



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais  
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

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

## **Klīniskais algoritms**

### **Uzvedības traucējumi bērniem un pusaudžiem**

Darba grupa bērnu psihiatra Ņikitas Bezborodova vadībā: Ieva Bite (klīniskā psiholoģe, KBT psihoterapijas speciāliste), Elmārs Tērauds (psihiatrs), Karīna Beinerte (bērnu psihiatre), Gita Birzniece (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), Svetlana Zaslavska (klīniskā psiholoģe, KBT psihoterapijas speciāliste), Inga Zārde (psihiatre, psihoterapeite).

Rīgā, 29.09.2023.

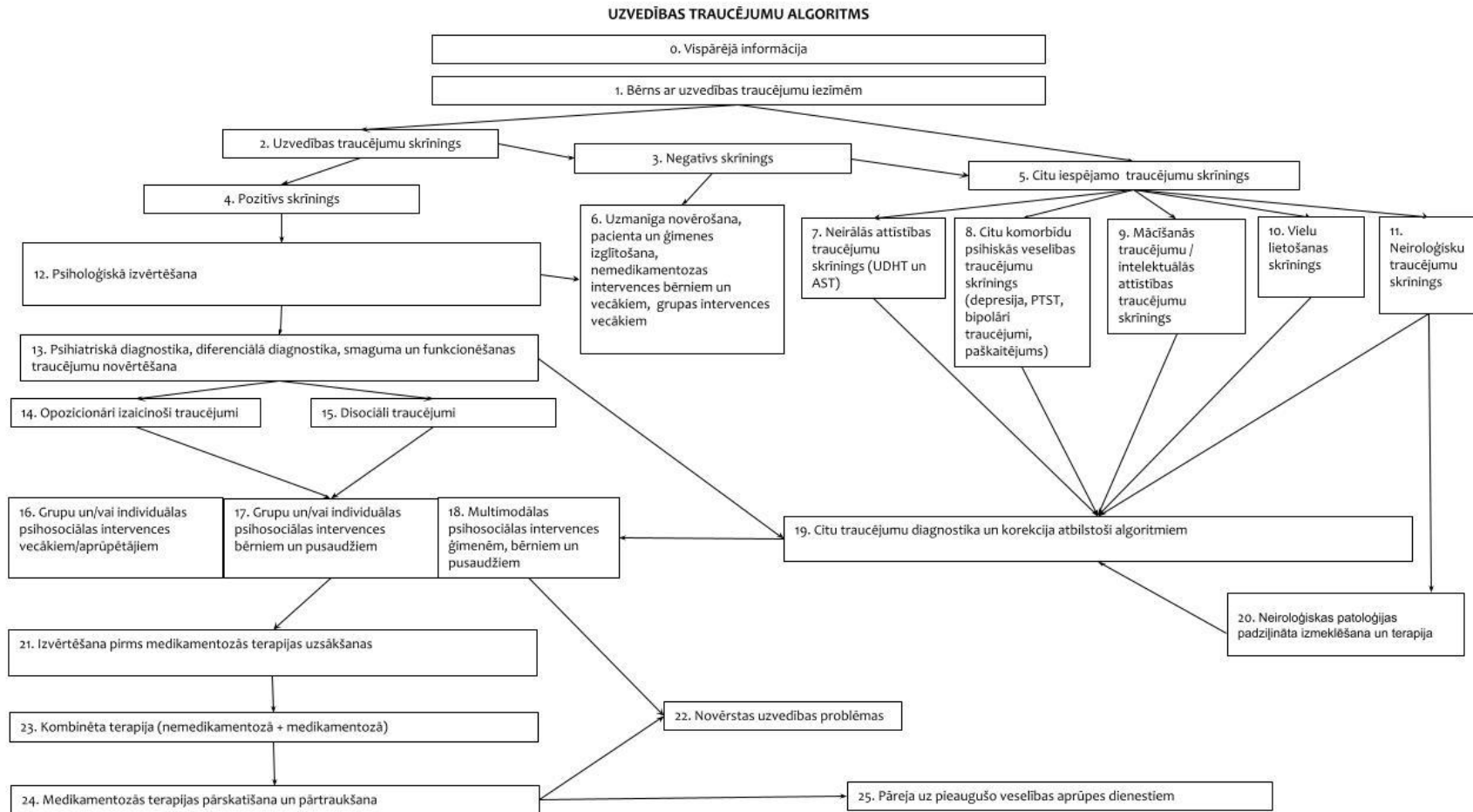


## Saturs

Saturs	2
Algoritma shēma	4
Lietotie saīsinājumi	5
Klīniskais algoritms	6
0. Vispārējā informācija	6
Ievads	7
Algoritma lietotāju mērķa grupas	8
Algoritma mērķi	8
Pacienta izvērtēšana un aprūpes koordinēšana	8
Terapijas apsvērumi visos aprūpes līmeņos	9
Atpazīšana un izvērtēšana	9
Diagnostika	10
Ārstēšana/korekcija	10
Palīdzības nepārtrauktība, pārejot uz pieaugušo dienestiem	10
Uzvedības traucējumu diagnostika un ārstēšana pieaugušā vecumā	11
1. Bērns ar uzvedības traucējumu iezīmēm	12
2. Uzvedības traucējumu skrīnings	13
3. Negatīvs skrīnings	13
4. Pozitīvs skrīnings	14
5. Citu iespējamo traucējumu skrīnings	14
6. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana, nemedikamentozas intervences bērniem un vecākiem, grupas intervences vecākiem	14
Ieteikumi intervenču izvēlei	14
7. Neirālās attīstības traucējumu skrīnings (UDHT un AST)	17
8. Citu komorbīdu psihiskās veselības traucējumu skrīnings (depresija, PTST, bipolāri traucējumi, paškaitējums)	18
9. Mācīšanās traucējumu / intelektuālās attīstības traucējumu skrīnings	18
Ieteicamie skrīninga instrumenti:	19
10. Vielu lietošanas skrīnings	19
Ieteicamie skrīninga instrumenti:	19
Iespējamās intervences vielu lietošanas gadījumos	20
11. Neiroloģisku traucējumu skrīnings	20
12. Psiholoģiskā izvērtēšana	21

13. Psihiatriskā diagnostika, diferenciālā diagnostika, smaguma un funkcionēšanas traucējumu novērtēšana	22
14. Opozicionāri izaicinoši traucējumi (OIT)	22
Diagnostikas prasības	22
6C90.0 Opozicionāri izaicinoši traucējumi ar hronisku aizkaitināmību-dusmām	23
6C90.1 Opozicionāri izaicinoši traucējumi bez hroniskas aizkaitināmības-dusmām	24
6C90.x0 ar ierobežotām prosociālām emocijām	24
6C90.x1 ar tipiskām prosociālām emocijām	25
Disociālas uzvedības traucējumi (DUT)	26
6C91.x0 Disociāli uzvedības traucējumi ar ierobežotām prosociālām emocijām	28
6C91.x1 ar tipiskām prosociālām emocijām	29
15. Disociāli traucējumi	31
16. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana	31
17. Grupu un/vai individuālas psihosociālas intervences bērniem un pusaudžiem	31
18. Multimodālas psihosociālas intervences ģimenēm, bērniem un pusaudžiem	32
19. Citu traucējumu diagnostika un korekcija atbilstoši algoritmiem	33
20. Neiroloģiskas patoloģijas padziļināta izmeklēšana un terapija	33
21. Izvērtēšana pirms medikamentozās terapijas uzsākšanas	33
22. Novērsta uzmanības problēmas	33
23. Kombinēta terapija (nemedikamentozā + medikamentozā)	34
24. Medikamentozās terapijas pārskatīšana un pārtraukšana	34
25. Pāreja uz pieaugušo veselības aprūpes dienestiem	34
Atsauces	35
Pielikumi	38
1. pielikums	38
2. pielikums	39
3. pielikums	40

# Algoritma shēma



## Lietotie saīsinājumi

AST – autiskā spektra traucējumi

BAASIK – bērnu agrīnās attīstības skrīninga instrumentu komplekts

CNS – centrālā nervu sistēma

DU – disociāla uzvedība

DUT – disociālas uzvedības traucējumi

EEG – elektroencefalogrāfija

EKG – elektrokardiogrāfija

EMG – elektromiogrāfija

ICD – Starptautiskā slimību klasifikācija (*International Classification of Diseases*)

KBT – kognitīvi biheiviorālā terapija

M-CHAT – Modificēta autisma aptauja maziem bērniem (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*)

MR – magnētiskā rezonanse

NAT – neirālās attīstības traucējumi

NICE – Nacionālais veselības un aprūpes izcilības institūts (*National Institute for Health and Care Excellence*); Lielbritānijas veselības aprūpes vadlīniju sistēma

OIT – opozicionāri izaicinoši traucējumi

OIU – opozicionāri izaicinoša uzvedība

SSK – Starptautiskā slimību klasifikācija

UDHT – uzmanības deficīta un hiperaktivitātes traucējumi

# Klīniskais algoritms

## 0. Vispārējā informācija

Lai novērstu uzvedības traucējumu veidošanos, ir ļoti nozīmīgi kopumā veicināt atbalstu ģimenēm un pozitīvu vecāku un bērnu mijiedarbību jau kopš bērna dzimšanas.

Būtisks preventīvā darba mērķis ir saistīts ar intervencēm riska grupas populācijām: ģimenēm ar zemu ienākumu līmeni, zemu sociālā atbalsta līmeni, vientuļajiem vecākiem, iespējamu vardarbību ģimenē, vielu lietošanu ģimenē vai vecāku likumpārkāpumiem. Riska grupas ir arī bērni ar zemiem mācību sasniegumiem, kā arī augstu impulsivitāti. Visos šajos gadījumos ir svarīgi sniegt vecākiem ieteikumus par efektīvām audzināšanas, pozitīvas disciplinēšanas, komunikācijas un ikdienas aktivitāšu organizācijas stratēģijām, kas atbilst bērna vecumam. Piemēri.

- Nodrošināt pozitīvas disciplinēšanas metodes, izvairoties no bargas sodīšanas, bērna pazemošanas, kritizēšanas, intensīvām emociju izpausmēm.
- Sniegt tūlītēju pozitīvu pastiprinājumu (uzslavu, uzmanību vai taustāmas balviņas) brīžos, kad bērns kontrolē dusmas, pilda norādījumus vai demonstrē prosociālu vai cita veida pozitīvu uzvedību; vēlams izvairīties no agresīvas reakcijas situācijās, kad bērns izrāda dusmas, cenšas izvairīties no uzdevumiem/pienākumiem vai demonstrē negatīvu uzvedību.
- Uzturēt konsekveni audzināšanā, veidojot vienotas prasības bērna audzināšanā. Piemēram, ja bērnam nav atļauts lēkāt pa gultu, tad svarīgi, lai to ievērotu visi bērna audzināšanā iesaistītie pieaugušie.
- Bērnodārzā, skolā un mājās ieteicams izmantot vizuāli veidotus uzvedības noteikumus, kā arī dienas/nodarbību plānu, kas var palīdzēt bērnam labāk izprast to, kāda uzvedība tiek no viņa sagaidīta, kā arī palīdz konstruktīvi iesaistīties kopīgās mācību nodarbībās un spēļu aktivitātēs.
- Nodrošināt bērna ikdienas uzraudzību atbilstoši vecumam, t. sk. pusaudža vecumā zināt, kur bērns atrodas, ar ko ir kopā un kad būs mājās. Regulēt laiku, cik ilgi bērns lieto viedierīces (viedtālruni, datoru, televizoru), kā arī to saturu. Pamanīt vielu lietošanas riskus un novērst tos pēc iespējas ātrāk.

