

# Suicidāla un nesuicidāla paškaitējuma diagnostika un terapija bērniem un pusaudžiem

## Klīniskais algoritms

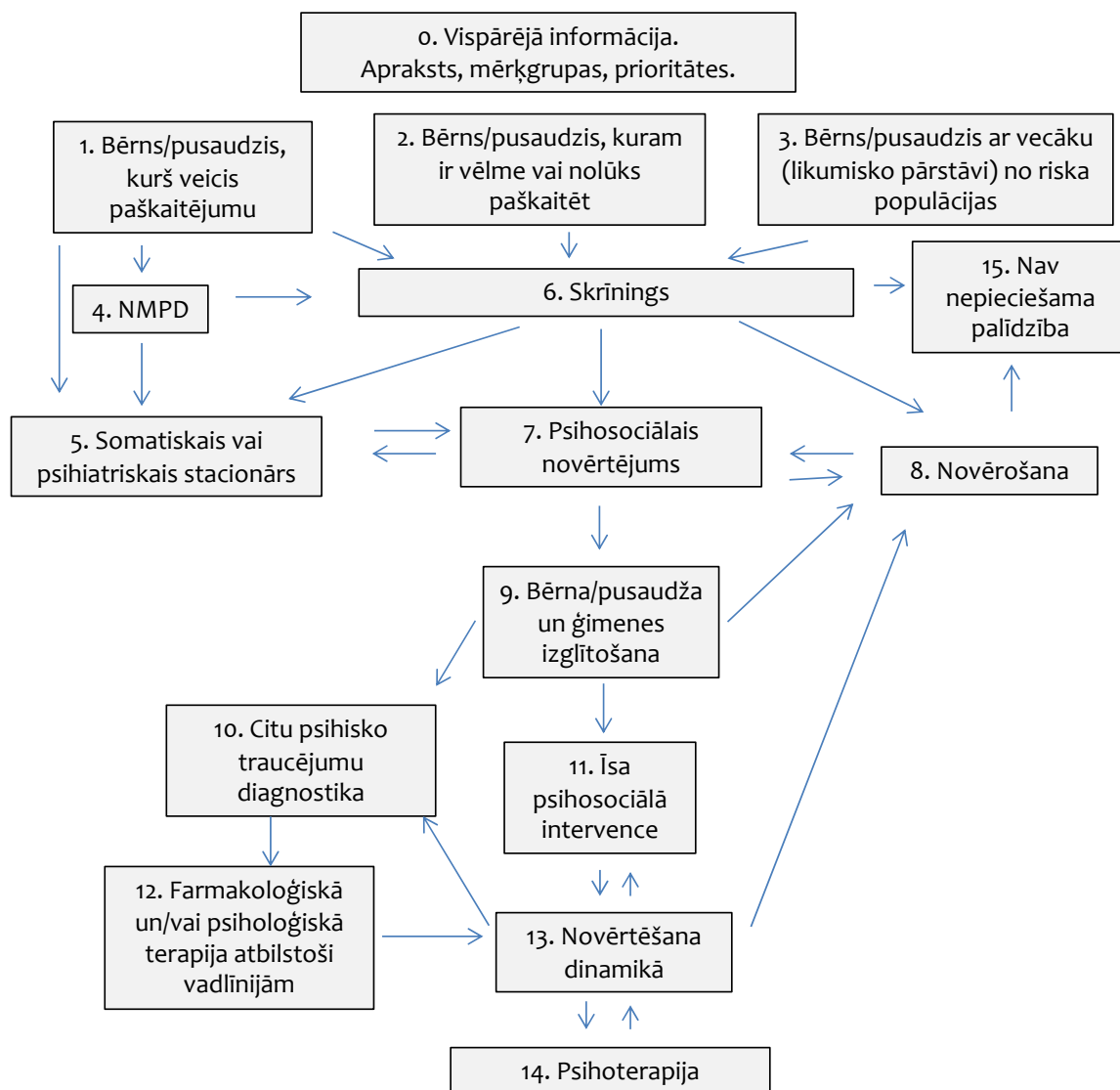
Autors: Nils Konstantinovs, klīniskais psihologs, pusaudžu psihoterapijas speciālists  
Darba grupa Nikitas Bezborodova vadībā: Elmārs Tērauds, psihiatrs, Mikus Dīriks, bērnu neirologs, Zanda Pučuka, pediātrs, Reinis Siliņš, ģimenes ārsts, Anete Masaļska, bērnu psihiatrs, Ilze Mežraupe, psihiatrs, psihoterapeits, Marina Svētiņa, uztura speciālists, Ieva Bite, klīniskais psihologs, Laila Pāpe (Aksjonenko), klīniskais psihologs, Ija Cimdiņa, bērnu psihiatrs

## Saturs

Saīsinājumi un skaidrojumi.....	4
<b>I. Vispārīga informācija.....</b>	<b>4</b>
Ievads.....	4
Algoritma uzdevumi.....	5
Algoritma lietotāju mērķa grupas.....	6
Algoritma prioritātes.....	6
Pacienta izvērtēšana un aprūpes koordinēšana.....	6
Terapijas apsvērumi visos aprūpes līmeņos.....	6
Atpazīšana un izvērtēšana.....	7
Diagnostika.....	7
Palīdzības nepārtrauktība pusaudžu pārejas laikā uz pieaugušo psihiatriskajiem dienestiem.....	7
<b>II. Klīniskais algoritms.....</b>	<b>8</b>
1. Bērns/pusaudzis, kurš veicis paškaitējumu.....	8
2. Bērns/pusaudzis, kuram ir vēlme vai nolūks veikt paškaitējumu.....	9
3. Bērns/pusaudzis no riska grupas.....	9
4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMPD).....	10
5. Somatiskais stacionārs.....	10
6. Skrīnings.....	10
7. Psihosociālais novērtējums.....	11
8. Novērošana.....	15
9. Bērna/pusaudža un ģimenes izglītošana.....	16
9.1. Ģimene, kuras bērns/pusaudzis veicis NPK.....	16
9.2. Ģimene, kuras bērns/pusaudzis ir veicis SPK.....	17

<b>10. Citu psihisko traucējumu diagnostika .....</b>	<b>18</b>
<b>11. Īslaicīga psihosociāla intervence.....</b>	<b>18</b>
11.1. <i>Strukturēta psiholoģiska konsultēšana .....</i>	19
11.2. <i>Motivējoša interviņa ar pacientu .....</i>	19
11.3. <i>Uz risinājumu fokusēta terapija (RFT) .....</i>	20
11.4. <i>CAMS modelis pašnāvību novēršanai .....</i>	20
<b>12. Farmakoloģiskā un/vai psiholoģiskā terapija pēc vadlīnijām .....</b>	<b>20</b>
<b>13. Novērtēšana dinamikā.....</b>	<b>21</b>
<b>14. Psihoterapija .....</b>	<b>21</b>
14.1. <i>Kognitīvi biheiviorālā pieeja.....</i>	22
14.1.1. <i>KBT pēc vadlīnijām rokasgrāmatā .....</i>	22
14.1.2. <i>Dialektiski biheiviorālā terapija (DBT) .....</i>	22
14.1.3. <i>Shēmu terapija (ST).....</i>	22
14.1.4. <i>Grupu nodarbības T-SIB .....</i>	23
14.2. <i>Psihodinamiski orientēta pieeja .....</i>	23
14.2.1. <i>Mentalizācijas terapija (MT) .....</i>	23
14.2.2. <i>Uz transferenci fokusēta terapija (TFT) .....</i>	24
<b>15. Palīdzība nav nepieciešama .....</b>	<b>24</b>
<b><i>Atsauces.....</i></b>	<b>25</b>
<b><i>Pielikumi.....</i></b>	<b>28</b>
<b>1. pielikums “Kolumbijas suicīda riska novērtējuma skala” .....</b>	<b>28</b>
<b>2. pielikums “Paškaitējuma apgalvojumu aptauja” .....</b>	<b>29</b>
<b>3. pielikums “Bērna/pusaudža drošības plāns” .....</b>	<b>34</b>
<b>4. pielikums “Bērna/pusaudža pašnāvības riska izvērtējums” .....</b>	<b>36</b>
<b>5. pielikums “Daļēji strukturēta interviņa — VIMI” .....</b>	<b>37</b>
<b>6. pielikums “Bērnu un pusaudžu paškaitējuma skrīnings” .....</b>	<b>38</b>

## Suicidāls un nesuicidāls paškaitējums. Algoritms.



## Saīsinājumi un skaidrojumi

**PK — paškaitējums:** sociāli nepieņemama, mērķtiecīga un tieša ķermeņa audu ievainošana ar suicidālu nolūku vai bez suicidāla nolūka.

**NPK — nesuicidāls paškaitējums:** sociāli nepieņemama, mērķtiecīga un tieša ķermeņa audu ievainošana bez suicidāla nolūka. [1]

**SPK — suicidāls paškaitējums:** ķermeņa audu ievainošana vai tādu darbību veikšana, kuru mērķis ir izraisīt nāvi un kas noslēdzas ar pabeigtu suicīdu vai nepabeigtu suicīdu jeb parasuicīdu.

Suicīds: no latīņu vārda *suicidium* — pašnāvība.

## I. Vispārīga informācija

### Ievads

Paškaitējuma fenomēns — sevis savainošana ar mērķi izraisīt sāpes, sakropļojumu vai nāvi — sabiedrībā ir pastāvējis vienmēr, taču pēdējās desmitgadēs paškaitējošas uzvedības izplatība pieaug. Pētījumi liecina, ka paškaitējuma epizožu skaits īpaši pieaug pusaudžu vecumā, [2; 3] tomēr pētnieku domas par pieauguma cēloņiem atšķiras. Droši var pieņemt, ka liela loma ir populārajai kultūrai un jauno tehnoloģiju attīstībai, jo virtuālajā vidē var veidoties jauniešu grupas, kas dažādas PK formas, piemēram, graizīšanos, uztver kā normālu parādību vai pat varonības izpausmi. Suicidālu skolēnu grupu veidošanās, kas novērojama skolās uzreiz pēc pašnāvības gadījuma, [4] kā arī “Vertera efekts” — pašnāvību vilnis kāda populāra mākslas darba vai slavenības pašnāvības iespaidā [5] — apliecina sabiedrības ietekmi uz šādas uzvedības sociālo dimensiju. Vienlaikus novērojama arī liela paškaitējošas uzvedības saistība ar citiem psihiskajiem traucējumiem, piemēram, depresiju. [6] Šāda saistība ir pierādīta arī ar tādiem psiholoģiskiem faktoriem kā zema stresa noturība un impulsivitāte. [7] Šie dati vedina secināt, ka *paškaitējums ir sabiedrības un kultūras nosacīta uzvedība, ko var veicināt indivīda bioloģiska un psiholoģiska ievainojamība.*

Izšķir divus paškaitējuma veidus:

- suicidālu paškaitējumu (SPK), kura mērķis ir izraisīt nāvi un kas noslēdzas ar pabeigtu suicīdu vai nepabeigtu suicīdu jeb parasuicīdu,
- nesuicidālu paškaitējumu (NPK), kad ķermeņa audus ievaino bez mērķa nonāvēties.

Tomēr šī klasifikācija joprojām tiek plaši apspriesta, piemēram, SSK–10 klasifikatorā NPK neaplūko kā atsevišķu diagnozi, bet gan tikai kā vienu no diagnozes “Emocionāli nestabila personība” (F60.3) kritērijiem. Klīniskie dati gan rāda, ka pacienti, kuriem noteikta šāda diagnoze, bieži neveic NPK, toties tādu veic vairākums indivīdu, kuriem noteikta NPK diagnoze, bet kuri neatbilst citiem šīs diagnozes kritērijiem. Tāpat novērojumi rāda NPK saistību ar praktiski visiem citiem psihiskajiem traucējumiem, īpaši bieži ar depresiju, personības izmaiņām, posttraumatiskā stresa sindromu (PTSS), psihoaktīvo vielu pārmērīgu lietošanu un ēšanas traucējumiem. Vienlaikus pētījumi nav pierādījuši NPK saistību ar kādu vienu konkrētu psihisku traucējumu vai diagnožu grupu, turklāt bieži šādi rīkojas indivīdi bez citiem psihiskiem traucējumiem. Tas liek domāt, ka *NPK ir nespecifisks paškaitējums un var izpausties gan pacientiem ar citiem psihiskiem traucējumiem, gan kā izolēti traucējumi indivīdiem bez citas psihopatoloģijas.*

Paškaitējoša uzvedība parasti izpaužas agrīnā pusaudžu (10—15 gadu) vecumā un visplašāk izplatīta ir pusaudžu un jauniešu vecumā. Šādu uzvedību mēģina skaidrot vairāki teorētiski piemēri, populārākie saista PK ar divām funkcijām: emociju regulāciju un sociālo adaptāciju. [8] Pirmajā gadījumā PK palīdz strauji samazināt nevēlamu iekšēju stāvokli un nonākt vēlamajā, bet sociālā funkcija palīdz iegūt vēlamo sociālo atbalstu vai izvairīties no nevēlamas sociālās situācijas. [9] Līdzīga motivācija raksturo vismaz daļu no pusaudžiem ar SPK, kas tos atšķir no pieaugušo suicidālās uzvedības. Lai gan klīniski un diagnostiski ir svarīgi SPK nošķirt no NPK, tomēr bērniem un pusaudžiem robežas starp šiem abiem PK veidiem ir vairāk saplūdušas un nereti nav skaidri nodalāmas. Pusaudžiem, kas izdara PK un/vai NPK, ir īpaši cieša korelācija ar SPK, aptuveni 70 % gadījumu tie progresē un notiek suicīda mēģinājums. [10] Šādi novērojumi ļauj secināt, ka *PK palīdz pusaudžiem sasniegt konkrētu emocionālo vai sociālo stāvokli. To var uzlūkot kā traucējumu spektrā no viegliem, virspusējiem ādas bojājumiem līdz suicīda mēģinājumam vai pabeigtam suicīdam.*

Uzmanība jāvelta ikvienam PK, īpaši tāpēc, ka ir cieša korelācija starp NPK un vēlāku suicīda mēģinājumu, kas pusaudžu sabiedrībā ir izplatīta parādība. Aprēķināts, ka vismaz reizi dzīves laikā vairāk nekā puse no visiem jauniešiem izmēģinās NPK. Lielākā daļa no tiem neturpinās paškaitējošu uzvedību, tomēr līdz pat 20 % gadījumu traucējumi pāraugs hroniskā PK. [11] PK radīto objektīvo risku un emocionālo reakciju dēļ, ko tas izraisa pieaugušajiem, bērnus un pusaudžus ar paškaitējošu uzvedību biežāk novirza saņemt dažādus veselības aprūpes pakalpojumus. Tā kā PK izplatība ir plaša, tad nepārdomāta vai nekoordinēta PK aprūpe var pārslogot veselības aprūpes sistēmu, kā arī neļaut atšķirt PK riska pakāpi un vēltīt lielākus resursus augstākā riska pacientiem. Šajā klīniskajā algoritmā aprakstīta SPK un NPK diagnosticēšana un terapija bērniem un pusaudžiem primārajā, sekundārajā un terciārajā veselības aprūpē. *Algoritma pamatā ir aktuālie zinātniskie pierādījumi ar mērķi radīt klīniski efektīvāko un ekonomiski lietderīgāko vienotas palīdzības sistēmu bērniem un pusaudžiem ar PK uzvedību.*

## Algoritma uzdevumi

- Uzlabot bērnu/pusaudžu ar PK atpazīšanu un diagnosticēšanu visos veselības aprūpes sistēmas posmos.
- Pilnveidot bērnu/pusaudžu ar PK psihosociālu rehabilitāciju un ārstēšanu primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes līmenī.
- Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar PK iekļaušanu veselības aprūpes sistēmā, efektīvāku sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem, sadarbību ar rehabilitācijas dienestiem, sociālajiem dienestiem, mazinot riskus vēlīnas diagnostikas un negatīvu sociālo un veselības seku attīstībai.
- Racionāli izmantot ārstniecības un aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izvēloties ar pierādījumiem pamatotas intervences.
- Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un rehabilitācijas plānu.

