnēzē. Sūdzību ilgums &gt; 6 mēneši.</p>	
<p><b>4. Specifiskas fobijas</b></p>	<p>Izteiktas bailes no kāda specifiska objekta vai situācijas (dzīvnieki, augstums, slēgtas telpas, tumsa, medicīniskas procedūras u. tml.). Sūdzību ilgums &gt; 6 mēneši. Biežākais trauksmes traucējumu veids agrīnā bērna vecumā. Specifiskas fobijas bieži sākas pirms citu psihisku traucējumu attīstības.</p>	<p>Bieži sākas jau agrīnā bērna vecumā (no 3 gadu vecuma). Šajā vecumā fobijas drīzāk saistībā ar ikdienišķiem fenomeniem – ūdens, tumsa, slēgta telpa u. tml. Sākumskolas vecumā fobijas visbiežāk attīstās, ja bērns piedzīvo vai ir aculiecinieks kādam traumatiskam notikumam (aizrīšanās, dzīvnieka uzbrukums, slīkšana u. tml.) Bērnībā sākušās fobijas bieži saglabājas gan pusaudžu, gan pieaugušā vecumā.</p>
<p><b>5. Sociāla trauksme</b></p>	<p>Izteiktas bailes un trauksme sociālās situācijās (piemēram, sarunājoties) vai darot kaut ko, ja kāds skatās (piemēram, ēdot, dzerot citu klātbūtnē), vai uzstājoties citu priekšā (piemēram, atbildot stundā klases priekšā). Raksturīga izvairīšanās no sociālām situācijām, nespēja izteikt savas vajadzības. Sūdzību ilgums &gt; 6 mēneši.</p>	<p>Biežāk manifestējas, sākoties skolas gaitām (8–10 gadu vecumā) vai situācijās, kad sociālo situāciju prasības pārsniedz bērna/pusaudža spējas tikt galā ar trauksmi, ko šīs situācijas izraisa. Jaunākiem bērniem traucējumi retāk. Agrīnā vecumā trauksme vairāk saistībā ar pieaugušajiem, pusaudžu</p>



		<p>vecumā trauksme vairāk saistībā ar vienaudžiem.</p> <p>! Jādiferencē attīstībai raksturīgās bailes, bailes no svešiniekiem agrīnā bērnu vecumā un kautrīgums (temperaments ar piesardzīgu uzvedību jeb biheiviorālu inhibīciju, lēnāku adaptēšanos svešām situācijām).</p>
<p><b>6. Šķiršanās (separācijas) trauksme</b></p>	<p>Izteikta trauksme, esot atšķirtam no galvenā aprūpētāja (cilvēka, ar ko ir cieša emocionāla saikne).</p> <p>Bērniem bieži kombinējas ar ģeneralizētu trauksmi un specifiskām fobijām.</p> <p>Bieži saistībā ar hiperaprūpējošu audzināšanas stilu (neļauj bērnam pašam ēst, mazgāties, apģērbties, lai arī tas būtu attīstībai atbilstoši), kas neļauj bērnam attīstīt autonomijas prasmes).</p> <p>Sūdzību ilgums &gt; 4 nedēļas.</p>	<p>Bieži sākas agrīnā bērna vecumā un saglabājas pusaudžu un pieaugušo vecumā.</p>
<p><b>7. Selektīvs mutisms</b></p>	<p>Bērns nerunā konkrētās sociālās situācijās, lai arī viņam ir normāla attīstība, tostarp valodas attīstība.</p> <p>Traucējumi neaprobežojas ar pirmo mācību mēnesi skolā.</p>	<p>Biežāk sākas agrīnā bērna vecumā (pirms 5 gadu vecuma), taču būtiski funkcionēšanas traucējumi var manifestēties, sākoties skolas gaitām.</p>

	Traucējumi bieži tiek uztverti kā sociālās trauksmes variants. Sūdzību ilgums > 4 nedēļas.	
--	---	--

Dažādu trauksmes traucējumu gadījumā simptomi var pārklāties, radot grūtības sākotnēji precizēt trauksmes traucējumu veidu. Piemēram, pacients var piedzīvot pirmās panikas lēkmes lielveikalā un vēlāk izvairīties no lielveikaliem, radot iespaidu, ka cieš no agorafobijas. Vai arī pacients panikas lēkmju dēļ vairās tikties ar cilvēkiem vai uzstāties publikas priekšā, radot iespaidu, ka cieš no sociālas trauksmes. Speciālistam rūpīgi jāievāc anamnēze, jāizpēta simptomu dinamika, ilgums un izpausmes dažādās situācijās, lai noteiktu diagnozi, kas visvairāk atbilst pacienta stāvoklim.

#### 14.1. Ģeneralizētas trauksmes diagnostiskie kritēriji

- Trauksme un raizēšanās lielāko daļu laika (t. s. spontāni mainīgā trauksme) par dažādām ikdienas lietām (piemēram, mācību procesu un sekmēm skolā, ārpuskolas aktivitātēm), par iespējamām nākotnes notikumiem (piemēram, apzagšanu, ekstrēmiem laikapstākļiem, radnieku saslimšanu), par izdomātām lietām (piemēram, monstriem, spokiem), par ekstrēmiem notikumiem (piemēram, teroristu uzbrukumu, karu).
- Papildus vismaz viens no simptomiem:
  - muskuļu spriedze vai motors nemierīgums;
  - simpātiskās nervu sistēmas hiperaktivitāte, kas izpaužas ar attiecīgiem simptomiem – slikta dūša, kuņģa un zarnu trakta diskomforts, pārsitieni, svīšana, trīce, sausums mutē;
  - nemiers, nervozitāte;
  - grūtības koncentrēties;
  - aizkaitināmība;
  - miega traucējumi;
  - nespēks.
- Simptomi nav pārejoši un ilgst > 6 mēnešus.
- Simptomus neizraisa citi psihiski, somatiski vai vielu lietošanas traucējumi.
- Simptomi izraisa būtisku distresu vai būtiski ietekmē vai apgrūtina funkcionēšanu.
- Papildus var būt uzvedības izmaiņas – nepieciešamība pēc atkārtota iedrošinājuma, perfekcionisms, neizlēmība, jo ir bailes kļūdīties.

- Papildus var būt somatiskas sūdzības (piemēram, galvassāpes, vēdera sāpes).