Būtiski ir attīstīt sociāli emocionālās audzināšanas programmas pirmsskolās un skolās. Šo programmu mērķis ir veicināt bērnu izpratni par savām un citu cilvēku emocijām, emociju apzināšanos, mācīt stresa vadīšanas, impulsu un dusmu kontroles prasmes, problēmu risināšanas prasmes, kā arī veicināt pašcieņu un pozitīvas attiecības ar vienaudžiem. Šāda veida programmas vidēji ietver 30 klases stundas gadā bērniem jau no 3 gadu vecuma (NICE, 2019). Latvijā ir izveidota un validēta Sociāli emocionālās mācīšanās (SEM) programma visu skolu klasēm (Martinsone, Niedre, & Bērziņa, 2018). Starptautiski ir izstrādāta arī programma PROMEHS (*Promoting Mental Health in Schools*) jeb “Garīgās veselības veicināšana skolās” (3–18 gadi) – pierādījumos balstīta, zinātniski pārbaudīta, universāla, visā izglītības iestādē ieviešama programma, kas sastāv no gataviem nodarbību plāniem pedagogiem, rokasgrāmatām bērniem/skolēniem un vecākiem. Ieviešot šāda veida programmu izglītības iestādēs, varam prognozēt uzvedības problēmu samazināšanos (Grazzani et al., 2022; Martinsone et al., 2022). Izglītības sistēmā ir ieteicams attīstīt arī tādas psihoizglītojošas programmas vecākiem, kuru fokuss būtu gan uz pozitīvas audzināšanas principiem, gan vecāku emociju regulāciju.

## Ievads

Bērnu uzvedības problēmas ir vienas no visbiežāk sastopamajām grūtībām, kuras atbilstoši pētījumiem skar no 5 % bērnu (ICD-11). Atbilstoši SSK-11 diagnostikas kritērijiem traucējošas (*disruptive*) uzvedības vai disociālus (*dissocial*) traucējumus raksturo noturīgas uzvedības problēmas, kuras izpaužas dažādās vidēs un bieži sākušās bērnībā pirms 4 gadu vecuma sasniegšanas (ICD-11, WHO, 2019). Uzvedības traucējumi izpaužas spektrā no izteiktas un noturīgas izaicinošas, nepaklausīgas, provokatīvas vai spītīgas (t. i., traucējošas) uzvedības, līdz pat atkārtotai citu cilvēku pamattiesību vai nozīmīgu sabiedrības normu, noteikumu vai likumu pārkāpumiem (t. i., disociāla). Šīs pazīmes agrīnā vecumā 50–70 % gadījumu paredz uzvedības problēmu diagnozi vēlākā vecumā (Campbel, 1987; Harvey et al., 2009).

Ir pierādīts, ja būtiskas uzvedības problēmas netiek laikus novērstas, ir paredzami zemi akadēmiskie sniegumi un iesaiste mācību procesā, problēmas skolā un skolas pāragra pārtraukšana, kā arī nokļūšana ieslodzījuma vietā (Meagher et al., 2009). Vēlākā dzīvē tieši asociālas uzvedības traucējumiem ir nopietns risks antisociālas uzvedības izpausmēm, savukārt OIU lielākā mērā prognozē emocionālus traucējumus pieaugušā vecumā (Rowe et al., 2011).

## **Algoritma lietotāju mērķa grupas**

- Bērnu psihiatri, psihiatri
- Bērnu neirologi, neirologi
- Ģimenes ārsti
- Pediatri
- Klīniskie, veselības un izglītības psihologi
- Funkcionālie un rehabilitācijas speciālisti
- Medicīnas māsas
- Citas ārstniecības atbalsta un ārstniecības personas
- Sociālo dienestu un citu iesaistīto valsts un pašvaldības iestāžu speciālisti

## **Algoritma mērķi**

- Uzlabot bērnu/pusaudžu uzvedības traucējumu atpazīšanu un diagnostiku visos veselības aprūpes posmos.
- Veicināt multimodālu intervenču ieviešanu visās bērna/pusaudža vidēs: ģimenē, izglītības iestādē, rehabilitācijas centros, uzraudzības iestādēs. Mērķtiecīgi ieviest, uzturēt un izmantot pierādījumos pamatotas intervences visos psihosociālās rehabilitācijas un ārstēšanas posmos.
- Uzlabot psihosociālo rehabilitāciju un ārstēšanu bērniem/pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes līmenī.
- Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar uzvedības traucējumiem virzību veselības aprūpes sistēmā, efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem, sadarbību ar rehabilitācijas dienestiem, sociālajiem dienestiem, mazinot riskus vēlīnas diagnostikas, negatīvu sociālo un veselības seku attīstībai.
- Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un rehabilitācijas plānu.

## **Pamatprioritātes, ieviešot algoritmu**

### **Pacienta izvērtēšana un aprūpes koordinēšana**

- Izvērtējot bērnu/pusaudzi ar uzvedības traucējumiem, veselības aprūpes speciālistiem ir rūpīgi jāizvērtē bērna vai pusaudža sociālais, izglītības un ģimenes vides konteksts



(starp personu attiecību kvalitāte starp pacientu un viņa ģimenes locekļiem, vienaudžiem un pedagogiem, kā arī izglītības vides apstākļi).

Izvērtējot bērnu/pusaudzi ar uzvedības traucējumiem, veselības aprūpes speciālistiem ir jāņem vērā un medicīniskajā dokumentācijā jāreģistrē iespējamie līdzās esošie vai primārie psihiskās veselības traucējumi (neirālās attīstības traucējumi (UDHT vai AST), psihoemocionālie traucējumi, mācīšanās vai intelektuālās attīstības traucējumi, vielu lietošana vai neiroloģiski traucējumi).

### **Terapijas apsvērumi visos aprūpes līmeņos**

- Uzvedības problēmu novēršana jāveic visās bērna vidēs, t. sk. izglītības vidē un bērna uzturēšanās vietā, iespējami ciešā sadarbībā ar plašu sociālo un izglītības dienestu tīklu.
- Ir ļoti nozīmīgi pievērst uzmanību ģimenes funkcionēšanai, kā arī iespējamām bērna vecāku psihiatriskajām/psiholoģiskajām problēmām. Ja bērna ārstēšanas laikā tiek identificēta vecāka vajadzība pēc psihiatriskās palīdzības, ir jāpalīdz bērna vecākiem saņemt nepieciešamo palīdzību pieaugušo psihiatriskās aprūpes dienestos.
- Komorbīdi vai primārie nervu sistēmas attīstības, psihiskie un uzvedības traucējumi ir jāizvērtē un jārisina pēctecīgi vai paralēli ar uzvedības traucējumu korekciju un ārstēšanu.
- Psihosociālās intervences, kuras izmanto bērna/pusaudža ar uzvedības traucējumiem rehabilitācijā, ir tiesības nodrošināt tikai speciālistiem ar atbilstošu izglītību (sertifikātu / tiesībām praktizēt) konkrētajā metodē un atbilstošu izglītību/pieredzi darbā ar bērniem/pusaudžiem.

### **Atpazīšana un izvērtēšana**

- Veselības aprūpes speciālistiem primārajā veselības aprūpē, izglītības sistēmā vai citos piekritīgos sabiedrības segmentos jāapgūst priekšzināšanas uzvedības traucējumu simptomu atpazīšanā un riska grupas bērnu/pusaudža izvērtēšanā. Šādā kursā jāiekļauj zināšanas par pašreizējo un pagātnes riska faktoru izvērtēšanu, daudzveidīgo riska faktoru nozīmīgumu, kultūras faktoriem, kā arī par faktoriem, kas saistīti ar īpaši augstu uzvedības traucējumu un citu psihisko un uzvedības traucējumu risku, piemēram, nabadzību, ārpus ģimenes aprūpi un atrašanos institucionālā vidē.

- Specializētiem bērnu psihiatrijas dienestiem cieši jāsadarbojas ar primārās veselības aprūpes, izglītības un citu attiecināmo sabiedrības segmentu speciālistiem, lai nodrošinātu gan viņiem nepieciešamo zināšanu apguvi un atbalstu, gan bērna/pusaudža ar uzvedības traucējumu prevences, psihosociālās rehabilitācijas, ārstēšanas un aprūpes pēctecību.

## **Diagnostika**

- Bērnu psihiatriem, pieaugušo psihiatriem, narkologiem, tiesu psihiatrijas ekspertiem, pediatriem, bērnu neirologiem un citiem psihiskās veselības aprūpes sistēmas speciālistiem jānodrošina iespēja apgūt kursu par uzvedības traucējumu diagnostiku un ārstēšanu pēc šā klīniskā algoritma.
- Jāveicina strukturētu skrīninga instrumentu (piemēram, Stiprās puses un grūtības *SDQ* visu vecumu bērniem, BAASIK pirmskolas vecuma bērniem), diagnostisko rīku (piemēram, Ahenbaha bērnu uzvedības novērtēšanas aptauja (*Child Behaviour Checklist, CBCL/ASEBA*)), traucējošas uzvedības diagnostiskās novērošanas skalas (*Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS; Wachslag et al., 2008)*), Vainlendas adaptīvās uzvedības skalas (*Vineland Adaptive Behavior Scales, 0-99 g. (VABS-3; Sparrow et al., 2005)*) izmantošana bērnu psihiatrijas klīniskajā praksē.

## **Ārstēšana/korekcija**

- Bērna/jaunieša ar uzvedības traucējumiem ārstēšanā un rehabilitācijā maksimāli jālieto psihosociālās rehabilitācijas metodes, medikamentozo terapiju izmantojot tikai specifiskiem mērķiem, kuru sasniegšana nav iespējama ar nemedikamentozām intervencēm.
- Veselības aprūpes un psihosociālās rehabilitācijas speciālistiem ir jāiesaka uz pierādījumiem balstītas intervences metodes un jāinformē pacienta vecāki/aprūpētāji par riskiem, ja tiek izmantotas pētījumos nepārbaudītas intervences.

## **Palīdzības nepārtrauktība, pārejot uz pieaugušo dienestiem**

Jauniešiem, kas skolas vecumā ārstējušies specializētos bērnu psihiatrijas dienestos un bijuši uz rehabilitāciju sakarā ar uzvedības traucējumu simptomiem un ar tiem saistītiem

funkcionēšanas traucējumiem, ir jānodrošina iespēja atkārtotam izvērtējumam skolas beigšanas vecumā, lai noskaidrotu vajadzību pēc uzvedības traucējumu korekcijas turpināšanas arī pieaugušā vecumā. Ja uzvedības traucējumu vai komorbīdo psihisko traucējumu dēļ jauniešiem ir nepieciešama tālāka psihiatriskā palīdzība, ir jānodrošina koordinēta pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem.

Pārejas periodā uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem rekomendējama oficiāla koordinēšanas sapulce, kurā piedalās bērnu un pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestu pārstāvji, un jauniešiem ir jāsaņem pilnīga informācija par pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem. Pārejas plānošanā jāpiedalās jauniešiem un nepieciešamības gadījumā arī viņu vecākam (likumiskajam pārstāvim).

Pēc pārejas uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem ir jāizvērtē jaunieša ar uzvedības traucējumiem vajadzības, kas iekļauj personīgo, izglītības, darba un sociālo funkcionēšanu, kā arī komorbīdus traucējumus (īpašu uzmanību pievēršot uzmanības deficīta un hiperaktivitātes traucējumiem, autiskā spektra traucējumiem, atkarību izraisošo vielu kaitējoši pārmērīgai lietošanai un atkarībai, personības traucējumiem, emocionāliem traucējumiem un mācīšanās grūtībām).