PK var norisināties dažādu veselības traucējumu un kultūras faktoru kontekstā. Šis algoritms nav piemērojams visiem PK gadījumiem.

Šis algoritms nav attiecināms uz:

- PK, ko izraisījuši psihotiski traucējumi,
- PK, ko izsauc dažas ģenētiskas slimības vai neirālās attīstības traucējumi (Leša—Nihana sindroms, automātiskas paškaitējošas darbības autiskā spektra pacientiem),

- tādiem PK veidiem kā pīrsingi, ādas rētošana, seksuālas darbības ar mazohisma elementiem,
- netiešu vai pasīvu PK (pārmērīga psihoaktīvo vielu lietošana, riskanta uzvedība, atteikšanās no uztura uzņemšanas u.c.),
- mazu bērnu (pirmskolas vecuma) aprūpi,

Uz šo algoritmu neattiecināmajos PK gadījumos palīdzība jāsniedz atbilstīgi pamatslimības klīniskajam algoritmam (piemēram, “Psihotiski traucējumi bērniem un pusaudžiem — atpazīšana, vadīšana un aprūpe”, “Autiskā spektra traucējumu agrīna diagnostika un ārstēšana”, “Dubultdiagnozes psihiatrijā un narkoloģijā bērnu un pusaudžu vecumā, agrīna atpazīšana, vadīšana, diferenciāldiagnostika, ārstēšana un aprūpe” u.c.).

### **Algoritma lietotāju mērķa grupas**

- Bērnu psihiatri, psihiatri
- Ģimenes ārsti
- Pediatri
- Citas ārstniecības personas
- Neatliekamās medicīniskās palīdzības speciālisti
- Klīniskie, veselības un izglītības psihologi
- Psihoterapijas speciālisti, ārsti—psihoterapeiti
- Citi funkcionālie un rehabilitācijas speciālisti
- Sociālo dienestu un citu iesaistīto valsts un pašvaldības iestāžu speciālisti
- Izglītības speciālisti

### **Algoritma prioritātes**

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

Izvērtējot bērnu/pusaudzi ar PK uzvedību, veselības aprūpes speciālistiem ir jāņem vērā un jāreģistrē pacienta un viņa ģimenes locekļu sociālais, izglītības un ģimenes stāvoklis, attiecību kvalitāte starp pacientu un citiem ģimenes locekļiem, vienaudžiem un pedagogiem.

Īpaši svarīgi ir izvērtēt psiholoģisko, sociālo un pusaudža saistību ar subkultūru, kādā norisinājies PK, kā arī aprūpei mobilizēt iespējami plašāku atbalsta tīklu (ģimene, draugi, skolotāji u.tml.).

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

Tiesības nodrošināt psihosociālās intervences bērna/pusaudža rehabilitācijā, kurš veicis PK, ir speciālistiem ar atbilstīgu izglītību (sertifikātu/tiesībām praktizēt) konkrētajā metodē un atbilstīgu izglītību/pieredzi darbā ar bērniem/pusaudžiem. Svarīgi, lai piedāvājumā būtu ar pierādījumiem pamatotas intervenču metodes, kas nodrošina labāku rezultātu un ir ekonomiski lietderīgākas.

Nervu sistēmas attīstības, psihiskos un uzvedības traucējumus, kā arī sociālās un izglītības problēmas jāvērtē un jārisina vai nu pakāpeniski, vai vienlaicīgi ar PK ārstēšanu. Iespēju robežās tas jā dara ciešā sadarbībā ar plašāku sociālo un izglītības dienestu tīklu.

Uzmanība jāvelta arī iespējamām bērna/pusaudža vecāku psihiatriskajām/psiholoģiskajām problēmām. Ja bērna/pusaudža ārstēšanas laikā tiek identificētas vecāka/vecāku vajadzības pēc psihiatriskās palīdzības, jāpalīdz saņemt nepieciešamā palīdzība attiecīgajos pieaugušo psihiatriskās aprūpes dienestos.

### **Atpazīšana un izvērtēšana**

Primārās veselības aprūpes un izglītības sistēmas speciālistiem jāapgūst priekšzināšanas PK atpazīšanā un riska grupas bērna/pusaudža izvērtēšanā, kā arī jāspēj izvērtēt bērni un pusaudži no riska grupas. Šo speciālistu profesionālajā sagatavošanā jāiekļauj zināšanas par PK veidiem, pazīmēm, sijājošās diagnostikas jeb skrīninga instrumentiem, PK riska grupām un palīdzības organizēšanu pēc sijājošās diagnostikas algoritma.

Specializētiem bērnu psihiatrijas dienestiem cieši jāsadarbojas, izglītojot un atbalstot primārās veselības aprūpes, izglītības un citu sabiedrības segmentu speciālistus, lai viņi varētu palīdzēt bērniem/pusaudžiem, kas izdarījuši PK, un jānodrošina šo bērnu aprūpes pēctecība.

### **Diagnostika**

Bērnu psihiatriem, pieaugušo psihiatriem, narkologiem, tiesu psihiatrijas ekspertiem, pediatriem, bērnu neirologiem, psihologiem, psihoterapijas speciālistiem un citiem psihiskās veselības aprūpes sistēmas speciālistiem jāapgūst zināšanas par PK diagnostiku un palīdzības organizēšanu atbilstīgi šim klīniskajam algoritmam.

Jāveicina strukturētu skrīninga un diagnosticēšanas instrumentu lietošana bērnu psihiatrijas klīniskajā praksē.

### **Palīdzības nepārtrauktība pusaudžu pārejas laikā uz pieaugušo psihiatriskajiem dienestiem**

Jaunietim, kas PK un ar to saistīto uzvedības traucējumu dēļ skolas vecumā ir ārstēts un rehabilitēts specializētos bērnu psihiatrijas dienestos, ir jānodrošina iespēja atkārtotai uzvedības traucējumu izvērtēšanai pēc skolas beigšanas, lai noskaidrotu viņa vajadzības pēc atbalsta pieaugušo vecumā. Ja jaunietim nepieciešama tālāka psihiatriskā palīdzība saistībā ar PK vai citiem psihisku traucējumu simptomiem, ir jānodrošina koordinēta pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem.

Pārejas periodā uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem rekomendējama oficiāla koordinēšanas sanāksme, kurā piedalās bērnu un pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestu pārstāvji. Jaunietim jāsaņem pilna informācija par pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem, nepieciešamības gadījumā šajā pārejas posma plānošanā jābūt iekļautiem arī viņa vecākiem/likumiskajam pārstāvim.

Pēc pārejas uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem ir jāizvērtē jaunieša vajadzības (personīgās, izglītības, darba un sociālās), kā arī citi psihiskie traucējumi (īpašu uzmanību pievēršot atkarību izraisošo vielu kaitējoši pārmērīgai lietošanai, personības izmaiņām, emocionāliem traucējumiem un mācīšanās grūtībām).

## II. Klīniskais algoritms

### 1. Bērns/pusaudzis, kurš veicis paškaitējumu

Bērns/pusaudzis:

- a) ziņo par to, ka ir veicis PK,
- b) bērna/pusaudža uzvedībā vai ārienē ir novērojamas pazīmes, kas var liecināt par PK,
- c) bērns/pusaudzis ir bez samaņas, nav kontaktējams vai atrodas dzīvību/veselību apdraudošā stāvoklī, kas varētu būt saistīts ar PK.

**1.A.** Bērni un pusaudži saviem vecākiem vai draugiem var paziņot, ka veikuši PK, piemēram, pastāstot, ka ir sagraizījušies, lietojuši lielas medikamentu devas vai psihoaktīvās vielas. Reizēm to dara netieši — nosūta ziņu mobilajā telefonā vai attēlu ar graizīšanās rētām ievieto sociālā tīkla profilā.

Ja pastāv tieši, tūlītēji draudi bērna/pusaudža veselībai vai dzīvībai, ir jāizsauc NMPD.

**1.B.** Vecāki, ģimenes ārsts vai citi speciālisti var pamanīt PK pazīmes, piemēram, griezuma rētas uz rokām vai citām ķermeņa daļām.

Ja nodarītais kaitējums var radīt apdraudējumu bērna/pusaudža veselībai, piemēram, risku infekcijas attīstībai griezuma vietās, ir jāsniedz piemērota palīdzība vai jānogādā medicīnas iestādē (traumpunktā, ģimenes ārsta praksē), kur šādu palīdzību var nodrošināt.

Biežākie bērnu/pusaudžu PK veidi:

- graizīšanās (50—90 %): uz rokām (88 %), kājām (60 %), vēdera (31 %), [12]
- sevis sišana (ap 30 %), [13]
- skrāpēšana (21—31 %), [14]
- ādas dedzināšana (15—35 %), [15]
- kompulsīva galvas dauzīšana (24 % zēnu, 28 % meiteņu), [16]
- trihotilomānija (SSK–10 diagnoze F63.3) (12 % zēnu, 35 % meiteņu). [17]

**Svarīgi!** Bērni/pusaudži ~80 % gadījumu lieto vairāk nekā vienu PK metodi. Vairākas PK metodes — vairāk par trim — un PK tādās ķermeņa vietās, kas neskar rokas un kājas, liecina par augstāku riska pakāpi. Par īpaši augstu riska pakāpi jāuzskata PK, kas skar ģenitālijas vai seju.

**1.C.** Dažos gadījumos PK var radīt tūlītēju risku dzīvībai vai veselībai, piemēram, pēc medikamentu pārdozēšanas, pēc dziļiem griezumiem vai pakāršanās mēģinājuma. Dažas no pazīmēm, kas var liecināt par šādiem riskiem:

- bezsamaņa, apstājusies elpošana,
- bāla sejas āda, palēnināts pulss,
- asiņošana,
- apdullums, miegainība, neskaidra runa un gaita.

Jāzvana pa tālruni 113 un jāizsauc NMPD!

**Svarīgi!** Tiešs veselības un dzīvības apdraudējums var būt arī tad, ja PK pazīmes nav novērojamas, bet ir aizdomas, ka pusaudzis nesen varētu būt izdarījis PK, piemēram, iedzēris lielu kāda medikamenta vai psihoaktīvās vielas devu.



## 2. Bērns/pusaudzis, kuram ir vēlme vai nolūks veikt paškaitējumu

Savu nolūku veikt PK var izpaust pats bērns/pusaudzis vai arī tas ir konstatējams:

a) **tieši.** Bērns/pusaudzis par to informē pats,

b) **netieši.** Par to liecina netiešas PK pazīmes vai par to ziņo cita persona.

**2.A.** Par nolūku izdarīt PK bērns/pusaudzis var informēt savus vecākus, veselības aprūpes speciālistus, piemēram, ģimenes ārstu, skolas psihologu vai skolotājus un vienaudžus. Reizēm šāds nolūks izpausts virtuālajā vidē, ievietojot paziņojumu sociālo tīklu profilā.

**2.B.** Bērna/pusaudža uzvedībā novērojamas pazīmes, kas var liecināt par nolūku izdarīt PK, piemēram, skuvekļu asmeņu vai virves iegādāšanās, PK veltītu interneta forumu apmeklēšana, suicidālu vēstuļu vai ziņu rakstīšana.

**Svarīgi! Bērna/pusaudža nolūks vai informēšana par vēlmi veikt PK ne vienmēr nozīmē, ka šāda rīcība sekos.** Reizēm šādas informēšanas vai uzvedības mērķis var būt noteiktam bērna/pusaudža attīstības posmam raksturīgā ziņkāre, eksperimentēšana, palīdzības meklēšana, mēģinājums pievērst uzmanību savām grūtībām. Taču neatkarīgi no riska pakāpes vai mērķa visiem bērniem/pusaudžiem, kas atbilst 2. punktā minētajam, ir jāveic skrīnings.