#### 14.2. Panikas traucējumu diagnostiskie kritēriji

- Smagas trauksmes (panikas) lēkmes, kas nav saistītas ar kādu īpašu situāciju vai apstākļiem kopumā un tādēļ ir neprognozējamas.
- Tāpat kā citos trauksmes gadījumos, dominējošie simptomi ir pēkšņi sākušās sirdsklauves, sāpes krūtīs, smakšanas sajūta, reibonis, nerealitātes sajūta (depersonalizācija vai derealizācija). Sekundāri bieži ir arī bailes nomirt, zaudēt pār sevi kontroli vai sajukt prātā.
- Pēc panikas lēkmes ir bailes no nākamās lēkmes, panikai tiek piešķirta īpaši negatīva nozīme (piemēram, ir bažas, ka panikas lēkmes fizioloģiskās izpausmes patiesībā ir miokarda infarkts), īpaša uzmanība tiek pievērsta tam, lai izvairītos no panikas lēkmes iespējamības (piemēram, ir bailes iziet no mājas vienatnē vai ir bailes atgriezties vietā, kur sākusies pirmā panikas lēkme, bērns/pusaudzis var izvairīties no sporta nodarbībām).
- Panika nav uzskatāma par pamatadiagnozi, ja, sākoties panikas lēkmēm, ir jau citi psihiski traucējumi, piemēram, depresija. Šādā situācijā panikas lēkmes ir sekundāras.
- Panika nav citu somatisku traucējumu izpausme (piemēram, feohromocitoma), vielu lietošanas vai lietošanas pārtraukšanas sekas.
- Panikas lēkmes var būt ar dažādu intensitāti un biežumu – no vairākām reizēm dienā (arī naktī) līdz dažām reizēm mēnesī.
  - Vidēji smagi panikas traucējumi – vismaz 4 panikas lēkmes 4 nedēļu laikā.
  - Smagi panikas traucējumi – vismaz 4 panikas lēkmes nedēļā 4 nedēļu laikā.

#### 14.3. Agorafobijas diagnostikas kritēriji

- Izteikta trauksme un bailes situācijās un vietās, no kurām varētu būt grūti izkļūt vai kur būtu grūti sasniedzama palīdzība (a) sabiedriskais transports, b) atklātas teritorijas – stāvlaukumi, tilti u. c., c) slēgtas telpas – veikali, pagrabi, lifti, d) vietas, kur atrodas daudz cilvēku – koncerts, izlaidums u. c., e) jebkura vieta ārpus mājām vienatnē).
- Bailes, ka, atrodoties šādās situācijās un vietās, varētu notikt kaut kas izteikti nepatīkams – panikas lēkme, panikai līdzīgi simptomi, apkaunojoši fiziski simptomi (piemēram, nesaturēšana, vemšana).
- Raksturīga izvairīšanās no šādām situācijām un vietām.
- Sūdzības nav pārejošas un ilgst vairākus mēnešus (> 6 mēneši).

- Simptomi var būt ar/bez panikas lēkmēm. Tā kā pacienti mēdz izvairīties no biedējošajām situācijām, panikas lēkmes var arī nebūt, taču bieži var tikt diagnosticēti panikas traucējumi anamnēzē.
- Izveidotas dažādas drošības stratēģijas, lai spētu atrasties sev biedējošā situācijā (piemēram, doties visur ar kādu kopā, doties uz vietām noteiktos laikos vai ņemt līdzi drošības līdzekļus – medikamentus, salvetes u. c.).
- Simptomu izskaidrojums nav citi psihiski traucējumi (piemēram, depresija, šizofrēnijas spektra traucējumi).

#### 14.4. Specifiskās fobijas

- Trauksme un bailes, kas saistās ar specifiskām situācijām vai objektiem (noteikta veida dzīvnieks, insekti, augstums, lidošana, zibens vai pērkons, asinis, šļirces, zobārsts u. c.). Trauksme un bailes ir lielākas nekā potenciālā objekta vai situācijas bīstamība.
- Izvairīšanās no specifiskās situācijas vai objekta. Saskaroties ar objektu vai situāciju, ir iracionālas, vecumposmam pārmērīgi izteiktas bailes, kas bērnam/pusaudzim var izpausties kā intensīva raudāšana, kliegšana, sastingšana, slēpšanās, pagāšanās, cieša, fiziska pieķeršanās uzticības personai.
- Sūdzības nav pārejošas un ilgst vairākus mēnešus (> 6 mēneši).
- Simptomu izskaidrojums nav citi psihiski traucējumi (piemēram, sociāla fobija, posttraumatiskais stresa sindroms, panikas traucējumi).
- Dažādas intensitātes reakcijas uz fobiju izraisošo objektu vai situāciju – riebums, bailes, uztraukums, psihosomatiskas reakcijas, gāšanās.
- Vienam bērnam/pusaudzim var būt vairākas fobijas vienlaicīgi.

#### 14.5. Sociāla trauksme (fobija)

- Izteiktas bailes un trauksme, kas parādās vismaz vienā vai vairākās sociālās situācijās.
  - Sociāla mijiedarbība (piemēram, sarunājoties).
  - Darot kaut ko, kamēr citi skatās (piemēram, ēšana citu klātbūtnē, vingrošana sporta stundā, citiem skatoties).
  - Uztājoties (piemēram, atbildot klases priekšā, uzstājoties auditorijas priekšā).
- Bērnam/pusaudzim ir bažas, kā viņš publiski reaģēs vai izskatīsies citu cilvēku uztverē negatīvi (piemēram, būs apkaunojums, apmulsums, citi atraidīs vai rīcība būs citiem aizvainojoša, citi uzskatīs, ka bērns/pusaudzis ir jocīgs, neglīts, muļķīgs, neveikls).

- Bērns/pusaudzis izvairās no attiecīgām situācijām vai arī, atrodoties šādās situācijās, piedzīvo intensīvas bailes vai trauksmi. Pirms biedējošajām situācijām bērns/pusaudzis var sākt raudāt, sastingt, cieši turēties pie kāda, neiziet ārā no savas istabas u. c.
- Bailes no psihosomatiskām reakcijām publiski – sarkšana, svīšana, trīce u. c.
- Sūdzības nav pārejošas un ilgst vairākus mēnešus (> 6 mēneši).
- Simptomu izskaidrojums nav citi psihiski traucējumi (piemēram, specifiskas fobijas, depresija, obsesīvi kompulsīvi traucējumi, autiskā spektra traucējumi, šizofrēnijas spektra traucējumi).