### **Uzvedības traucējumu diagnostika un ārstēšana pieaugušā vecumā**

Ja uzvedības traucējumi turpinās pieaugušā vecumā, tie var radīt nopietnas problēmas pašam indivīdam (noturēties darbā, veidot attiecības u. c.), viņa ģimenes locekļiem un sabiedrībai saistībā ar pretlikumīgu darbību veikšanu. Pieaugušā vecumā uzvedības traucējumu diagnoze var tikt mainīta uz antisociālas personības traucējumu diagnozi atbilstoši SSK-10 vai disociālas personības iezīmju diagnozi atbilstoši ICD-11. Šo diagnožu izpausmju novēršanai ir izstrādātas arī psihoterapijas un psihosociālās rehabilitācijas programmas atbilstoši biheiviorālās un kognitīvi biheiviorālās terapijas principiem.

## 1. Bērns ar uzvedības traucējumu iezīmēm

Uzvedības traucējumus raksturo bērna nesadarbošanās ar pieaugušajiem un vienaudžiem, strīdēšanās (pat par nelielām un maznozīmīgām lietām), atteikšanās sekot noteikumiem, viegla aizkaitināmība, dusmas, citu kaitināšana un aizskaršana, kā arī agresīva, nežēlīga un atriebīga izturēšanās. Lai tos noteiktu, ir svarīgi, pirmkārt, izvērtēt bērna uzvedības izpausmes vairākās jomās.

- Dusmas un aizkaitināmība.
- Opozicionāras uzvedības iezīmes: izaicinoša rīcība, pasīva nepakļaušanās, pastāvīga nepaklausība, noteikumu pārkāpšana pieaugušo klātbūtnē.
- Agresīva uzvedība: verbāla agresija, agresija pret lietām, agresija pret cilvēkiem, spītēšanās.
- Slēpta negatīva uzvedība: melošana, zagšana, noteikumu pārkāpšana bez pieaugušā klātbūtnes.

Otrkārt, ir ļoti nozīmīgi izvērtēt bērna vidi – ģimenes un skolas klimatu (ģimenes kopējo funkcionēšanu, atkarības izraisošo vielu lietošanu, vecāku psihisko stāvokli, vecāku un bērnu mijiedarbību, pedagogu un bērnu mijiedarbību, vides apstākļu piemērotību bērna vajadzībām). Iespējamu vardarbības pret bērnu vai novārtā pamešanas risku gadījumos speciālistiem jāziņo sociālajam dienestam vai bāriņtiesai.

Uzvedības traucējumi tiek iedalīti divās apakškategorijs: opozicionāri izaicinošas uzvedības (OIU) un disociālas uzvedības traucējumi, kur smagākas uzvedības problēmu izpausmes ir tieši disociālas uzvedības traucējumiem (ICD-11). Bieži, progresējot opozicionāri izaicinošajiem traucējumiem, veidojas disociāli traucējumi; faktiski pirmie var būt otro priekšvēstnesis (Turgay, 2009; Rowe et al., 2010; APA, 2013). Opozicionāru traucējumu gadījumos bērni parasti nav fiziski agresīvi pret cilvēkiem vai dzīvniekiem, neiznīcina īpašumu, nezog un nemaldina citus (Campbell et al., 2000; Nolen-Hoeksema, 2014). Disociālo uzvedības traucējumu grupai raksturīgi citu cilvēku tiesību pārkāpumi, agresivitāte pret cilvēkiem/dzīvniekiem, īpašuma iznīcināšana, melošana, zagšana. Diagnostikā izvērtē arī prosociālas emocijas – vai tās ir vai nav ierobežotas.

Uzvedības traucējumi kopumā divas reizes biežāk satopami zēniem, taču OIU zēniem ir tikai nedaudz biežāk nekā meitenēm (Nock et al., 2007). OIU prevalence ir ap 2,8 %, savukārt (asociālas) uzvedības traucējumu prevalence ap 3,5 % (NRC & IOM, 2009).

## 2. Uzvedības traucējumu skrīnings

Uzvedības traucējumu skrīningā pasaulē bieži izmantota un Latvijā tulkota un validēta metode ir “Stiprās puses un grūtības” (*SDQ*): versija 2–4 gadus vecu bērnu vecākiem (1. pielikums), versija 4–17 gadus vecu bērnu vecākiem (2. pielikums), pašaptaujas versija 11–17 gadus veciem bērniem (3. pielikums).

Pirmsskolas vecuma bērniem ieteicams izmantot Bērnu attīstības agrīno skrīninga instrumentu komplektu BAASIK 3–6 gadus veciem bērniem, aizpilda vecāki un pedagogi; iekļautas opozicionāri izaicinošās un disociālās uzvedības skalas (Raščevska et al., 2023).

Par uzvedības traucējumu iespējamību jādomā, ja:

- rezultāts skrīningā sasniedz klīniski nozīmīgu līmeni,
- bērnam/pusaudzim ir ievērojamas ikdienas funkcionēšanas grūtības izglītības, ģimenes, sociālajā, personiskajā, darba vai citās jomās, kas tiek novērotas (iespējams, dažādās pakāpēs) gan mājās, gan skolā, gan citās vidēs, kur bērns/pusaudzis atrodas.

Uzvedības traucējumu “simptomu” diferenciāldiagnoze. Uzvedības traucējumi ir jādiferencē no UDHS, separācijas trauksmes, garastāvokļa traucējumiem, vienaudžu attiecību/sociālām problēmām, seksuāli nepiemērotas uzvedības, regresa uzvedības, somatizācijas un obsesīvi kompulsīvas simptomātikas, jo atsevišķi uzvedības traucējumu “simptomi” var tikt novēroti dažādu psihisku traucējumu struktūrā, bet uzvedības traucējumu pazīmes var būt arī bez psihiatriskas diagnozes. Ir arī svarīgi atšķirt nepārprotami neadaptīvu uzvedību no uzvedības, kas ir piemērota attīstībai vai situācijai. “Normāla” uzvedība ietver arī to, kas ir daļa no bērna paredzamās pasaules testēšanas un eksperimentēšanas.

## 3. Negatīvs skrīnings

Ja skrīnings ir negatīvs, taču riska faktori uzvedības traucējumiem pastāv, ir ieteicams turpināt uzmanīgu bērna un vides novērošanu. Ir būtiski izvērtēt citu psihisko, uzvedības vai

neirālās attīstības traucējumu iespējamību (pēc atbilstošajiem klīniskajiem algoritmiem), kā arī citas psiholoģiskās, sociālās, veselības problēmas, kuru dēļ bērnam/pusaudzim ir veikts uzvedības traucējumu skrīnings.

#### **4. Pozitīvs skrīnings**

Pozitīva skrīninga gadījumā ir ieteicams veikt uzvedības traucējumu strukturētu novērtēšanu, lai izvērtētu to smagumu un iespējamo diagnožu apakštipus, kā arī nodrošināt tūlītēju intervenci. Ieteicamās intervences ir uzvedības terapijā balstītas intervences (skat. 6., 17., 18. punktu)

#### **5. Citu iespējamo traucējumu skrīnings**

Ņemot vērā biežo uzvedības traucējumu komorbiditāti ar citiem psihiskās un uzvedības traucējumiem, ir būtiski veikt UDHT, AST, mācīšanās traucējumu, neiroloģisko traucējumu (piemēram, epilepsijas), intelektuālās attīstības traucējumu, kā arī psihoemocionālo traucējumu (posstraumatiskā stresa sindromu (PTSS), depresijas, trauksmes) skrīningu.

#### **6. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana, nemedikamentozas intervences bērniem un vecākiem, grupas intervences vecākiem**

Jau pirms formālas diagnozes saņemšanas bērnam un viņa vecākiem jānodrošina multimodālas psihosociālas intervences, īpaši agrīnā vecumā, ņemot vērā to, ka uzvedības traucējumu pazīmes agrīnā vecumā 50–70 % gadījumu paredz uzvedības problēmu diagnozi vēlākā vecumā (Campbel, 1987; Harvey et al., 2009).

#### **Ieteikumi intervenču izvēlei**

Kā pirmās izvēles bērniem no 3 līdz 11 gadu vecumam ir ieteicamas vecāku apmācību programmas. Pirmskolas vecuma bērnu vecākiem Latvijā ir pieejama Bērnu emocionālās audzināšanas programma (Landy, 2002; Lendija & Ozola, 2004). Galvenās tēmas, kuras tiek mācītas vecākiem, ir:

- bērna attīstība un temperaments;

- kā veicināt ķermeņa kontroli un pozitīvu pašvērtējumu;
- kā veicināt drošu piesaisti;
- kā veicināt bērnos spēlēšanos un fantāziju;
- kā veicināt valodas un komunikācijas spējas;
- kā veidot pamatu pozitīvam pašvērtējumam;
- disciplinēšanas metodes, kas veicina pašregulāciju, attīsta sirdsapziņu un morālo uzvedību;
- kā veicināt emociju pašregulāciju;
- kā veicināt koncentrēšanos, plānošanu un problēmu risināšanu;
- kā veicināt sociālo kompetenci, empātiju un gādīgumu.

Arī skolas vecuma bērnu vecākiem ir ieteicamas uzvedības terapijas principos balstītas vecāku apmācību programmas (Maughan et al., 2005), piemēram, “Neticamie gadi” (*Incredible years*, Webster-Stratton & Reid, 2003), kuru plānots ieviest Latvijā tuvākajos gados.

Pusaudžu (12–17 gadi) vecākiem ir pieejamas vecāku grupas “Ceļvedis, audzinot pusaudzi” (CAP, izstrādājis centrs “Dardedze”), kuru galvenās tēmas ir veicināt izpratni par:

- pusaudžu un vecāku tiesībām, pienākumiem un atbildību;
- vecāku un pusaudžu savstarpējām attiecībām un komunikāciju;
- veselīgu dzīvesveidu;
- pusaudžu seksualitāti;
- pusaudžu sociālajām prasmēm;
- emociju pašregulāciju;
- disciplinēšanu;
- dzīves prasmēm;
- rūpēm par sevi.

Uzvedības problēmu gadījumos, kuru izteiktība ir vidēji smaga, ir ieteicamas arī grupu intervences bērniem. Šo grupu fokuss ir mācīt bērniem sociālās prasmes, stresa un emociju regulācijas prasmes un problēmu risināšanas prasmes. Latvijā šāda programma ir “STOP 4-7”, kas paredzēta pirmsskolas vecuma bērniem, viņu vecākiem un pedagogiem. Programmā bērniem tiek mācītas prasmes:

- sadarboties;

- komunicēt;
- iekļauties nodarbībās;
- sekot norādījumiem;
- būt draudzīgiem un laipniem;
- risināt problēmas;
- pazīt un regulēt emocijas;
- vadīt stresu.

Vecākiem un pedagogiem programmā “STOP 4-7” tiek mācīts:

- vērot un izprast bērnu uzvedību;
- veidot atbalstošu, strukturētu vidi;
- pozitīvi pastiprināt jeb apbalvot vēlamo uzvedību;
- nejauši neapbalvot problemātisko uzvedību;
- sniegt skaidrus norādījumus;
- būt konsekventiem un disciplinēt;
- izmantot saudzīgu un efektīvu sodu sistēmu (ignorēt nevēlamo uzvedību, veidot pārtraukuma laikus, izmantot nevēlamās uzvedības seku principu);
- regulēt savas emocijas.

Pasaulē ir izstrādātas līdzīgas programmas arī skolas vecuma bērniem, taču Latvijā tās pagaidām vēl nav pieejamas, piemēram, *Incredible Years* gan pozitīvas uzvedības veicināšanai, gan nevēlamas uzvedības novēršanai. Tuvākajos gados plānots to ieviest arī Latvijā.