## 3. Bērns/pusaudzis no riska grupas

SPK un NPK skrīnings jāveic bērniem/pusaudžiem, kuri psihiskās veselības, primārās aprūpes vai citu speciālistu redzeslokā nonākuši ar sūdzībām par citu veidu psihoemocionālām vai uzvedības grūtībām un kuriem ir noteikti viens vai vairāki PK riska faktori:

- diagnosticēti vēl citi psihiskās veselības traucējumi, īpaši trauksmes un depresīvā spektra traucējumi,
- iepriekš izdarīts PK,
- piederība etniskai, sociālai, seksuālai vai citai minoritātei,
- sliktas, ļoti sliktas vai izteikti problemātiskas attiecības ar vismaz vienu no vecākiem vai aprūpētājiem,
- maz sava vecuma draugu vai nav neviena, būtiski apgrūtinātas attiecības ar cilvēkiem,
- vājas sekmes skolā, piedzīvota psiholoģiska vardarbība (mobings),
- nesen bijuši lieli pārdzīvojumi (piemēram, vecāku šķiršanās, mājdzīvnieka nāve),
- psihoaktīvo vielu problemātiska lietošana,
- novērots SPK un NPK ģimenē, draugu lokā vai klasē,
- augsta sociālā riska ģimene vai atrašanās ārpusģimenes aprūpē. [18; 19; 20]

Bieži PK nav primārā problēma, kuras dēļ bērnu/pusaudži nosūta pie veselības aprūpes speciālistiem. Tāpat arī kauna vai baiļu dēļ NPK vai domas par SPK bieži netiek atklātas, ja par tām īpaši nevaicā.

**Svarīgi!** Pusaudži ar problemātisku psihoaktīvo vielu lietošanu/cita veida riskantu uzvedību atrodas īpaši augstā PK riska grupā. Šie pusaudži biežāk nonāk likumsargu un citu ar veselības aprūpi nesaistītu institūciju vai speciālistu uzraudzībā. Tāpēc ir svarīgi, lai visi speciālisti, kas strādā ar šīs mērķgrupas pusaudžiem, spētu atpazīt PK riska faktorus un nodrošināt iespēju veikt skrīningu.

## 4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMPD)

NMPD sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību notikuma vietā un nosūta pacientu uz somatisko stacionāru, lai tālāk sniegtu neatliekamo medicīnisko palīdzību (ja notikusi intoksikācija ar medikamentiem, ir dziļas griezuma brūces u.c.), vai psihiatrisko stacionāru, lai novērtētu PK riska pakāpi un lemtu par ārstēšanu psihiatriska profila stacionārā.

NMPD sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību un nosūta pacientu uz stacionāru, visu dokumentē un šos dokumentus nodod ārstniecības iestādei:

- informāciju par pacienta somatisko stāvokli,
- informāciju par pacientam sniegto medicīnisko palīdzību NMPD etapā,
- informāciju par pacienta uzvedību NMPD etapā,
- informāciju par lieciniekiem notikuma vietā (no policijas darbiniekiem, ģimenes locekļiem u.c.) par notikumu un pacienta uzvedību pirms NMPD ierašanās.

## 5. Somatiskais stacionārs

Somatiskajā stacionārā pacientam sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību — dzīvības funkciju uzturēšanu, dezintoksikāciju, traumatoloģisku palīdzību utt. Somatiskajā stacionārā pēc pacienta vispārējā stāvokļa stabilizēšanas organizē atbilstīga speciālista konsultāciju vai pacienta pārvešanu uz psihiatrisko stacionāru PK un psihiskā stāvokļa izvērtēšanai. Ja konsultants rekomendē pacienta pārvešanu uz psihiatrisko stacionāru, tad iesaista NMPD.

Ja organizē pacienta pārvešanu uz psihiatrisko stacionāru, tad ārstējošais ārsts pārvešanu saskaņo ar psihiatriskā stacionāra uzņemšanas nodaļu, informē pacientu un viņa vecākus (likumiskos pārstāvjus) un aizpilda nosūtījuma anketu, kurā iekļauj pilnvērtīgu informāciju par pārvešanas iemeslu, pacienta somatisko stāvokli, pacientam noteiktajiem veselības traucējumiem un diagnozēm, veiktajiem izmeklējumiem, sniegto medicīnisko palīdzību.

## 6. Skrīnings

Skrīninga (6. pielikums “Bērnu un pusaudžu paškaitējuma skrīnings”) mērķis:

- a) agrīni atklāt bērnus/pusaudžus, kuri izdara PK,
- b) palīdzēt bērnu/pusaudzi ar PK novirzīt piemērotākajai palīdzības saņemšanai.

Ņemot vērā ciešo NPK un SPK saistību, skrīnings (6. pielikumā) vienmēr jāveic abiem PK veidiem.

**1. solis.** Skrīningu var sākt ar diviem jautājumiem.

- A. Vai tu kādreiz esi mēģinājis sevi nogalināt vai vēlējies izdarīt pašnāvību?
- B. Vai tu kādreiz esi sevi fiziski savainojis bez mērķa nomirt? [21]

Ja atbilde uz A jautājumu ir pozitīva → **2. solis.**

Ja atbilde uz A jautājumu ir negatīva → uzdod B jautājumu.

Ja atbilde uz B jautājumu ir pozitīva, sāk **4. soli.**

Ja atbilde uz A un B jautājumu ir negatīva → 15. *Palīdzība nav nepieciešama.*

Ja pozitīvu atbildi uz jebkuru no jautājumiem sniedz bērns, kas jaunāks par 12 g. v., vai pusaudzis no riska grupas, turpina ar **3. soli.**

**Svarīgi!** Bērns/pusaudzis dažādu iemeslu dēļ var negribēt atklāt informāciju par PK. Ja atbildes negatīvas, jāizsver konteksts, kādā notiek skrīnings (pēc aizturēšanas, pēc pašnāvības mēģinājuma vai smaga savainojuma), un citi informācijas avoti (vecāku/aizbildņu sniegtā informācija utt.). Ja šī informācija ir pretrunā ar bērna/pusaudža sniegto, izsver iespēju turpināt ar **3. soli**.

**2. solis. Suicīda riska skrīnings**, izmantojot *Kolumbijas suicīda riska novērtējuma skalu* (1. pielikums).

Riska nav → atgriežas 1. solī un uzdod B jautājumu.

Mērens risks → 8. *Novērošana*, atgriežas 1. solī un uzdod B jautājumu.

Vidēji augsts risks → **3. solis**.

Ļoti augsts risks → nosūta uz psihiatrisko ambulatoro iestādi/stacionāru, kur tiek veikts *7. Psihosociālais novērtējums*.

**Svarīgi!** Ja augstas riska pakāpes pusaudzim nav iespējams nodrošināt atbilstīgu sadarbību ar ģimeni/aprūpētāju vai ja pusaudzis pauž nolūku izdarīt pašnāvību tuvākajā laikā vai pēc izešanas no speciālista kabineta, tad jānogādā tālākai riska novērtēšanai. Ja to nevar nodrošināt speciālists vai pusaudža likumiskais pārstāvis, var zvanīt 113 → 4. *NMPD*.

**3. solis.** Ja speciālists ir kvalificēts → *7. Psihosociālais novērtējums*.

Ja speciālists nav kvalificēts veikt PK novērtējumu, tad nosūta pie attiecīgā speciālista vai uz psihiatrisko ambulatoro iestādi/stacionāru.

**4. solis.** Ja uz B jautājumu atbild pozitīvi → uzdod precizējošus jautājumus:

- **Vai esi sevi savainojis vairāk nekā divas reizes?**
- **Vai esi sevi savainojis tādēļ, lai tiktu galā ar sliktām emocijām (nevis intereses pēc vai kopā ar draugiem)?**
- **Vai tevi uztrauc tas, ka esi sevi savainojis?**

Ja atbilde uz vismaz vienu jautājumu ir pozitīva → **3. solis**.

Ja atbildes uz visiem jautājumiem ir negatīvas → 8. *Novērošana*.

**Svarīgi!** Veicot skrīningu, jāņem vērā paša bērna/pusaudža vēlmes un vajadzības. Ja zemas vai mērenas riska pakāpes pusaudzis pauž vēlmi saņemt atbalstu saistībā ar psihisko veselību, jāpiedāvā *7. Psihosociālais novērtējums* vai jānosūta pie speciālista, kurš ir kvalificēts sniegt konsultāciju, kas atbilst pusaudžu vecumposmam.

Bērnu/pusaudzi nosūtot uz nākamo aprūpes līmeni vai pie cita speciālista, jāpārliecinās, ka tiek nodota arī visa skrīninga laikā ievāktā informācija.

## 7. Psihosociālais novērtējums

NPK vai SPK nevērtē kā atsevišķas diagnostiskas kategorijas, to precizēšanai rekomendē psihosociālo novērtējumu: aptauju un daļēji strukturētu interviju. Šie psihiskie traucējumi var būt gan izolēti, gan reizē ar citiem psihiskās veselības traucējumiem, gan citu traucējumu simptomi, tāpēc PK novērtēšana ir sarežģīts process, kad jāņem vērā daudzi psihes, vides un sociālie faktori. Speciālistam, kurš veic šo novērtējumu, jāspēj lietot dažādas metodes, izdarīt novērojumus, iesaistīt procesā gan pacientu, gan ģimeni un izveidot ārstēšanas plānu, kas atbilst bērna/pusaudža vecumposmam, konkrētajai situācijai un iespējām. [22]

Psihosociālā novērtējuma mērķi:

- 1) izprast konkrētā bērna/pusaudža PK uzvedību — cēloņus, kontekstu, motivāciju,
- 2) izveidot atbilstīgu un labu ārstēšanas plānu,
- 3) pamanīt citus bērna/pusaudža psihiskās veselības traucējumu riskus un nodrošināt to tālāku diagnosticēšanu,
- 4) veicināt lielāku pacienta un viņa ģimenes līdzestību ārstēšanas laikā.

Īpaši izšķirīgs tālākajā PK novērtēšanā un ārstēšanā ir pirmais bērna/pusaudža, viņa ģimenes un speciālista kontakts. [23] Tāpēc PK novērtējuma laikā speciālistam jāievēro šādi principi:

- a) nepaust kritiku vai nosodījumu,
- b) izturēties mierīgi, nosvērti,
- c) normalizēt un pieņemt pacienta un viņa ģimenes emocijas,
- d) uzturēt cerību un pārliecinošu motivāciju pārmaiņām,
- e) izturēties ar cieņu pret pacientu, viņa personiskajām dzīves izvēlēm un iespējām,
- f) interesēties par pacienta un viņa ģimenes vajadzībām, neuzspiest savu rīcības plānu,
- g) pacientu un viņa ģimeni par PK nodarīšanu izglītot godīgi un atklāti,
- h) pacientu un viņa ģimeni iesaistīt ārstēšanas procesā.

Novērtējuma procesā speciālists iegūst informāciju, lieto aptaujas, daļēji strukturētu interviju, novēro pacientu un iegūst informāciju no citiem avotiem. Tā kā NPK un SPK ir cieši saistīti, novērtējuma laikā jāpievērš uzmanība abiem PK veidiem.

**Lai novērtētu NPK**, iegūst informāciju no ģimenes/aprūpētājiem (ja tas ir iespējams un nepieciešams) un izmanto vienu vai abus no šiem instrumentiem:

**1. Strukturēta aptauja** — paškaitējuma apgalvojumu aptauja [24; 25] (2. pielikums).

**2. Daļēji strukturēta intervija** — VIMI [26] (5. pielikums).

**3. Pēc iegūtās informācijas jānosaka pacienta piederība vienai no trim NPK riska grupām** [27; 28]:

- ļoti augstas pakāpes riska grupa (**R**),
- vidēji augstas pakāpes riska grupa (**V**),
- mērenas pakāpes riska grupa (**M**).

**4.1. NPK skaits dzīves laikā:** 1—2 (M), 3—11 (V), 11+ (R).

**4.2. Lietoto NPK metožu skaits:** 1 (M), 2—3 (V), 4+ (R).

**4.3. NPK metodes:** grauzīšanās, skrāpēšana (M), sišana, matu, ādas plēšana (V), kompulsīva galvas dauzīšana, netipiskas PK metodes (R).

**4.3. NPK vietas un riska novērtējums:** rokas, kājas (M), krūtis, mugura, matu raušana, ādas plēšana (V), seja, ģenitālijas (R).

**4.4. NPK intensitāte:** viegli griezumi, skrāpējumi (M), dziļi griezumi, dedzināšanas rētas, redzami defekti, ko nevar noslēpt (V), strutojošas, nedzīstošas brūces, audu sabiezējumi (R).

**4.5. Noteikts viens no PK riska faktoriem:** 1 (V), 2+ (R).

Apkopojot un izvērtējot iegūto informāciju, speciālists pieņem lēmumu par pacienta riska pakāpi un tālāko ārstēšanu.

- Mērens risks (M) → 8. *Novērošana*.
- Vidēji augsts risks (V) → 9. *Bērna/pusaudža un ģimenes izglītošana*.
- Ļoti augsts risks (R) → *sniedz palīdzību psihiatrijas ambulatorā vai terciārā līmenī: 9. Bērna/pusaudža un ģimenes izglītošana, 10. Citu psihisko traucējumu diagnostika*.

**Svarīgi!** NPK ir transdiagnostisks, izolēts psihisks traucējums, bet nav atsevišķa diagnostiska kategorija. Tāpat arī tikai NPK neliecina, ka pacientam ir vēl kādi citi klīniski nozīmīgi traucējumi. Taču, ja novērtējuma gaitā iegūtā informācija liecina par šādu iespēju, tad ārstam attiecīgi jāizmeklē vai jānosūta pie speciālista slimības diagnosticēšanai → 10. *Citu psihisko traucējumu diagnostika.*

**Lai novērtētu SPK,** jāveic riska pakāpes novērtējums pēc “5 i protokola”. [29; 30] Iegūtā informācija jādokumentē aptaujas lapā “Bērna/pusaudža pašnāvības riska izvērtējums” (4. pielikums).

## **5 i protokols**

### **1. Identificēt riska faktoros**

- **Suicidāla uzvedība:** iepriekšēji suicīda mēģinājumi.
- **Psihiskās veselības traucējumi** (īpaši krasas garastāvokļa maiņas, uzmanības deficīts un hiperaktivitāte, aktīvo vielu lietošana, psihotiski traucējumi, PTSS), uzvedības traucējumi (agresivitāte, impulsivitāte).
- **Galvenie simptomi:** anhedonija, impulsivitāte, bezcerība, trauksme vai panika, bezmiegs, pavēlošas halucinācijas.
- **Ģimenes vēsture:** suicīda mēģinājumi, psihiski traucējumi.
- **Stresori:** notikumi, kas radījuši kaunu, pazemojumu vai izmisumu. Attiecību krīzes. Ģimenes izjukšana. Hroniska medicīniska slimība (sāpes). Intoksikācija. Fiziska vai seksuāla vardarbība. Izolācija.
- **Izmaiņas psihiskās slimības ārstēšanā:** nesena izrakstīšana no psihiatriskās klīnikas.
- **Pieeja līdzekļiem:** izrakstīti medikamenti, mājās ir ierocis.

