

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (UDHS) diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem

Klīniskais algoritms

Autors: Ņikita Bezborodovs, psihiatrs, bērnu psihiatrs

Darba grupa Ņikitas Bezborodova vadībā: Elmārs Tērauds, psihiatrs, Mikus Dīriks, bērnu neirologs, Zanda Pučuka, pediatrs, 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	4
I. Vispārīga informācija	5
Ievads	5
Algoritma uzdevumi	5
Algoritma lietotāji	5
Prioritātes algoritma ieviešanā	6
Pacienta izvērtēšana un aprūpes koordinēšana	6
Terapijas apsvērumi visos aprūpes līmeņos	6
Atpazīšana un izvērtēšana	6
Diagnostika	6
Bērna līdz 6 gadu vecumam ārstēšana	6
Bērna no 6 gadu vecuma ārstēšana	7
Palīdzības nepārtrauktība, pārejot uz pieaugušo dienestiem	7
UDHS diagnostika un ārstēšana pieaugušo vecumā	7
II. Klīniskais algoritms	8
1. Bērns ar vecāku (likumiskā pārstāvja) sūdzībām par UDHS simptomiem	8
2. Bērns no riska grupas	9
3. UDHS skrīnings	9
4. Negatīvs skrīnings	10
5. Pozitīvs skrīnings, viegli vai vidēji smagi funkcionēšanas traucējumi	10
6. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana, grupas intervences	10
<i>Vispārēji ieteikumi pacienta un ģimenes izglītošanai</i>	10
<i>Uz uzvedību fokusētas grupas intervences</i>	11
7. Pozitīvs skrīnings, smagi funkcionēšanas traucējumi	12

8. UDHS diagnostika, diferenciālā diagnostika, smaguma pakāpes un funkcionēšanas traucējumu novērtēšana	13
<i>UDHS klīniskie varianti</i>	13
<i>Somatiskā izmeklēšana</i>	14
<i>Neiroloģiskā izmeklēšana</i>	14
<i>Instrumentālie izmeklējumi</i>	15
<i>UDHS psiholoģiskā diagnostika</i>	15
<i>Dietologa vai uztura speciālista konsultācija</i>	16
9. Diagnosticēti citi traucējumi	16
<i>Biežākās UDHS diferenciāldiagnozes</i>	16
10. Nozīmīga komorbiditāte	17
<i>Biežākās UDHS psihiatriskās komorbiditātes pa vecumgrupām [4]</i>	17
11. Pārsvarā UDHS	18
12. Pārsvarā komorbīdi traucējumi	18
13. Nozīmīgi UDHS simptomi pēc komorbīdo traucējumu korekcijas	18
14. UDHS ārstēšana un rehabilitācija	18
15. Bērns līdz 6 gadu vecumam	19
16. Bērns no 6 gadu vecuma	20
17. Nefarmakoloģiskās intervences	20
<i>Psihoeducācija</i>	20
<i>Psihosociālās intervences pirmsskolas un skolas vidē</i>	21
<i>Uz uzvedību fokusētas ģimenes intervences</i>	22
<i>Sociālo iemaņu trenēšana un kognitīvi biheiviorālās intervences</i>	22
<i>Uztura terapija</i>	22
18. Izvērtēšana pirms farmakoterapijas	23
19. Kombinētā terapija (nefarmakoloģiskās intervences + farmakoterapija)	24
<i>Medikamentu izvēle UDHS farmakoterapijai</i>	24
<i>Medikamenti UDHS farmakoterapijai (6. pielikums)</i>	25
<i>Vispārīgi apsvērumi UDHS farmakoterapijas laikā</i>	25
<i>Vispārīgi apsvērumi medikamenta devu titrēšanas laikā</i>	25
<i>Pirms medikamentu maiņas apsveramie jautājumi</i>	26
<i>Citi medikamenti UDHS ārstēšanai</i>	26
<i>UDHS un komorbīdu traucējumu medikamentoza ārstēšana</i>	27
20. Farmakoterapijas turpināšana, efektivitātes un blakusparādību kontrole	27
21. Farmakoterapijas pārskatīšana un pārtraukšana	28
Atsauces	29
Pielikumi	30

1. pielikums “Pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skala”	30
2. pielikums “UDHS novērtēšanas (reitinga) skala”	33
3. pielikums “Aptauja “Stiprās puses un grūtības” — versija 2—4 gadus vecu bērnu vecākiem”	34
4. pielikums “Aptauja “Stiprās puses un grūtības” — versija 4—17 gadus vecu bērnu vecākiem”	36
5. pielikums “Aptauja “Stiprās puses un grūtības” — pašaptaujas versija 11—17 gadus veciem bērniem”	37
6. pielikums “Medikamenti UDHS farmakoterapijai”	39
7. pielikums “Blakusparādību skala”	40

Saīsinājumi

UDHS — uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms

ADHD-RS — UDHS novērtēšanas skala IV (*ADHD Rating Scale IV*)

CPRS-R — Konnera vecāka novērtēšanas skala (*Conner's Parent Rating Scales, Revised*)

CTRS-R — Konnera skolotāja novērtēšanas skala (*Conner's Teacher Rating Scales, Revised*)

SDQ — aptauja "Stiprās puses un grūtības" (*Strengths and Difficulties Questionnaire*)

K-SADS-PL — afektīvo traucējumu un šizofrēnijas diagnostiskā intervija skolas vecuma bērniem (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children*)

DAWBA — attīstības un labklājības novērtējums (*Development and Well-being Assessment*)

DISC — diagnostiskā intervija bērniem (*Diagnostic Interview Schedule for Children*)

ASRS — pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skala (*Adult ADHD Self-Report Scale*)

EKG — elektrokardiogrāfija

EEG — elektroencefalogrāfija

MRT — magnētiskās rezonanses tomogrāfija

EMG — elektromiogrāfija

TA — arteriālais asinsspiediens (*tensio arteriale*)

SF — sirdsdarbības frekvence

I. Vispārīga informācija

Ievads

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (UDHS) ir viens no visbiežāk sastopamajiem psihisko traucējumu veidiem bērnībā, kas nozīmīgai pacientu daļai var saglabāties arī pusaudžu un pieaugušā vecumā. UDHS pieder plašākai neirālās attīstības (*neurodevelopmental*) traucējumu grupai un ir saistīts ar atipisku bērna centrālās nervu sistēmas attīstību un nobriešanu, ko nosaka sarežģīta daudzu bioloģisko, ģenētisko un vides, psihosociālo faktoru mijiedarbība. UDHS bērniem klīniski izpaužas ar uzmanības koncentrēšanas grūtībām (uzmanības deficītu), hiperaktivitāti (motorisku nemieru) un impulsivitāti (impulsu kontroles traucējumiem), kas nozīmīgi traucē bērna sociālajai funkcionēšanai un ierobežo bērna spējas veiksmīgi iekļauties izglītības sistēmā un citās vidēs. Neatklāts un neārstēts UDHS ir saistīts ar būtiski paaugstinātu risku citu psihisko traucējumu (piemēram, uzvedības traucējumu, emociju traucējumu, narkotisku vielu atkarības u.c.) attīstībai un nelabvēlīgu sociālu prognozi pusaudžu un pieaugušā vecumā. UDHS ārstēšanai un rehabilitācijai ir pieejamas uz pierādījumiem balstītas, drošas un efektīvas psihosociālās un medikamentozās korekcijas metodes, kas var būtiski mazināt šo traucējumu simptomus un ar tiem saistītās funkcionēšanas grūtības un konsekventi būtiski uzlabot pacienta psihosociālo prognozi. [1]

Klīniskajā algoritmā ir aprakstīta UDHS atpazīšana, diagnostika un ārstēšana bērniem un pusaudžiem primārajā, sekundārajā un terciārajā veselības aprūpē.

Algoritma uzdevumi

- Pilnveidot bērnu/pusaudžu ar UDHS atpazīšanu un diagnostiku visos veselības aprūpes posmos.
- Uzlabot bērnu/pusaudžu ar UDHS vadīšanu, psihosociālo rehabilitāciju un ārstēšanu primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes līmenī.
- Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar UDHS virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu 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 lietojot ar pierādījumiem pamatotas intervences.
- Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un rehabilitācijas plānu.

Algoritma lietotāji

- 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

Prioritātes algoritma ieviešanā

Pacienta izvērtēšana un aprūpes koordinēšana

- Izvērtējot bērnu/pusaudzi ar UDHS, veselības aprūpes speciālistiem ir jāņem vērā un medicīniskajā dokumentācijā jāreģistrē potenciālās blakusslimības, pacienta un viņa ģimenes locekļu sociālais, izglītības un ģimenes konteksts, starppersonu attiecību kvalitāte starp pacientu un viņa ģimenes locekļiem, vienaudžiem un pedagogiem.

Terapijas apsvērumi visos aprūpes līmeņos

- Tikai speciālisti ar atbilstīgu izglītību (sertifikātu/tiesībām praktizēt) konkrētajā metodē un atbilstīgu izglītību/pieredzi darbā ar bērniem ir tiesīgi nodrošināt psihosociālās intervences, ko izmanto bērna/pusaudža ar UDHS rehabilitācijā.
- Komorbīdus nervu sistēmas attīstības, psihiskus un uzvedības traucējumus, sociālās un izglītības problēmas ir jāizvērtē un jārisina pēctecīgi vai paralēli ar UDHS korekciju un ārstēšanu. Tas jā dara iespējami ciešā sadarbībā ar plašāku sociālo un izglītības dienestu tīklu.
- Jāvelta uzmanība arī iespējamām bērna vecāku psihiatriskajām/psiholoģiskajām problēmām. Ja bērna ārstēšanas laikā tiek identificēta vecāka vajadzība pēc psihiatriskās palīdzības, jāpalīdz bērna vecākiem saņemt nepieciešamo palīdzību attiecīgajos pieaugušo psihiatriskās aprūpes dienestos.

Atpazīšana un izvērtēšana

- Veselības aprūpes speciālistiem primārajā veselības aprūpē, izglītības sistēmā vai citos piekritīgos sabiedrības segmentos jābūt priekšzināšanām UDHS simptomu atpazīšanā un riska grupas bērna/pusaudža izvērtēšanā. Šo speciālistu profesionālajā sagatavošanā jāiekļauj zināšanas par pašreizējo un pagātnes riska faktoru izvērtēšanu, daudzveidīgo riska faktoru nozīmīgumu, etniskiem un kultūras faktoriem, kā arī par faktoriem, kas saistīti ar īpaši augstu UDHS un citu psihisko un uzvedības traucējumu risku, piemēram, nabadzību, ārpusģimenes 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 UDHS 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 zināšanas par UDHS diagnostiku un ārstēšanu atbilstīgi šim klīniskajam algoritmam.
- Jāveicina strukturētu skrīninga instrumentu (piemēram, ADHD-RS, SDQ) un diagnostisko rīku (piemēram, K-SADS-PL, DAWBA, DISC) izmantošana bērnu psihiatrijas klīniskajā praksē.

Bērna līdz 6 gadu vecumam ārstēšana

- Uzsākot bērna, kas jaunāks par 6 gadiem, ārstēšanu, nav jāpiedāvā medikamentoza terapija ar stimulantu grupas (vai citu grupu) medikamentiem.