Viena no preventīvām programmām, kuru plānots ieviest Latvijā tuvākajos gados, ir Somijā izstrādātā *KiVa* antimobinga programma – visaptveroša programma skolās ar mērķi samazināt mobinga gadījumu skaitu, izglītot skolotājus par mobingu, ieviest ātrās mobinga komandas skolās, kā arī uzraudzīt un monitorēt skolas un klases klimatu gan ilgtermiņā, gan īstermiņā.

Gadījumos, kad uzvedības problēmu izpausmes ir izteiktas, ieteicamas individuālas intervences bērniem un ģimenēm. Galvenie intervenču komponenti:

- skaidri definēt, novērot un fiksēt uzvedības problēmas ikdienā, dažādās situācijās;
- izprast uzvedības likumsakarības, izmantojot ABT shēmu: A – situācija tieši pirms uzvedības, B – problemātiskā uzvedība, C – uzvedības tūlītējās sekas;



- izprast iespējamos ietekmējošos faktorus – bērna spējas, ģimenes un skolas vidi;
- izprotot uzvedības mērķi/funkciju, veidot intervences plānu (plāna veidošanā izprast, vai bērnam ir vēlamajai uzvedībai nepieciešamās prasmes, vai tās ir svarīgi mācīt);
- trenēt prasmes un pielietot ikdienā, pozitīvi pastiprinot panākumus; ignorēt vai maigi sodīt nevēlamo uzvedību;
- visās bērna vidēs pielietot vienādus uzvedības vadīšanas principus.

## 7. Neirālās attīstības traucējumu skrīnings (UDHT un AST)

Viens no riska faktoriem uzvedības traucējumu attīstībā ir bioloģiski faktori, kuri saistīti ar bērna vadības funkciju un emociju regulācijas attīstību, līdz ar to visiem bērniem ar uzvedības problēmām ieteicams veikt neirālās attīstības traucējumu skrīningu. Pētījumi liecina, ka opozicionāri izaicinošai uzvedībai 14–40 % gadījumu ir komorbiditāte ar uzmanības deficīta un hiperaktivitātes traucējumiem (UDHT) (Nock et al., 2019). Dažos pētījumos pat augstāka – līdz pat 47 % (Singh et al., 2015). Kopumā impulsivitāte ir riska faktors uzvedības traucējumu veidošanās procesā (NICE, 2019). UDHT pazīmju noteikšanai ir vairāki ieteicamie skrīninga instrumenti.

- Bērnu attīstības agrīno skrīninga instrumentu komplekts BAASIK 3–6 gadus veciem bērniem, aizpilda vecāki un pedagogi; iekļautas neuzmanības un hiperaktivitātes skalas (Raščevska et al., 2023).
- UDHS novērtēšanas skala IV (ADHD–RS) – versija 5–17 gadus vecu bērnu vecākiem un skolotājiem.
- Aptauja “Stiprās puses un grūtības” (*SDQ*) – versija 2–4 gadus vecu bērnu vecākiem (1. pielikums), versija 4–17 gadus vecu bērnu vecākiem (2. pielikums), pašaptaujas versija 11–17 gadus veciem bērniem (3. pielikums).

Uzvedības problēmas bieži izpaužas arī bērniem ar autiskā spektra traucējumiem (AST), lai gan uzvedības traucējumi kā līdzās pastāvoša diagnoze AST ir tikai ap 3 % (Simonoff et al., 2008). AST pazīmju noteikšanai ir vairāki ieteicamie skrīninga instrumenti.

- BAASIK 3–6 gadus veciem bērniem, aizpilda vecāki un pedagogi; iekļautas sociālās komunikācijas un specifisko izpausmju skalas (Raščevska et al., 2023).

- CAST – 37 jautājumi bērniem vecumā no 4 līdz 11 gadiem, aizpilda vecāks (skat. AST algoritmu).
- *Autism Spectrum Quotient (AQ)* (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin & Clubley, 2001) no 4 gadu vecuma, angļiski; pieejama arī pusaudžu un pieaugušo versija.

## **8. Citu komorbīdu psihiskās veselības traucējumu skrīnings (depresija, PTST, bipolāri traucējumi, paškaitējums)**

Pētījumi liecina, ka eksternalizētās uzvedības traucējumi lielā mērā ir saistīti arī ar internalizētajiem traucējumiem, t. i., trauksmi, noslēgšanos sevī, depresiju un citām uz sevi vērstām problēmām (Willner, Gatzke-Kopp, & Bray, 2016). Piemēram, opozicionāri izaicinošajiem traucējumiem līdz pat 50 % gadījumu ir komorbiditāte ar trauksmes vai afektīvajiem traucējumiem (Nock et al., 2007).

Depresijas skrīningam ieteicams izmantot Beka depresijas aptaujas bērnu variantu (CDI; Kovacs, 1992), kas pieejams latviešu valodā. Paaugstinātu simptomu gadījumā ir būtiski izvērtēt arī pašnāvības vai cita paškaitējuma risku.

Trauksmes traucējumu skrīninga instrumenti:

- BAASIK 3–6 gadus veciem bērniem, aizpilda vecāki un pedagogi; iekļautas sociālās komunikācijas un specifisko izpausmju skalas (Raščevska et al., 2023).
- *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)* (Behrens et al., 2019) – mēra dažādus trauksmes veidus, taču pagaidām pieejams tikai angļu valodā.

Bieži uzvedības un emocionālie traucējumi ir saistīti ar traumatiskām pieredzēm, ar kurām bērns saskāries ģimenē vai ārpus tās (Kesler, 2000). Pēctraumas stresa traucējumu (PTST) gadījumos cilvēki izjūt hronisku spriedzi un uzbudinājumu, kā arī pastāvīgu modrību, kas var izpausties arī dusmu un agresīvas uzvedības veidā.

Viens no ieteicamajiem skrīninga instrumentiem bērniem ir Bērnu PTST simptomu skala (*Child PTSD Symptom Scale for DSM-5*, Foa & Capaldi, 2013); pagaidām pieejams tikai angļu valodā.

## 9. Mācīšanās traucējumu / intelektuālās attīstības traucējumu skrīnings

Uzvedības traucējumiem ir augsta korelācija ar mācīšanās traucējumiem (Nock et al., 2019), kā arī tie var būt līdzās esoši intelektuālās attīstības traucējumiem. Mācīšanās traucējumus raksturo:

- uzmanības grūtības;
- atmiņas grūtības;
- grūtības sekot norādījumiem;
- grūtības izšķirt burtus, skaitļus, skaņas;
- vāja lasītprasme, rakstītprasme vai matemātiskās spējas;
- acu un roku koordinācijas problēmas, vāja koordinācija;
- grūtības izprast notikumu secību;
- sensoras grūtības.

### Ieteicamie skrīninga instrumenti:

- BAASIK 3–6 gadus veciem bērniem, aizpilda vecāki un pedagogi: iekļautas gan kognitīvās, gan motorās, gan valodas prasmes (Raščevska et al, 2023).
- Mācīšanās traucējumu aptauja (*Learning Disabilities Checklist*; <https://ncld.org/wp-content/uploads/2020/09/Learning-Disabilities-Checklist.pdf>) – pieejama tikai angļu valodā.

Intervences mācīšanās traucējumiem un intelektuālās attīstības traucējumiem – bērna vajadzībām pielāgots individualizēts izglītības plāns, nodarbības ar speciālo pedagogu, lietišķā uzvedības analīze, lasīšanas un rakstīšanas traucējumu gadījumos palīdz regulāras logopēda konsultācijas.

## 10. Vielu lietošanas skrīnings

Uzvedības problēmas un vielu lietošana ir plaši izplatīta problēmu kombinācija, īpaši pusaudžu vecumā. Pētījumi liecina, ka uzvedības traucējumi bieži paredz problemātisku alkohola un narkotiku lietošanu nākotnē (King et al., 2004).

### **Ieteicamie skrīninga instrumenti:**

- Narkotiku lietošanas skrīninga tests (*Drug Abuse Screen Test* (DAST-20: Adolescent version, Skinner, 2012; skat. Atkarību algoritmu)).

### **Iespējamās intervences vielu lietošanas gadījumos**

- *PreVenture* (12–17 gadi). Pierādījumos balstīta programma alkohola un vielu atkarības risku mazināšanai, kā arī mentālās veselības veicināšanai, īpaši augsta riska jauniešiem. Pasniedz apmācīti treneri, kuri var būt gan skolotāji, gan skolas atbalsta komanda.
- *Unplugged* (12–14 gadi). Universāla Eiropas programma vielu lietošanas samazināšanai. Efektivitāti pierādījusi, samazinot smēķēšanas, alkohola un marihuānas lietošanu bērniem, kas izgājuši programmu.

Ieteicama gan individuāla situācijas izvērtēšana, gan individuālas un ģimenes konsultācijas; arī narkologa konsultācija.

## **11. Neuroloģisku traucējumu skrīnings**

Uzvedības traucējumi var būt saistīti ar agrīna organiska CNS bojājuma sekām; šajos gadījumos var būt aizkavēta mācīšanās un citu prasmju, t. sk. sociālo, veidošanās, kas paaugstina uzvedības traucējumu attīstības risku. Primārās veselības aprūpes līmenī ieteicams veikt sākotnēju neuroloģisko izvērtēšanu: motoriskās, jušanas, koordinācijas, līdzsvara sistēmas un iesaka apmeklēt bērnu neirologu nepieciešamības gadījumā, ja konstatē sūdzības un/vai klīniskos simptomus, kas norāda par iespējamu neuroloģisku saslimšanu.

Bērna neirologa konsultācija nepieciešama, ja ir:

- fokāla neuroloģiska bojājuma simptomātika;
- pieaugošs muskulatūras vājums;
- koordinācijas un līdzsvara traucējumi;
- aizdomas par epilepsiju;
- aizdomas par neiropseksiju;
- ilgstoši miega traucējumi;
- psihomotorās attīstības aizture vai regress.

## 12. Psiholoģiskā izvērtēšana

Psiholoģiskā izvērtēšana ietver rūpīgu uzvedības traucējumu un tos ietekmējošo faktoru izvērtējumu. Psiholoģiskajā izvērtēšanā ieteicami vairāki standartizēti uzvedības traucējumu novērtēšanas instrumenti.

- Ahenbaha uzvedības novērtēšanas sistēma (CBCL/ASEBA), kuru izmanto klīniskie un veselības psihologi un izglītības psihologi.
- Eibergas bērnu uzvedības novērtēšanas aptauja (*The Eyberg Child Behavior Inventory*) bērna uzvedības izpratnei mājās par bērniem no 2 līdz 16 gadu vecumam.
- Svensona, Nolenas un Pelhemas skolotāju un vecāku vērtēšanas skala (*Swanson, Nolan and Pelham Teacher and Parent Rating Scale*) (SNAP-IV, Swanson, 2001).
- Konera agrīnās bērnības skala (*Conners Early Childhood Scale*, Conners, 2009): multi-informatīvs pirmskolas vecuma bērna (2–6 gadi) attīstību vērtējošs instruments, kas nosaka UDHT un uzvedības traucējumus. Ir arī 10 pantu īsā jeb skrīninga forma.
- Traucējošās uzvedības traucējumu vērtēšanas skala (*Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale*) (DBDRS, Pelham, Gnagy, Greenslade, & Milich, 1992) 5–14 gadu vecumam, satur vecāku un skolotāju formu, ietverti 42 jautājumi.
- Spīlbergera dusmu tests (*State–Trait Anger Expression Inventory*, Spielberger, 1999).