### **2. Identificēt PK aizsargājošos faktoros**

- **Iekšējie:** spēja tikt galā stresu, reliģiska pārliecība, liela izturība.
- **Ārējie:** atbildība par dzīvniekiem vai ģimeni, pozitīvas attiecības ar cilvēkiem, sociālais atbalsts.

### **3. Izvaicāt par pašnāvību**

- **Suicidālas domas:** biežums, intensitāte, ilgums — pēdējās 48 h, pēdējā mēnesī un pašas sliktākās.
- **Suicīda plāns:** laiks, vieta, letalitāte, pieeja līdzekļiem, gatavošanās.
- **Uzvedība:** pēdējais mēģinājums, neizdevušies mēģinājumi, izmēģinājumi (mezgla sasiešana), paškaitējums.
- **Vēlme:** cik ļoti pacients 1) ir gatavs īstenot savu plānu, 2) tic, ka plāns beigsies ar nāvi, nevis paškaitējumu. Izvērtēt pacienta ambivalenci — iemeslus dzīvot pret iemesliem mirt.

### **4. Izvērtēt PK riska pakāpi un izstrādāt ārstēšanas plānu**

- **Izstrādāt ārstēšanas plānu:** jānosaka skaidri uzdevumi visiem pacienta ārstēšanā iesaistītajiem.
- **Sazināties ar citiem speciālistiem vai institūcijām, ja nepieciešams,** piemēram, ar sociālo dienestu (ja pacients ir sociālā dienesta klients vai rodas aizdomas par bērna/pusaudža vecumposmam neatbilstīgu vecāku aprūpi vai bērnam nepiemērotiem dzīves apstākļiem), Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekciju, Valsts policiju (ja ziņots par fizisku vai emocionālu vardarbību pret bērnu).

### **5. Informēt un dokumentēt**

- **Pastāstīt ģimenei:** ģimene jāinformē tūlīt pēc vizītes, ja ģimenes nav klāt.
- **Dokumentēt iespējami ātrāk,** bet ne vēlāk kā 24 h pēc vizītes.
- **Novērtējuma forma:** aizpildīt “Bērna/pusaudža pašnāvības riska izvērtējums”.

## Riska izvērtējums

### Ļoti augsts

- Suicidāla vēlme + suicīda plāns ar specifisku metodi.
- Suicidāla vēlme + gatavošanās suicīdam (piemēram, materiālu iegāde, lai varētu pakārties).
- Suicidāla vēlme + vairākkārtēju suicīda mēģinājumu vēsture + augsts bezcerības un impulsivitātes līmenis + psihoaktīvo vielu intoksikācija.
- Ilgstošas, neatlaidīgas suicidālas domas + pavēlošas halucinācijas (pašsavainoties) + pieeja suicīda līdzekļiem.

### Vidēji augsts

- Ilgstošas suicidālas domas + vairākkārtēju suicīda mēģinājumu vēsture.
- Bipolārie traucējumi ar impulsivitātes periodiem un iespējamu paškaitējumu.
- Viens iepriekšējs suicīda mēģinājums + pašreizēja depresijas epizode.
- Pārmērīga aktīvo vielu lietošana + grūtības tikt galā ar stresu un negatīviem uzbudinājumiem + stipra bezpalīdzības izjūta.

### Mērens

- Ilgstošas ne pārāk intensīvas suicidālas domas (dažreiz domas par pašnāvību bez plāna un vēlmes) + depresīvi traucējumi.
- Psihiskie traucējumi, piemēram, bipolārie traucējumi, depresīvi traucējumi, panikas lēkmes, pārmērīga aktīvo vielu lietošana, PTSS.
- Iepriekšējs pašnāvības mēģinājums, bet nav konstatējami citi psihiski traucējumi, pašlaik nav arī liela bezcerība, uzbudinājums vai impulsivitāte.

## RISKA IZVĒRTĒJUMA SHĒMA

Riska pakāpe	Riska/aizsargājošie faktori	Suicidalitāte	Iespējamās intervences
<b>ĻOTI AUGSTA</b>	Psihiskie traucējumi ar ļoti raksturīgiem simptomiem vai akūtu stresa notikumu	Potenciāli nāvējošs suicidāls mēģinājums vai pastāvīgas domas ar spēcīgu vēlmi vai suicidālu mēģinājumu	Hospitalizācija Ģimenes iesaiste Novērošana Bieža saziņa
<b>VIDĒJI AUGSTA</b>	Daudzi riska faktori, daži aizsargfaktori	Suicidālas domas ar plānu, bet bez vēlmes vai rīcības	Drošības plāns Ģimenes iesaiste Izglītošana
<b>MĒRENA</b>	Maz riska faktoru, daudz aizsargfaktoru	Domas par nāvi, bet nav plāna, vēlmes vai rīcības	Simptomu mazināšana Izglītošana

Apkopojot un izvērtējot iegūto informāciju, speciālists pieņem lēmumu par pacienta riska pakāpi un tālāko ārstēšanu:

- mērens risks (**M**) → 9. Bērna/pusaudža un ģimenes izglītošana; 8. Novērošana;
- vidēji augsts risks (**V**) → 9. Bērna/pusaudža un ģimenes izglītošana; 10. Citu psihisko traucējumu diagnostika; 11. Īslaicīga psihosociāla intervence;
- ļoti augsts risks (**R**) → nodrošina psihiatrijas ambulatorā vai terciārā līmenī: 9. Bērna/pusaudža un ģimenes izglītošana; 10. Citu psihisko traucējumu diagnostika; 11. Īslaicīga psihosociāla intervence.

**Svarīgi!** Jebkurš riska izvērtējums ir tikai orientējošs. Akūtais risks pusaudžiem ārēju apstākļu ietekmē ir ļoti mainīgs, tāpēc šis izvērtējums jāveic atkārtoti, īpaši pēc kāda svarīga pacienta dzīves notikuma, apstākļu maiņas, izrakstīšanas no slimnīcas vai ilgāka perioda. Hospitalizācija SPK pacientiem var paaugstināt dažādu veidu riskus, tāpēc izskatāma tikai augsta riska gadījumos, ja nav iespējama uzraudzība dzīvesvietā un ārstēšana ambulatori. Hospitalizācija NPK pacientiem nav klīniski lietderīga. [31]

Tikai SPK izdarīšana neliecina, ka pacientam ir citi klīniski nozīmīgi traucējumi. Neskaidras izcelsmes vai izolētu uzvedību SSK–10 ierindo XVIII nodaļā *Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratorijas atrade* (R45.8). Taču, ja novērtējuma gaitā iegūtā informācija liek izskatīt hipotēzi par citiem traucējumiem vai SPK kā šo traucējumu pavadošo pazīmi, tad speciālistam jāveic izmeklēšana vai pacients jānosūta pie attiecīga speciālista šādas diagnozes noteikšanai → 10. *Citu psihisko traucējumu diagnostika*.

**Svarīgi!** Ja pacientam noteikta vidēji augsta vai ļoti augsta riska pakāpe, bet viņš pats/viņa likumiskie pārstāvji nepiekrīt ārstēšanas nepieciešamībai, tad speciālists var izmantot likumā noteiktās tiesības nepilngadīga pacienta ārstēšanai bez viņa paša vai viņa likumisko pārstāvju piekrišanas. Gan šo procedūru, gan ārstēšanas procesu regulē attiecīgie Ārstniecības likuma un Pacientu tiesību likuma panti. Ja noteikumos minētajā kārtībā lietoti ierobežojoši līdzekļi, tie pieļaujami tikai kā galējas nepieciešamības līdzekļi. Ārstniecības iestādes pienākums šādā gadījumā ir nekavējoties informēt bērna likumisko pārstāvi (vecākus vai aizbildni).

## 8. Novērošana

Novērošanas uzdevums:

- uzraudzīt, vai bērnam/pusaudzim nepasliktinās traucējumu gaita,
- pārliecināties, vai pacientam saglabājas sasniegtais ārstnieciskais efekts,
- konstatēt, vai pacientam neparādās jauni riska faktori.

Novērošana 1—2 reizes mēnesī, vizītes laiks var būt saīsināts: 15—20 min.

Novērošanu var veikt:

- bērnu psihiatrs vai psihiatrs — pēc pacienta izrakstīšanas no stacionāra, nodrošinot konsultatīvo uzraudzību,
- bērnu psihiatrs vai psihiatrs ambulatorajā aprūpē,
- ģimenes ārsts,
- klīniskais psihologs, psihoterapijas speciālists vai psihoterapeits.

Novērošanas ilgums: seši mēneši. Ja pēc sešiem mēnešiem risks izzudis vai saglabājas mērens, bet nav nozīmīgi → 15. *Palīdzība nav nepieciešama*.

Šādos gadījumos speciālistam ir jāinformē pacients un/vai viņa likumiskie pārstāvji par iespēju turpināt sadarbību ar skolas psihologu vai par citām iespējām saņemt psiholoģisko atbalstu, piemēram, sociālā dienesta piedāvātajām programmām.

Ja novērošanas laikā PK risks paaugstinās un ir konstatējams SPK recidīvs vai citi psihiskie traucējumi, pieaug NPK biežums un intensitāte → 7. *Psihosociālais novērtējums*.

## 9. Bērna/pusaudža un ģimenes izglītošana

Ģimenes izglītošana ir īpaši svarīga terapijas sastāvdaļa PK pacientiem. Jāpatur prātā, ka darbā ar ģimenēm būtiski ir NPK diferencēt no SPK. Izpratne par to, ka NPK neapdraud bērna dzīvību, ļaus ģimenei mierīgāk reaģēt uz notikušo, bet SPK risku mazināšana prasa aktīvu ģimenes dalību drošības plānā. [32; 33]

### 9.1. Ģimene, kuras bērns/pusaudzis veicis NPK

Galvenais izglītošanas uzdevums ir palīdzēt ģimenes locekļiem izprast:

- kādu funkciju pilda NPK,
- kādas ir ar to saistītās bērna/pusaudža emocijas,
- kādas ir atbalsta un terapijas iespējas.

Ģimenei jāpaskaidro, ka:

- NPK ir ļoti plaši izplatīta parādība pusaudžu vecumā,
- absolūtā vairākumā gadījumu tas neapdraud pusaudža dzīvību, tomēr liecina par psihoemocionāliem traucējumiem,
- ja nav diagnosticēti citi psihiskās veselības traucējumi, tad NPK neliecina, ka pusaudzim tādi ir,
- NPK vairumā gadījumu ar laiku samazinās un ārstēšana var būt ļoti efektīva,
- problēma un nozīmētā ārstēšana jāuztver nopietni, jo NPK norāda, ka pusaudzim ir augstāks suicīda un citu iespējamo problēmu risks.

Ģimenei ir jāsniedz ieteikumi — kas var un kas nevar palīdzēt novērst pusaudža NPK. [34]

#### **Rīcība, kas palīdz**

- Runāt ar bērnu/pusaudzi par viņa uztraukumiem un problēmām.
- Runāt ar bērnu/pusaudzi par NPK.
- Uzklaut bērnu/pusaudzi bez kritizēšanas vai vērtējuma.
- Būt pacietīgiem ar bērna/pusaudža emocionālajām izpausmēm.
- Sniegt bērnam/pusaudzim praktisku palīdzību (piemēram, apkopt griezuma rētas).
- Atbalstīt ģimenes locekļus, kas saskaras ar NPK.
- Sniegt labu piemēru, kā tikt galā ar konfliktsituācijām un negatīvām emocijām.
- Palīdzēt bērnam/pusaudzim konstruktīvi risināt konfliktsituācijas (ar vecākiem, radniekiem, skolotājiem, vienaudžiem).
- Pavadīt bērnu uz ārstēšanos vai uz vizīti pie psihiatra.
- Ieteikt pašiem apgūt informāciju par NPK.
- Konstruktīvi pārdzīvot emocijas, kas saistās ar NPK.
- Veidot atbalsta sistēmu bērnam/pusaudzim un visai ģimenei.

#### **Rīcība, kas nepalīdz**

- Kontrolēt bērna/pusaudža uzvedību, atņemt vai draudēt atņemt priekšmetus, ar kuriem bērns/pusaudzis veic NPK (piemēram, žileti).
- Atklāti izrādīt tādas negatīvas emocijas kā riebums pret bērna/pusaudža NPK.
- Vainot bērnu/pusaudzi par viņa uzvedību.
- Ignorēt šādu uzvedību.
- Lomu un atbildības maiņa (bērnam liek ieņemt vecāka lomu).
- Nesniegt bērnam/pusaudzim drošības izjūtu.
- Prasīt, lai bērns/pusaudzis rāda rētas (ja vien tas nav medicīnisku apsvērumu dēļ).
- Vainot ģimenes locekļus par NPK vai nosodīt viņu reakciju uz šo problēmu.



## 9.2. Ģimene, kuras bērns/pusaudzis ir veicis SPK

Galvenais ģimenes izglītošanas uzdevums ir palīdzēt ģimenes locekļiem izprast:

- kādu funkciju pilda SPK un kādas ir ar to saistītās emocijas,
- kādas ir bērna/pusaudža uzvedības pazīmes, kas var liecināt par paaugstinātu SPK risku,
- kā ģimenei rīkoties, lai samazinātu SPK risku,
- kādas ir atbalsta un ārstēšanas iespējas.

Ģimenei ir jāizskaidro, ka:

- SPK vienmēr jāuztver nopietni, pat ja tas šķiet demonstratīvs,
- ir svarīgi runāt par pašnāvības domām un vēlmī — tas nepalielina SPK risku,
- ja nav diagnosticēti citi psihiskās veselības traucējumi, tad SPK neliecina, ka pusaudzim noteikti tādi ir,
- pārsvarā gadījumu SPK bērniem/pusaudžiem nebeidzas letāli,
- ļoti svarīgs ir ģimenes atbalsts, iesaiste ārstēšanas procesā un drošības plāna ievērošanā.