Bērna no 6 gadu vecuma ārstēšana

- Bērniem/pusaudžiem ar UDHS jānodrošina iespēja saņemt nepieciešamos atbalsta pasākumus izglītības sistēmā, kā arī jānosūta uz specifisku psihosociālu rehabilitāciju un nepieciešamības gadījumā jāizraksta farmakoloģiska terapija.
- Stimulantu grupas medikamenti UDHS ārstēšanai bērniem/pusaudžiem izmantojami kombinācijā ar psihosociālām intervencēm. Gadījumā, ja pacients vai viņa ģimene atsakās no psihosociālās rehabilitācijas vai tā nav iespējama citu iemeslu dēļ, var izmantot farmakoterapiju, bet ir cieši jāseko individuālai medikamentu panesībai un blakusparādībām un regulāri jāvērtē bērna psihiskā stāvokļa izmaiņas dinamiskā.

Palīdzības nepārtrauktība, pārejot uz pieaugušo dienestiem

- Jauniešiem, kas skolas vecumā ārstēti specializētos bērnu psihiatrijas dienestos un bijuši uz rehabilitāciju sakarā ar UDHS simptomiem un ar tiem saistītiem funkcionēšanas traucējumiem, ir jānodrošina iespēja atkārtotam izvērtējumam skolas beigšanas vecumā, lai noskaidrotu vajadzību pēc UDHS ārstēšanas turpināšanas arī pieaugušo vecumā. Ja UDHS vai komorbīdo psihisko traucējumu dēļ jaunietim 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 jaunietim ir jāsaņem pilna informācija par pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem. Pārejas plānošanā jāpiedalās jaunietim un nepieciešamības gadījumā arī viņa vecākam (likumiskajam pārstāvim).
- Pēc pārejas uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem ir jāizvērtē jaunieša ar UDHS vajadzības, kas iekļauj personīgo, izglītības, darba un sociālo funkcionēšanu, kā arī komorbīdus traucējumus (īpašu uzmanību pievēršot atkarību izraisošo vielu kaitējoši pārmērīgai lietošanai un atkarībai, personības traucējumiem, emocionāliem traucējumiem un mācīšanās grūtībām).

UDHS diagnostika un ārstēšana pieaugušo vecumā

- UDHS gadījumā lielai daļai (līdz pat 70 %) pacientu traucējumi saglabājas arī pieaugušo vecumā un ir saistīti ar nozīmīgām ciešanām, augstāku risku blakusslimību attīstībai un būtiski sliktāku sociālo adaptāciju. Neuzmanības un hiperaktivitātes/impulsivitātes simptomi vismaz 20 % no bērnu ar UDHS vecākiem ir pietiekami izteikti, lai viņiem pašiem varētu diagnosticēt UDHS. Iepriekš nediagnosticēts UDHS ir jāatklāj un jādiagnosticē arī pieaugušo vecumā. UDHS diagnostika un adekvāta ārstēšana pieaugušo vecumā ļauj būtiski mazināt darbnespējas, antisociālas uzvedības, vielu atkarības un citu līdztekus psihisko traucējumu veidošanās riskus un izvairīties no ilgtermiņa sekām sociālajā un veselības prātībā. [2]
- Pieaugušo pacientu ar UDHS klīniskajiem simptomiem un pacientu no riska populācijām skrīningam ieteicams izmantot vecumam piemērotus skrīninga instrumentus, piemēram, PVO izstrādāto un apstiprināto instrumentu "Pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skala (*Adult ADHD Self-Report Scale*)" (1. pielikums).
- UDHS ārstēšanas stratēģija pieaugušajiem būtiski neatšķiras no pusaudžiem ar UDHS izmantotās. Medikamenti, ko lieto bērniem/pusaudžiem, ir efektīvi un droši lietošanai arī pieaugušajiem. Pieaugušajiem ar UDHS ir izstrādātas arī psihoterapijas un psihosociālās rehabilitācijas programmas pēc psihoeducācijas un kognitīvi biheiviorālās terapijas principiem.

II. Klīniskais algoritms

1. Bērns ar vecāku (likumiskā pārstāvja) sūdzībām par UDHS simptomiem

Bērnam/pusaudzim vai viņa ģimenei ir sūdzības par mācīšanās vai uzvedības problēmām un neuzmanības, hiperaktivitātes, impulsivitātes simptomiem.

Uz UDHS bērnu/pusaudžu vecumā varētu norādīt šādi psiholoģiskie un uzvedības simptomi:

neuzmanība:

- bērns mācību procesā/rotaļās nespēj uzmanīgi sekot uzdevumu detaļām vai pieļauj neuzmanības kļūdas (nepamana detaļas, neizlasa/nenoklausās uzdevumu līdz galam),
- mācoties/rotaļājoties nespēj ilgi fiksēt uzmanību (ir grūtības saglabāt koncentrēšanos kopīgās spēlēs, mācību stundās, sarunās vai lasot),
- rodas iespaids, ka bērns nedzird to, ko viņam saka (izskatās, ka nedzird, ko viņam saka, pat ja nav citu aktuālu kairinātāju),
- bērns nespēj sekot norādījumiem un pabeigt uzsākto (sāk darbību, bet ātri zaudē koncentrēšanos, sāk nodarboties ar kaut ko citu),
- bieži traucēta darba un rotaļu organizācija (grūtības plānot aktivitāšu secību, grūtības saglabāt kārtībā spēļu mantas vai darba materiālus),
- bieži izvairās no mājas darbiem vai citām aktivitātēm, kas prasa garīgu piepūli (skolas uzdevumu pildīšana, garu tekstu lasīšana),
- bieži zaudē priekšmetus, kas nepieciešami noteiktu darbību veikšanai: skolas piederumus, rakstāmlietas, grāmatas u.c.,
- ārējie kairinātāji viegli novērš uzmanību (pusaudžiem — arī iekšējie kairinātāji, piemēram, nesaistītas domas),
- ikdienas aktivitātēs ir aizmāršīgs; [3]

hiperaktivitāte:

- bieži nemierīgi kustina rokas un kājas, nevar būt mierā, dīdās (knibina pirkstus, tirina kājas, klauvē ar roku vai kāju, bieži maina ķermeņa pozū),
- pamet savu vietu klasē vai citā situācijā, kad būtu jāsēž (nevar nosēdēt mācību stundas laikā, pie pusdienu galda, izrādes laikā),
- bieži/nevietā sāk skriet vai kaut kur rāpties, kad tas nav atļauts,
- bieži spēlējas pārmērīgi trokšņaini vai ir grūtības spēlēties klusumā,
- ilgstoša, pārmērīga kustību aktivitāte, ko nevar ietekmēt sociālā situācija vai aizrādījumi (vienmēr kaut kur skrien kā “motora dzīts”, nespēj ilgi atrasties mierā); [3]

impulsivitāte:

- bieži izklie dz atbildes pirms jautājuma formulējuma (nevar sagaidīt savu kārtu sarunā, pabeidz citu cilvēku teikumus),
- nespēj stāvēt rindā, lai sagaidītu savu kārtu grupu rotaļās vai citās aktivitātēs,
- bieži pārtrauc citus un iejaucas (piemēram, rotaļās vai sarunās),
- bieži nevietā runā pārāk daudz, nerēķinoties ar sociālo situāciju (grūtības uzturēt dialogu, grūtības runāt klusi). [3]

Nereti sekas bērna/pusaudža ar UDHS neuzmanībai, hiperaktivitātei un impulsivitātei ir grūtības ikdienas funkcionēšanā (īpaši izteikti mācīšanās sfērā, starppersonu attiecībās),

emociju un uzvedības problēmas, kas var būt pamata iemesls meklēt palīdzību pie veselības aprūpes specialista:

- grūtības plānot un organizēt ikdienas aktivitātes (grūtības plānot savu laiku, laikā uzsākt/pabeigt uzdevumus, ievērot uzdevumu termiņus),
- izteikti nevienmērīgs akadēmiskais sniegums (pat viena mācību priekšmeta ietvaros),
- grūtības kontrolēt dusmas (“dusmu izvirdumi”, “dusmu lēkmes”),
- grūtības draudzēties ar vienaudžiem,
- grūtības ievērot regulāru dienas režīmu (regulāri pildīt mājasdarbus, laikus iet gulēt),
- grūtības plānot un pārvaldīt finanses (visu kabatas naudu iztērē uzreiz),
- grūtības atteikties no aktivitātēm, kas sniedz tūlītēju baudu (atkarības izraisošu vielu lietošana, azartspēles, pārēšanās, pārmērīga datorspēļu spēlēšana),
- biežas traumas pārgalvības vai neuzmanības dēļ,
- zems pašvērtējums, neefektivitātes izjūta. [4]

Jāņem vērā, ka UDHS izpausmes, iespējams, retāk tiek atpazītas meitenēm:

- viņas retāk tiek novirzītas izvērtēšanai uz UDHS,
- viņām ir lielāka varbūtība iepriekš nediagnosticētam UDHS,
- viņām ir lielāka varbūtība nepareizi saņemt citu psihisko vai attīstības traucējumu diagnozi. [5]

2. Bērns no riska grupas

Lielāks risks UDHS attīstībai ir bērniem un pusaudžiem no šādām sabiedrības grupām: [5]

- priekšlaicīgi dzimušie bērni,
- bērni/pusaudži ārpusģimenes aprūpē,
- bērni/pusaudži ar diagnosticētiem opozicionāri izaicinošiem vai uzvedības—disociāliem (F60.2) traucējumiem,
- bērni/pusaudži ar diagnosticētiem garastāvokļa vai trauksmes spektra traucējumiem,
- bērni/pusaudži, kuru tuvam radniekam diagnosticēts UDHS,
- bērni/pusaudži ar epilepsiju,
- bērni/pusaudži ar citiem nervu sistēmas attīstības traucējumiem (autiskā spektra traucējumiem, intelekta attīstības traucējumiem, specifiskiem mācīšanās traucējumiem, hroniskiem tikiem u.c.),
- bērni/pusaudži ar citiem psihiskiem traucējumiem,
- jaunieši ar vielu atkarību/kaitējoši pārmērīgu lietošanu anamnēzē,
- jaunieši saskarsmē ar justīcijas sistēmu (piemēram, probācijas dienestā),
- jaunieši ar galvas smadzeņu traumatiskiem bojājumiem anamnēzē.

Izvērtējot riska grupas bērna/pusaudža psihisko veselību, veselības aprūpes speciālistam neatkarīgi no izvērtēšanas iemesla un pamata sūdzībām ir mērķtiecīgi jāuzdod jautājumi par UDHS pamata simptomiem un/vai jāveic UDHS skrīnings ar vecumgrupai piemērotiem vecāku aptaujas un/vai pašaptaujas instrumentiem.

3. UDHS skrīnings

UDHS skrīnings visiem pirmsskolas izglītības iestādes, sākumskolas, pamatskolas vai vidusskolas audzēkņiem nav lietderīgs. [5]

Ja bērnam/pusaudzim ir mācīšanās vai uzvedības grūtības un viņa vecākam/likumiskajam pārstāvim vai pašam pacientam ir sūdzības par UDHS pamata simptomiem vai ja

bērns/pusaudzis ir UDHS riska grupā, tad primārās veselības aprūpes speciālistam ir jāveic UDHS skrīnings ar vecumgrupai piemērotiem vecāku aptaujas un/vai pašaptaujas instrumentiem, jānovērtē funkcionēšanas traucējumu izteiktība un ietekmes pakāpe.

Ieteicamie skrīninga instrumenti [6]

- UDHS novērtēšanas (reitinga) skala IV (ADHD-RS) — versija 5—17 gadus vecu bērnu vecākiem un skolotājiem (2. pielikums).
- Pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skala (ASRS) — pašaptaujas instruments, kas izmantojams pusaudžiem no 14 gadu vecuma (1. pielikums).
- Aptauja “Stiprās puses un grūtības” (SDQ) — versija 2—4 gadus vecu bērnu vecākiem (3. pielikums), versija 4—17 gadus vecu bērnu vecākiem (4. pielikums), pašaptaujas versija 11—17 gadus veciem bērniem (5. pielikums).