Būtiski ir izvērtēt arī iespējamās līdzās esošās grūtības: UDHT, AST, mācīšanās traucējumus, neiroloģisko problēmu pazīmes, trauksmi, depresiju, PTST, izmantojot strukturētus novērtēšanas instrumentus, piemēram, Vekslera intelekta testu vai Vudkoka-Džonsona intelekta testu. Ļoti nozīmīgi ir izvērtēt bērna vai pusaudža vides faktorus: ģimenes attiecības, disciplinēšanas un komunikācijas modeļus, skolas vides faktorus (piemēram, attiecības ar vienaudžiem un pedagogiem, mobingu, mācību vides atbilstību bērna vajadzībām). Izvērtēšanas procesā tiek ietvertas gan intervijas, gan strukturēta novērošana (piemēram, vecāku un bērnu mijiedarbības novērojums vai uzvedības funkcionālā novērtēšana klases vidē), gan pašnovērtējuma aptaujas (piemēram, Alabamas vai Ģentes audzināšanas aptaujas).

### **13. Psihiatriskā diagnostika, diferenciālā diagnostika, smaguma un funkcionēšanas traucējumu novērtēšana**

Psihiatriskās diagnostikas ietvaros tiek diferencēti opozicionāri izaicinoši vai disociāli uzvedības traucējumi, kā arī izvērtēta to smaguma pakāpe, komorbīdie vai primārie traucējumi un nepieciešamība pēc medikamentozas terapijas.

Atbilstoši SSK-11 uzvedības traucējumus un disociālos traucējumus raksturo pastāvīgas uzvedības problēmas, kuru izteiktība svārstās no izteikti un pastāvīgi izaicinošas, nepaklausīgas, provokatīvas vai spītīgas uzvedības līdz tādai uzvedībai, kas pastāvīgi pārkāpj citu cilvēku pamattiesības vai galvenās vecumam atbilstošas sabiedrības normas, noteikumus vai likumus. Uzvedības un disociālie traucējumi parasti, lai gan ne vienmēr, sākas bērnībā.

### **14. Opozicionāri izaicinoši traucējumi (OIT)**

Opozicionāri izaicinoši traucējumi (*Oppositional defiant disorder*) ir pastāvīgs (novēro 6 mēnešus vai ilgāk) izteikti izaicinošas, nepaklausīgas, provokatīvas vai spītīgas uzvedības modelis, ko biežāk nekā parasti novēro bērniem vai pusaudžiem ar salīdzināmu vecumu un attīstības līmeni un ko nenovēro tikai mijiedarbībā ar brāļiem un māsām.

OIT pārsvarā izpaužas ar dominējošu, pastāvīgu dusmīgu vai aizkaitināmu garstāvokli, ko bieži pavada smagi dusmu uzliesmojumi vai pārgalvīga, strīdīga un izaicinoša uzvedība. Uzvedības traucējumu izteiktība ir pietiekami smaga, lai radītu ievērojamus traucējumus personīgajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās svarīgās darbības jomās.

#### **Diagnostikas prasības**

Būtiskās (obligātās) pazīmes: izteikti neatbilstošas, izaicinošas un nepaklausīgas uzvedības modelis, kas ir netipisks salīdzināma vecuma, attīstības līmeņa, dzimuma un sociālkultūras konteksta indivīdiem.

Uzvedības modelis var ietvert:

- pastāvīgas grūtības saprasties ar citiem (piemēram, strīdēties ar autoritatīvām personām, aktīvi ignorēt vai atteikties izpildīt prasības, norādījumus vai noteikumus, apzināti kaitināt citus, vainot vienaudžus vai kolēģus par kļūdām vai nepareizu uzvedību);

- provokatīva, spītīga vai atriebīga uzvedība (piemēram, pretestība citiem; sociālo mediju izmantošana, lai uzbruktu citiem vai izsmietu citus);
- ārkārtīga aizkaitināmība vai dusmas (piemēram, viegli aizkustināms vai aizkaitināms, savaldības zaudēšana, dusmu uzliesmojumi, dusmas un aizvainojums).

Uzvedības modelis ir saglabājies ilgu laiku (piemēram, 6 mēnešus vai ilgāk).

Opozicionāra uzvedība nav labāk izskaidrojama ar attiecību problēmām starp indivīdu un noteiktu autoritāti, pret kuru indivīds izturas izaicinoši. Piemēri var ietvert vecākus, skolotājus vai atbalsta personas, kuri rīkojas pretrunā vai izvirza personai nepamatotas prasības.

Uzvedības modelis rada ievērojamus traucējumus personīgajā, ģimenes, sociālajā, izglītības vai citās svarīgās darbības jomās.

OIT varianti, kas precizē hroniskas aizkaitināmības-dusmu esamību vai neesamību:

#### **6C90.0 Opozicionāri izaicinoši traucējumi ar hronisku aizkaitināmību-dusmām**

- Ir visas OIT diagnostiskās pazīmes.
- Dominējošs, pastāvīgs aizkaitināms garastāvoklis vai dusmas, kas ir netipiski salīdzināma vecuma, attīstības līmeņa, dzimuma un sociālkultūras konteksta indivīdiem, tostarp ir arī lielākā daļa no šīm pazīmēm:
  - bieži jūtas dusmīgs vai aizvainots; rūgtuma izrādīšana pret citiem vai sajūta, ka dzīve ir netaisnīga
  - bieži jūtas sensitīvs vai viegli aizkaitināms; pārmērīga jūtība vai kairinājums pret minimālām vai acīmredzamām provokācijām;
  - bieži zaudē savaldību; verbāli dusmu vai uzvedības uzliesmojumi, kas var ietvert dusmu lēkmes, destruktīvu uzvedību vai citas smagas garastāvokļa traucējumu formas.

Dusmas vai aizvainojums, sensitivitāte vai īgnums un savaldības zudums intensitātes vai ilguma ziņā nav proporcionāls provocējošai situācijai, un tos var novērot neatkarīgi no provokācijas pakāpes.

Hroniska aizkaitināmība un dusmas ir raksturīgas indivīda funkcionēšanai gandrīz katru dienu, tās neaprobežojas tikai ar atsevišķiem periodiem, bet ir novērojamas dažādos apstākļos vai darbības jomās (piemēram, mājās, skolā, sociālajās attiecībās), turklāt tās neaprobežojas tikai ar indivīda attiecībām ar viņu vecākiem vai aizbildņiem.

Hroniskas aizkaitināmības un dusmu modeli nevar labāk izskaidrot ar citiem psihiskiem traucējumiem (piemēram, aizkaitināmu garstāvokli mānijas vai depresijas epizožu kontekstā).

Indivīdiem ar šo OIT apakštipu parasti ir arī citas raksturīgas opozīcijas izaicinošu traucējumu pazīmes, tostarp izaicinoša, pārgalvīga vai atriebīga uzvedība.

### **6C90.1 Opozicionāri izaicinoši traucējumi bez hroniskas aizkaitināmības-dusmām**

- Ir visas OIT diagnostiskās pazīmes.
- Nav dominējoša, pastāvīgi dusmīga vai aizkaitināma garstāvokļa. Šajos indivīdos dusmas un aizkaitināmība rodas retāk un mēdz būt pārejoša, mazāk smaga un retāk nesamērīga ar provokāciju, salīdzinot ar personām ar hronisku aizkaitināmību-dusmām.

OIT var iedalīt atkarībā no tā, vai ir ierobežotas vai tipiskas sociālajai situācijai atbilstošas/prosociālas emocijas.

- “Ar ierobežotām prosociālām emocijām” – var attiecināt uz personām, kuras atbilst OIT diagnostikas prasībām un kurām ir arī ierobežotu prosociālu emociju modelis, ko dažkārt dēvē par “nejūtīgām un neemocionālām iezīmēm”. No personu kopuma, kam ir OIT diagnoze, šīs īpašības ir mazākumam. Traucējumu norise ir smagāka, salīdzinot ar tiem, kuriem ir tipiskas prosociālas emocijas.

### **6C90.x0 ar ierobežotām prosociālām emocijām**

OIT diagnoze var būt saistīta ar vairākām netipiska sociāli emocionālā modeļa pazīmēm.

- Ierobežota vai neesoša empātija vai jutīgums pret citu jūtām vai bažas par viņu ciešanām; indivīdu vairāk satrauc tas, kā uzvedība ietekmē viņu pašu, nevis to, kā tā ietekmē citus, pat ja tā rada kaitējumu.
- Ierobežota vai neesoša nožēla, kauns vai vainas apziņa par savu uzvedību (ja vien uz to nepamudina konfrontācija); vienaldzība par sekām, kādas uz citiem atstāj viņa rīcība, relatīva vienaldzība pret soda iespējamību.
- Ierobežotas vai neesošas bažas par sliktu/problemātisku sniegumu skolā, darbā vai citās svarīgās aktivitātēs; var pielikt maz pūļu un vainot citus savā sliktajā sniegumā.



- Ierobežota vai sekla emociju izpausme, īpaši trūkst pozitīvu vai mīlošu jūtu pret citiem; emocionālās izpausmes var šķist seklas, virspusējas, nepatiesas vai formālas (instrumentālas).

Šis traucējumu modelis ir izplatīts visās situācijās un attiecībās (t. i., diagnozes klīnisko variantu nevajadzētu lietot, pamatojoties uz vienu pazīmi, vienu attiecību vai atsevišķu uzvedības gadījumu).

Šis traucējumu modelis ir noturīgs laika gaitā (piemēram, vismaz 1 gadu).

Indivīdiem, kuriem ir OIT un ierobežotas prosociālas emocijas, ir tendence uzrādīt īpaši ekstrēmu un stabilu opozicionāras uzvedības modeli.

### **6C90.x1 ar tipiskām prosociālām emocijām**

OIT diagnozes kontekstā šajā klīniskajā variantā nav raksturīgas ierobežotas prosociālas emocijas.

Lai gan dažkārt var izpausties ierobežotām prosociālām emocijām līdzīgas pazīmes (piemēram, neizteikts bažīgums, ierobežota nožēla), tās parasti ir retas, pārejošas un mazāk izteiktas un neatspoguļo pastāvīgu sociāli emocionālu deficīta modeli. Lielākajai daļai cilvēku ar OIT ir raksturīgas saglabātas prosociālas emocijas.

#### **Papildu klīniskās pazīmes**

- Lai gan bieži vien tiek identificēts vecāku stāstījumā par neatbilstošu uzvedību, OIT negatīvie un antagonistiskie aspekti arī plašāk negatīvi ietekmē mijiedarbību ar citiem ārpus ģimenes. OIT ir saistīti ar vienaudžu noraidīšanu un starppersonu nesaskaņām skolas gados un pieaugušā vecumā.
- Bieži viena no opozicionāri izaicinošas uzvedības iezīmēm ir provokatīva uzvedība, tāpēc indivīdi sāk konfrontāciju un var tikt uzskatīti par pārmērīgi rupjiem un tādiem, ar ko nav iespējams sadarboties.
- Jaunāki bērni (piemēram, no 3 līdz 5 gadu vecumam) parasti tiek stingrāk uzraudzīti, un viņi bieži saņem norādījumus un ierobežojumus, ko viņiem uzliek autoritātes (piemēram, vecāki vai citi aizbildņi, aprūpētāji, skolotāji). Bērniem augot, vecāku noteiktie ierobežojumi mazinās. Turklāt citi, kas mijiedarbojas ar bērniem vai pusaudžiem ar OIT, var izvairīties no prasību izvirzīšanas viņu negatīvās attieksmes dēļ. Tāpēc diagnoze nav

izslēgta, jo opozicionāra vai izaicinoša uzvedība tiek novērota salīdzinoši reti, ja vien tā raksturo lielāko daļu mijiedarbības ar autoritātēm.