Ģimene ir jāinformē par bērna/pusaudža SPK riska pazīmēm, drošības pasākumiem to mazināšanai un rīcību riskantās situācijās.

**Pazīmes, kas var norādīt uz paaugstinātu bērna/pusaudža pašnāvības risku:**

- pamanāmas pārmaiņas pusaudža uzvedībā, liels satraukums vai uzbudinājums,
- iepriekšēji pašnāvības mēģinājumi vai paškaitējoša uzvedība (graizīšanās),
- runāšana, rakstīšana vai meklējumi internetā par pašnāvību vai nāvi,
- depresija un citi psihiskās veselības traucējumi,
- nespēja aizmigt,
- psihoaktīvo vielu (narkotiku un alkohola) lietošana,
- skolasbiedra vai paziņas pašnāvība.

**Veicamie drošības pasākumi:**

- rūpēties, lai visi medikamenti mājās atrastos aizslēgtās vietās,
- lielāku vērību pievērst sava bērna/pusaudža uzvedībai,
- reizi dienā noskaidrot sava bērna/pusaudža noskaņojumu un pašnāvnieciskās tendences (*var izmantot skalu no 0 [nomāktības nav, laba izjūta] līdz 10 [sliktāk nevar būt, gribu tūlīt nomirt]*),
- uzmanīt pusaudža kontaktēšanos ar problemātiskiem draugiem.

**Rīcība, ja bērns/pusaudzis jūtas vai rīkojas pašnāvnieciski:**

- kopā ar pusaudzi izskatīt viņa/viņas drošības plānu,
- sazināties ar pusaudža psihiskās veselības speciālistu vai ģimenes ārstu (darba laikā),
- zvanīt Bērnu uzticības tālrunim: 116111 (strādā visu diennakti),
- zvanīt NMPD pa tālruni 113,
- vest pusaudzi uz slimnīcas neatliekamās medicīniskās palīdzības uzņemšanas nodaļu.

Nepieciešamības gadījumā speciālistam ir jāinformē pacienta ģimene par izglītības iestādes iesaisti drošības plāna izstrādē vai atbalsta sniegšanā. Tādos gadījumos speciālists var izveidot rekomendācijas izglītības iestādes psihologam vai citiem izglītības iestādes darbiniekiem.

## 10. Citu psihisko traucējumu diagnostika

Tikai PK neliecina, ka pacientam ir kāda noteikta slimība. Lielākajai daļai bērnu/pusaudžu, kas veikuši PK, nav citu klīniski nozīmīgu traucējumu. Taču bieži PK ir saistīts ar kādu citu psihisku traucējumu vai labāk izskaidrojams kā citas slimības simptoms. Tā, piemēram, pacienti, kam novērojami psihotiski traucējumi, ar PK uzvedību var samazināt negatīvās emocijas, bet reizēm PK uzvedību izraisa psihotiski traucējumi vai mānijas epizodes (piemēram, pacients lec ārā pa logu, jo tic, ka spēj lidot). Tad nav attiecināms šis algoritms, bet jāvadās pēc attiecīgo traucējumu ārstēšanas vadlīnijām, piemēram, “Psihotiski traucējumi un šizofrēnija bērniem un pusaudžiem — atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”.

Ja rodas aizdomas par komorbiditāti un ir nepieciešama rūpīga diferenciāldiagnostika, tad attiecīgi jādiagnostificē psihiskie traucējumi.

NPK diferenciāldiagnostikā galvenokārt būtu jāizvērtē:

- personības traucējumi (F60),
- trihotilomānija (F63.3),
- stereotipiski kustību traucējumi (F98.4).

NPK visbiežāk ir saistīts ar šādiem traucējumiem:

- ēšanas traucējumi,
- trauksmes traucējumi,
- depresīvie traucējumi,
- personības traucējumi,
- psihoaktīvo vielu atkarība un pārmērīgi kaitīga lietošana. [35]

SPK bieži saistīts ar:

- depresīviem traucējumiem (biežāk pusaudžiem),
- UDHS (biežāk bērniem). [36]

Jāņem vērā, ka minētie traucējumi ir statistiski biežākie, taču nav vienīgie — visās vecumgrupās iespējami arī citu veidu traucējumi.

Diagnosticējot kādu citu traucējumu, bērna/pusaudža tālākā ārstēšana norit pēc attiecīgo traucējumu algoritma, piemēram, “Dubultdiagnozes psihiatrijā un narkoloģijā bērnu un pusaudžu vecumā, agrīna atpazīšana, vadīšana, diferenciāldiagnostika, ārstēšana un aprūpe”. Komorbīdu traucējumu gadījumā svarīgi izvērtēt, kuri traucējumi šobrīd rada lielāko risku bērna/pusaudža veselībai un funkcionalitātei, un vispirms ārstēt šos traucējumus.

## 11. Īslaicīga psihosociāla intervence

Ir maz datu par sekmīgu psihosociālu intervenci PK mazināšanai bērniem/pusaudžiem. [37] Pagaidām nav izdevies iegūt pierādījumus par medikamentozas ārstēšanas klīnisko efektivitāti un lietderību NPK un SPK uzvedības traucējumu gadījumā bērniem/pusaudžiem. [38] Psiholoģiskās ārstēšanas novērojumi apliecina nelielu vai vidēju efektivitāti. [39; 40] Tā kā īstermiņa psihosociālās intervences uzrāda līdzīgu efektivitāti kā specializētās un ar vadlīnijām pamatotās psihoterapijas metodes, ir lietderīgi par pirmo ārstēšanas metodi izvēlēties īslaicīgu psihosociālu intervenci. Svarīgi, lai intervence būtu pielāgota tieši PK mazināšanai, jo tas pastiprina intervences efektivitāti salīdzinājumā ar nespēcīgu psiholoģisko atbalstu. [41] Trīs īstermiņa (1—4 konsultācijas) intervenču veidi, kuru

efektivitāte apstiprināta darbā ar PK pacientiem, ir strukturēta psiholoģiska konsultēšana, motivējoša intervija un uz risinājumu fokusēta terapija. SPK pacientiem rekomendējams arī CAMS modelis pašnāvību novēršanai.

### 11.1. Strukturēta psiholoģiska konsultēšana

Konsultēšanas mērķis ir samazināt pieeju līdzekļiem, ar kuriem bērns/pusaudzis veic PK, kā arī atrast citus līdzekļus bez PK funkcijām. [42] Atbrīvošanās no rīkiem un izvairīšanās no situācijām, kad biežāk notiek PK, samazina PK risku. Savukārt PK alternatīvas jāpielāgo novērtējumā konstatētajām funkcijām, kādas PK pilda konkrētajam pacientam. Piemēram:

Funkcija	Alternatīva
<b>Agresija vai dusmas</b>	Mest mīkstas lietas pret sienu, plēst avīzes vai mīkstās rotaļlietas, agresīvas mākslinieciskās izpausmes
<b>Nemiers vai trauksme</b>	Fiziskas aktivitātes, video spēles, zīmēšana vai rakstīšana
<b>Emociju regulācija vai nomāktība</b>	Elpošanas vingrinājumi, relaksācijas tehnikas

Bērniem/pusaudžiem, kuriem novērojams NPK, ir jāpiedāvā STOP punkti, kas liek pārtraukt darbību pirms grauzīšanās vai cita veida sevis savainošanas. STOP punkti var būt vizuāli, taktili vai emocionāli. Piemēram [43]:

Vizuāli	Taktili	Emocionāli
Ar marķieri uzvilkt sarkanas līnijas uz rokām	Pielikt ledus gabaliņus pie ādas vietā, kur parasti tiek grauzīts	Relaksācijas tehnikas un vizualizācija
Pilināt sarkanu krāsu ūdensglāzē	Iet karstā vai aukstā dušā	Dziedāt līdzī konkrētai dziesmai, pievēršot uzmanību vārdiem

Psiholoģiska konsultācija var notikt vienreiz/vairākas reizes. Būtiski, lai katra konsultācija būtu strukturēta un lai pacients būtu informēts par tās mērķiem, uzdevumiem un norisi (ilgumu, biežumu).

Pusaudžiem, kuri veikuši SPK, kuriem ir vidēji augsts vai augsts pašnāvības risks vai kuri veikuši vidēji smagu vai smagu NPK, jāizveido pusaudža drošības plāns, kurā iekļauta informācija par kontaktpersonām vai palīdzības iespējām krīzes situācijās, pašaprūpes veidiem un alternatīvām metodēm, lai novērstu negatīvus emocionālos stāvokļus (skat. 4. pielikumu). Ja iespējams, tad šāda plāna izveidē un īstenošanā ir jāiesaista pacienta ģimene vai citi atbildīgie pieaugušie (skolotājs, sporta treneris). Tāpat plāna izstrādē var iesaistīt pusaudža draugus. Jāatceras, ka par visām iesaistītajām personām ir jāvienojas ar pusaudzi.

### 11.2. Motivējoša intervija ar pacientu

Lai mazinātu PK uzvedību, būtiski ir censties mainīt pacienta uzvedību, uzturēt vai palielināt motivāciju pārmaiņu ieviešanai. Šo apsvērumu dēļ PK mazināšanā var izmantot *motivējošu interviju*. [44; 45] Tā ir psiholoģiskās konsultēšanas metode, kas palīdz pacientam noskaidrot viņa resursus, iemeslus pārmaiņām, kā arī izvērtēt iespējamus šķēršļus un ambivalenci.

Motivējošā intervija parasti notiek 1—2 konsultācijās, tai ir noteikta struktūra.

Motivējošās intervijas pamatprincipi:

- nesniegt didaktiskus padomus,
- izprast paša pacienta iemeslus uzvedības pārmaiņām,
- ieklausīties pacienta vēlmēs, nevis pārliecināt,
- iedrošināt pacientu pašu veikt nepieciešamās pārmaiņas. [46]

### 11.3. Uz risinājumu fokusēta terapija (RFT)

RFT ir uzrādījusi lielāku efektivitāti NPK, SPK un citu saistītu traucējumu (depresijas, bezcerības) mazināšanā nekā parastās psiholoģiskās intervences. [47] RFT parasti notiek 4—8 konsultācijās, kuru laikā tiek veikti septiņi soļi.

1. solis. Pacienta orientēšana problēmu risināšanas paradigmā.
2. solis. Konkrēto pacienta problēmu atpazīšana un identificēšana.
3. solis. Skaidra problēmu izvēle un definēšana.
4. solis. Risinājumu meklēšana.
5. solis. Lēmumu pieņemšana.
6. solis. Mērķu un rīcības plāna izveide un īstenošana.
7. solis. Plāna pārskatīšana un novērtēšana.

RFT var izmantot kā papildu moduli, lai veicinātu problēmu risināšanas prasmi. Pētījumi rāda, ka lielāku efektu PK uzvedības mazināšanā sniedz RFT kombinācijā ar KBT. [48]

**Svarīgi!** SPK riska mazināšanai bērniem/pusaudžiem šobrīd nav pierādītu efektīvu specifisku intervenču. Efektīvāka SPK mazināšanā ir piekļuves ierobežošana rīkiem vai medikamentiem, ar kuriem varētu izdarīt pašnāvību, bērna/pusaudža un ģimenes izglītošana un ģimenes iesaiste, kā arī komorbīdu traucējumu, ja tādi ir, ārstēšana. [49]

### 11.4. CAMS modelis pašnāvību novēršanai

CAMS ir terapeitisks modelis pašnāvnieciskas uzvedības novērtēšanai un terapijai. Šo elastīgo modeli, kam raksturīga aktīva terapeita un pacienta sadarbība, var integrēt citās terapijas modalitātēs un metodēs.

Terapeita uzdevums:

- izprast pacienta uzvedību no empātiska, nenosodoša un subjektīva skatpunkta,
- sniegt godīgu un atklātu atgriezenisko saikni,
- aktīvi iesaistīt pacientu pašnāvības novēršanas plāna izstrādē.

CAMS modeļa pierādījumu bāze ir terapija pieaugušajiem, taču, veicot nepieciešamās adaptācijas, tas izmantojams arī bērniem/pusaudžiem, kas izdarījuši SPK.

## 12. Farmakoloģiskā un/vai psiholoģiskā terapija pēc vadlīnijām

Lai gan PK vien neliecina par psihopatoloģiju, tomēr nozīmīgā skaitā gadījumu tas var veidot daļu no kādu traucējumu simptomātikas vai būt saistīts ar citiem psihiskiem, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumiem. Tad pacientam jāveic psihiatriskā diagnostika un, apstiprinot diagnozi, terapijai un rehabilitācijai jānotiek pēc attiecināmā klīniskā algoritma. Komorbīdu psihisko traucējumu efektīva ārstēšana un rehabilitācija būtiski mazina arī suicīda risku.

Ir izstrādāti algoritmi biežākajiem komorbīdajiem traucējumiem: “Ēšanas traucējumu diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem”, “Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes

sindroma diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem”, “Depresija bērniem un pusaudžiem, atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe”, “Dubultdiagnozes psihiatrijā un narkoloģijā bērnu un pusaudžu vecumā, agrīna atpazīšana, vadīšana, diferenciāldiagnostika, ārstēšana un aprūpe”.

Šobrīd uzkrātā zinātnisko pierādījumu bāze liecina, ka PK kā izolētam simptomam nav specifiskas medikamentozas terapijas, kas varētu mazināt PK risku vai intensitāti. Specifisku psihisku traucējumu terapijā ir daži medikamenti ar salīdzinoši augstāku anti-suicidālo iedarbību (piemēram, *Clozapinum* terapeitiski rezistentas šizofrēnijas gadījumā, litijs bipolāri afektīvu traucējumu gadījumā), bet šie farmakoterapeitiskie līdzekļi izmantojami tikai attiecīgo psihisko traucējumu ārstēšanai pēc apstiprinātām klīniskām indikācijām.

### 13. Novērtēšana dinamiskā

Novērtēšanu veic pēc katras intervences vai nozīmētā terapijas veida noslēguma.

Novērtējot NPK, svarīgi ņemt vērā divus parametrus:

- NPK biežumu,
- NPK smaguma pakāpi: rētu dziļumu, metožu skaitu, ķermeņa vietas u.tml.