#### 14.6. Šķiršanās (separācijas) trauksme

- Izteikta trauksme un bailes situācijās, kad jāšķiras no piesaistes objekta (parasti vecākiem, citiem aprūpētājiem, ar ko ir nozīmīga emocionālā saikne).
- Trauksme un bailes ir vecumposmam neatbilstošas – pārmērīgi izteiktas.
- Trauksme un bailes par šķiršanos var manifestēties dažādos veidos.
  - Intensīvas domas, ka šķiršanās gadījumā notiks kaut kas slikts ar pašu vai piesaistes objektu.
  - Atteikšanās doties uz vai palikt PII, skolā.
  - Izteikts distress, esot šķirti (raudāšana, sastingšana, neiesaistīšanās nekādās aktivitātēs u. c.).
  - Atteikšanās iet gulēt bez piesaistes objekta klātbūtnes.
  - Nakts murgi par šķiršanās situācijām.
  - Šķiršanās gadījumā parādās psihosomatiskas reakcijas (piemēram, slikta dūša, vemšana, vēdera sāpes, galvassāpes).
- Sūdzības nav pārejošas un ilgst > 4 nedēļas bērniem/pusaudžiem, > 6 mēnešus pieaugušajiem.
- Simptomu izskaidrojums nav citi psihiski traucējumi (piemēram, agorafobija).

#### 14.7. Selektīvs mutisms

- Bērnā būtiska emocionāli atkarīga runāšanas selektivitāte. Bērns prasmīgi parāda runas māku vienā situācijā (parasti mājās), bet nespēj parunāt noteiktās citās situācijās (piemēram, PII, skolā, svešinieku klātbūtnē).
- Sūdzību ilgums > 4 nedēļas.
- Traucējumi nav saistīti ar attiecīgās valodas nezināšanu.
- Simptomu izskaidrojums nav citi psihiski traucējumi (piemēram, nervu sistēmas attīstības traucējumi).

- Runāšanas selektivitātes ietekmē apgrūtināta sociālā, akadēmiskā funkcionēšana (piemēram, bērns nespēj piedalīties klases darbā, aktivitātēs).
- Traucējumi var būt papildus citiem psihiskiem traucējumiem - sociāla trauksme, šķiršanās trauksme, specifiskas fobijas).

### 15. Augstas intensitātes psiholoģiskas intervences

Bērnam/pusaudzim ar vidēji smagu trauksmi un būtisku ietekmi uz funkcionēšanu, kā arī gadījumos, kad zemas intensitātes psiholoģiskās intervences trauksmes ārstēšanā nav bijušas efektīvas, rekomendē augstas intensitātes psiholoģiskās intervences.

Tabulā apkopoti ieteicamie psiholoģisko intervenču veidi katram trauksmes traucējumu veidam, ieteicamais sesiju skaits un pamata stratēģijas katra trauksmes traucējumu ārstēšanas gadījumā.

Trauksmes traucējuma veids	Ieteicamie psihoterapijas veidi un sesiju skaits	Pamata stratēģijas
Ģeneralizēta trauksme	KBT terapija 8–12 individuālas sesijas	Psihoizglītošana, kognitīva restrukturizācija, uzvedības eksperimenti, sociālo prasmju treniņš, šaubu un neskaidrības tolerances mācīšanās, traucējošo pārlicību izaicināšana un mācīšanās tās tolerēt, darbs ar pamata pārlicībām, uzmanības pārvirzīšana.
Panikas lēkmes	KBT terapija 8–12 individuālas sesijas	Psihoizglītošana, kognitīva restrukturizācija, muskuļu relaksācija un elpošanas vingrinājumi, interoceptīva ekspozīcija, sistemātiskā pieradināšana reālos apstākļos.

Agorafobija	KBT terapija 12–20 individuālas sesijas	Psihoizglītošana, kognitīva restrukturizācija, pakāpeniskā izvairīgas uzvedības novēršana, ekspozīcija, relaksācijas treniņš.
Specifiskās fobijas	KBT terapija 10–15 individuālas sesijas	Psihoizglītošana, kognitīva pārstrāde, ekspozīcija iztēlē un reālos apstākļos, sistemātiska desensibilizācija, relaksācijas un elpošanas tehnikas.
Sociāla trauksme	KBT terapija individuāli vai grupā 12–15 individuālas sesijas	Psihoizglītošana, kognitīva restrukturizācija, ekspozīcija reālos apstākļos, sociālo prasmju treniņš, uzmanības novēršanas treniņš, ekspozīcija, darbs ar pamatpārliecībām.
Šķiršanās (separācijas) trauksme	KBT terapija (ar fokusu uz biheiviorālo komponentu)  KBT terapija	Psihoizglītošana, darbs ar izvairīgu uzvedību un kognitīviem izkropļojumiem, relaksācijas tehnikas un elpošanas vingrinājumi. Darbs ar vecāku aktīvu iesaisti, izglītošanu un jaunu stratēģiju un reakcijas apmācību.

		Psihoizglītošana, kognitīva restrukturizācija, problēmu risināšanas treniņš, relaksācijas treniņš (muskuļu relaksācija), modelēšana, neparedzamu apstākļu vadīšana.
Selektīvais mutisms	<p>KBT terapija (ar fokusu uz biheiviorālo komponentu) ap 20 individuālām sesijām</p> <p>Integratīva Bergmana uzvedības terapija ap 20 individuālām sesijām</p>	<p>Psihoizglītošana (obligāti arī vecāku), pakāpeniska iedrošināšana runāt (hierarhija) un apbalvošana par mēģinājumiem, trauksmes mazināšanas stratēģiju apgūšana.</p> <p>Emociju karte, apbalvošanas sistēma, klases hierarhiju kāpnes izveidošana un realizēšana, grūtību hierarhijas izstrāde un ekspozīcijas veikšana, sākot ar vienkāršākām komunikācijas situācijām, pakāpeniska kontroles atdošana bērnam.</p>

Bērniem un pusaudžiem ar dažādiem trauksmes traucējumiem var izmantot arī grupu terapiju.

- **Ieguvumi:** var strādāt ar vairākiem pacientiem vienlaicīgi, kas ietaupītu laiku, pacientiem ir iespēja mācīties apgūt sociālas prasmes ne tikai no psihologa/terapeita, bet arī no grupas dalībniekiem, kā arī pacientiem sāk veidoties vai paplašināties sociālais tīkls.
- **Grūtības:** grupu terapija ir salīdzinoši universāla un mazāk fokusējas uz katra indivīda vajadzībām, tādēļ atsevišķos gadījumos to var apvienot ar individuālām sesijām.
- Grupas dalībnieku skaits varētu būt no 6 līdz 10, bet vidēji 8.