Par UDHS iespējamību jādomā, ja:

- rezultāts skrīningā sasniedz klīniski nozīmīgu līmeni

UN

- 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. [5]

4. Negatīvs skrīnings

Jāizvērtē citu psihisko, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumu iespējamība (pēc attiecīgajiem klīniskajiem algoritmiem), kā arī citas psiholoģiskās, sociālās, veselības problēmas, kuru dēļ bērns/pusaudzis ir nokļuvis uz UDHS skrīningu.

5. Pozitīvs skrīnings, viegli vai vidēji smagi funkcionēšanas traucējumi

Ja bērna/pusaudža uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas problēmas ir saistītas ar vieglām/vidēji smagām funkcionēšanas grūtībām, rekomendē: [5]

- izglītēt pacientu un ģimeni,
- piedāvāt bērna/pusaudža vecākiem nosūtījumu iesaistei uz uzvedību fokusētās grupas intervencēs (*nav jāgaida līdz oficiālai UDHS diagnozes noteikšanai*),
- uzmanīgi novērot bērna/pusaudža veselības stāvokli periodā līdz 10 nedēļām.

6. Uzmanīga novērošana, pacienta un ģimenes izglītošana, grupas intervences

Pacientu un ģimeni izglīto ģimenes ārsts, medicīnas māsa, skolas medicīnas māsa vai cits primārās veselības aprūpes speciālists, kas ir veicis UDHS skrīningu.

Vispārēji ieteikumi pacienta un ģimenes izglītošanai

Jāsniedz atgriezeniskā saite par UDHS skrīninga rezultātiem un UDHS kā iespējamu bērna/pusaudža funkcionēšanas grūtību iemeslu.

Jābūt gataviem ieteikt pašpalīdzības materiālus un metodes: informatīvas mājaslapas, atbalsta grupas, grāmatas u.c.

Pacients un viņa ģimene jāizglīto par veselīgu dzīvesveidu: fiziskām aktivitātēm, līdzsvarotu slodzes—atpūtas režīmu, miegu un uzturu.

Jāsniedz pacienta vecākiem ieteikumi par efektīvām audzināšanas, pozitīvas disciplinēšanas, komunikācijas un ikdienas aktivitāšu organizācijas stratēģijām, kas atbilst bērna vecumam, piemēram:

- svarīgi uzreiz sniegt pozitīvu pastiprinājumu (uzslavu, uzmanību) brīžos, kad bērns pilda norādījumus vai demonstrē pozitīvu uzvedību; vēlams izvairīties no pastiprinātas uzmanības (pierunāšanas, rotaļāšanās u. tml.) situācijās, kad bērns cenšas izvairīties no uzdevumiem/pienākumiem vai demonstrē negatīvu uzvedību,
- svarīgi ievērot regulāru dienas režīmu (arī nedēļas nogalēs un brīvlaikā),
- bērnudārzā, mājās ieteicams izmantot vizuālu dienas/nodarbību plānu, dienas režīmu (ar fotogrāfijām vai priekšmetiem attēlota dienas kārtība bērnudārzā, nodarbību uzdevumu secība u. tml.), kas var palīdzēt bērnam labāk iesaistīties kopīgās mācību nodarbībās un spēļu aktivitātēs,
- gan nodarbībās, gan mājās bērnam sniegt individuālas verbālas instrukcijas (īsas, konkrētas, tiešas nozīmes), vairākas verbālas instrukcijas nesniegt vienlaikus, verbālas instrukcijas papildināt ar vizuālu uzskates materiālu, žestiem,
- uzturēt konsekvenci audzināšanā. Ja bērnam tikusi izteikta prasība (piemēram, “uzvelc cimdus”), tad tā jāsauglabā līdz galam, kamēr bērns uzdevumu paveic (uzvelk cimdus). Ja nav iespējas vai laika, lai līdz galam noturētu prasību, tad to neizvirzīt (nevilkt cimdus vispār vai uzvilkt pašiem),
- ieteicams fiziski attīstošu nodarbību apmeklējums, regulāras strukturētas sporta aktivitātes,
- slavēt bērnu reizēs, kad viņam ir izdevies izpildīt uzdotos darbus, kad viņš ir klausījies, palīdzējis, spējis ilgstoši nosēdēt mierīgi utt.,
- trauksmes mazināšanai domātos palīglīdzekļus (*Fidget Cube*, citus trauksmi mazinošus rīkus) ļaut bērnam lietot arī mācību un nodarbību laikā, kad pēc tiem rodas nepieciešamība,
- regulēt laiku, cik ilgi bērns lieto viedierīces (viedtālruni, datoru, televizoru).

Ja ir aizdomas par UDHS, jāizvērtē arī ģimenes vēsture: vecāku UDHS, mācīšanās traucējumi, vielu atkarības u.c. faktori, kas var traucēt ģimenes spējai nodrošināt racionālu režīmu un izmantot pozitīvas disciplinēšanas metodes.

Uz uzvedību fokusētas grupas intervences

Ģimenes ārstam vai citam primārās veselības aprūpes speciālistam, kas veicis UDHS skrīningu, jārekomendē bērna/pusaudža vecākiem iesaistīties bērna vecumam un vajadzībām piemērotā uz uzvedību fokusētā grupas intervencē (ko parasti realizē pašvaldība, nevalstiskās organizācijas vai izglītības iestādes).

Rekomendējot uz uzvedību fokusētas grupas intervences, ir jāpaskaidro bērna/pusaudža vecākiem — šī rekomendācija nenozīmē, ka viņi ir “slikti vecāki”, bet ir domāta tam, lai ierādītu viņiem papildu prasmes, kas var būt ļoti svarīgas, audzinot bērnu ar iespējamu UDHS un lielāku vajadzību pēc strukturētas audzināšanas un uzvedības modifikācijas.

Lai iesaistītos uz uzvedību fokusētā grupas intervencē, nav jāgaida līdz oficiālai UDHS diagnozes noteikšanai.

Latvijā realizēto uz uzvedību fokusēto grupas intervenču piemēri:

- *STOP 4—7*: programma uzvedības problēmu novēršanai pirmsskolas vecuma bērniem, kur tiek mācītas sociālās prasmes, kas tieši saistītas ar dusmu kontroli un uzvedības problēmu novēršanu (4—7 gadus veciem bērniem).

- Bērnu emocionālā audzināšana (BEA) — programma grupas formā 10 nodarbībās, paredzēta vecākiem no bērna dzimšanas līdz 7 gadu vecumam. Vecāki apgūst zināšanas par bērna attīstību un temperamentu, spēlēšanās un fantāzijas attīstības veicināšanu, drošas piesaistes izveidi, valodas un komunikācijas prasmju attīstību, pozitīva pašvērtējuma veicināšanu, disciplinēšanas metodēm, kas veicina emociju pašregulāciju un sirdsapziņas attīstību, koncentrēšanās, plānošanas un problēmu risināšanas prasmju attīstību, sociālās kompetences, empātijas un gādīguma attīstību.
- Vecāku izglītības programma (VIP) — izglītības programma vecākiem (7 nodarbības, katra ilgst 3 stundas) ar mērķi pilnveidot izpratni par bērna smadzeņu attīstību, sensoriskajiem procesiem, drošas piesaistes nozīmi bērna attīstības sekmēšanā un sniegt prasmes, kas iegūtās zināšanas palīdz izmantot ikdienas saskarsmē, audzinot emocionāli veselu un pilnvērtīgu indivīdu.
- Ceļvedis, audzinot pusaudzi (CAP) — mācību programma pusaudžu vecākiem, 10 nodarbībās vecāki apgūst jautājumus par pusaudžu un vecāku tiesībām, pienākumiem un atbildību, par vecāku un pusaudžu savstarpējām attiecībām un komunikāciju, par veselīgu dzīvesveidu, pusaudžu seksualitāti, sociālajām prasmēm, emociju pašregulāciju, disciplinēšanu, dzīves prasmēm, rūpēm par sevi.
- Agresijas aizvietošanas treniņš (AAT) — dusmu pārvaldīšanas programma ir daudzdimensionāla psihoizglītojoša intervence, kas izstrādāta hroniski agresīviem un vardarbīgiem pusaudžiem, lai veicinātu prosociālu izturēšanos, izmantojot paņēmienus, kas attīsta sociālās prasmes, emociju kontroli un morālo spriestspēju.

Ja uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas grūtības pēc 10 nedēļu ilgas uzmanīgas novērošanas, pacienta un ģimenes izglītošanas un uz uzvedību fokusētām grupas intervencēm saglabājas un ir saistītas ar vismaz vidēji smagām funkcionēšanas grūtībām, bērns/pusaudzis ir jānovirza izvērtēšanai sekundārās veselības aprūpes līmenī (bērnu psihiatrs, bērnu neirologs vai pediatrs ar pieredzi UDHS diagnostikā).

Pacientu no primārās veselības aprūpes nosūtīt pie ārsta—speciālista, nosūtījumā jāiekļauj pilnvērtīga informācija par nosūtīšanas iemeslu, pacienta funkcionēšanas grūtībām un to izteiktību, iepriekš veiktajiem izmeklējumiem (ja tādi ir) un UDHS skrīninga rezultātiem.

Primārās veselības aprūpes speciālistiem nav jāveic UDHS klīniskā diagnostika un nav jāsaņem medikamentoza korekcija bērniem/pusaudžiem ar aizdomām par UDHS.

7. Pozitīvs skrīnings, smagi funkcionēšanas traucējumi

Ja bērna/pusaudža uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas problēmas saistītas ar smagām funkcionēšanas grūtībām, rekomendē: [5]

- izglītēt pacientu un ģimeni,
- piedāvāt bērna/pusaudža vecākiem nosūtījumu iesaistei uz uzvedību fokusētās grupas intervencēs (***nav jāgaida līdz oficiālai UDHS diagnozes noteikšanai***),
- bērnu/pusaudzi nekavējoties nosūtīt izvērtēšanai sekundārās veselības aprūpes līmenī (pie bērnu psihiatra, bērnu neirologa vai pediatra ar pieredzi UDHS diagnostikā) bez uzmanīgās novērošanas perioda.

Pacientu no primārās veselības aprūpes nosūtīt pie ārsta—speciālista, nosūtījumā jāiekļauj pilnvērtīga informācija par nosūtīšanas iemeslu, pacienta funkcionēšanas grūtībām un to izteiktību, iepriekš veiktajiem izmeklējumiem (ja tādi ir) un UDHS skrīninga rezultātiem.

Primārās veselības aprūpes speciālistiem nav jāveic UDHS klīniskā diagnostika un nav jāskaidro medikamentozā korekcija bērniem/pusaudžiem ar aizdomām par UDHS.

8. UDHS diagnostika, diferenciālā diagnostika, smaguma pakāpes un funkcionēšanas traucējumu novērtēšana

UDHS klīnisko diagnostiku veic bērnu psihiatrs, bērnu neirologs, pediatrs vai cits kvalificēts sekundārās veselības aprūpes speciālists ar kompetenci un pieredzi UDHS diagnostikā:

- izmantojot pilnu izvērstu klīnisko un psihosociālo bērna/pusaudža izvērtēšanu, kurā jāiekļauj bērna/pusaudža uzvedības un simptomu iztirzāšana dažādās dzīves jomās un situācijās, UN
- ievācot detalizētu attīstības un slimības anamnēzi no bērna vecākiem (likumiskā pārstāvja) un paša bērna/pusaudža (ja to ļauj bērna vecums), UN
- ievācot informāciju no citiem avotiem: citiem ģimenes locekļiem, pedagogiem, psihologiem, sociālajiem darbiniekiem, ģimenes ārsta.