Jāizvērtē arī tas, vai pusaudzis spēj NPK aizvietot ar citām darbībām, kas pilda līdzīgu funkciju.

Novērtējot SPK, jāņem vērā:

- suicidāla uzvedība — suicīda mēģinājumi, gatavošanās, pašnāvību glorificējošu forumu apmeklēšana vai ziņas par pašnāvībām sociālajos tīklos,
- suicidālas domas — biežums, intensitāte, gatavība tās īstenot.

Novērtējot SPK, atkārtoti jāizvērtē suicīda risks. Ja vērojams uzlabojums un risks tiek novērtēts kā mērens → nosūtīt tālākai novērošanai: *12. Primārā veselības aprūpe; 8. Novērošana.*

Ja vērojams uzlabojums, bet risks tiek novērtēts kā vidēji augsts vai augsts vai ja uzlabojums nav vērojams un risks tiek novērtēts kā vidēji augsts → atkārtota *11. Īslaicīga psihosociāla intervence* vai *12. Primārā veselības aprūpe; 8. Novērošana.*

Ja uzlabojums nav vērojams un riska līmenis saglabājas vidēji augsts vai augsts vai ja pēc atkārtotas īslaicīgas psihosociālās intervences riska līmenis saglabājas vidēji augsts vai augsts → *14. Psihoterapija.*

Ja novērtēšanā rodas nepieciešamība izvērtēt citus psihiskos traucējumus, tad → *10. Citu psihisko traucējumu diagnostika.*

### 14. Psihoterapija

Pacientiem, kam pēc īslaicīgas psihosociālās intervences nav samazinājusies uzvedība ar NPK vai kam SPK risks saglabājas vidēji augsts vai ļoti augsts, ir jāsniedz psihoterapeitiska palīdzība. Tāpat psihoterapiju pragmatiski ir nozīmēt pacientiem ar sliktu līdzestību līdzšinējā procesā vai sarežģītiem pacientiem ar komorbīdiem traucējumiem, jo tā var palielināt pacienta iesaisti palīdzības saņemšanā. Būtiski, lai pacients saņemtu tādu psihoterapeitisko

palīdzību, kas ir piemērota PK mazināšanai. Šādas psihoterapijas metodes ir divējādas: kognitīvi biheiviorālā pieeja un psihodinamiska orientācija. Jāņem vērā, ka pētītās psihoterapijas formas klīniskajās grupās uzrādījušas nelielu līdz mērenu efektivitāti, kā arī augstu terapijas pamešanas līmeni (20—50 %). Svarīgākie izvēlēta terapijas veida elementi, kas nodrošina efektivitāti, ir struktūra, terapeitiskās attiecības, kuru pamatā ir sadarbība, un motivācija pārmaiņām, kas vērstas tieši uz PK mazināšanu. [50]

#### *14.1. Kognitīvi biheiviorālā pieeja*

Kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT) ir vērsta uz PK mazināšanu, izvērtējot neadaptīvas kognitīvās shēmas un palīdzot pacientam apgūt adaptīvākus veidus psihoemocionālo stāvokļu regulēšanai, vienlaikus neizvairoties no tiem. Pozitīvs efekts uz NPK skaita un intensitātes mazināšanu novērots divām KBT metodēm: KBT pēc vadlīnijām rokasgrāmatā un dialektiski biheiviorālajai terapijai. Individuālai terapijai ar PK pacientiem var izmantot arī shēmu terapiju, bet grupu terapijai ir pielāgota grupu terapijas metodika T–SIB.

##### *14.1.1. KBT pēc vadlīnijām rokasgrāmatā*

KBT sesijās tiek ievērotas stingri strukturētas vadlīnijas, kas aprakstītas terapijas rokasgrāmatā. Viena no šādām terapijām pusaudžiem ar NPK ir rokasgrāmata “Samazināšanas programma” (*The Cutting Down Program*). [51]

Šī terapija ilgst 8—12 sesijas un ir sadalīta četrās daļās:

- **ievadā** izvērtē pacienta motivāciju, izglīto un izvirza terapijas mērķus,
- **izjūtu, domu un darbību izzināšana** ļauj saprast kognitīvos izkropļojumus, pamanīt automātiskās domas un apgūt domu izvērtēšanas tehniku,
- **pārvarēšana** palīdz apgūt jaunas stratēģijas, kā tikt galā ar problēmām,
- **noslēgumā** izvērtē rezultātus, identificē palaišanas mehānismus un sniedz informāciju par pašaprūpi pēc terapijas. [52]

##### *14.1.2. Dialektiski biheiviorālā terapija (DBT)*

DBT ir metode, kuras pamatā ir KBT pieeja un ar kuras palīdzību pacientiem māca regulēt emocijas, vienlaikus uzlabojot starppersonālās prasmes.

DBT mērķi:

- samazināt dzīvību apdraudošu PK un NPK,
- samazināt uzvedību, kas traucē palīdzības saņemšanai (terapijas nodarbību izlaišana),
- samazināt uzvedību, kas apgrūtina funkcionalitāti vai pasliktina dzīves kvalitāti (klaiņošana, vielu lietošana),
- uzlabot biheiviorālās prasmes un iemaņas.

DBT paredzēta 12 mēnešu garumā, iekļaujot gan individuālo, gan grupu terapiju, kā arī saikni ar terapeitu nodarbību starplaikā. Tāpēc DBT ir dārga un sarežģīti nodrošināma. Taču klīniskajā praksē izmanto arī saīsinātas DBT versijas ar līdzīgu efektivitāti. [53]

##### *14.1.3. Shēmu terapija (ST)*

ST ir ar pierādījumiem pamatots terapeitiskais modelis, kas sākotnēji tika veidots pacientiem ar personības traucējumiem. ST ir uz procesu orientēta pieeja, tai raksturīgas spēcīgas pieredzes tehnikas, piemēram, atkārtotā vecāku pieredze. ST ir īpaši piemērota darbam ar hroniskiem pacientiem vai tādiem pacientiem, kam psiholoģiskās intervences bijušas bez rezultāta vai kam vērojami piesaistes traucējumi. [53A]

#### 14.1.4. Grupu nodarbības T–SIB

Grupu intervences kopumā nav efektīvi pierādītas PK mazināšanā. [54] Tomēr daži pētījumi liecina par strukturētas grupu nodarbības T–SIB (*Treatment for NSSI in Young Adults*) lietderību ambulatorajā aprūpē. [55; 56]

T–SIB ir psihoizglītojoša interence, kas strukturēta deviņās nodarbībās:

1. Izglītošana un darbs ar ambivalenci.
- 2.—3. Funkciju novērtējums.
- 4.—6. Alternatīvas uzvedības atalgojums.
- 7.—8. Individuālie moduļi.
9. Noslēgums. [57]

T–SIB ir viena no retajām metodēm, kuras galvenais mērķis ir tieši NPK biežuma un smaguma pakāpes mazināšana. Taču jāņem vērā, ka šī metode veidota jauniešiem, tāpēc var nebūt piemērojama jaunākiem pusaudžiem un bērniem, kā arī pacientiem ar SPK.

#### 14.2. Psihodinamiski orientēta pieeja

Psihodinamiskā jeb psihoanalītiskā psihoterapija apzīmē virkni dažādu terapiju, kas veidotas pēc psihoanalītiskās psiholoģijas koncepcijām. To kopīgās iezīmes ir koncentrēšanās uz:

- afekta stāvokļiem un emociju izpaušanu,
- veidiem un uzvedību, kā pacients izvairās no nepatīkamām domām vai izjūtām,
- atkārtotu tēmu un uzvedības likumsakarību atpazīšanu,
- pagātnes pieredžu apzināšanu attīstības vecumposmu kontekstā,
- attiecībām starp cilvēkiem,
- terapeitiskām attiecībām,
- pacienta fantāziju dzīvi. [58]

No psihodinamiski orientētām psihoterapijām par vienu no efektīvākajām NPK mazināšanai pētījumos apstiprināta mentalizācijas terapija [59], bet uz transferenci fokusētā terapija uzrādījusi pozitīvus rezultātus PK mazināšanā pacientiem ar personības traucējumiem. [60] Psihodinamiski orientētās terapijas ir ilgākas, terapeitam vajadzīga augstāka kvalifikācija. Tās iesakāmas augstas riska pakāpes pacientiem, pacientiem ar vidējiem/smāgiem komorbīdiem psihiskajiem traucējumiem, īpaši personības traucējumiem, pacientiem, kam iepriekšējās intervences bijušas bez rezultāta, un pacientiem ar sliktu līdzestību. [61]

##### 14.2.1. Mentalizācijas terapija (MT)

MT ir ar pierādījumiem pamatota psihodinamiskās psihoterapijas forma, kas sakņojas psihoanalītiskajā psiholoģijā, neiropsiholoģijā, piesaistes teorijā un novērojumos par agrīno mātes—zīdaiņa komunikāciju. [62]

MT sastāv no trim galvenajām fāzēm:

- **iesākuma fāzē** tiek noteikta pacienta mentalizācijas spēju pakāpe un personības funkcionēšana, tiek izveidots drošības plāns un motivēšana regulārai medikamentu lietošanai, ja tādi izrakstīti,
- **vidus fāzē** tiek stimulēts mentalizācijas spēju pieaugums ar mērķi labāk izprast savus un citu cilvēku iekšējos stāvokļus,
- **fināla fāzē** pacients tiek sagatavots terapijas noslēgumam.

MT tika radīta kā dienas stacionārā īstenojama programma pacientiem ar izteikti apgrūtinātu funkcionēšanu, riskantu uzvedību un vielu lietošanu, tāpēc MT ir piemērota sarežģītiem, bieži hospitalizētiem pacientiem ar komorbīdiem traucējumiem. MT apvieno individuālās un grupas terapijas komponentus. [63]

#### 14.2.2. Uz transferenci fokusēta terapija (TFT)

TFT ir ar pierādījumiem pamatota psihodinamiskās terapijas modalitāte, kas veidota darbam ar robežstāvokļa traucējumu pacientiem.

Šīs intervences pamatā ir četras stratēģijas: [64]

1. *stratēģija*. Dominējošo objektu attiecību definēšana.
2. *stratēģija*. Uzmanības vēršana uz pacienta atkārtotām, fiksētām vai pretrunīgām pieredzēm un uzvedību.
3. *stratēģija*. Trauksmju un konfliktu izpēte saistībā ar objektu attiecībām, kā arī hipotēzes par to uzturošām vēlmēm, bailēm un personiskajām nozīmēm.
4. *stratēģija*. Identificēto konfliktu izstrāde terapijas mērķu un pacienta psiholoģiskās attīstības kontekstā.

TFT vislabāk piemērota PK pacientiem ar personības traucējumiem, augstu SPK risku un ilgstošiem, rezistentiem traucējumiem. TFT ir laika un resursu ziņā ietilpīga intervence, sesijas notiek divas reizes nedēļā vismaz sešus mēnešus.

## 15. Palīdzība nav nepieciešama

Bērni un pusaudži, kuriem palīdzība šobrīd nav nepieciešama, kā arī viņu ģimenes ir jāinformē par psihiskās veselības palīdzības saņemšanas iespējām nepieciešamības gadījumā.

Dažas no iespējām, pie kā vērsties, ja grūtības pastiprinās vai parādās jaunas:

- ģimenes ārsts,
- skolas psihologs,
- bērnu psihiatrijas ambulatorā pieņemšana,
- bērnu psihiatrs, pieaugušo psihiatrs,
- klīniskais un veselības psihologs,
- psihoterapeits un psihoterapijas speciālists,
- diennakts bērnu un pusaudžu uzticības tālrunis 116111.



## Atsauces

1. Starptautiskā paškaitējuma pētniecības savienība (International Society for the Study of Self Injury), 2007.
2. McManus S, Gunnell D, Cooper C, et al. (2019) Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: repeated cross-sectional surveys of the general population. *The Lancet Psychiatry*, 6(7): 573–581.
3. Gillies D, Christou M, Dixon A, et al. (2018) Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(10): 733–741.
4. Maple M, Cerel J, Sanford R, et al. (2016) Is Exposure to Suicide Beyond Kin Associated with Risk for Suicidal Behavior? A Systematic Review of the Evidence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4): 461–474.
5. Bridge JA, Greenhouse JB, Ruch D, et al. (2019) Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Times Series Analysis, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
6. Blasco-Fontecilla H, Rodrigo-Yanguas M, Giner L, et al. (2016) Patterns of Comorbidity of Suicide Attempters: An Update. *Curr Psychiatry Rep*; 18: 93.
7. Auerbach RP, Stewart JG, Johnson SL. (2017) Impulsivity and Suicidality in Adolescent Inpatients. *J Abnorm Child Psychol*, 45: 91–103.
8. Fox K, Ribeiro J, Kleiman E, et al. (2018) Affect toward the self and self-injury stimuli as potential risk factors for nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 260: 279–285.
9. Nock M. (2010) Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1): 339–363.
10. Robinson J, Bailey E, Witt K, et al. (2018) What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, 4-5: 52–91.
12. Victor S, Muehlenkamp J, Hayes N, et al. (2018) Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*, 82: 53–60.
13. Bresin K, Schoenleber M. (2015) Gender Differences in the Prevalence of Nonsuicidal Self-injury: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 38. 10.1016/j.cpr.2015.02.009.
14. Bresin K, Schoenleber M. (2015) Gender Differences in the Prevalence of Nonsuicidal Self-injury: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 38. 10.1016/j.cpr.2015.02.009.
15. Klonsky E. (2007) Non-suicidal self-injury: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11): 1039–1043.
16. Bresin K, Schoenleber M. (2015) Gender Differences in the Prevalence of Nonsuicidal Self-injury: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 38. 10.1016/j.cpr.2015.02.009.
17. Bresin K, Schoenleber M. (2015) Gender Differences in the Prevalence of Nonsuicidal Self-injury: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 38. 10.1016/j.cpr.2015.02.009.
18. Kann L, Olsen E, McManus T, et al. (2016) Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Related Behaviors Among Students in Grades 9–12 — United States and Selected Sites, 2015. *MMWR. Surveillance Summaries*, 65(9): 1–202.
19. Guerreiro DF, Sampaio D, Figueira ML, Madge N. (2015) Self-harm in adolescents: a self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. *Arch Suicide Res*. DOI:10.1080/13811118.2015.1004480
20. Springe L, Pulmanis T, Velika B, Pudule I, Grīnberga D, Villeruša A. (2016) Self-reported suicide attempts and exposure to different types of violence and neglect during childhood: Findings from a young adult population survey in Latvia. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44. 10.1177/1403494816631394.
- 21., 22. Lengel GJ, Styer D. (2019) Comprehensive Assessment of Nonsuicidal Self-Injury. // Washburn JJ, ed. *Nonsuicidal Self-Injury. Advances in Research and Practice*. New York: Routledge, 127–128.
23. Lindgren BM, Svedin CG, Werko S. (2018) A systematic literature review of experiences of professional care and support among people with self-harm. *Archives of Suicide Research*, 22(2): 173–192.