- Ir pozitīvi, ja grupā piedalās dalībnieki, kas pārstāv abus dzimumus, bet būtu vērtīgi, lai grupas dalībnieku vecums būtu līdzīgs. Būtu vēlams, lai grupā nebūtu radu un draugu.
- Vēlamais nodarbību skaits ir 10–20. Tas ir atkarīgs no grupas izveides mērķiem.
- Ir obligāti jāveic izvērtēšana pirms uzņemšanas grupā ar mērķi saprast, vai konkrētais dalībnieks spēs darboties konkrētajā grupā.
- Grupas darba ilgums ir ap divām stundām, bet sociālo trauksmju gadījumā pirmās četras grupas nodarbības varētu būt 4 stundas, lai pacientiem uz sesijas beigām būtiski mazinātos sociālās trauksmes līmenis līdz izturamam un viņi spētu atnākt uz nākamo grupu.
- Grupā var piedalīties pacienti ar vairākām diagnozēm vai vienas diagnozes ietvaros, kas būtu atkarīgs no izveidotās grupas pamata mērķiem.
- Labākus rezultātus grupas darbā sasniedz dalībnieki, kas ir vairāk motivēti un gatavi iesaistīties.
- Potenciālus dalībniekus ar izteiktiem personības traucējumiem un komorbīdiem trauksmes traucējumiem būtu ieteicams atdalīt un veidot atsevišķu grupu.

### **16. Farmakoterapija (kopā ar psiholoģiskām intervencēm vai atsevišķi)**

Ja bērnam/pusaudzim trauksmes simptomi nemazinās pēc 6–8 nedēļu augstas intensitātes psiholoģiskām intervencēm, paralēli psihoterapijai papildus var uzsākt farmakoloģisko terapiju ar antidepresantiem.

Serotonīnergiskās funkcijas normāla darbība ir galvenais faktors, kas nosaka, cik sekmīgi bērns/pusaudzis spēs regulēt baiļu, uztraukuma, stresa sajūtas. Tādēļ pirmās izvēles medikamenti 7–18 gadus vecu bērnu/pusaudžu trauksmes ārstēšanā ir selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori (SSAI). Ja divi SSAI nav bijuši efektīvi, otra izvēle 7–18 gadus vecu bērnu/pusaudžu trauksmes ārstēšanā ir serotonīna un norepinefrīna atpakaļsaistes inhibitori (SNAI).

Antidepresantu lietošana jāsāk ar pusi no ārstējošās devas un pakāpeniski jāpalielina līdz zemākajai terapeitiskajai devai. Pamatojums šādai taktikai trauksmes traucējumu gadījumā ir iespējamība, ka medikaments terapijas sākumā var vēl vairāk paaugstināt trausmi. Devu palielinot līdz terapeitiskai devai pakāpeniski, var samazināt trauksmes saasināšanās risku farmakoloģiskās terapijas sākumā. Devas palielināšanu var veikt ik pēc 1–2 nedēļām antidepresantiem ar īsu pusizvades laiku (sertralīns, citaloprams, escitaloprams) un ik pēc 4 nedēļām antidepresantiem ar garu pusizvades laiku (fluoksetīns).

Gadījumā, ja pacients vai viņa ģimene atsakās no psiholoģiskās terapijas vai tā nav pieejama citu iemeslu dēļ, farmakoterapija var būt pielietojama jau sākotnējā terapijas etapā,

bet ir cieši jāseko medikamenta individuālai panesībai un blakusparādībām, kā arī regulāri jāvērtē bērna psihiskā stāvokļa izmaiņas dinamikā (1 x nedēļā pirmo 4 nedēļu laikā, uzsākot antidepresantu terapiju). Tālākais tikšanās biežums ar pacientu un viņa ģimeni ir nosakāms individuāli (bet ne retāk kā 1 x mēnesī) un atspoguļojams medicīniskajā dokumentācijā. Antidepresantu terapiju trauksmes ārstēšanai uzsāk bērnu psihiatrs.

### 16.1. Antidepresanti bērnu/pusaudžu praksē

Medikaments	Sākuma deva / terapeitiskā deva	Papildu komentāri	Trauksmes traucējumu veids, kam varētu tikt pielietots
Sertralīns	Bērniem: 25mg / 50 mg Pusaudžiem: 50mg / 50–200 mg	Latvijā reģistrēts ar indikāciju OKT ārstēšanai bērniem no 6 g. v.	Latvijā nav reģistrēts citām indikācijām līdz 18 g. v. No 18 g. v. indicēts panikas ar agorafobiju vai bez tās ārstēšanai; sociālās fobijas ārstēšanai.
Fluoksetīns	Bērniem: 5 mg / 5 mg Pusaudžiem: 10 mg / 5–60 mg	Latvijā reģistrēts ar indikāciju depresijas ārstēšanā bērniem no 8 g. v.	Latvijā nav reģistrēts citām indikācijām līdz 18 g. v.
Fluvoksamīns	Bērniem: 25 mg / 25 mg Pusaudžiem: 25–50 mg / 25–200 mg	Latvijā reģistrēts ar indikāciju OKT ārstēšanai bērniem no 8 g. v.	Latvijā nav reģistrēts citām indikācijām līdz 18 g. v.
Escitaloprāms	Bērniem: 5 mg / 2,5 mg Pusaudžiem: 5 mg / 2,5–20 mg	Latvijā nav reģistrēts lietošanai līdz 18 g. v.	No 18 g. v. Indicēts panikas lēkmju ar vai bez agorafobijas ārstēšanai; sociālās trauksmes (sociālās fobijas) ārstēšanai; ģeneralizētas trauksmes

			ārstēšanai
Citaloprāms	Bērniem: 10 mg / 10 mg Pusaudžiem: 10 mg / 10—40 mg	Latvijā nav reģistrēts lietošanai līdz 18 g. v.	No 18 g. v. indicēts panikas lēkmju ar vai bez agorafobijas ārstēšanai.
Klomipramīns	Bērniem: 10 mg / 3–5 mg uz kg dienā Pusaudžiem: 10–25 mg / 3–5 mg uz kg dienā	Latvijā reģistrēts ar indikāciju OKT un nakts enurēzes ārstēšanai bērniem no 5 g. v.	Latvijā nav reģistrēts citām indikācijām līdz 18 g. v. No 18 g. v. indicēts dažādu fobiju un panikas lēkmju ārstēšanā
Duloksetīns	Bērniem: 30 mg / 30–60 mg Pusaudžiem: 30 mg / 30–120 mg	Latvijā nav reģistrēts, lietošanai līdz 18 g. v.	No 18 g. v. Indicēts ģeneralizētas trauksmes ārstēšanai.  ! Duloksetīna efektivitāte un drošums, 7–17 gadus veciem bērniem ārstējot ģeneralizētu trauksmi, nav noteikts. Ja klīniskas nepieciešamības dēļ tomēr tiek pieņemts lēmums par šādu terapiju, pacients rūpīgi jānovēro attiecībā uz pašnāvības simptomiem.