UDHS klīnisko diagnozi nedrīkst noteikt tikai pēc skrīninga instrumenta rezultātiem vai informācijas no pacienta vecāka (likumiskā pārstāvja) vai skolas.

Lai noteiktu UDHS klīnisko diagnozi, bērna neuzmanības, hiperaktivitātes un impulsivitātes simptomiem: [3]

- jāatbilst kritērijiem, kas definēti aktuālajā diagnostiskajā klasifikatorā, UN
- jārada vismaz vidēji izteikti funkcionēšanas traucējumi izglītības, ģimenes, sociālajā, personiskajā, darba vai citās jomās, spriežot pēc klīniskās intervijas un/vai tiešās novērošanas datiem, UN
- jābūt novērotiem (iespējams, dažādās pakāpēs) vismaz divās svarīgās dzīves situācijās: mājās, skolā, sociālajā vai citā vidē, kur bērns mēdz atrasties.

UDHS klīniskie varianti

UDHS klīniski raksturo pastāvīgas (vismaz 6 mēnešus) grūtības ar uzmanības koncentrēšanu un/vai hiperaktivitāte—impulsivitāte, kas sākušās bērna attīstības periodā, parasti agrīnā bērnībā, pirmsskolas vai agrīnā skolas vecumā. Neuzmanības un hiperaktivitātes—impulsivitātes izteiktība pārsniedz normālas bērna vecumam un intelektuālajai attīstībai atbilstīgas uzvedības robežas un būtiski traucē bērna akadēmisko, ikdienas un sociālo funkcionēšanu. Ar neuzmanību saprot gan būtiskas grūtības uzmanības noturēšanā uzdevumos, kas nav saistīti ar augstu stimulācijas līmeni vai ātru un biežu atalgojumu, gan vieglu uzmanības novēršamību un problēmas ar aktivitāšu organizēšanu. Ar hiperaktivitāti saprot pārmērīgu motorisku aktivitāti un grūtības saglabāt fizisku mieru, kas visvairāk izteikti izpaužas strukturētās situācijās, kad vajadzīga uzvedības pašregulācija. Ar impulsivitāti saprot biheiviorālo tendenci reaģēt uz tiešiem stimuliem, nedomājot par iespējamajām sekām vai riskiem. Neuzmanības un hiperaktivitātes—impulsivitātes simptomu relatīvā izteiktība dažādiem bērniem atšķiras un attīstības laikā var mainīties. UDHS klīniskās diagnozes noteikšanai šim uzvedības stereotipam jābūt skaidri novērojamam vairāk nekā vienā vidē.

Pēc neuzmanības un hiperaktivitātes—impulsivitātes simptomu izteiktības izšķir šādus UDHS klīniskos variantus: [7]

- UDHS, pārsvarā neuzmanības izpausmes,

- UDHS, pārsvarā hiperaktivitātes—impulsivitātes izpausmes,
- UDHS, kombinētas izpausmes.

UDHS diagnozes iespējamība jāapsver visās vecumgrupās, diagnostiskos kritērijus attiecinot uz vecumam atbilstīgām izpausmēm pacienta uzvedībā.

UDHS simptomu klīniskā nozīmīguma un ar tiem saistīto funkcionēšanas traucējumu smaguma izvērtēšanā jāņem vērā paša bērna/pusaudža viedoklis (cik tas ir iespējams).

Izvērtējot bērnu/pusaudzi, jāpievērš uzmanība arī viņu vecāku/likumisko pārstāvju psihiskajai veselībai.

UDHS diagnostikas procesā jāiekļauj komorbīdu psihisko un somatisko traucējumu izvērtēšana, kā arī ģimenes, izglītības un darba vides novērtējums.

Somatiskā izmeklēšana

Katram bērnam ar aizdomām par UDHS ir jāveic somatiskā apskate, kurā jāiekļauj:

- augums, svars un galvas apkārtmērs,
- sirdsdarbības frekvence un arteriālais asinsspiediens (īpaši, ja apsver medikamentozu terapiju),
- vispārējās somatiskās veselības novērtēšana,
- nevērības pret bērnu/vardarbības fiziskās pazīmes,
- iedzimto patoloģiju “mazās stigmatas” (piemēram, augļa alkohola sindroms jeb FAS, Viljamsa sindroms, neurofibromatoze),
- redzes klīniska izvērtēšana,
- dzirdes klīniska izvērtēšana.

Neiroloģiskā izmeklēšana

Katram bērnam ar aizdomām par UDHS ir jāveic neiroloģiskā apskate: motoriskās, jušanas, koordinācijas, līdzsvara sistēmas objektīva klīniska izmeklēšana, pēc kuras apsverama papildu nepieciešamība izvērtēt funkcionālo stāvokli pie funkcionālajiem speciālistiem — ergoterapeita, logopēda vai fizioterapeita.

Bērna neirologa konsultācija nepieciešama, ja ir:

- fokāla neiroloģiska bojājuma simptomātika,
- pieaugošs muskulatūras vājums,
- koordinācijas un līdzsvara traucējumi,
- aizdomas par epilepsiju,
- aizdomas par neiropozi,
- miega traucējumi,
- psihomotoriskās attīstības aizture vai regress.

Bērnu neirologa kompetencē ir atbilstīgi klīniskajām indikācijām nozīmēt tālākos izmeklējumus: EEG, MRT, polisomnogrāfiju, EMG, neurogrāfiju vai specifiskas laboratorijas analīzes diagnozes precizēšanai un nosūtīt uz konsultāciju pie ģenētiķa (hromosomu vai metabolisku slimību gadījumā).

Instrumentālie izmeklējumi

Instrumentālie izmeklējumi rutīnā nav rekomendējami, uz tiem nosūta ārsts—speciālists pēc somatoneiroloģiskās izmeklēšanas rezultātiem, ja ir aizdomas par citiem veselības traucējumiem.

- EKG (12 vai 24 novadījumu) — ja ir dati par sirds funkcijas traucējumiem.
- EEG (nomoda un/vai miega) — ja ir aizdomas par epilepsiju vai ir psihomotoriskās attīstības regress, kas liecina par iespējamu epilepsijas encefalopātiju (CSWS).
- Kvantitatīvā EEG (EEG kontrole) rutīnā nav rekomendējama, veicama tikai pēc bērnu neirologa ieteikuma.
- Polisomnogrāfija — ja ir aizdomas par miega traucējumiem: miega apnoju, nemierīgo kāju sindromu, miega/nomoda ritma traucējumiem.
- MRT galvas un muguras smadzenēm (ar vai bez angiogrāfijas) — ja ir aizdomas par iekaisīgu, deģeneratīvu, strukturālu bojājumu (tilpumprocesu) vai smadzeņu asinsrites traucējumiem.
- Ģenētiska izmeklēšana un/vai konsultācija pie ģenētiķa — ja ir aizdomas par trauslās X hromosomas sindromu, Klainfeltera (*Klinefelter*) sindromu, metabolisku slimību.
- Audiometrija — ja ar klīniskās izmeklēšanas metodēm nevar izslēgt būtiskus dzirdes traucējumus

UDHS psiholoģiskā diagnostika

Specifiska psiholoģiskā vai neiropsiholoģiskā diagnostika nav obligāta UDHS diagnozes noteikšanai, ar tās palīdzību nevar pierādīt vai noliegt UDHS esību, bet tā var kalpot par svarīgu informācijas avotu pacienta diagnostikas un diferenciāldiagnostikas procesā, sniedzot datus par pacienta kognitīvo procesu īpatnībām (stiprās un vājās puses), emocionālo stāvokli, adaptīvo un sociālo funkcionēšanu u.c. funkcionēšanas sfērām.

UDHS psiholoģiskajā diagnostikā izmantojamo metožu piemēri:

- *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV)*,
- *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI)*,
- *Woodcock-Johnson Tests of Cognitive Abilities-IV (WJ-IV)*,
- *Adaptive Behavior Assessment System-II (ABAS-II)*,
- *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*,
- *Conner's Comprehensive Behaviour Rating Scale (CBRS)*,
- *Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition (SB-5)*,
- *Munich Functional Developmental Diagnostics (MFDD)*.

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

Ja pacienta anamnēzē un klīniskās izvērtēšanas rezultātos ir norādes par:

- zemu, vecumam neatbilstīgu vispārējo kognitīvo spēju (intelekta) līmeni **VAI**
- zemu, pacienta vispārējo kognitīvo spēju (intelekta) līmenim neatbilstīgu sniegumu ar valodas vai matemātiskām spējām saistītajos uzdevumos,

ir jāveic strukturēta pacienta intelekta spēju psiholoģiskā izpēte, izmantojot apstiprinātus, Latvijā adekvāti normētus, standartizētus testus:

- *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV)*,
- *Woodcock-Johnson Tests of Cognitive Abilities-IV (WJ-IV)*.

Dietologa vai uztura speciālista konsultācija

Dietologa vai uztura speciālista konsultācija vēlama gadījumā, ja vērojama sakarība starp noteiktu pārtikas produktu lietošanu un bērna uzvedību, kā arī tad, ja bērnam ir kāda cita veida ēšanas traucējumi, piemēram:

- selektīva ēšana (ēd/neēd noteiktus pārtikas produktus vai produktu grupu, piemēram, olbaltumvielas vai dārzeņus, augļus),
- mainīga apetīte vai pārēšanās, apetītes zudums, neregulāras ēdienreizes,
- neēdamu lietu ēšana (ēšanas perversija jeb “*pica*”),
- kategoriska atturēšanās no jaunu produktu pagaršošanas, izvairīšanās no ēšanas.

9. Diagnosticēti citi traucējumi

Ja bērnam/pusaudzim netiek diagnosticēts UDHS, bet tiek diagnosticēti citi psihiski, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumi, to ārstēšanai un rehabilitācijai jānotiek pēc attiecīgā klīniskā algoritma.