24. Klonsky ED, Olino TM. (2008) Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 22–27.
25. Klonsky ED, Glenn CG. (2009) Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31: 215–219.
26. Buser TJ, Buser JK. (2013) The HIRE model: A tool for the informal assessment of non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 35(3): 262–281.
27. Mohl B. (2020) *Assessment and Treatment of Non-Suicidal Self-Injury. A Clinical Perspective*. London: Routledge, 14–23.
28. Bjarehed J, Wangby-Lundh MD, Lundh LG. (2012) Non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents: Subgroups, stability and associations with psychological difficulties. *Journal of Research on Adolescence*, 22 (4): 678–693.
29. Fowler JC. (2012) Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49(1): 81–90.
30. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40(7 Suppl.): 24–51.
31. Linehan M. (1997) Behavioral Treatments of Suicidal Behaviors. Definitional Obfuscation and Treatment Outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836(1 Neurobiology): 302–328.
32. Teague-Palmieri EB, Gutierrez D. (2016) Healing together: Family therapy resources and strategies for increasing attachment security in individuals engaging in non-suicidal self-injury. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24(2): 157–163.
33. Selekman MD. (2009) *The adolescent & young adult self-harming treatment manual: A collaborative strengths-based brief therapy approach*. New York: W.W. Norton & Company.
34. Wester KL, Trepal HC. (2017) *Non-Suicidal self-injury. Wellness Perspectives on Behaviours, Symptoms, and Diagnosis*. New York: Routledge, 183.
35. Wester KL, Trepal HC. (2017) *Non-Suicidal self-injury. Wellness Perspectives on Behaviours, Symptoms, and Diagnosis*. New York: Routledge, 183.
36. Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, et al. (2016) Suicide in Elementary School-Aged Children and Early Adolescents. *Pediatrics*, 138(4).
37. Robinson J, Bailey E, Witt K, et al. (2018) What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, 4-5: 52–91.
38. Saunders KE, Smith KA. (2016) Interventions to prevent self-harm: what does the evidence say? *Evidence Based Mental Health*, 19(3), 69–72. doi:10.1136/eb-2016-102420
39. Hawton K, Witt KG, et al. (2015) Interventions for self-harm in children and adolescents, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD012013.
40. Wester KL, Trepal HC. (2017) *Non-Suicidal self-injury. Wellness Perspectives on Behaviours, Symptoms, and Diagnosis*. New York: Routledge, 148.
41. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, et al. (2015) Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 54: 97–107.
42. Wester KL, Trepal HC. (2017) *Non-Suicidal self-injury. Wellness Perspectives on Behaviours, Symptoms, and Diagnosis*. New York: Routledge, 148.
43. Wester KL, Trepal HC. (2017) *Non-Suicidal self-injury. Wellness Perspectives on Behaviours, Symptoms, and Diagnosis*. New York: Routledge, 150–152.
44. Ougrin D, Boege I, Stahl D, et al. (2013) Randomised controlled trial of therapeutic assessment versus usual assessment in adolescents with self-harm: 2-year follow-up. *Arch Dis Child*, 98: 772–776.
45. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, et al. (2013) Protecting Adolescents From Self-Harm: A Critical Review of Intervention Studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(12): 1260–1271. doi:10.1016/j.jaac.2013.09.009
46. Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS. (2008) Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior, COPD: *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5: 3, 203.

47. Townsen E, Hawton K, Altman DG, et al. (2001) The efficacy of problem solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31: 979–988.
48. Crowe M, Bunclark J. (2000) Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12: 48–54.
49. Robinson J, Bailey E, Witt K, et al. (2018) What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, 4-5: 52–91.
50. Turner BJ, Cobb RJ, Gratz K, Chapman AL. (2014) Treating non-suicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11): 576–585.
- 51., 52. Taylor L, Simic M, Schmidt U. (2015) *Cutting Down. A CBT workbook for treating young people who self-harm*. London: Routledge.
53. Tormoen AJ, Groholt B, Haga E, et al. (2014) Feasibility of dialectic behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: Training, adherence, and retention. *Archives of Suicide Research*, 18: 432–444.
- 53A. Simpson AS. (2020) Schema Therapy: Working with Complex Clinical Presentations and Personality-Based Problems. The British Psychological Society. <https://www.bps.org.uk/blogs/guest/schema-therapy-working-complex-clinical-presentations-and-personality-based-problems>
54. Hawton K, Witt KG, et al. (2015) Interventions for self-harm in children and adolescents, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12, Art. No.: CD012013.
55. Andover MS, Schatten HT, et al. (2017) An intervention for nonsuicidal self-injury in young adults: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(6): 620–631.
56. Wester KL, Trepal HC. (2017) *Non-Suicidal self-injury. Wellness Perspectives on Behaviours, Symptoms, and Diagnosis*. New York: Routledge, 134.
57. Andover MS, Schatten HT, et al. (2017) An intervention for nonsuicidal self-injury in young adults: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(6): 620–631.
58. Shedler J. (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2): 98–109.
59. Calati R, Courtet P. (2016) Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79: 8–20.
60. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. (2006) *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations* (2<sup>nd</sup> ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
61. Levy K, Ehrental J, Yeomans F, Caligor E. (2014) The Efficacy of Psychotherapy: Focus on Psychodynamic Psychotherapy as an Example. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3): 377–421.
62. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
63. Bateman A, Fonagy P. (2006) Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1): 11–15.
64. Caligor E, Yeomans F, Clarkin J, Kernberg O. (2018) *Psychodynamic Therapy For Personality Pathology: Treating Self And Interpersonal Functioning*. Washington: American Psychiatric Association Publishing.

# Pielikumi

## 1. pielikums “Kolumbijas suicīda riska novērtējuma skala”

Kolumbijas suicīda riska novērtējuma skala  
Latviešu valodas versija

	Pēdējā mēneša laikā		Dzīves laikā (Sliktākajā periodā)	
	JĀ	NĒ	JĀ	NĒ
<b>Uzdod pasvītrotos jautājumus.</b>				
<b>Uzdod 1. un 2. jautājumu</b>				
<b>1) Vai esi vēlējies, kaut Tu būtu miris, vai arī vēlējies aiziet gulēt un nekad vairs nepamosties?</b>				
<b>2) Vai Tev ir bijušas domas par sevi nogalināšanu?</b>				
Ja uz 2. jautājumu - JĀ, tad uzdod 3., 4., 5., un 6. jautājumu. Ja uz 2. jautājumu - NĒ, tad uzreiz uzdod 6. jautājumu.				
<b>3) Vai esi domājis, kā tu varētu to izdarīt?</b> Piem. “Es domāju, ka varētu pārdozēt zāles, bet man nekad nav bijis konkrēts plāns, kur un kā to darīt.... un es nekad to neizdarītu.”				
<b>4) Vai tev ir bijušas šādas domas un arī vēlme tās realizēt?</b> Pretstatā “Man ir tādas domas, bet es nekad tā nedarītu.”				
<b>5) Vai esi sācis domāt par lietām, kas jāpaveic, lai sevi nogalinātu? Vai tev ir doma īstenot šo plānu?</b>				
<b>Pirms cik ilga laika bija pašnāvības domu sliktākais punkts?</b>				
<b>6) Vai kādreiz dzīvē esi kaut ko darījis, sācis vai gatavojies ko darīt, lai nogalinātu sevi?</b> Piemēri: Vācis tabletes, ieguvis ieroci, atdevis vērtīgās lietas, uzrakstījis pašnāvības vēstuli, turējis rokā tabletes, bet neizdzēris vai izdzēris un vēlāk pamodies, stāvējis uz jumta, bet nenolēcis, mēģinājis pārgriezt sev vēnas, pakārties un tml. <b>Ja atbilde - JĀ, prasi: Vai tas ir noticis pēdējo trīs mēnešu laikā?</b>				

Mērens risks  
Vidēji augsts risks  
Ļoti augsts risks

## 2. pielikums “Paškaitējuma apgalvojumu aptauja”

### Paškaitējuma apgalvojumu aptauja (PAA) - 1. daļa. Uzvedība

Šī aptauja sastāv no jautājumiem par dažādu sev pāri darīšanas uzvedību. Lūdzu, atzīmē tikai tādas darbības, kuras esi veicis(-kusi) ar nolūku (tīšām) un bez pašnāvības nolūka (bez mērķa sevi nogalināt).

**1. Lūdzu, novērtē reižu skaitu pēdējā gada laikā, kad esi mērķtiecīgi (ar nolūku) darījis sev pāri katrā no šiem veidiem:**

	0 (nevienu)	1-4	5 -10	11 – 24	25 un vairāk
Graizīšanās	0	0	0	0	0
Košana	0	0	0	0	0
Dedzināšana	0	0	0	0	0
Zīmju graizīšana ādā	0	0	0	0	0
Kniebšana	0	0	0	0	0
Matu raušana	0	0	0	0	0
Ādas plēšana vai raušana	0	0	0	0	0
Sevis dauzīšana vai sišana	0	0	0	0	0
Iejaukšanās brūču dzīšanā (piemēram, raujot nost kreveles)	0	0	0	0	0
Ādas berzēšana pret raupju virsmu	0	0	0	0	0
Sevis durstīšana ar adatām	0	0	0	0	0
Bīstamu vielu (kas nav alkohols vai narkotikas) norīšana	0	0	0	0	0
Cits: _____	0	0	0	0	0

\*\*\*\*\*

**Svarīgi:** Ja esi veicis vienu vai vairākas darbības no šī saraksta, lūdzu izpildi šīs aptaujas pēdējo daļu. Ja neesi veicis nevienu no minētajām darbībām, tad, lūdzu, aizpildi nākamo aptauju.

\*\*\*\*\*

---

**2. Lūdzu, pirmajā lapā apvelc to darbību, kādā veidā visbiežāk sev dari pāri. un atbildi uz pārējiem jautājumiem 2. lpp.**

---

**3. Kādā vecumā Tu:**

---

Pirmoreiz sev darīji pāri? \_\_\_\_\_ Pēdējo reizi sev darīji pāri? \_\_\_\_\_  
(aptuvenais datums - diena/mēnesis/gads)

---

**4. Vai, darot sev pāri, Tu piedzīvo fiziskas sāpes?**

---

Lūdzu, apvelc variantu: JĀ DAŽREIZ NĒ

---

**5. Vai, darot sev pāri, Tu esi viens(-a)?**

---

Lūdzu, apvelc variantu: JĀ DAŽREIZ NĒ

---

**6. Cik daudz laika parasti pāiet no brīža, kad izjūti vēlmi sev nodarīt pāri, līdz tā paveikšanai?**

---

Lūdzu, apvelc variantu:

< 1 stunda	1 - 3 stundas	3 - 6 stundas
6 - 12 stundas	12 - 24 stundas	> 1 diena

---

**7. Vai Tu jebkad esi vēlējies pārtraukt sev darīt pāri?**

---

Lūdzu apvelc variantu: JĀ NĒ

## Paškaitējuma apgalvojumu aptauja (PAA) - 2. daļa. Funkcijas

Vārds: \_\_\_\_\_

Datums: \_\_\_\_\_

### **Instrukcija**

Šī aptauja tika izveidota, lai mums palīdzētu labāk saprast sev pāri darīšanu bez pašnāvības nolūkiem. Zemāk ir saraksts ar apgalvojumiem, kas var attiekties un var neattiekties uz Tavu pieredzi. Lūdzu, atzīmē, cik lielā mērā Tev atbilst šie apgalvojumi:

- Apvelc **0**, ja apgalvojums Tev **nemaz neatbilst**
- Apvelc **1**, ja apgalvojums Tev **daļēji atbilst**
- Apvelc **2**, ja apgalvojums Tev **ļoti atbilst**

**Atbilžu varianti: 0 - neatbilst; 1 - daļēji atbilst; 2 - ļoti atbilst**

<b>“Darot sev pāri, es...”</b>	<b><u>Atbilde</u></b>		
1. ...sevi nomierinu	0	1	2
2. ...izveidoju robežu starp sevi un citiem	0	1	2
3. ...sevi sodu	0	1	2
4. ...atrodu veidu, kā rūpēties par sevi (piemēram, aprūpējot rētas)	0	1	2
5. ...radu sāpes, lai beigtu justies nejūtīgs vai sastindzis	0	1	2
6. ...izvairos no impulsa veikt pašnāvības mēģinājumu	0	1	2
7. ...daru kaut ko, lai radītu patīkamu satraukumu vai sajūsmu	0	1	2
8. ...veidoju saikni ar vienaudžiem	0	1	2
9. ...ļauju citiem saprast savu emocionālo sāpju apmēru	0	1	2
10. ...skatos, vai varu izturēt sāpes	0	1	2
11. ...izveidoju ķermenisku apliecinājumu, ka jūtos briesmīgi	0	1	2
12. ...atmaksāju kādam	0	1	2
13. ...apliecinu, ka esmu pašpietiekams	0	1	2
14. ...atbrīvojos no emocionālā spiediena, kas manī ir uzkrājies	0	1	2
15. ...parādu, ka esmu atdalīts no citiem cilvēkiem	0	1	2