- Pieaugušie ar OIT turpina piedzīvot konfliktējošas attiecības ar vecākiem un ģimenes locekļiem, viņiem parasti ir sliktāka sociālā funkcionēšana un sociālā atbalsta tīkli. Tas ietekmē viņu draudzību un romantisko attiecību skaitu un kvalitāti. Viņiem parasti ir grūti darboties darbavietā, jo viņiem ir grūtības saskarsmē ar vadītājiem un kolēģiem.
- Aizkaitināmības un dusmu pazīmes (piemēram, viegli aizkustināms vai aizkaitināms, savaldības zaudēšana, dusmas un aizvainojums) dažreiz ir svarīgākās OIT klīniskās izpausmes pazīmes. Tomēr aizkaitināmība un dusmas vien nav ne nepieciešamas, ne pietiekamas diagnozes noteikšanai. Šiem simptomiem ir jāpievienojas ar izteikti neatbilstošu, izaicinošu un nepaklausīgu uzvedību, kas ir netipiska salīdzināma vecuma un attīstības līmeņa indivīdiem.
- Hroniskas aizkaitināmības un dusmu klātbūtne tiek norādīta, izmantojot atbilstošo specifiku. Opozīcijas izaicinošie traucējumi ar hronisku aizkaitināmību-dusmām ne vienmēr ir smagāki vai retāki nekā opozīcijas izaicinoši traucējumi bez hroniskas aizkaitināmības-dusmām. Drīzāk OIT ar hronisku aizkaitināmību-dusmām identificē garstāvokļa disregulācijas modeli, kura smagums var būt no biežām un traucējošām dusmu lēkmēm līdz galējām garstāvokļa disregulācijas izpausmēm. Personām ar OIT var būt ierobežotas prosociālas emocijas. Novērtējot opozīcijas izaicinošus traucējumus, klīnicistam jānovērtē arī ierobežotas prosociālas emocijas un, ja tādas ir, jāpiešķir atbilstošs precizētājs.
- Personām, kurām ir OIT ar ierobežotām prosociālām emocijām, ir lielāka iespēja uzrādīt noturīgāku un smagāku antisociālas uzvedības modeli, kas vēlāk var atbilst disociālas uzvedības traucējumu diagnostikas prasībām.
- OIT bērnībā bieži rodas vienlaikus ar uzmanības deficīta un hiperaktivitātes traucējumiem, disociālas uzvedības traucējumiem un internalizējošiem traucējumiem, piemēram, depresīviem traucējumiem, trauksmi vai ar bailēm saistītiem traucējumiem.

### **Disociālas uzvedības traucējumi (DUT)**

DUT raksturo atkārtots un pastāvīgs uzvedības modelis, kurā tiek pārkāptas citu personu pamattiesības vai galvenās vecumam atbilstošas sabiedrības normas, noteikumi vai likumi, piemēram, agresija pret cilvēkiem vai dzīvniekiem; īpašuma iznīcināšana; krāpšana vai zādzība;

un nopietni noteikumu pārkāpumi. Uzvedības modelis ir saistīts ar būtiskiem traucējumiem personīgajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās svarīgās darbības jomās.

Lai varētu diagnosticēt DUT, uzvedības modelim ir jābūt izteiktam un ilgstoši novērojamam vismaz 12 mēnešu laikā vai ilgāk.

Izolētas disociālas (asociālas) vai noziedzīgas darbības pašas par sevi nav pamats diagnozei.

### **Diagnostikas prasības**

#### **Svarīgākās DUT pazīmes**

Raksturīgas atkārtotas darbības un pastāvīgs uzvedības modelis, kurā tiek pārkāptas citu personu pamattiesības vai galvenās vecumam atbilstošas sociālās vai kultūras normas, noteikumi vai likumi. Raksturīgs vismaz viens vai vairāki uzvedības traucējumi.

- Agresija pret cilvēkiem vai dzīvniekiem, piemēram, citu cilvēku iebiedēšana, draudēšana, kautiņu izraisīšana, tādu ieroču izmantošana, kas var radīt nopietnus fiziskus bojājumus citiem (piemēram, ķieģelis, sasista pudele, nazis vai ierocis), fiziska cietsirdība pret cilvēkiem, fiziska nežēlība pret dzīvniekiem, agresīvi zagšanas veidi (piemēram, laupīšana, zagšana, izspiešana) vai piespiešana seksuālai darbībai.
- Īpašuma iznīcināšana, piemēram, apzināta ugunsgrēka izraisīšana ar nolūku radīt nopietnus zaudējumus vai tīša citu personu īpašuma iznīcināšana (piemēram, tīša citu bērnu rotaļlietu laušana, logu izsišana, automašīnu skrāpēšana, riepu griešana).
- Krāpšana vai zādzības, piemēram, vērtīgu priekšmetu zagšana (zādzība veikalā, viltošana), melošana, lai iegūtu preces vai pakalpojumus vai izvairītos no saistībām (piemēram, citu personu “pievilināšana”) vai ielaušanās kādas personas mājā, ēkā vai automašīnā.
- Nopietni noteikumu pārkāpumi, piemēram, bērni vai pusaudži atkārtoti visu nakti uzturas ārpus mājas, neskatoties uz vecāku aizliegumiem, atkārtoti bēg no mājām vai bieži bez atļaujas kavē skolu vai darbu.

Uzvedības modelim ir jābūt pastāvīgam un atkārtotam, ieskaitot vairākus iepriekš aprakstītās uzvedības veidus vismaz 1 gada periodā.

Diagnozes noteikšanai nepietiek ar vienu vai vairāku likumpārkāpumu izdarīšanu. Uzvedības modelis rada ievērojamus traucējumus personīgajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās svarīgās darbības jomās.

**Var noteikt divus DUT apakštīpus, kas saistīti ar sākuma vecumu.**

- 6C91.0 DUT ar sākumu bērnībā. Ir izpildītas visas DUT diagnostikas prasības. Viena vai vairākas traucējumu pazīmes nepārprotami ir bijušas un saglabājušās bērnībā pirms pusaudža vecuma (piemēram, pirms 10 gadu vecuma).
- 6C91.1 DUT ar sākumu pusaudža gados. Ir izpildītas visas DUT diagnostikas prasības. Neviena no traucējuma pazīmēm nebija sastopama pirms pusaudža vecuma (piemēram, pirms 10 gadu vecuma).

**DUT iedalījums saistībā ar ierobežotām vai tipiskām prosociālām emocijām**

- DUT variants “ar ierobežotām prosociālām emocijām” – var attiecināt uz personām, kuras atbilst DUT diagnostikas prasībām un kurām ir arī ierobežotu prosociālu emociju modelis, ko dažreiz dēvē par “nejūtīgiem un neemocionāliem”. No personu kopuma, kam diagnosticēti DUT, šīs pazīmes ir mazākumam. Šis DUT variants ir salīdzinoši smagāks un retāk sastopams DUT veids, salīdzinot ar tiem, kuriem ir tipiskas prosociālas emocijas.
- Novērtējot prosociālās emocijas, papildus informācijai no indivīda par savu uzvedību un pieredzi ir svarīgi iegūt informāciju arī no citiem, kuri indivīdu pazīst ilgāku laiku.

**6C91.x0 Disociāli uzvedības traucējumi ar ierobežotām prosociālām emocijām**

Raksturīga ierobežota vai neesoša empātija vai jūtīgums pret citu jūtām vai bažas par viņu ciešanām; indivīdu vairāk satrauc tas, kā uzvedība ietekmē viņu pašu, nevis to, kā tā ietekmē citus, pat ja tā rada kaitējumu. Ierobežota vai neesoša nožēla, kauns vai vainas apziņa par savu uzvedību; nerēķināšanās par savas rīcības sekām attiecībā pret citiem un relatīva vienaldzība pret soda iespējamību.

Ierobežotas vai neesošas bažas par sliktu/problemātisku sniegumu skolā, darbā vai citās svarīgās aktivitātēs; var pielikt maz pūļu un vainot citus savā sliktajā sniegumā.

Ierobežotas vai sekas emociju izpausmes, īpaši ierobežotas ir pozitīvas vai mīlošas jūtas pret citiem; emocionālās izpausmes var šķist sekas, virspusējas, nepatiesas vai instrumentālas.

Šis uzvedības modelis ir izplatīts visās situācijās un attiecībās, uzvedības modelis ir noturīgs laika gaitā, to novēro vismaz 1 gadu.

Tiem, kuriem ir DUT un ierobežotas prosociālas emocijas, ir tendence uzrādīt īpaši smagu, agresīvu un stabilu antisociālas uzvedības modeli.

### **6C91.x1 ar tipiskām prosociālām emocijām**

Šai indivīdu grupai nav raksturīgas ierobežotas prosociālas emocijas. Lai gan dažkārt var izpausties dažas ierobežotām prosociālām emocijām līdzīgas pazīmes (piemēram, neizteikts bažīgums, ierobežota nožēla), tās parasti ir retas, pārejošas un mazāk izteiktas un neatspoguļo pastāvīgu sociāli emocionālu deficīta modeli. Lielākajai daļai cilvēku ar disociālas uzvedības traucējumiem ir raksturīgas prosociālas emocijas.

### **Norises īpatnības**

- Agrāks sākuma vecums un lielāka simptomu izteiktība liecina par sliktāku prognozi, jo šīs personas biežāk iesaistīsies noziedzīgā uzvedībā un narkotiku lietošanā, kā arī pieaugušā vecumā piedzīvo papildu psihisku un uzvedības traucējumu diagnozes.
- DUT gaita ir ļoti mainīga, un dažiem indivīdiem pieaugušā vecumā ir pilnīga simptomu remisija.
- DUT sākotnējie simptomi parasti ir mazāk smagi (piemēram, meli), taču laika gaitā tie var progresēt (piemēram, uzbrukums). Pastāv būtiskas individuālas atšķirības kursa iezīmēs un simptomu progresēšanā laika gaitā.
- Ja DUT ir sastopami pieaugušā vecumā, parasti pirms tam bērnībā un pusaudža gados ir bijušas nopietnas uzvedības problēmas. DUT pieaugušā vecumā bieži raksturo uzvedības problēmu veidu nepārtrauktība (piemēram, īpašuma pārkāpumi atšķirībā no zādzībām).
- Personas ar DUT, kas pusaudža gados ir vardarbīgas, parasti arī pieaugušā vecumā turpina iesaistīties vardarbībā biežāk nekā viņu vienaudži. Režīma pārkāpumi (piemēram, bēgšana, kavēšanās) ir mazāk nozīmīgi pieaugušā vecumā, taču tie ir riska faktors noteikumu pārkāpumu turpināšanai un kriminālpārkāpumu izdarīšanai.

Traucējumu sākšanās vecums: lai gan DUT var rasties agrā bērnībā pirmsskolas vecumā, tipiski tie sākas agrīnā vai vidējā pusaudža vecumā. Disociālas uzvedības traucējumi pēc 16 gadu vecuma parādās reti.

### **Ar kultūru saistītas pazīmes**

- Dažās kultūras vidēs, piemēram, skolas vecuma bērni var būt prom no skolas uz ilgiem sezonas darbiem, nevis uzvedības traucējumu dēļ. Alternatīvi, kopienās ar augstu organizētas vardarbības līmeni (piemēram, bandas) vai pilsoniskā konflikta vai kara vidū (piemēram, kur bērni tiek savervēti kā karavīri) bērni var tikt piespiesti piedalīties starppersonu vardarbībā vai īpašuma zādībās, ko viņi dara vai var veikt paši savas izdzīvošanas labā. Šādos gadījumos nevajadzētu noteikt disociālas uzvedības traucējumi diagnozi.
- Uzvedības traucējumi pusaudžiem bieži rodas vienlaikus ar traucējumiem vielu lietošanas dēļ, īpaši tiem, kas saistīti ar alkohola lietošanu. Vienlaicīgas sastopamības biežumu ietekmē vielu pieejamības sociokulturālās atšķirības.