Biežākās UDHS diferenciāldiagnozes

- **Vecumam normāla uzvedība.** Vecāki var sūdzēties par bērna kustīgumu, nespēju nosēdēt mierā, kas patiesībā ir vecuma normas robežās. Bērna ziņkārība un kustīgums var būt nogurdinoši vecākiem un skolotājiem, bet no ārsta puses tas prasa līdzjutību un izskaidrošanu, nevis UDHS diagnosticēšanu.
- **Situācijas hiperaktivitāte.** Daži bērni un pusaudži ir hiperaktīvi un neuzmanīgi tikai vienā vidē, piemēram, skolā, bet ne mājās. Šiem bērniem pēc pašreizējiem diagnostiskajiem kritērijiem, kad simptomiem jābūt ļoti lielā mērā ietekmējošiem, nevar diagnosticēt UDHS. Dažkārt situatīvie simptomi var būt maigāka ietekmīgo simptomu izpausme, ko labāk atpazīst vienā noteiktā vidē. Citos gadījumos situatīvie simptomi atspoguļo tikai situācijas stresorus. Piemēram, simptomi, kas parādās skolā, var būt saistīti ar specifiskiem mācīšanās traucējumiem, bet simptomi, kas izpaužas tikai mājās vidē, var atspoguļot attiecību vai emocionālās problēmas ģimenē.
- **Uzvedības traucējumi.** Ir skaidri zināms ka UDHS un uzvedības traucējumi bieži kombinējas, tomēr iespējami varianti, kad izolēti uzvedības traucējumi ir grūti diferencējami no UDHS. Impulsivitāte ir raksturīga abiem traucējumu veidiem. Bērni un pusaudži ar uzvedības traucējumiem var negribēt sēsties pie skolas darbiem, var staigāt pa mācību telpu nodarbības laikā, traucējot tās norisi, mājās var negribēt veikt mājas darbus. Diferencēšanas jautājums — vai neuzmanība un motorisks nemiers saglabājas paša bērna izvēlēto aktivitāšu laikā, piemēram, zīmēšanas, komiksu lasīšanas laikā, spēlējoties ar draugiem. Ja atbilde ir “nē”, bērnam, visticamāk, nav UDHS, ja “jā”, bērnam var būt UDHS un uzvedības traucējumu kombinācija (to nosaka simptomu ietekmes pakāpe, sākšanās vecums u. tml.).
- **Emociju traucējumi.** Izteikta trauksme, depresija vai mānija var izpausties kā nemiers un neuzmanība, bet šajos gadījumos UDHS diagnoze nav nosakāma. Novērtējot bērnu ar UDHS un emocionālo simptomu sajaukumu, ir svarīgi rūpīgi ievākt anamnēzi, lai noskaidrotu, kas klīniskajā ainā parādījies sākotnēji. Ja vispirms parādījušies emocionālie simptomi, pareizā diagnoze, visticamāk, ir tikai emocionālie traucējumi. Tomēr, ja sākotnēji parādījušies UDHS simptomi, tad diagnoze var būt akūti emociju traucējumi, kas uzslāņojušies hroniskam UDHS.
- **Tiki, horeja un citas diskinēzijas.** Šos traucējumus var sajaukt ar hiperaktīva bērna motorisku nemieru. Ārstam uzmanīgi jānovēro kustību raksturs. Bērniem ar tikiem

var būt arī UDHS un bieži UDHS simptomi ir atrodami agrīni pirms pirmo tiku parādīšanās.

- **Autiskā spektra traucējumi.** Par autiskā spektra traucējumiem jāaizdomājas, kad nemiers un neuzmanība kombinējas ar autiskā tipa sociālās funkcionēšanas traucējumiem, komunikācijas īpatnībām, neelastīgu un stereotipisku uzvedību, spontānas sižetiskas spēles trūkumu.
- **Intelektuālās attīstības traucējumi.** Nevajadzētu diagnosticēt UDHS, ja indivīda uzmanības un uzvedības kontrole atbilst viņa psihiskās attīstības vecumam. Tas jāattiecinā kā uz bērniem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, tā arī visiem citiem bērniem. Piemēram, ja 10 gadus veca bērna psihiskās attīstības vecums atbilst 6 gadu vecumam, nevajadzētu diagnosticēt UDHS, ja viņa uzmanības un uzvedības kontroles līmenis atbilst tam, kas sagaidāms no 6 gadus veca bērna. Tomēr UDHS diagnoze ir apsverama, ja viņa uzmanības un uzvedības kontrole atbilst 3 gadus veca bērna līmenim, kas ir ievērojami zemāka par to, kas sagaidāma viņa psihiskās attīstības vecumā. Ne vienmēr bērniem ar intelektuālās attīstības traucējumiem ir UDHS, tomēr intelektuālās attīstības traucējumi būtiski paaugstina risku UDHS attīstībai. [8]

10. Nozīmīga komorbiditāte

Jāatceras, ka lielākajai daļai bērnu/pusaudžu ar UDHS ir diagnosticējami arī kādi citi komorbīdi psihiski, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumi, kas var būtiski apgrūtināt UDHS atpazīšanas un diagnostikas procesu, būt iemesls diagnostiskām un terapeitiskām kļūdām, būt saistīti ar smagākiem funkcionēšanas traucējumiem un sliktāku psihosociālo prognozi.

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

Biežākās UDHS psihiatriskās komorbiditātes pa vecumgrupām [4]

Blakusslimību sastopamība: - < 1 %; + 1—10 %; ++ 11—30 %; +++ > 31 %

	< 6 gadi	6—12 gadi	13—17 gadi	> 18 gadi
Trauksme	+	++	++	+++
Depresija	+	+	++	+++
Specifiski mācīšanās traucējumi	+++	+++	+++	+++
Opozicionāri izaicinoša uzvedība	+++	+++	++	+
Uzvedības traucējumi	+	++	++	++
Bipolāri afektīvi traucējumi	-	+	+	++
Psihoaktīvo vielu lietošana	-	+	++	+++
Autiskā spektra traucējumi	++	++	++	++
Tiki	++	++	++	+
Obsesīvi kompulsīvi traucējumi	+	+	+	++

11. Pārsvarā UDHS

Ja bērnam/pusaudzim tiek diagnosticēts UDHS ar komorbīdiem psihiskiem, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumiem, bet viņa funkcionēšanas grūtības izvērtēšanas brīdī vairāk saistītas ar UDHS simptomiem, jāsāk ārstēšana un rehabilitācija pēc UDHS klīniskā algoritma.

12. Pārsvarā komorbīdi traucējumi

Ja bērnam/pusaudzim tiek diagnosticēts UDHS ar komorbīdiem psihiskiem, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumiem, bet viņa funkcionēšanas grūtības izvērtēšanas brīdī vairāk saistītas ar citiem psihiskiem, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumiem, jāsāk ārstēšana un rehabilitācija pēc cita attiecīgo traucējumu klīniskā algoritma.

13. Nozīmīgi UDHS simptomi pēc komorbīdo traucējumu korekcijas

Ja uzvedības un/vai uzmanības koncentrēšanas grūtības saglabājas pēc komorbīdo psihisko, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumu terapijas un rehabilitācijas, paralēli jāuzsāk ārstēšana un rehabilitācija pēc UDHS klīniskā algoritma.

14. UDHS ārstēšana un rehabilitācija

UDHS ārstēšana ir komplekss pasākumu kopums, kurā aktīvi piedalās gan bērns/pusaudzis un viņa vecāki, gan pirmsskolas un skolas pedagogi, gan sociālie darbinieki, gan ārsti (bērnu psihiatri, bērnu neirologi, psihoterapeiti, pediatri, ģimenes ārsti).

Pacienta ārstēšanas un rehabilitācijas plāna izveide, ārstēšanas un rehabilitācijas procesa uzraudzība un rezultātu novērtēšana ir ārstējošā ārsta (bērnu psihiatra, bērnu neirologa, pediatra vai cita kvalificēta sekundārās veselības aprūpes speciālista ar pieredzi UDHS ārstēšanā) kompetencē.

UDHS ārstēšanas un rehabilitācijas vispārējie mērķi:

- kompensēt pamata neiropsiholoģiskos deficītus,
- mazināt funkcionēšanas traucējumus,
- izvairīties no negatīvām ilgtermiņa sekām.

Bērnu/pusaudžu ar UDHS ārstēšanai un rehabilitācijai jākoncentrējas uz reālistisku, sasniedzamu un izmērāmu individuālu terapeitisku mērķu sasniegšanu. Specifiski terapeitiskie mērķi ārstēšanas un rehabilitācijas procesa gaitā var mainīties, tie jānosaka un jāpārskata ciešā sadarbībā ar pacientu, viņa ģimeni un pedagogiem.

Specifisku terapeitisku mērķu piemēri:

- uzlabot attiecības ar vecākiem, skolotājiem, brāļiem/māsām, vienaudžiem (piemēram, starpbrīžos spēlēt ar klases biedriem nesastrīdoties),
- uzlabot akadēmisko sniegumu (piemēram, pabeigt uzdevumu līdz galam),
- uzlabot spēju sekot norādēm (piemēram, nerunāt pretī skolotājam).

Kad noteikta UDHS diagnoze, ārsta uzdevums ir pacientam un viņa vecākiem izskaidrot UDHS diagnozes būtību un apspriest diagnozes iespējamās sekas:

- diagnozes pozitīvās sekas:
 - pacienta un viņa vecāku izpratne par UDHS simptomiem un ar tiem saistītajām grūtībām ikdienas funkcionēšanā,
 - iespēja atpazīt un attīstīt pacienta stiprās puses,
 - iespēja saņemt veselības aprūpes pakalpojumus,
- diagnozes negatīvās sekas (stigma, skolotāju un vienaudžu aizspriedumi),
- nepieciešamība pielāgot vidi, lai mazinātu ar UDHS simptomiem saistītos funkcionēšanas traucējumus,
- atbalsta pasākumu nepieciešamība izglītības iestādē,
- lielāka bērna/pusaudža tendence uz impulsīvu uzvedību un tās iespējamās sociālās sekas,
- augstāks risks uz vielu un procesu atkarībām, pašārstēšanos,
- iespējamās grūtības starppersonu attiecībās.

Pacients un viņa vecāki jāinformē par kvalitatīviem avotiem, kur iegūt papildu informāciju par UDHS:

- atbalsta grupas un nevalstiskās organizācijas,
- tīmekļa vietnes,
- pašpalīdzības materiāli (brošūras, grāmatas u.c.).

Informācija par diagnozi, ārstēšanas un rehabilitācijas plānu pacientam un viņa vecākiem jāsniedz pārdomāti, ņemot vērā pacienta vecumu, attīstības un izglītības līmeni, kognitīvo stilu, emocionālo briedumu, komunikācijas īpatnības un citas individuālās iezīmes.

15. Bērns līdz 6 gadu vecumam

Pirmsskolas vecuma bērni primāri jāsāk ārstēt ar nefarmakoloģiskām intervencēm (skat. 17. punktu “Nefarmakoloģiskās intervences”). [9]

Sākot ārstēt bērnu, kas jaunāks par 6 gadiem, nav jāpiedāvā medikamentoza terapija ar stimulantu grupas (vai citu grupu) medikamentiem.

Medikamentoza terapija pirmsskolas vecuma bērniem nozīmējama retos (klīniski smagos un komorbīdos) gadījumos, ja adekvātas nefarmakoloģiskās intervences nav izrādījušās klīniski efektīvas, vienmēr strikti izvērtējot nepieciešamību, potenciālo ieguvumu un riskus.

Pirms sākt medikamentozu ārstēt bērnu ar UDHS, kurš jaunāks par 6 gadiem, vēlams konsultēties pie speciālista ar pieredzi UDHS ārstēšanā pirmsskolas vecuma bērniem (ideālā gadījumā — terciārā līmeņa psihiskās veselības aprūpes dienestā).

Pārskatīt ārstēšanas un rehabilitācijas plānu bērnam ar UDHS līdz 6 gadu vecumam, kura terapijā tiek izmantotas nefarmakoloģiskās intervences, ārstējošajam ārstam ieteicams reizi 6 mēnešos (bet ne retāk kā reizi 12 mēnešos) vai pēc klīniskām indikācijām (psihiskā stāvokļa pasliktināšanās, jaunu veselības traucējumu parādīšanās, izmantoto intervenču nepietiekamā efektivitāte u.c.).

16. Bērns no 6 gadu vecuma

Visefektīvākā ārstēšana skolas vecuma bērniem ir kombinēta terapija: **nefarmakoloģiskās intervences + farmakoterapija.**

UDHS ārstēšanu vienmēr ieteicams sākt ar nefarmakoloģiskām intervencēm (skat. 17. punktu "Nefarmakoloģiskās intervences").