Ja psiholoģiskas intervences un farmakoterapija 12 nedēļu garumā nesniedz trauksmes traucējumu uzlabojumus, var apsvērt antidepresantu kombināciju, antidepresantu augmentāciju ar citiem medikamentiem. Nozīmējot medikamentu kombinācijas vai

antidepressantus ārpus indikācijām, jāizvērtē potenciālais ieguvums un blakusparādību risks. Farmakoterapijas nozīmēšana šādos gadījumos ir bērnu psihiatra kompetencē (ambulatori, stacionārā vai multiprofesionālās psihiskās veselības aprūpes komandas ietvaros).

## **17. Multiprofesionāla psihiskās veselības aprūpes komanda**

Multidisciplināras bērnu psihiatra komandas kompetencē ir:

- diagnozes precizēšana;
- esošās intervences izvērtējums;
- iespējamo komorbīdo traucējumu noteikšana;
- trauksmi izraisošo, uzturošo cēloņu izvērtēšana – individuāli, sociāli, ģimenes iemesli;
- izvērtējums par turpmāko terapiju un palīdzību ģimenei.

### **17.1. Ir citi psihiski/somatiski traucējumi**

Ja, izvērtējot bērnu/pusaudzi, tiek konstatēti komorbīdi traucējumi vai citi psihiski traucējumi, jārikojas atbilstoši konkrēto traucējumu diagnostikas un ārstēšanas algoritmam.

Ja, izvērtējot bērnu/pusaudzi, tiek konstatēti nozīmīgi somatiski traucējumi, kuru manifestācija ir psihiski simptomi, bērns/pusaudzis jānosūta pie atbilstošā somatisko traucējumu speciālista.

### **17.2. Atbilstošais algoritms**

Citu psihisku traucējumu gadījumā ārstam jārikojas atbilstoši attiecīgajam algoritmam. Citu nozīmīgu somatisku traucējumu gadījumā ārstam jārikojas atbilstoši attiecīgajam algoritmam.

## **18. Trauksmes traucējumu remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiska ārstēšana, ilgtermiņa novērošana**

Par trauksmes traucējumu remisiju var uzskatīt situāciju, kad bērnam/pusaudzim trauksmes traucējumu simptomi ir izzuduši vai būtiski samazinājušies un bērns/pusaudzis var pilnvērtīgi funkcionēt.

Ja trauksmes traucējumu ārstēšanā palīdzēja psiholoģiskas intervences, tās pēc remisijas sasniegšanas jāturpina 3–12 mēnešus. Psiholoģisko intervenču ilgums apsverams katrā gadījumā individuāli.

Farmakoterapijas optimālais ilgums ir līdz 12 mēnešiem.

Sasniedzot simptomu remisiju, tikšanās biežums ar pacientu un viņa ģimeni nosakāms individuāli (bet ne retāk kā 1 x mēnesī pirmos 3 mēnešus). Pēc remisijas sasniegšanas farmakoterapiju var turpināt ģimenes ārsts, ievērojot bērnu psihiatra rekomendācijas. Pirms farmakoterapijas pārtraukšanas rekomendēta bērnu psihiatra konsultācija, lai izvērtētu indikācijas farmakoterapijas pārtraukšanai. Pēc farmakoterapijas pārtraukšanas rekomendēts tikties ar pacientu un viņa ģimeni vēl 3–6 mēnešus (tikšanās biežums nosakāms individuāli), lai monitorētu pacienta psihoemocionālo stāvokli un klīniski nozīmīgas trauksmes iespējamu atkārtošanos. Pēc farmakoterapijas pārtraukšanas monitorēšanas vizītes var veikt ģimenes ārsts.

### **19. Pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem**

17 g. v. pusaudzim, kurš ārstējās no pirmās trauksmes traucējumu epizodes, vajadzētu turpināt saņemt intervenci pat tad, kad viņam jau paliek 18 gadi.

17–18 g. v. pusaudzim, kuram nemazinās simptomi pēc plāna vai kurš ārstējās no vismaz otrās trauksmes traucējumu epizodes, 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. Walter HJ, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59(10):1107–1124.
2. JM Rey's IACAPAP. E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. <https://iacapap.org/english.html>
3. Andrews G, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2018, Vol. 52(12) 1109–11.
4. World Health Organization. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide. 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331901/9789240003910-eng.pdf>
5. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2013. PMID: 25577940.
6. Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 14 (Suppl 1), S1 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
2. Martin A, Bloch MH, Volkmar FR. Lewis's child and adolescent psychiatry : a comprehensive textbook. Fifth edition. Philadelphia : Wolters Kluwer. 2018.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical guideline. Published: 26 January 2011. [www.nice.org.uk/guidance/cg113](http://www.nice.org.uk/guidance/cg113)
4. National Institute for Health and Care Excellence. Common mental health problems: identification and pathways to care. Clinical guideline. Published: 25 May 2011. [www.nice.org.uk/guidance/cg123](http://www.nice.org.uk/guidance/cg123)
5. Informatīvs materiāls VMNVD. shema(07\_05\_2021)02\_trauksme (vmnvd.gov.lv)
6. ICD-11 International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Version: 02/2022. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
7. Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija. 10. redakcija. 5. izdevums. World Health Organization. Slimību profilakses un kontroles centrs. 2016.
8. Boland R, Verduin ML, et al. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 5th edition. Philadelphia, PA : Wolters Kluwer (2023).

9. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Oct;59(10):1107–1124. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.005. Epub 2020 May 18. PMID: 32439401.
10. Stefanie L. Sequeira, Jennifer S. Silk, William C. Woods, David J. Kolko & Oliver Lindhiem (2020) Psychometric Properties of the SCARED in a Nationally Representative U.S. Sample of 5–12-Year-Olds, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49:6, 761–772.
11. Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–6.
12. Mossman SA, Luft MJ, Schroeder HK, Varney ST, Fleck DE, Barzman DH, Gilman R, DelBello MP, Strawn JR. The Generalized Anxiety Disorder 7-item scale in adolescents with generalized anxiety disorder: Signal detection and validation. *Ann Clin Psychiatry*. 2017 Nov;29(4):227–234A. PMID: 29069107; PMCID: PMC5765270.
13. Monga S, Birmaher B, Chiappetta L, Brent D, Kaufman J, Bridge J, Cully M. Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED): convergent and divergent validity. *Depress Anxiety*. 2000;12(2):85–91. doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:2<85::AID-DA4>3.0.CO;2-2. PMID: 11091931.
14. Stahl SM. *Stahl’s Essential Psychopharmacology. Prescriber’s Guide*. 7th edition. Cambridge University Press. 2021.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. Clinical guideline Published: 22 May 2013 [www.nice.org.uk/guidance/cg159](http://www.nice.org.uk/guidance/cg159).
16. Grocholewska-Mhamdi A, Staniforth R, Hiley K. Primary Care Guidance for the management of Anxiety in adults. V6.0. NAViGO Drugs & Therapeutic Meeting and Policy Group Meeting, following joint discussions and engagement with primary care. Date issued: 05.03.2020. [Primary-Care-Guidance-for-the-Management-of-Anxiety-in-Adults-V6.0-2020-03-05.pdf](https://www.nhs.uk/primary-care-guidance-for-the-management-of-anxiety-in-adults-v6.0-2020-03-05.pdf) (nlg.nhs.uk)
17. Calland C, Caston M, Freeman K, et al. Primary Care Guidelines for Anxiety in Adults. Ratified by Nottinghamshire Area Prescribing Committee at a meeting held on 18th September 2008. Slide 1 ([nottsapc.nhs.uk](https://www.nottsapc.nhs.uk))

18. Kennerley H. *Overcoming Anxiety* 2nd Edition. A self-help guide using cognitive behavioural techniques. 2014. Robinson.
19. Ivarsson T., Skarphedinsson G., Andersson M., Jarbin H. The Validity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Revised (SCARED-R) Scale and Sub-Scales in Swedish Youth. Vol.:(1234567890) *Child Psychiatry Hum Dev* (2018) 49:234–243.
20. Hale W.W., Raaijmakers Q.A.W., Anne van Hoof, Meeus W.H.J. Improving Screening Cut-Off Scores for DSM-5 Adolescent Anxiety Disorder Symptom Dimensions with the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. 2014. *Psychiatry Journal*. Volume 2014, Article ID 517527, 5 pages.
21. Grochowska- Mhamdi A, Staniforth R, Hiley K. Primary Care Guidance for the management of Anxiety in adults. V6.0. NAViGO Drugs & Therapeutic Meeting and Policy Group Meeting, following joint discussions and engagement with primary care. Date issued: 05.03.2020. [Primary-Care-Guidance-for-the-Management-of-Anxiety-in-Adults-V6.0-2020-03-05.pdf](#) (nlg.nhs.uk)
22. Calland C, Caston M, Freeman K, et al. Primary Care Guidelines for Anxiety in Adults . Ratified by Nottinghamshire Area Prescribing Committee at a meeting held on 18th September 2008. Slide 1 (nottsapc.nhs.uk)
23. Kennerley H. *Overcoming Anxiety* 2nd Edition. A self-help guide using cognitive behavioural techniques. 2014. Robinson.
24. Ivarsson T., Skarphedinsson G., Andersson M., Jarbin H. The Validity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Revised (SCARED-R) Scale and Sub-Scales in Swedish Youth. Vol.:(1234567890) *Child Psychiatry Hum Dev* (2018) 49:234–243.
25. Hale W.W., Raaijmakers Q.A.W., Anne van Hoof, Meeus W.H.J. Improving Screening Cut-Off Scores for DSM-5 Adolescent Anxiety Disorder Symptom Dimensions with the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. 2014. *Psychiatry Journal*. Volume 2014, Article ID 517527, 5 pages.



## Pielikumi

### 1. pielikums

#### “GAD-7 pašnovērtējuma skala”

Cik bieži pēdējo divu nedēļu laikā Jūs saskārāties ar problēmām, kuras nosaukšu?

Viena atbilde rindā

	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk nekā 1 nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu	0	1	2	3
2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu	0	1	2	3
3. Pārmērīgi satraucāties par dažādām lietām	0	1	2	3
4. Bija grūtības atslābināties	0	1	2	3
5. Bijāt tik nemierīgs, ka nespējāt nosēdēt uz vietas	0	1	2	3
6. Viegli kļūvat aizkaitināms	0	1	2	3
7. Jūtāt bailes, ka varētu notikt kaut kas šausmīgs	0	1	2	3

#### Punktu skaits:

5–9 punkti – viegla trauksme

10–14 punkti – mērena trauksme

15–21 punkti – smaga ģeneralizēta trauksme

## 2. pielikums

Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)

CHILD Version-Page 1 of 2 (to be filled out by the CHILD)

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Directions:

Below is a list of sentences that describe how people feel. Read each phrase and decide if it is “Not True or Hardly Ever True” or “Somewhat True or Sometimes True” or “Very True or Often True” for you. Then, for each sentence, check  the box that corresponds to the response that seems to describe you for the last 3 months.