### **Ar dzimumu vai dzimuma identitāti saistītās pazīmes**

- DUT ir biežāk sastopami vīriešu vidū. Vīriešiem ar DUT biežāk ir zagšanas, vandalisma, kautiņu un skolas disciplīnas problēmu simptomi, savukārt sievietēm biežāk ir meli, skolas kavējumi, vielu lietošana, bēgšana un prostitūcija. Vīrieši ar disociālas uzvedības traucējumiem biežāk izrāda gan fizisku, gan attiecību agresiju, turpretim sievietes biežāk izrāda tikai attiecību agresiju.

Saskaņā ar SSK-10 (F91 un F92 diagnožu kategorijas) uzvedības traucējumus bērnu vecumā iedala:

- F91 Uzvedības traucējumi;
- F91.0 Uzvedības traucējumi, kas saistīti ar ģimenes kontekstu;
- F91.1 Nesocializētas uzvedības traucējumi;
- F91.2 Socializēti uzvedības traucējumi;
- F91.3 Opozicionāri izaicinoši traucējumi;
- F91.8 Citi uzvedības traucējumi;
- F91.9 Uzvedības traucējumi, neprecizēti.

## **15. Disociāli traucējumi**

Atbilstošās SSK-10 diagnozes: Socializēti un nesocializēti uzvedības traucējumi (F91.2 un F91.1 atbilstoši).

Šī diagnoze parasti tiek uzstādīta tikai skolas vecuma bērniem, taču tās pazīmes parādās līdz 10 gadu vecumam (ICD-11, WHO, 2019). Saskaņā ar SSK-11 uzvedības disociālus traucējumus raksturo atkārtots un noturīgs uzvedības modelis, kurā tiek pārkāptas citu cilvēku pamattiesības vai vecumam atbilstošas sabiedrības normas, noteikumi vai likumi, piemēram, agresija pret cilvēkiem vai dzīvniekiem, īpašuma iznīcināšana, maldināšana vai zādzība, nopietni noteikumu pārkāpumi. Uzvedības modelis ir pietiekami nopietns, lai radītu būtiskus traucējumus personīgajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, profesionālajā vai citās svarīgās funkcionēšanas jomās. Lai to diagnosticētu, uzvedības modelim jābūt noturīgam nozīmīgā laika periodā (piemēram, 12 mēnešus vai ilgāk) (ICD-11, WHO, 2019).

## **16. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana**

Ģimenēm, kurās ir bērni ar uzvedības problēmām, ieteicams gadījuma vadītājs, kurš palīdz koordinēt palīdzības saņemšanu mājās un skolas vidē, kā arī nepieciešamības gadījumā sazināties ar citām institūcijām. Ieteicams izglītot vecākus par efektīviem audzināšanas principiem, uzvedības funkcijām un nepieciešamajām prasmēm. Novērojot situāciju, ir svarīgi fiksēt arī iespējamās situācijas bīstamības pazīmes: vardarbību pret bērnu, paša bērna vardarbību pret citiem un drošības riskus. Nepieciešamības gadījumos ieteicams ziņot sociālajam dienestam vai bāriņtiesai.

## **17. Grupu un/vai individuālas psihosociālas intervences bērniem un pusaudžiem**

Atbilstoši traucējumu izpausmes veidam un smaguma pakāpei ir svarīgi izvēlēties piemērotāko intervenci. Pamatā ieteicamas ir kognitīvi biheiviorālas intervences, kuru mērķis bērniem un pusaudžiem ar uzvedības traucējumiem ir paškontroles un dusmu kontroles spēju attīstīšana, sociālo prasmju attīstīšana, adaptīvo problēmu risināšanas stratēģiju izstrāde un nostiprināšana, kā arī vadības funkciju trenēšana (Kendal, 1993).

Vispārīgas programmas uzvedības problēmu novēršanai neatkarīgi no traucējuma apakš kategorijas:

- “STOP 4-7” pirmsskolas vecuma bērniem, viņu vecākiem un pedagogiem;
- “Neticamie gadi” (*Incredible Years*, Webster-Stratton) bērniem dažādos vecumos un viņu vecākiem.

Bieži pirms intervences uzsākšanas bērniem no 8 gadu vecuma ir ieteicams izmantot motivējošās intervijas principus, lai veicinātu bērna vai pusaudža līdzestību terapijas procesā.

Bērniem ar opozicionāru uzvedību un izteiktām dusmām ir ieteicams izmantot dusmu kontroles programmas, piemēram:

- Dusmu pārvaldīšanas programma, kura arī adaptēta Latvijā (Putniņš, 1996) un izmantojama individuāli vai grupās;
- Individuāla dusmu pārvaldīšanas programma (Poudžiunas, 2012);
- Agresijas aizvietošanas treniņš (*Aggression Replacement Training*, Glick & Gibbs, 2003).

Dusmu kontroles programmās ir svarīgi mācīt atpazīt dusmas izraisošās situācijas un pirmās dusmu pazīmes (ķermeņa sajūtas, emociju intensitāte, domas), dusmu vadīšanas prasmes (dusmas mazinošas instrukcijas sev, emociju regulācijas prasmes, atgādinājumi sev par agresīvas uzvedības sekām, pašnovērošana, sociālās prasmes), kā arī prasmju trenēšanu ikdienā.

Pusaudžiem ar disociālu uzvedību ieteicams izmantot gan programmas, kuras fokusētas uz agresīvas uzvedības novēršanu, gan empātijas veicināšanu un morālo spriešanu, piemēram:

- Agresijas aizvietošanas treniņš (*Aggression Replacement Training*, Glick & Gibbs, 2003);
- Morālās spriešanas programma;
- Empātijas un sociālās kompetences programma.

Pusaudžiem ar disociālu uzvedību ieteicams papildus agresīvās uzvedības novēršanai veicināt otra perspektīvas ieņemšanu, līdzjūtību; pārrunāt morālas dilemmas un to labākos risinājumus.

## **18. Multimodālas psihosociālas intervences ģimenēm, bērniem un pusaudžiem**

Multimodālas intervences ir augstas intensitātes programmas izteiktiem uzvedības traucējumiem (t. i., disociāliem), kas ietver 3–4 tikšanās reizes nedēļā vairāk nekā 3–5 mēnešu



periodā. Intervence tiek nodrošināta bērnam/pusaudzim, ģimenei, skolai, tiesiskās uzraudzības iestādēm un kopienai, kurā bērns/pusaudzis uzturas. Intervences balstās uzvedības analīzes un sociālās mācīšanās teoriju principos, un tām jābalstās uz pierādījumiem balstītās programmās, izmantojot 17. punktā aprakstītās programmas un palielinot to intensitāti un individuālo konsultāciju skaitu.

### **19. Citu traucējumu diagnostika un korekcija atbilstoši algoritmiem**

Ja konstatēti citi komorbīdi vai primāri traucējumi, to diagnostika un korekcija jāveic atbilstoši algoritmiem.

### **20. Neuroloģiskas patoloģijas padziļināta izmeklēšana un terapija**

Bērnu neirologa kompetencē ir nozīmēt tālākos izmeklējumus, ja nepieciešams, elektroencefalogrammu (tai skaitā miega EEG), magnētisko rezonansi, polisomnogrāfiju, EMG, neurogrāfiju vai specifiskas laboratorijas analīzes diagnozes precizēšanai un var nosūtīt uz konsultāciju pie ģenētiķa (hromosomālu vai metabolisku slimību gadījumā). Bērnu neirologs var pacientu nosūtīt arī tālākai izvērtēšanai psihiatram iespējamu uzvedības traucējumu gadījumā, kas ir kā komorbiditāte pie diagnosticētas neiroloģiskas saslimšanas.

### **21. Izvērtēšana pirms medikamentozās terapijas uzsākšanas**

Uzvedības traucējumu gadījumos ieteicams izvairīties no medikamentozās terapijas uzsākšanas. Tās lietošana jāapsver tikai pēc tam, kad pacients ir saņēmis nemedikamentozas intervences un nav vērojams būtisks uzlabojums, ir būtiski riski ekstrēmi agresīvai uzvedībai vai ir citi traucējumi, kuru izpausmju mazināšanai nepieciešama medikamentozā terapija.

### **22. Novērstas uzmanības problēmas**

Pēc tam, kad uzvedības problēmas ir novērstas, ir būtiski sastādīt plānu recidīvu novēršanai nākotnē: kā tiks uzturēts atbalsts pozitīvai uzvedībai, risinātas problēmas un novērsti iespējamo grūtību cēloņi. Ieteicams sarunāt atkārtotu konsultāciju ar speciālistu pēc 3 mēnešiem.

### **23. Kombinēta terapija (nemedikamentozā + medikamentozā)**

Uzvedības traucējumu gadījumos medikamentozā terapija vienmēr tiek lietota tikai kopā ar psihosociālām intervencēm. Iespējamā izvēle ir *Risperidons*. Uzvedības traucējumu korekcijā var tikt izmantoti garastāvokļa stabilizatori.

Ja bērnam konstatēti UDHT, medikamentu nozīmēšana jāveic atbilstoši UDHT algoritmam. Individuāli izvērtējot, nozīmējami metilfenidāti vai atomoksetīns.

Ja bērnam uzvedības traucējumi kombinējas ar depresiju, kā pirmās izvēles medikamenti tiek rekomendēti antidepresanti – selektīvi serotonīna atpakaļsaistes inhibītori (piemēram, sertralīns vai fluvoksamīns). Tie nozīmējami kursu veidā (parasti 4–6 mēnešus), regulāri izvērtējot iespējamās blaknes. Blakņu riski ir jāpārrunā gan ar bērnu, gan ar viņa vecākiem vai likumisko pārstāvi. Pirms terapijas uzsākšanas un īpaši terapijas pirmajā mēnesī ir jāseko pašnāvības riskam bērniem un pusaudžiem.

### **24. Medikamentozās terapijas pārskatīšana un pārtraukšana**

Ieteicams pārtraukt medikamentozās terapijas lietošanu pēc uzvedības uzlabošanās.

### **25. Pāreja uz pieaugušo veselības aprūpes dienestiem**

Ja pieaugušā vecumā uzvedības traucējumi turpinās, diagnoze bieži tiek mainīta uz antisociālas personības traucējumu diagnozi.

## Atsauces

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013, pp. 59–65. ISBN 978-0-89042-555-8.
2. Behrens B, Swetlitz C, Pine DS, Pagliaccio D. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Informant Discrepancy, Measurement Invariance, and Test-Retest Reliability. *Child Psychiatry Hum Dev* . 2019 Jun;50(3):473-482. doi: 10.1007/s10578-018-0854-0. PMID: 30460424; PMCID: PMC7339086.
3. Campbell, S. B., Ewing, L. J., Breaux, A. M., & Szumowski, E. K. (1986). Parent-referred problem three-year-olds: Follow-up at school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 473–488.
4. Foa, EB, Asnaani, A, Zang, Y, Capaldi, S. (2017). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for Trauma-Exposed Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47, 38–46.
5. Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Bélanger SA, Steele MM, Boylan K, Cochrane-Brink K, Goldade R, Soper PR, Ustina J, Pringsheim T. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry*, 2015 Feb; 60(2):62-76. doi: 10.1177/070674371506000204. PMID: 25886657; PMCID: PMC4344948.
6. Grazzani, I., Agliati, A., Conte, E., Cavioni, V., Gandellini, S., Ornaghi, V., & Vintur, T. (2022). PROMEHS. *The curriculum to promote mental health at school. Activities handbook for teacher*. Milan, IT: Mimesis Edizioni. ISBN: 978-88-5758-962-
7. Harvey, E.A, Young, D.E., Dhara, W. A., & Errazuriz, P. (2009). Predicting Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder From Preschool Diagnostic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (2), 349–354.
8. Hyatt-Burkhart D, Kolbert JB, Crothers, LM. Evidence-based interventions for conduct disorder in children and adolescents. In L. A. Theodore (Ed.), *Handbook of evidence-based interventions for children and adolescents*, Springer Publishing Company, 2017, pp. 193–203.