Ja bērnam/pusaudzim par spīti izmantotajām nefarmakoloģiskajām intervencēm saglabājas vismaz vidēji smagi, ar UDHS simptomiem saistīti funkcionēšanas traucējumi vai ja objektīvu iemeslu (nepieejamības) dēļ nav iespējams pilnvērtīgi īstenot nefarmakoloģiskās intervences, paralēli ieteicams sākt UDHS medikamentozu terapiju.

Pārskatīt ārstēšanas un rehabilitācijas plānu bērnam ar UDHS pēc 6 gadu vecuma, kura terapijā tiek izmantotas nefarmakoloģiskās intervences, ārstējošajam ārstam ieteicams ne retāk kā reizi 12 mēnešos vai pēc klīniskām indikācijām (psihiskā stāvokļa pasliktināšanās, jaunu veselības traucējumu parādīšanās, izmantoto intervenču nepietiekamā efektivitāte u.c.). Ja sāk medikamentozu UDHS terapiju, tās uzraudzībai jānotiek pēc rekomendācijām šā klīniskā algoritma 19., 20. un 21. punktā.

17. Nefarmakoloģiskās intervences

Nefarmakoloģisko intervenču kopējais mērķis ir mazināt UDHS simptomu un ar tiem saistīto uzvedības un emociju traucējumu izteiktību (trenējot deficitārās prasmes un pielāgojot vidi bērna spējām un vajadzībām) un uzlabot pacienta psihosociālo funkcionēšanu un dzīves kvalitāti. Visbiežāk konkrētā pacienta ārstēšanā un rehabilitācijā ir jākombinē vairākas nefarmakoloģiskās intervences (**multimodāla psihosociāla intervence**), jo katrai intervencei ir savi mērķi un paredzamie efekti, kas jāpielāgo pacienta individuālajai situācijai, vecumam, veselības un sociālajām vajadzībām.

Psichoedukācija

Pacienta un viņa vecāku psichoedukācija ir veiksmīgas ārstēšanas un rehabilitācijas pamats, to veic ārstējošais ārsts vai cita ārstēšanā un rehabilitācijā iesaistīta ārstniecības vai ārstniecības atbalsta persona (piemēram, klīniskais vai veselības psihologs, medicīnas māsa, funkcionālais speciālists) savas kompetences ietvaros.

Psichoedukācijas galvenie mērķi:

- terapeitisku attiecību nodibināšana starp ārstniecības personu, pacientu un viņa ģimeni,
- informācijas ievākšana par pacienta un viņa ģimenes veselības uzskatiem un priekšstatiem, kā arī viņu zināšanām par UDHS,
- korektas, ar pierādījumiem pamatotas informācijas sniegšana par pacienta veselības traucējumiem,
- ārstēšanas un rehabilitācijas individuālo mērķu definēšana sadarbībā ar pacientu un viņa ģimeni.

Psichoedukācijas procesa ietvaros ārstniecības persona intervē pacientu un viņa vecākus (likumiskos pārstāvjus) ar mērķi noskaidrot viņu zināšanas un priekšstatus par pacienta grūtību iemesliem un potenciālajiem risinājumiem. Intervijas laikā iegūto informāciju izmanto kā pamatu, pacientam un viņa vecākiem (likumiskajam pārstāvim) sniedzot ar zinātniskiem pierādījumiem pamatotu informāciju par UDHS ar mērķi veidot kopīgu

priekšstatu par pacienta veselības traucējumu iemesliem un iespējamajām terapeitiskajām intervencēm. Pacientam un viņa vecākiem (likumiskajam pārstāvim) ir jāuzzina uz pierādījumiem balstīta informācija par UDHS simptomiem, etioloģiju, gaitu, prognozi un ārstēšanu, kā arī informācija par to, kas pašlaik **nav** zināms. Svarīgi atcerēties, ka, izglītojot pašu bērnu, informācija jāsniedz bērnam saprotamā veidā, kas atbilst viņa attīstības līmenim. Paša pacienta psihoeducācijas nozīmīgums un viņam sniedzamās informācijas apjoms pieaug līdz ar pacienta vecumu. Pirmsskolas vecuma bērnu psihoeducācija var būt izaicinoša (lielāks uzsvars liekams uz vecāku izglītošanu), bet skolas vecuma bērniem tā noteikti ir jāpiedāvā.

Psihosociālās intervences pirmsskolas un skolas vidē

Psihosociālo intervenču galvenie komponenti pirmsskolas un skolas vidē:

- pedagogu psihoeducācija par UDHS un bērna individuālajām veselības vajadzībām,
- mācību klases struktūras un akadēmisko prasību analīze un apspriešana ar pedagogu,
- specifisku problēmsituāciju un bērna uzvedības grūtību identifikācija mācību iestādes vidē,
- bērna problemātisko uzvedības stratēģiju pozitīvo un negatīvo seku analīze,
- žetonu ekonomikas vai līdzīgu uzvedības modifikācijas principu ieviešana mācību iestādes vidē.

Bērna pedagogu psihoeducācija par UDHS noteikti veicama tādēļ, lai uzlabotu viņu izpratni par bērna uztveres, reaģēšanas un uzvedības īpatnībām un veicinātu psihosociālo intervenču un atbalsta pasākumu ieviešanu konkrētajā mācību iestādē. Īpaši liela nozīme pedagogu psihoeducācijai ir pēc pirmreizējas UDHS diagnozes noteikšanas, kā arī gadījumā, ja mainās pacienta simptomi, un tad, ja pacients maina mācību iestādi.

Pedagogu izglītošanas mērķi:

- validēt UDHS diagnozi un informēt par UDHS simptomu iespējamo ietekmi uz mācību procesu,
- skaidrot citu komorbīdu veselības traucējumu (piemēram, specifisku mācīšanās traucējumu) korekcijai nepieciešamo pielāgojumu atšķirības no UDHS,
- informēt par ārstēšanas plānu un identificētajām individuālajām veselības vajadzībām, rekomendēt nepieciešamos vides pielāgojumus un atbalsta pasākumus mācību iestādē,
- uzsvērt konstruktīvas atgriezeniskās saites nozīmīgumu no mācību iestādes puses, lai ārstniecības un rehabilitācijas process būtu veiksmīgs.

Sekmīgai bērna/pusaudža ar UDHS mācību procesa realizācijai mācību iestādē, iespējams, būs nepieciešami atbalsta pasākumi, piemēram:

- mācību klases izkārtojuma pielāgošana (atsevišķs skolas solis, bērna nosēdināšana tuvāk skolotāja galdam, vizuāla mācību klases strukturēšana),
- vizuālu atbalsta materiālu un atgādņu izmantošana mācību procesā,
- papildu laiks uzdevumiem ar uzmanības koncentrēšanu (piemēram, rakstu darbiem),
- garāku uzdevumu sadalīšana īsākos posmos,
- pārtraukumi (ar fiziskiem vingrinājumiem), pildot uzdevumus ar koncentrēšanos,
- sensoriskās slodzes mazināšana,
- atbalsta personāla iesaistīšana mācību procesā u.c.

Bērnām/pusaudzīm nepieciešamo atbalsta pasākumu izvēles pamatā jābūt viņu individuālo izglītības vajadzību izvērtēšanai, kas ir izglītības sistēmas speciālistu kompetencē.

Veselības aprūpes sistēmas darbinieku pienākums ir sniegt pacientam, viņa vecākiem (likumiskajiem pārstāvjiem) un ar viņu informēto piekrišanu arī izglītības sistēmas

darbiniekiem informāciju gan par pacienta veselības stāvokļa īpatnībām, kas var ietekmēt viņa mācīšanās spējas un individuālās izglītības vajadzības, gan par mācību vides pielāgojumiem un ieteicamajiem atbalsta pasākumiem, kas atbilst pacienta individuālajām veselības vajadzībām.

Jāatceras, ka skolas un pirmsskolas psihosociālo intervenču efektivitāti nosaka konstruktīva izglītības sistēmas darbinieku (pedagogu, izglītības psihologu, mācību iestādes administrācijas), veselības aprūpes speciālistu un pacienta vecāku sadarbība.

Uz uzvedību fokusētas ģimenes intervences

Uz uzvedību fokusētās ģimenes intervences (*behavioural parent training*) ir psihosociālās rehabilitācijas metodes, kas var uzlabot bērna uzvedību un mazināt dezadaptīvās vecāku audzināšanas stratēģijas, un ir pierādīti efektīvas pirmsskolas un agrīnā skolas vecuma bērniem (3—11 gadus veciem) ar UDHS un uzvedības grūtībām (uzvedības traucējumu veidošanās risku vai uzvedības traucējumiem). Uz uzvedību fokusēto ģimenes intervenču pamatā ir sociālās mācīšanās modelis: uzvedības modelēšana, praktiska izmēģināšana un atgriezeniskās saites sniegšana vecāku audzināšanas prasmju uzlabošanai. Šo modeli var realizēt gan grupā, gan ar atsevišķu ģimeni (individuāli).

Ārstniecības personai ir jārekomendē ģimenei iesaistīties pacienta vecumam un vajadzībām piemērotā **uz uzvedību fokusētā grupas intervencē** (skat. apakšpunktu “Uz uzvedību fokusētas grupas intervences” 6. punktā), ja tas netika darīts primārās veselības aprūpes posmā.

Gadījumā, ja ģimenei nav iespējas piedalīties uz uzvedību fokusētā grupas intervencē vai ja iepriekšējā uz uzvedību fokusētā grupas intervence ir bijusi neefektīva, ārstniecības personai ir jārekomendē ģimenei iesaistīties pacienta vecumam un vajadzībām atbilstīgā **individuālā** uz uzvedību fokusētā intervencē (izmantojot, piemēram, lietišķo uzvedības analīzi).

Sociālo iemaņu trenēšana un kognitīvi biheiviorālās intervences

Psihosociālās intervences, kas mērķētas uz sociālo iemaņu trenēšanu (piemēram, sociālo prasmju grupas), var būt nepieciešamas pacientiem, kam UDHS pamata simptomu ietekmē ir attīstījušas starppersonu komunikācijas grūtības vienaudžu vidē. Šīs intervences fokusējas uz sociālo prasmju (komunikācijas, sadarbības, piedalīšanās u.c.) attīstīšanu un nostiprināšanu. Kognitīvi biheiviorālo intervenču mērķis pacientu ar UDHS rehabilitācijā ir pacienta paškontroles spēju attīstīšana, adaptīvo problēmu risināšanas stratēģiju izstrāde un nostiprināšana, kā arī citu vadības funkciju trenēšana.

Uztura terapija

Veselības aprūpes speciālistiem, dietologiem un uztura speciālistiem jāseko, vai bērns ar UDHS saņem sabalansētu uzturu, pietiekamu šķidruma daudzumu un vai tiek nodrošinātas regulāras fiziskās aktivitātes.

Mākslīgo krāsvielu, pārtikas piedevu, saldināto dzērienu un ēdienu, cukura un citu vienkāršo cukuru izslēgšana no uztura var mazināt hiperaktīvu uzvedību, bet to nevar uzskatīt par vienu no ārstēšanas metodēm.

Nepiesātināto garo ķēžu taukskābju (uztura bagātinātāju ar zivju eļļu, krila eļļu u. tml.) nozīmēšana netiek uzskatīta par ārstēšanas līdzekli.

Grūtības kontrolēt uzvedību, hiperaktivitāte pacientiem ar UDHS var asociēties ar haotisku uztura uzņemšanu, nekvalitatīvas pārstrādātās pārtikas izvēli un tādiem ēšanas traucējumiem kā bulīmija (*bulimia nervosa*) un kompulsīva pārēšanās (*binge eating disorder*).