	0 Not True or Hardly Ever True	1 Somewhat True or Sometimes True	2 Very True or Often True	
1. When I feel frightened, it is hard to breathe.				PA/SO
2. I get headaches when I am at school.				SCH
3. I don't like to be with people I don't know well.				SOC
4. I get scared if I sleep away from home.				SEP
5. I worry about other people liking me.				GA
6. When I get frightened, I feel like passing out.				A/SO
7. I am nervous.				GA
8. I follow my mother or father wherever they go.				SEP
9. People tell me that I look nervous.				PA/SO
10. I feel nervous with people I don't know well.				SOC

11. I get stomachaches at school.				SCH
12. When I get frightened, I feel like I am going crazy.				PA/SO
13. I worry about sleeping alone.				SEP
14. I worry about being as good as other kids.				GA
15. When I get frightened, I feel like things are not real.				PA/SO
16. I have nightmares about something bad happening to my parents.				SEP
17. I worry about going to school.				SCH
18. When I get frightened, my heart beats fast.				PA/SO
19. I get shaky.				PA/SO
20. I have nightmares about something bad happening to me.				SEP

**Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)**

**CHILD Version- Page 2 of 2 (to be filled out by the CHILD)**

	0 Not True or Hardly Ever True	1 Somewhat True or Sometimes True	2 Very True or Often True	
21. I worry about things working out for me.				GA
22. When I get frightened, I sweat a lot.				PA/SO

23. I am a worrier.				GA
24. I get really frightened for no reason at all.				PA/SO
25. I am afraid to be alone in the house.				SEP
26. It is hard for me to talk with people I don't know well.				SOC
27. When I get frightened, I feel like I am choking.				PA/SO
28. People tell me that I worry too much.				GA
29. I don't like to be away from my family.				SEP
30. I am afraid of having anxiety (or panic) attacks.				PA/SO
31. I worry that something bad might happen to my parents.				SEP
32. I feel shy with people I don't know well.				SOC
33. I worry about what is going to happen in the future.				GA
34. When I get frightened, I feel like throwing up.				PA/SO
35. I worry about how well I do things.				GA
36. I am scared to go to school.				SCH
37. I worry about things that have already happened.				GA
38. When I get frightened, I feel dizzy.				PA/SO

39. I feel nervous when I am with other children or adults and I have to do something while they watch me (for example: read aloud, speak, play a game, play a sport).				SOC
40. I feel nervous when I am going to parties, dances, or any place where there will be people that I don't know well.				SOC
41. I am shy.				SOC

For children ages 8 to 11, it is recommended that the clinician explain all questions, or have the child answer the questionnaire sitting with an adult in case they have any questions.

The SCARED is available at no cost at [www.pediatricbipolar.pitt.edu](http://www.pediatricbipolar.pitt.edu) under resources/instruments.

January 19, 2018

**SCORING:**

A total score of **f ≥ 25 may** indicate the presence of an **Anxiety Disorder**. Scores higher than **30** are more specific. TOTAL=

A score of 7 for items 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 may indicate **Panic Disorder or Significant Somatic Symptoms**. PA/SO =

A score of 9 for items 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 may indicate **Generalized Anxiety Disorder**. GA=

A score of 5 for items 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 may indicate **Separation Anxiety Disorder**. SEP=

A score of 8 for items 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 may indicate **Social Phobic Disorder**. SOC =

A score of 3 for items 2, 11, 17, 36 may indicate **Significant School Avoidance Symptoms**. SCH=

Developed by Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh (October, 1995). E-mail: [birmaherb@upmc.edu](mailto:birmaherb@upmc.edu)

The SCARED is available at no cost at [www.pediatricbipolar.pitt.edu](http://www.pediatricbipolar.pitt.edu) under resources/instruments.

January 19, 2018

PARENT Version-Page 1 of 2 (to be filled out by the PARENT)

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Directions:**

Below is a list of sentences that describe how people feel. Read each phrase and decide if it is “Not True or Hardly Ever True” or “Somewhat True or Sometimes True” or “Very True or Often True” for your child. Then, for each statement, check  the box that corresponds to the response that seems to describe your child for the last 3 months. Please respond to all statements as well as you can, even if some do not seem to concern your child.

	0 Not True or Hardly Ever True	1 Somewhat True or Sometimes True	2 Very True or Often True	
1. When my child feels frightened, it is hard for him/her to breathe.				PA/SO
2. My child gets headaches when he/she is at school.				SCH
3. My child doesn't like to be with people he/she doesn't know well.				SOC
4. My child gets scared if he/she sleeps away from home.				SEP
5. My child worries about other people liking him/her.				GA
6. When my child gets frightened, he/she feels like passing out.				PA/SO
7. My child is nervous.				GA
8. My child follows me wherever I go.				SEP
9. People tell me that my child looks nervous.				PA/SO
10. My child feels nervous with people he/she doesn't know well.				SOC
11. My child gets stomach-aches at school.				SCH

12. When my child gets frightened, he/she feels like he/she is going crazy.				PA/SO
13. My child worries about sleeping alone.				SEP
14. My child worries about being as good as other kids.				GA
15. When my child gets frightened, he/she feels like things are not real.				PA/SO
16. My child has nightmares about something bad happening to his/her parents.				SEP
17. My child worries about going to school.				SCH
18. When my child gets frightened, his/her heart beats fast.				PA/SO
19. He/she gets shaky.				PA/SO
20. My child has nightmares about something bad happening to him/her.				SEP

**Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)**

**PARENT Version- Page 2 of 2 (to be filled out by the PARENT)**

	0 Not True or Hardly Ever True	1 Somewhat True or Sometimes True	2 Very True or Often True	
--	---	---	------------------------------------	--

21. My child worries about things working out for him/her.				GA
22. When my child gets frightened, he/she sweats a lot.				PA/SO
23. My child is a worrier.				GA
24. My child gets really frightened for no reason at all.				PA/SO
25. My child is afraid to be alone in the house.				SEP
26. It is hard for my child to talk with people he/she doesn't know well.				SOC
27. When my child gets frightened, he/she feels like he/she is choking.				PA/SO
28. People tell me that my child worries too much.				GA
29. My child doesn't like to be away from his/her family.				SEP
30. My child is afraid of having anxiety (or panic) attacks.				PA/SO
31. My child worries that something bad might happen to his/her parents.				SEP
32. My child feels shy with people he/she doesn't know well.				SOC
33. My child worries about what is going to happen in the future.				GA
34. When my child gets frightened, he/she feels like throwing up.				PA/SO



35. My child worries about how well he/she does things.				GA
36. My child is scared to go to school.				SCH
37. My child worries about things that have already happened.				GA
38. When my child gets frightened, he/she feels dizzy.				PA/SO
39. My child feels nervous when he/she is with other children or adults and he/she has to do something while they watch him/her (for example: read aloud, speak, play a game, play a sport).				SOC
40. My child feels nervous when he/she is going to parties, dances, or any place where there will be people that he/she doesn't know well.				SOC
41. My child is shy.				SOC

The SCARED is available at no cost at [www.pediatricbipolar.pitt.edu](http://www.pediatricbipolar.pitt.edu) under resources/instruments.