9. *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*, World Health Organization (WHO), 2019/2021; <https://icd.who.int/browse11>.
10. Kendall, P. C., & Braswell, L. (1993). *Cognitive-behavioral Therapy for Impulsive Children*. New York: Guilford Press.
11. Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 5), 4–12.
12. King SM, Iacono WG, McGue M: *Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use*. *Addiction*. 2004, 99: 1548–1559. 10.1111/j.1360-0443.2004.00893.x.
13. Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. New York: Multi-health Systems, Inc.
14. Landy, S. (2002). *Pathways to competence. Encouraging healthy social and emotional development in young children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
15. Lendija, S. & Ozola, E. (2004). *Bērna emocionālā audzināšana. Vecāku apmācības programma. Rokasgrāmata grupu vadītājiem*. Rīga: Apgāds "Rasa ABC".
16. Lillig M. Conduct Disorder: Recognition and Management. *American Family Physician*. 2018; 98(10): 584–592.
17. Martinsone, B., Supe, I., Stokenberga, I., Damberga, I., Cefai, C., Camilleri, L., ...Grazzani, I. (2022). Social emotional competence, learning outcomes, emotional and behavioral difficulties of preschool children: parent and teacher evaluations. *Frontiers in Psychology*, 6403.
18. Meagher SM, Arnold DH, Doctoroff GL, Dobbs J, & Fisher P (2009). Social-Emotional Problems in Early Childhood and the Development of Depressive Symptoms in School-Age Children. *Early Education and Development*, 20(1): 1–24.
19. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management, 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>
20. Poudžiunas, I. (2012). *Dusmas un agresija vardarbību pārcietušiem jauniešiem un dusmu pārvaldīšanas programmas efektivitāte*. Promocijas darbs.
21. Rowe R., Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B. Developmental pathways in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2011, 119 (4): 726–738.

22. Sagar R, Patra BN, Patil V. Clinical Practice Guidelines for the management of conduct disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan; 61(Suppl 2):270-276. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_539\_18. PMID: 30745702; PMCID: PMC6345126.
23. Scott S. Conduct disorders. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012.
24. Sparrow, S. S., & Cicchetti, D. V. (1989). The Vineland Adaptive Behavior Scales. In C. S. Newmark (Ed.), *Major psychological assessment instruments*, Vol. 2, pp. 199–231). Allyn & Bacon.
25. Waddell C, Wong W, Hua J & Godderis R. *Preventing and Treating Conduct Disorder in Children and Youth A Research Report Prepared for the British Columbia Ministry of Children and Family Development*. Children’s Mental Health Policy Research Program, The University of British Columbia, 2012.
26. Wakschlag LS, Hill C, Carter AS, Danis B, Egger HL, Keenan K, Leventhal BL, Cicchetti D, Maskowitz K, Burns J, Briggs-Gowan MJ.(2008). Observational Assessment of Preschool Disruptive Behavior, Part I: reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Jun;47(6):622-631.
27. Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003). The incredible years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 224–240). The Guilford Press.
28. Willner CJ, Gatzke-Kopp LM, Bray BC. The dynamics of internalizing and externalizing comorbidity across the early school years. *Dev Psychopathol*. 2016 Nov; 28(4pt1):1033-1052. doi: 10.1017/S0954579416000687. PMID: 27739391; PMCID: PMC5319409.

# Pielikumi

## 1. pielikums

### Aptauja "Stiprās puses un grūtības"

2-4

Lūdzu atzīmējiet vienu no atbildēm („Neatbilst”, „Daļēji atbilst” vai „Pilnībā atbilst”), iepretī katram jautājumam, kas labāk atbilst Jūsu bērnam. Lūdzu, mēģiniet pēc iespējas precīzāk atbildēt uz visiem jautājumiem pat tad, ja neesat pilnībā pārliecināti vai arī, ja jautājums šķiet savāds! Atbildiet uz jautājumiem, domājot par bērna uzvedību pēdējo sešu mēnešu laikā vai ņemot vērā pēdējo mācību gadu.

Bērna vārds.....

Vīr./Siev.

Dzimšanas datums.....

	Neatbilst	Daļēji atbilst	Pilnībā atbilst
Ņem vērā citu cilvēku jūtas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemierīgs, pārāk aktīvs, nespēj ilgāku laiku palikt mierā	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieži vien sūdzas par galvas sāpēm, vēdera sāpēm vai sliktu pašsajūtu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labprāt dalās ar citiem bērniem (naškiem, rotaļlietām, zīmumiem, u.c.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieži ir dusmu lēkmes vai aizsvilstas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drīzāk vientuļnieks, mēdz spēlēties vienatnē	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parasti paklausīgs, dara to, ko liek pieaugušie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daudz raižu, bieži izskatās noraižējies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izpalīdzīgs, ja kāds ir sāpināts, satraukts vai jūtas slims	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemītīgi dīdās un grozās	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir vismaz viens labs draugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieži kaujas ar citiem bērniem vai arī dara tiem pāri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieži ir nelaimīgs, nomākts vai raudulīgs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pārsvarā patīk citiem bērniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viegli novērst uzmanību, nenoturīgas koncentrēšanās spējas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaunās situācijās uztraucas vai nelaižas vaļā, viegli zaudē pašpārliecinātību	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laipns pret jaunākiem bērniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieži strīdās ar pieaugušajiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citi bērni viņu kaitina vai dara pāri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieži pats piesakās palīdzēt citiem (vecākiem, skolotājiem, citiem bērniem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var apstāties un padomāt pirms rīkojas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var būt ļaunprātīgs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labāk satiek ar pieaugušajiem, nekā ar citiem bērniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daudz baiļu, viegli nobīstas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzdevumu izpilda no sākuma līdz beigām, laba uzmanības noturība	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraksts .....

Datums .....

Vecāks / Auklīte / Pirmsskolas skolotājs / Cits (lūdzu, norādiet :)

**Paldies par Jūsu palīdzību!**

© Robert Goodman, 2005

## 2. pielikums

Aptauja “Stiprās puses un grūtības” (4–16 gadus veciem bērniem)

(*The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, Goodman, 1997)

Adaptāciju latviešu valodā veikusi K. Līvena maģistra darba ietvaros (2014)

---

Aptauju veido 25 apgalvojumi, uz kuriem respondenti atbildes sniedz trīs punktu Likerta skalā, kur 0 nozīmē “neatbilst”, 1 – “daļēji atbilst”, 2 – “pilnībā atbilst”.

Aptauja paredzēta 4–16 gadu vecu bērnu stipro un vājo pušu noteikšanai. Aptauja ietver 5 skalas, katrā pa 5 apgalvojumiem: emocionālās grūtības (*emotional symptoms*), uzvedības problēmas (*conduct problems*), hiperaktivitāte/neuzmanība (*hyperactivity/inattention*), problēmas attiecībās ar vienaudžiem (*peer relationship problems*) un prosociālā uzvedība (*prosocial behaviour*).

Aptaujas latviskās versijas iekšējās saskaņotības un ticamības rādītāji skalās bija: emocionālās grūtības  $\alpha=0,66$ , uzvedības problēmas  $\alpha=0,57$ , hiperaktivitātes/neuzmanības  $\alpha=0,70$ , problēmas attiecībās ar vienaudžiem  $\alpha=0,61$ , prosociālā uzvedība  $\alpha=0,58$  un grūtības KOPĀ  $\alpha=0,74$ . Analizējot uzvedības problēmu skalas iekšējās saskaņotības rādītājus, redzams, ka visi respondenti uz apgalvojumu “Zog no mājām, skolā vai citur” ir atbildējuši noliedzoši, un, izslēdzot šo apgalvojumu, skalas ticamības rādītājs palielinās:  $\alpha=0,60$ , kas ir pieņemami.

**Aptaujas atslēga:** 5 apgalvojumi jāskaita apgriezti – 7, 11, 14, 21, 25.

<b>1. skala. Emocionālās grūtības</b>	3,8,13,16,24
<b>2. skala. Uzvedības problēmas</b>	5,7,12,18,22
<b>3. skala. Hiperaktivitāte/neuzmanība</b>	2,10,15,21,25
<b>4. skala. Problēmas attiecībās ar vienaudžiem</b>	6,11,14,19,23
<b>5. skala. Prosociālā uzvedība</b>	1,4,9,17,20
<b>Grūtības KOPĀ</b>	1. skala + 2. skala + 3. skala + 4. skala

Sīkāka informācija par aptauju [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)

---

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.

Līvena, K. (2014). *Bērnu labklājība un uzvedība saistībā ar audzināšanas pieejām un stresa līmeni mātēm ar standarta vai nestandarta darba laiku*. Npublicēts maģistra darbs. LU PPMF Psiholoģijas nodaļa, Rīga.

### **3. pielikums**



## Aptauja “Stiprās puses un grūtības”

Lūdzu, pretim katram apgalvojumam atzīmē vienu no atbildēm („Neatbilst”, „Daļēji atbilst” vai „Pilnībā atbilst”), kas labāk raksturo tevi. Lūdzu, mēģini atbildēt pēc iespējas precīzāk uz visiem apgalvojumiem pat tad, ja neesi pilnībā pārliecināts/a vai arī, ja apgalvojums šķiet savāds! Atbildot domā par sevi pēdējo sešu mēnešu laikā.

Tavs vārds .....

Zēns/Meitene

Dzimšanas datums .....

	Neatbilst	Daļēji atbilst	Pilnībā atbilst
Es cenšos būt jauks/a pret cilvēkiem. Man rūp, kā viņi jūtas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es esmu nemierīgs/a un nespēju ilgstoši nosēdēt mierā	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man bieži sāp galva, vēders vai ir slikta dūša	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es parasti dalos ar citiem (ar ēdienu, spēlēm, rakstāmlietām u.c.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kļūstu ļoti dusmīgs/a un bieži zaudēju savaldīšanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es parasti turos pats/i par sevi un lielākoties laiku pavadu vienatnē	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es parasti daru to, ko man liek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es daudz uztraucos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esmu izpalīdzīgs/a, ja kāds ir sāpināts, satraukts vai jūtas slims	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nemitīgi dīdos un grozos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man ir viens vai vairāki labi draugi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bieži kaujos un varu panākt, ka citi dara to, ko es vēlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bieži esmu nelaimīgs/a, nomākts/a vai raudulīgs/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es parasti patīku saviem vienaudžiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man viegli var novērst uzmanību, jo ir grūti koncentrēties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es uztraucos jaunās situācijās un ātri zaudēju pašpārliecību	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esmu laipns/a pret jaunākiem bērniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mani bieži apsūdz par mānīšanos vai melošanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citi bērni vai jaunieši mani kaitina vai dara man pāri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bieži pats piesakos palīdzēt citiem (vecākiem, skolotājiem, vienaudžiem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es apdomājos pirms rīkojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es mājās, skolā vai citur ņemu lietas, kas nav manas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es labāk satieku ar pieaugušajiem nekā ar saviem vienaudžiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es daudz no kā baidos un viegli nobīstos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es iesākto padaru līdz galam. Mana uzmanības noturība ir laba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tavs paraksts .....

Datums .....

**Paldies par tavu palīdzību!**

© Robert Goodman, 2005