Neracionāls uzturs un neadekvāta enerģijas apjoma uzņemšana, pārtikas vienveidība, selektīvs uzturs paaugstina risku, ka attīstīsies:

- uzturvielu, vitamīnu un minerālvielu deficīts,
- malnutrīcija un svara deficīts,
- kuņģa—zarnu trakta problēmas (aizcietējumi, meteorisms, gremošanas traucējumi),
- adipozitāte un ilgtermiņā metaboliskais sindroms,
- kardiovaskulārās slimības,
- otrā tipa cukura diabēts un citas slimības ar uztura specifiku.

18. Izvērtēšana pirms farmakoterapijas

Ārstējošajam ārstam pirms UDHS medikamentozas ārstēšanas pacients ir jāizvērtē:

- jāpārskata klīniskā diagnoze — vai pacienta psihiskais stāvoklis joprojām atbilst UDHS diagnostiskajiem kritērijiem un vai ir vajadzīga ārstēšana;
- jāizvērtē komorbīdie traucējumi un sociālā vide:
 - vai ir citi psihiskie, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumi, kas jāārstē,
 - izglītības vai nodarbinātības situācija,
 - vielu atkarības risks,
 - medikamentu novirzīšanas (nodošanas citām personām) risks;
- jāizvērtē somatiskā veselība:
 - somatiskās veselības anamnēze, īpašu uzmanību pievēršot stāvokļiem, kas var būt saistīti ar kontrindikācijām specifisku medikamentu lietošanai,
 - pašlaik lietotie medikamenti,
 - svars un augums (atzīmējot attiecīgajā vecuma un dzimuma procentiļu līknē),
 - pulss un arteriālais asinsspiediens (mērīts ar atbilstīga izmēra manšeti un atzīmēts attiecīgajā vecuma procentiļu līknē),
 - kardiovaskulārā riska indikatoru izvērtējums.

Ja pacientam nav paaugstināta kardiovaskulārā riska pazīmju vai līdztekus traucējumu, kuru ārstēšanai viņš lieto citus medikamentus ar paaugstinātu kardiovaskulāro blakņu risku, EKG nav rekomendējama kā rutīnas izmeklējums pirms UDHS medikamentozas ārstēšanas.

Pacients ir nosūtāms uz konsultāciju pie bērnu kardiologa padziļinātai kardiovaskulārai izvērtēšanai pirms UDHS medikamentozas ārstēšanas, ja viņam ir:

- iedzimta sirdskaite vai sirds operācija anamnēzē,
- strukturālas sirds patoloģijas, kardiomiopātija, nopietnas sirds ritma patoloģijas vai pastiprināts jutīgums pret simpatomimētisko līdzekļu stimulējošo ietekmi,
- pēkšņa sirds apstāšanās vai neizskaidrojama nāve ģimenes anamnēzē 1. pakāpes radniekam, kas jaunāks par 40 gadiem,
- izteikts elpas trūkums fiziskas slodzes laikā (salīdzinot ar vienaudžiem),
- sinkopes epizodes fiziskas slodzes laikā vai kā reakcija uz bailēm vai skaņu,
- ātras, regulāras sirdsklauves, kas sākas un beidzas pēkšņi (epizodiskās ekstrasistolē parasti ir ektopiskas un nav jāizvērtē padziļināti),
- sāpes sirds rajonā, domājams, kardiālas ģenēzes,
- sirds mazspējas pazīmes,
- sirds trokšņi auskultācijas laikā,
- paaugstināts asinsspiediens (atkārtoti mērot, asinsspiediens ir virs 95. procentiles, kas atbilst bērna vecumam un augumam).

19. Kombinētā terapija (nefarmakoloģiskās intervences + farmakoterapija)

Ja bērnam/pusaudzim par spīti izmantotajām nefarmakoloģiskajām intervencēm saglabājas vismaz vidēji smagi, ar UDHS simptomiem saistīti funkcionēšanas traucējumi vai ja objektīvu iemeslu (nepieejamības) dēļ nav iespējams pilnvērtīgi īstenot nefarmakoloģiskās intervences, paralēli ieteicams sākt farmakoloģisko ārstēšanu ar pirmās izvēles stimulantu grupas preparātu.

Svarīgi informēt vecākus/aprūpētājus par efektiem, kādi paredzami no medikamentu lietošanas, par iespējamajām blaknēm, iedarbības ilgumu, lietošanas veidu un paredzamo lietošanas ilgumu. Šo informāciju vēlams sniegt arī rakstiski, to iekļaujot konsultanta slēdzienā/izrakstā.

Terapiju ar stimulantu grupas preparātu UDHS ārstēšanai sāk bērnu psihiatrs, psihiatrs, bērnu neirologs vai pediatrs ar pieredzi un kompetenci UDHS ārstēšanā (pēc bērna izvērtēšanas, diagnozes noteikšanas un ārstniecības plāna izveides).

Medikamentu izvēle UDHS farmakoterapijai

- Pirmās izvēles medikamenti ir metilfenidāta preparāti (īsās vai garās darbības zāļu formas). [10]
- Ja pacients sešas nedēļas lietojis metilfenidāta preparātu (terapeitiskā devā), bet nav novērojams pietiekams klīniskais uzlabojums UDHS simptomu un ar tiem saistīto funkcionēšanas traucējumu izteiktībā, apsver maiņu uz citu stimulantu grupas preparātu, ja tāds ir pieejams.
 - Šā klīniskā algoritma tapšanas brīdī (2020. gadā) metilfenidāta preparāti ir vienīgie Latvijā reģistrētie stimulantu grupas medikamenti.
 - Lielākajā daļā ES valstu UDHS ārstēšanai bērniem/pusaudžiem ir reģistrēti arī citi stimulantu grupas medikamenti (amfetamīna atvasinājumi):
 - lisdeksamfetamīns — rekomendēts kā 1./2. izvēles medikaments, ja terapija ar metilfenidāta preparātiem nav pietiekami efektīva,
 - deksamfetamīns — rekomendēts kā 2./3. izvēles medikaments, ja ir simptomātisks efekts pēc lisdeksamfetamīna preparātu lietošanas, bet lisdeksamfetamīna ilgstošā efekta profila dēļ pacientam rodas nepanesība.
 - Cītās pasaules valstīs (piemēram, ASV un Kanādā), bet ne Eiropas Savienībā UDHS ārstēšanai bērniem/pusaudžiem ir reģistrēti arī citi stimulantu grupas medikamenti (amfetamīna sāļi).
- Otrās izvēles medikaments ir ne–stimulantu grupas preparāts atomoeksetīns (noradrenālīna atpakaļsaistes inhibitors), kas rekomendēts, ja:
 - bērnam/pusaudzim metilfenidāta preparātu lietošanas laikā rodas nepanesamas blaknes, kas saglabājas pēc alternatīvo zāļu formu izmēģināšanas un devas korekcijas,
 - nav klīniskās atbildes pēc 6 nedēļas ilga metilfenidāta preparātu kursa (terapeitiskā devā, izvēloties atbilstīgu zāļu formu).
- Atomoeksetīnu atsevišķos gadījumos var apsvērt kā pirmo izvēli, ja:
 - pacientam ir aktīva vielu atkarība un/vai augsts medikamenta novirzīšanas (nodošanas citām personām) risks,
 - terapija ar stimulantiem nav iespējama to nepieejamības dēļ,
 - ir stingra ģimenes vēlme izvairīties no stimulantu lietošanas.

- Citās ES un pasaules valstīs UDHS ārstēšanai kā 2./3. izvēles medikamenti bērniem/pusaudžiem ir reģistrēti arī citi ne–stimulantu grupas preparāti:
 - alfa–2 adrenoreceptoru agonisti (ilgstošās darbības formas),
 - guanfacīns,
 - klonidīns.

Medikamenti UDHS farmakoterapijai (6. pielikums)

Vispārīgi apsvērumi UDHS farmakoterapijas laikā

- Nozīmējot stimulantu grupas medikamentus UDHS ārstēšanai, ilgstošās darbības 1 × dienā lietojamajām zāļu formām priekšroka dodama šādu iemeslu dēļ:
 - lietošanas vienkāršība,
 - labāka līdzestība,
 - mazāks stigmatizācijas risks (jo medikaments nav jālieto mācību iestādē/darbā),
 - iespēja izvairīties no problēmām ar zāļu uzglabāšanu un došanu mācību iestādē,
 - labāks farmakokinētiskais profils (mazākas koncentrācijas svārstības plazmā).
- Īsas darbības stimulantu preparāti jāizmanto, ja vēlama elastīgāka dozēšana, kā arī sākotnējās titrēšanas laikā, lai noteiktu efektīvāko zāļu devu.
- Izrakstot stimulātus UDHS ārstēšanai, jāatceras, ka medikamenta efekta apmērs un ilgums, kā arī blakusparādības ik pacientam atšķiras.
- Ja klīniski nepieciešams, stimulantu efekta optimizēšanai var izmantot īsās un ilgstošās darbības zāļu formu kombinācijas (piemēram, ilgstošās darbības metilfenidāta cietā kapsula no rīta un īsās darbības metilfenidāta tablete dienas laikā, lai pagarinātu medikamenta darbības ilgumu).
- Ievēro piesardzību, izrakstot stimulantu preparātus, ja ir nozīmīgs risks medikamenta novirzīšanai (nodošanai citām personām) vai lietošanai apreibināšanās nolūkos.
- Ārstniecības personām, kas izraksta stimulantu preparātus UDHS simptomu ārstēšanai, labi jāorientējas dažādu zāļu formu farmakokinētikas un farmakodinamikas īpašībās, lai terapiju varētu pielāgot pacienta individuālajām vajadzībām un izvairītos no blakusparādībām.
- Ārstniecības personām, kas izraksta stimulantu preparātus UDHS simptomu ārstēšanai, ir jāorientējas attiecināmajos normatīvajos dokumentos, kas regulē kontrolējamo narkotisko un psihotropo vielu izrakstīšanas un uzglabāšanas kārtību.

Vispārīgi apsvērumi medikamenta devu titrēšanas laikā

- Medikamenta deva ieteicamo devu diapazonā ir jātitrē līdz optimālajai devai ar maksimālu klīnisko efektu (UDHS simptomu mazināšanās, pozitīvas izmaiņas uzvedībā, akadēmiskā snieguma uzlabošanās) un panesamām blakusparādībām.
- Medikamentu efektivitātes objektīvākai novērtēšanai jāiegūst informācija no mācību iestādes.
- Titrēšanas laikā stimulantu grupas medikamenta deva jāpalielina ik pēc 3—7 dienām, devas palielināšanu sākot ar medikamenta rīta devu. [9] Medikamenta klīnisko efektivitāti sāk vērtēt tad, kad medikamenta diennakts deva titrēšanas procesā ir sasniegusi vismaz zemāko ieteicamo devu diapazona robežu.
- Jāņem vērā, ka stimulantu grupas medikamenta devas titrēšanas periodā, kamēr nav sasniegts diennakts ieteicamās devas diapazons, UDHS simptomi var īslaicīgi paasināties. Šis simptomu paasinājums nav jāvērtē kā medikamenta neefektivitātes pazīme.