January 19, 2018

**SCORING:**

A total score of  **$\geq 25$  may** indicate the presence of an **Anxiety Disorder**. Scores higher than **30** are more specific. TOTAL=

A score of 7 for items 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 may indicate **Panic Disorder or Significant Somatic Symptoms**. PA/SO =

A score of 9 for items 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 may indicate **Generalized Anxiety Disorder**. GA=

A score of 5 for items 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 may indicate **Separation Anxiety Disorder**. SEP=

A score of 8 for items 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 may indicate **Social Phobic Disorder**. SOC =

A score of 3 for items 2, 11, 17, 36 may indicate **Significant School Avoidance Symptoms**. SCH=

**SCAS Anxiety Scale****PRESCHOOL ANXIETY SCALE****(Parent Report)****Your Name: Date:****Your Child's Name:**

Below is a list of items that describe children. For each item please circle the response that best describes your child. Please circle the 4 if the item is very often true, 3 if the item is quite often true, 2 if the item is sometimes true, 1 if the item is seldom true or if it is not true at all circle the 0. Please answer all the items as well as you can, even if some do not seem to apply to your child.

		Not True at All	Seldom True	Sometimes True	Quite Often True	Very Often True
1	Has difficulty stopping him/herself from worrying	0	1	2	3	4
2	Worries that he/she will do something to look stupid in front of other people	0	1	2	3	4
3	Keeps checking that he/she has done things right (e.g., that he/she closed a door, turned off a tap)	0	1	2	3	4
4	Is tense, restless or irritable due to worrying	0	1	2	3	4
5	Is scared to ask an adult for help (e.g., a preschool or school teacher)	0	1	2	3	4
6	Is reluctant to go to sleep without you or to sleep away from home	0	1	2	3	4
7	Is scared of heights (high places)	0	1	2	3	4
8	Has trouble sleeping due to worry	0	1	2	3	4
9	Washes his/her hands over and over many times each day	0	1	2	3	4
10	Is afraid of crowded or closed-in places	0	1	2	3	4

11	Is afraid of meeting or talking to unfamiliar people	0	1	2	3	4
12	Worries that something bad will happen to his/her parents	0	1	2	3	4
13	Is scared of thunder storms	0	1	2	3	4
14	Spends a large part of each day worrying about various things	0	1	2	3	4
15	Is afraid of talking in front of the class (preschool group) e.g., show and tell	0	1	2	3	4
16	Worries that something bad might happen to him/her (e.g., getting lost or kidnapped), so he/she won't be able to see you again	0	1	2	3	4
17	Is nervous of going swimming	0	1	2	3	4
18	Has to have things in exactly the right order or position to stop bad things from happening	0	1	2	3	4
19	Worries that he/she will do something embarrassing in front of other people	0	1	2	3	4
20	Is afraid of insects and/or spiders	0	1	2	3	4
21	Has bad or silly thoughts or images that keep coming back over and over	0	1	2	3	4
22	Becomes distressed about your leaving him/her at preschool/school or with a babysitter	0	1	2	3	4
23	Is afraid to go up to group of children and join their activities	0	1	2	3	4
24	Is frightened of dogs	0	1	2	3	4
25	Has nightmares about being apart from you	0	1	2	3	4

26	Is afraid of the dark	0	1	2	3	4
27	Has to keep thinking special thoughts (e.g., numbers or words) to stop bad things from happening	0	1	2	3	4
28	Asks for reassurance when it doesn't seem necessary	0	1	2	3	4
29	Has your child ever experienced anything really bad or traumatic (e.g., severe accident, death of a family member/friend, assault, robbery, disaster)	YES	NO			

Please briefly describe the event that your child experienced \_\_\_\_\_

---



---



---

If you answered NO to question 29, please do not answer questions 30-34. If you answered YES, please DO answer the following questions.

Do the following statements describe your child's behaviour since the event?

30	Has bad dreams or nightmares about the event	0	1	2	3	4
31	Remembers the event and becomes distressed	0	1	2	3	4
32	Becomes distressed when reminded of the event	0	1	2	3	4
33	Suddenly behaves as if he/she is reliving the bad experience	0	1	2	3	4
34	Shows bodily signs of fear (e.g., sweating, shaking or racing heart) when reminded of the event	0	1	2	3	4

**PRESCHOOL ANXIETY SCALE (Teacher Report)**

**Teacher's Name:**

**Child's Name:**

**Date:**

Below is a list of items that describe children. For each item please circle the response that best describes the child. Please circle the 4 if the item is very often true, 3 if the item is quite often true, 2 if the item is sometimes true, 1 if the item is seldom true or if it is not true at all circle the 0. Please answer all the items as well as you can. There are no right or wrong answers.

		Not True at All	Seldom True	Sometimes True	Quite Often True	Very Often True
1	Repeatedly asks about parent(s) during the day	0	1	2	3	4
2	Has difficulty stopping him/herself from worrying	0	1	2	3	4
3	Keeps checking that he/she has done things right (e.g., that he/she closed a door, turned off a tap)	0	1	2	3	4
4	Complains of headaches or stomachaches when it is time to be dropped off at preschool/school	0	1	2	3	4
5	Is tense, restless or irritable due to worrying	0	1	2	3	4
6	Is scared to ask an adult for help (e.g., a preschool or school teacher)	0	1	2	3	4
7	Is scared of heights (high places)	0	1	2	3	4
8	Washes his/her hands over and over many times each day	0	1	2	3	4
9	Is afraid of meeting or talking to unfamiliar people	0	1	2	3	4

10	Worries that something bad will happen to his/her parents	0	1	2	3	4
11	Spends a large part of each day worrying about various things	0	1	2	3	4
12	Is afraid of talking in front of the class (preschool group) e.g., show and tell	0	1	2	3	4
13	Worries that something bad might happen to him/her (e.g. getting lost or kidnapped), so he/she won't be able to see his/her parents again	0	1	2	3	4
14	Has to have things in exactly the right order or position to stop bad things from happening	0	1	2	3	4
15	Worries that he/she will do something embarrassing in front of other people	0	1	2	3	4
16	Is afraid of insects and/or spiders	0	1	2	3	4
17	Has bad or silly thoughts or images that keep coming back over and over	0	1	2	3	4
18	Becomes distressed when he/she is dropped off at preschool/school	0	1	2	3	4
19	Is afraid to go up to group of children and join their activities	0	1	2	3	4
20	Has to keep thinking special thoughts (e.g., numbers or words) to stop bad things from happening	0	1	2	3	4
21	Asks for reassurance when it doesn't seem necessary	0	1	2	3	4
22	Cries for parent whilst at preschool/school	0	1	2	3	4