16.	...paužu dusmas uz sevi par to, ka esmu nevērtīgs vai stulbs	0	1	2
17.	...radu fizisku ievainojumu, par kuru ir vieglāk rūpēties, nekā par manām emocionālajām ciešanām	0	1	2
18.	...mēģinu sajst kaut ko, pretstatā tam, ka nejūtu neko, pat ja tās ir fiziskas sāpes	0	1	2
19.	...reaģēju uz pašnāvības domām bez pašnāvības mēģinājuma	0	1	2
20.	...izklaidēju sevi vai citus, darot kaut ko ekstrēmu	0	1	2
21.	...iekļaujos starp citiem	0	1	2
22.	...meklēju rūpes vai palīdzību no citiem	0	1	2
23.	...parādu, ka esmu izturīgs vai stiprs	0	1	2
24.	...pierādu sev, ka manas emocionālās sāpes ir patiesas	0	1	2
25.	...atbiejos citiem	0	1	2
26.	...parādu, ka man nav jāpaļaujas uz citu palīdzību	0	1	2
27.	...mazinu trauksmi, frustrāciju, dusmas vai citas pārņemošas emocijas	0	1	2
28.	...izveidoju barjeru starp sevi un citiem	0	1	2
29.	...reaģēju uz to, ka jūtos neapmierināts ar sevi vai riebjos sev	0	1	2
30.	...ļauju fokusēties uz ievainojuma ārstēšanu, tādējādi sevi iepriecinot vai apmierinot	0	1	2
31.	...pārliecinos, ka vēl aizvien esmu dzīvs, kad nejūtos reāls	0	1	2
32.	...apstādinu pašnāvības domas	0	1	2
33.	...paplašinu savas robežas līdzīgi izpletņlēcšanai vai citām ekstrēmām aktivitātēm	0	1	2
34.	...apliecinu draudzību vai kopību ar draugiem vai tuviem cilvēkiem	0	1	2
35.	...atturu sev tuvos cilvēkus no tā, ka mani pamet vai atsakās no manis	0	1	2
36.	...pierādu, ka varu izturēt fiziskas sāpes	0	1	2
37.	...apliecinu emocionālās ciešanas, ko piedzīvoju	0	1	2
38.	...cenšos sāpināt kādu sev tuvu cilvēku	0	1	2
39.	...pierādu, ka esmu patstāvīgs vai neatkarīgs	0	1	2

□

**Atbilžu varianti:** 0 - neatbilst; 1 - daļēji atbilst; 2 - ļoti atbilst



Zemāk, lūdzu, uzraksti citus iemeslus, kādēļ sev dari pāri:

Lūdzu, norādi jebkurus citus iemeslus, kurus, tavuprāt, vajadzētu iekļaut šajā sarakstā, pat ja tie Tev neatbilst

Panti, kas atbilst katrai no 13 funkciju skalām:

Afekta regulācija - 1, 14, 27

Starppersonu robežas - 2, 15, 28

Sevis sodīšana - 3, 16, 29

Pašaprūpe - 4, 17, 30

Disociācijas mazināšana / Izjūtu radīšana - 5, 18, 31

Pašnāvnieciskuma mazināšana - 6, 19, 32

Sajūtu meklēšana - 7, 20, 33

Saikņu veidošana ar vienaudžiem - 8, 21, 34

Starppersonu ietekme - 9, 22, 35

Izturība - 10, 23, 36

Ciešanu atzīmēšana - 11, 24, 37

Atriebība - 12, 25, 38

Autonomija - 13, 26, 39

Punkti katrai no funkcijām ir sakārtoti no 0 līdz 6.

*Inventory Of Statements About Self-injury (ISAS)*

Paškaitējuma apgalvojumu aptauja, latviešu valodas adaptācija, Jānis Lapa, 2020

### 3. pielikums “Bērna/pusaudža drošības plāns”

BĒRNA / PUSAUDŽA DROŠĪBAS PĀNS		Datums un laiks:
<b>UZMANĪBU: Šī ir konfidenciāla informācija!</b>		
1. BĒRNA / PUSAUDŽA VĀRDS, UZVĀRDS:	2. ID NR.:	3. VECUMS:
4. SPECIĀLISTS:	5. VIETA:	
6. KONTAKTS ĀRKĀRTAS SAZIŅAI:	7. PIEZĪMES:	
8. Kas izraisa manas domas par pašnāvību vai vēlmi sevi savainot? Kādi notikumi, apstākļi, cilvēki, sajūtas vai citas lietas liek man vēlēties nomirt vai sevi savainot?		
9. Lietas, kuras darīšu, kad man nāks prātā pašnāvības domas un radīsies vēlme nomirt vai sevi savainot.	Mēģināšu sevi nomierināt ar:	
	Darīšu kaut ko fiziski aktīvu:	
	Novērsīšu savas domas ar:	
	Atkārtōšu sev vai domāšu par:	
10. Cilvēki, ar kuriem es varu sazināties krīzes brīžos:	Ģimenes loceklis:	
	Draugs vai paziņa:	
	Psihologs vai speciālists (laikā no ..... līdz ..... ) :	
	Bērnu un pusaudžu uzticības telefons (visu diennakti) : 116111	
11. Dažas lietas, nākotnes plāni vai cilvēki, kas man ir ļoti svarīgi un kuru dēļ man ir vērts dzīvot:		
<b>Es apņemos ievērot šo drošības plānu. Paziņošu ģimenei vai savam speciālistam, ja man radīsies spēcīga vēlme sevi nogalināt. Es apņemos nenodarīt sev pāri līdz nākamajai vizītei.</b>		
Vārds, uzvārds:		Paraksts:

<b>Es apņemos palīdzēt īstenot šo plānu:</b>	
SPECIĀLISTS:	
VECĀKI:	
DATUMS:	

Bērna / pusaudža drošības plāns. Nils Konstantinovs, 2020.

## 4. pielikums “Bērna/pusaudža pašnāvības riska izvērtējums”

<b>BĒRNA / PUSAUDŽA PAŠNĀVĪBAS RISKA IZVĒRTĒJUMS</b>		Datums un laiks:
UZMANĪBU: Šī ir konfidenciāla informācija un paredzēta tikai speciālistu lietošanai!		
1. BĒRNA / PUSAUDŽA VĀRDS, UZVĀRDS:	2. ID NR.:	3. VECUMS:
4. SPECIĀLISTS, KURŠ VEICA IZVĒRTĒJUMU:	5. VIETA, KUR VEIKTS IZVĒRTĒJUMS:	
6. NOTEIKTAIS RISKS:  MĒRENS  VIDĒJI AUGSTS  ĻOTI AUGSTS	7. PIEZĪMES:	
8. RISKA FAKTORI: Psihiskās veselības traucējumi, alkohols un narkotikas, neseni stresa faktori, mobings u. tml.		
9. PAŠNĀVĪBAS DOMAS, IMPULSI, VĒSTURE: Domu saturs, biežums, spēja tās kritiski izvērtēt. Impulsu atpazīšanas un kontroles spēja. Pašnāvības mēģinājumu vēsture, skaits, notikumi, kas risinājās īsi pirms mēģinājuma, pašnāvības vēlamais mērķis.		
10. PSIHOLÓGISKAIS STĀVOKLIS: Pašreizējā psihológiskā funkcionēšana, noskaņojums.		
11. AIZSARGĀJOŠIE FAKTORI: Ģimenes iesaiste, draugu atbalsts, vēlme saņemt palīdzību.		
12. RISKA IZVĒRTĒJUMS: Riska un aizsargājošo faktoru kopsavilkums, kas pamato noteikto pašnāvības riska pakāpi.		
13. TĀLĀKAIS RĪCĪBAS PLĀNS: Speciālistu vai citu institūciju iesaiste, sniegtās rekomendācijas, pieņemtie lēmumi.		
SPECIĀLISTA PARAKSTS:		

## 5. pielikums “Daļēji strukturēta intervija — VIMI”

<b>DAĻĒJI STRUKTURĒTA INTERVIJA “VIMI”</b>	
<b>Šī metode ir paredzēta kvalificētu speciālistu lietošanai darbā ar bērniem un pusaudžiem, kas veic paškaitējumu</b>	
<input type="checkbox"/> Ieklausies <input type="checkbox"/> Saglabā mieru <input type="checkbox"/> Mēģini izprast <input type="checkbox"/> Nesniedz vērtējumu vai direktīvas norādes <input type="checkbox"/> Piedāvā tāda veida palīdzību, kādu pusaudzis ir gatavs saņemt	
<b>V – Vēsture</b>	<p>Kāda ir pacienta nesuicidālā paškaitējuma vēsture?</p> <p>Fokuss ir jāvērs uz paškaitējošās uzvedības biežumu, ilgumu, intensitāti un smaguma pakāpi. Var uzdot šādus jautājumus: Cik bieži Tu esi sevi savainojis pēdējā gada laikā? Cik daudz metožu esi izmantojis? Kādu metodi izmanto visbiežāk?</p> <p>Vienmēr ir svarīgi iegūt precīzu paškaitējuma aprakstu.</p> <p>Vaicājiet: kā Tu ievainoji sevi? Kurās ķermeņa vietās tu parasti ievaino sevi? Kas pēdējoreiz izraisīja vēlmi savainoties? Kādas bija sekas šai rīcībai? Kādos apstākļos tu parasti sevi savaino? Vai tev kādreiz ir bijusi nepieciešama medicīniskā palīdzība pēc savainošanās?</p>
<b>I – Interese</b>	<p>Kāda ir pacienta motivācija izbeigt vai samazināt paškaitējumu? Interesi par pārmaiņām var radīt pacienta izpratne par negatīvajām uzvedības sekām, piemēram, kauna izjūta, paliekošas rētas vai negatīva reakcija no apkārtējiem.</p> <p>Jautājumu piemēri: ko tu gribētu citādāk, saistībā ar paškaitējumu? Kādas ir paškaitēšanās negatīvās sekas? Vai esi kādreiz mēģinājis pārtraukt paškaitējumu? Kas toreiz notika? Skalā no 0 līdz 100, cik svarīga tavā dzīvē ir paškaitēšanās?</p>
<b>M – Mērķis</b>	<p>Ar kādu mērķi tiek veikts paškaitējums?</p> <p>Kas motivē pacientu paškaitēt un kādas ir sekas? Svarīgi novērtēt nesuicidālā paškaitējuma mērķi un funkcijas, jo tas palīdzēs saprast, ko pacients cenšas sasniegt ar paškaitējumu. Nākamais solis ir viņam iemācīt labākas, mazāk destruktīvas prasmes kā sasniegt šo mērķi.</p> <p>Vaicājiet: vai tu paškaitē, lai samazinātu negatīvās emocijas? Vai tu sodi sevi vai arī izjūti baidu? Vai tu to dari, lai ietekmētu citus cilvēkus? Pacients ne vienmēr spēj aprakstīt paškaitējuma mērķi – tam var traucēt gan aleksitīmija (“jūtvārdu trūkums”), gan vairāku funkciju pārklāšanās (piemēram, gan afekta regulēšana, gan citu cilvēku ietekmēšana).</p>
<b>I – Izvērtēšana</b>	<p>Noslēgumā jāizvērtē pacienta risks nodarīt sev nopietnu kaitējumu.</p> <p>Novērtējiet četras lielākās riska zonas: 1) paškaitējuma smagums; 2) kontroles sajūtu pašsavainojoties; 3) pieraduma veidošanās pret paškaitējumu; 4) saistītas suicidālas domas vai vēlmes.</p> <p>Īpaši izvērtējiet papildus riskus: vairāk par divām paškaitējuma metodēm, alkohola un narkotiku lietošanu, pašnāvības domas.</p>

The HIRE model, Buser & Buser, 2013.

Daļēji strukturēta intervija VIMI. Latviešu valodas adaptācija. Nils Konstantinovs, 2020.

## 6. pielikums “Bērnu un pusaudžu paškaitējuma skrīnings”

Šī metode ir paredzēta speciālistiem lietošanai darbā ar bērniem un pusaudžiem, kas veic paškaitējumu, vai ir paaugstinātas riska pakāpes grupā.

- Vienmēr uzdodiet A un B jautājumus.
- Ja uz kādu no jautājumiem pozitīvu atbildi sniedz bērns, kas jaunāks par 12 gadiem, vai pusaudzis no riska populācijas, ir jāveic padziļināts psihosociālais novērtējums.
- Bērns vai pusaudzis dažādu iemeslu dēļ var negribēt atklāt informāciju par paškaitējumu. Negatīvu atbilžu gadījumā izsveriet apstākļus, kādos tiek veikts novērtējums (piemēram, slimnīcā vai policijā), un citu personu sniegto informāciju.
- Ņemiet vērā paša bērna vai pusaudža vēlmes un vajadzības.

A	<p>Vai tu kādreiz esi mēģinājis sevi nogalināt vai vēlējies izdarīt pašnāvību?</p> <p><b>Jā</b> → jāveic <i>Suicīda riska skrīnings</i>.  <b>Nē</b> → uzdodiet B jautājumu.</p>
B	<p>Vai tu kādreiz esi sevi fiziski savainojis bez mērķa nomirt?</p> <p><b>Jā</b> → uzdodiet B2 jautājumu.  <b>Nē</b> → tūlītēja palīdzība nav nepieciešama.</p>
B2	<p>- Vai esi sevi savainojis vairāk nekā divas reizes?  - Vai esi sevi savainojis tādēļ, lai tiktu galā ar sliktām emocijām (nevis intereses pēc vai kopā ar draugiem)?  - Vai tevi uztrauc tas, ka esi sevi savainojis?</p> <p><b>Vismaz viena pozitīva atbilde</b> → jāveic padziļināts psihosociālais novērtējums.  <b>Visas atbildes negatīvas</b> → tūlītēja palīdzība nav nepieciešama.  Rekomendējiet novērošanu pie ģimenes ārsta vai cita speciālista (psihologa, psihoterapeita, psihiatra).</p>

**UZMANĪBU!** Ja bērns vai pusaudzis pauž skaidru nolūku izdarīt pašnāvību tuvākajā laikā vai uzreiz pēc iziešanas no speciālista kabineta, tad padziļināta risku novērtēšana jānodrošina nekavējoties.

Ja to nevar nodrošināt speciālists vai ja uzvedība rada tūlītēju apdraudējumu bērna dzīvībai, zvaniet 113.

Informējiet bērnu un vecākus/aizbildņus par iespēju zvanīt Bērnu un pusaudžu uzticības tālrunim 116111 (jebkurā diennakts laikā).

*Bērnu un pusaudžu paškaitējuma skrīnings*, Nils Konstantinovs, 2020