- Stimulantu grupas medikamenta titrēšanas laikā ieteicams biežāks kontakts ar ārstējošo ārstu vai ārsta komandā strādājošo māsu (ideālā variantā iknedēļas kontrole) medikamenta efektivitātes un blakusparādību uzraudzībai. Šo kontroli var organizēt arī tiešsaistes kontakta veidā (telefoniski vai elektroniski).
- Medikamenta efektivitātes un blakusparādību kontrolei ieteicams izmantot strukturētus vecāku aptaujas un/vai pašaptaujas instrumentus:
 - ADHD–RS (2. pielikums) — UDHS simptomu un medikamenta klīniskās efektivitātes novērtēšanai,
 - Blakusparādību skala (7. pielikums) — medikamenta blakņu novērtēšanai.
- Īpaša piesardzība (lēnāka medikamenta devas palielināšana, biežāka kontrole) stimulantu titrēšanas laikā jāievēro pacientiem no šādām grupām:
 - ar komorbīdiem neirālās attīstības traucējumiem (piemēram, autiskā spektra traucējumiem, intelekta attīstības traucējumiem, tikiem),
 - ar komorbīdiem psihiskiem traucējumiem (piemēram, trauksmes spektra traucējumiem, depresiju, šizofrēniju, bipolāri afektīviem traucējumiem, personības traucējumiem, ēšanas traucējumiem, posttraumatiskā stresa sindromu, vielu atkarību),
 - ar komorbīdiem somatiskiem un neiroloģiskiem traucējumiem (piemēram, sirds—asinsvadu sistēmas slimībām, epilepsiju, traumatisku galvas smadzeņu bojājumu).
- Atomoeksetīna titrēšanas laikā pacients un viņa ģimene jāinformē, ka medikamenta klīnisko efektivitāti iespējams novērtēt tikai pēc 8—12 nedēļas ilgas regulāras lietošanas terapeitiskā devā.

Pirms medikamentu maiņas apsveramie jautājumi

- Vai titrēšana bijusi pareiza?
- Vai pacients saņem maksimālo devu?
- Vai preparāts sniedz vēlamu efektu kādā no dienas laikiem?
- Vai man ir pietiekami laba informācija no skolas?
- Vai vecāku un skolotāju viedoklis par zāļu efektu sakrīt?
- Vai es ārstēju pareizos simptomus?
- Kas vēl notiek pacienta dzīvē un ģimenē?
- Vai medikaments strādā, bet ir izteiktas blakusparādības?
- Vai es neesmu palaidis garām kādu komorbīditāti?
- Vai diagnoze ir pareiza?

Citi medikamenti UDHS ārstēšanai

Ja nav novērojama klīniska uzlabošanās pēc vismaz viena stimulantu grupas (piemēram, metilfenidāta) un viena ne–stimulantu grupas (piemēram, atomoeksetīna) preparāta izmēģināšanas (terapeitiskā devā, izvēloties atbilstīgu zāļu formu), ir ieteicams konsultēties pie speciālista ar pieredzi komplikēta UDHS ārstēšanā (terciārā līmeņa psihiskās veselības aprūpes dienestā).

Kā 3. vai 4. izvēles medikamentus var apsvērt preparātus, kuru efektivitāte ir zinātniski pierādīta, bet kuriem nav apstiprinātas indikācijas UDHS ārstēšanai:

- bupropions — selektīvs noradrenalīna un dopamīna atpakaļsaistes inhibitors, kas ir reģistrēts Latvijā ar indikāciju depresīvu traucējumu ārstēšanai pieaugušajiem,
- modafinils — stimulējošs preparāts, kas dažās pasaules valstīs ir reģistrēts narkolepsijas ārstēšanai. Latvijā nav reģistrēts.

Nozīmējot medikamentus ārpus apstiprinātajām indikācijām, jāievēro īpaša piesardzība, jo to lietošanas drošums bērniem/pusaudžiem nav zināms. Terapiju ar šiem medikamentiem nav ieteicams sākt bez konsultācijas pie terciārā līmeņa psihiskās veselības aprūpes dienesta speciālistiem ar pieredzi komplikēta UDHS ārstēšanā.

Nav indicēta to medikamentu lietošana, kuru efektivitāte UDHS ārstēšanai bērniem un pusaudžiem nav zinātniski pierādīta (piemēram, antipsihotiskie medikamenti, antikonvulsanti, trankvilizatori, tricikliskie antidepresanti u.c. līdzekļi ar sedatīvu iedarbību).

UDHS un komorbīdu traucējumu medikamentozā ārstēšana

Pacientiem ar UDHS un komorbīdiem trauksmes spektra traucējumiem, tikiem vai autiskā spektra traucējumiem jāpiedāvā identiska medikamentozā ārstēšana kā pārējiem pacientiem ar UDHS.

Ja pacientam ar UDHS medikamentozas terapijas laikā attīstās akūta psihozes vai mānijas epizode, tad:

- UDHS medikamentozā terapija ir jāpārtrauc,
- UDHS medikamentozās terapijas atsākšana jāapsver pēc akūtās epizodes beigām, rūpīgi izvērtējot potenciālos riskus un ieguvumus.

20. Farmakoterapijas turpināšana, efektivitātes un blakusparādību kontrole

Pēc titrēšanas un devas stabilizēšanas medikamentozās terapijas efektivitātes un blakusparādību kontrole visu medikamentozās terapijas laiku jāturpina reizi 1—3 mēnešos samērīgi pacienta klīniskajam stāvoklim.

Pēc titrēšanas un devas stabilizēšanas medikamentu izrakstīšanu un medikamentozās terapijas efektivitātes un blakusparādību kontroli ar ārstējošā ārsta—speciālista rekomendāciju var veikt pacienta ģimenes ārsts. Šajā gadījumā vizīte pie ārstējošā ārsta—speciālista novērošanai dinamiskā ieteicama reizi sešos mēnešos (bet ne retāk kā reizi 12 mēnešos) vai gadījumā, ja ģimenes ārsts novēro pacienta psihiskā stāvokļa pasliktināšanos, ja parādās jauni veselības traucējumi vai attīstās blakusparādības, ja samazinās medikamentozās terapijas efektivitāte vai ja ir citas klīniskas indikācijas ārsta—speciālista konsultācijai.

Medikamenta efektivitātes un blakusparādību kontrolei ieteicams izmantot strukturētus vecāku aptaujas un/vai pašaptaujas instrumentus:

- ADHD–RS (2. pielikums) — UDHS simptomu un medikamenta klīniskās efektivitātes novērtēšanai,
- Blakusparādību skala (7. pielikums) — medikamenta blakusparādību novērtēšanai.

Medikamentozās terapijas laikā jāseko un medicīniskajā dokumentācijā jāreģistrē:

- medikamenta izraisītās blakusparādības (īpaši attiecībā uz miegu un apetīti) — katrā vizītē,
- TA un SF — vēlams katrā vizītē, bet ne retāk ka reizi sešos mēnešos,
- augums — reizi sešos mēnešos,
- svars — reizi trīs mēnešos bērniem līdz 10 gadu vecumam; trīs un sešus mēnešus pēc medikamentozās terapijas sākuma, pēc tam reizi sešos mēnešos bērniem pēc 10 gadu vecuma un pusaudžiem,
- pacienta augums un svars jāatzīmē uz augšanas (procentiļu) līknes.

21. Farmakoterapijas pārskatīšana un pārtraukšana

Ārstējošajam ārstam, bērnu psihiatram, bērnu neirologam, pediatram vai citam atbilstīgi kvalificētam sekundārās veselības aprūpes speciālistam ar kompetenci un pieredzi UDHS ārstēšanā pacienta medikamentozā terapija ir jāpārskata ne retāk kā reizi 12 mēnešos un ar pacientu un viņa vecāku/likumisko pārstāvi jāapspriež medikamentozās terapijas turpināšanas lietderība.

Atsauces

1. Andrēziņa R, Tērauds E, Ķevere L, Bezborodovs N. Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (UDHS) diagnostikas un korekcijas vadlīnijas bērniem un pusaudžiem. 2014.
2. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 2019; 56: 14–34.
3. World Health Organization (WHO). 10th revision of the international classification of diseases (ICD–10), Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders. Geneva: 1992.
4. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition. Toronto ON: 2018.
5. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). NICE guideline [NG87] Attention deficit h hyper yperactivity activity disorder: diagnosis and management. 2018.
6. Banaschewski T, Zuddas A, Asherson P, et al. ADHD and Hyperkinetic Disorder. Oxford University Press; 2015.
7. National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Points on the diagnosis, assessment and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents. Commonwealth of Australian, 2012; 1–29.
8. Goodman R, Scott S, Goodman R. Child and adolescent psychiatry. Wiley-Blackwell; 2012.
9. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 2019; 144(4).
10. Bolea-Alamañac B, Nutt DJ, Adamou M, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 2014; 28(3): 179–203.

Pielikumi

1. pielikums “Pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skala”

Pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skalas (ASRS-v I.I) Simptomu kontrollapas instrukcija

Jautājumi lapas otrā pusē ir izstrādāti, lai veicinātu dialogu starp Jums un Jūsu pacientiem, un lai palīdzētu pārliecināties, vai pacientiem piemīt uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (UDHS) simptomi.

Apraksts: Simptomu kontrollapa ir instruments, kas ietver 18 DSM-IV-TR klasifikācijas kritērijus. Noskaidrots, ka 6 no 18 jautājumiem vislabāk nosaka UDHS raksturīgos simptomus. Šie seši jautājumi izmantoti par pamatu ASRS-v I.I novērtējumam, kā arī Simptomu kontrollapas A daļai. Simptomu kontrollapas B daļa ietver pārējos 12 jautājumus.

Instrukcija

Simptomi

1. Palūdziet pacientam aizpildīt Simptomu kontrollapas A un B daļu, atzīmējot ar X to lodziņu, pie kura dotais apgalvojums vislabāk atspoguļo katra simptoma parādīšanās biežumu.
2. A daļas rezultāti. 4 vai vairāk X atzīmes tumši iekrāsotajos lodziņos liecina, ka pacientam ir izteikti raksturīgi pieaugušo UDHS simptomi, tāpēc nepieciešams veikt padziļinātu izmeklēšanu.
3. B daļā norādītais simptomu biežums sniedz papildu norādījumus un var kalpot par palīgīdzekli turpmākai pacienta simptomu izpētei. Uzmanība jāpievērš atzīmēm tumši iekrāsotajos lodziņos. Atbildes uz dažiem jautājumiem par simptomu parādīšanās biežumu ir jutīgākas. B daļas 12 jautājumiem nav jāpielieto rezultātu skaitīšana un ar tiem netiek noteikta diagnozes iespējamības pakāpe. Ir noskaidrots, ka A daļā uzdotie seši jautājumi vislabāk liecina par sindromu un ir visnoderīgākie, lai tos lietotu kā novērtēšanas instrumentu.

Traucējumi

1. Kopā ar pacientiem pacientu izskatiet visu Simptomu kontrollapu un katram konkrētajam simptomam izvērtējiet traucējuma smaguma pakāpi.
2. Ņemiet vērā darba/skolas, sociālos un ģimenes apstākļus.
3. Simptomu parādīšanās biežums mēdz būt saistīts ar to smaguma pakāpi, tādēļ Simptomu kontrollapa var arī sniegt palīdzību traucējumu novērtēšanā. Ja pacientiem ir bieži simptomi, varat viņu palūgt raksturot, kā šīs problēmas ietekmē viņa spējas strādāt, veikt darbus mājās vai kontaktēties ar citiem cilvēkiem, piemēram, ar laulāto, tuviniekiem vai kādu citu svarīgu personu.

Vēsture

1. Izvērtējiet šo vai citu līdzīgu simptomu parādīšanos pacientam bērnībā. Pieaugušajiem, kuriem ir konstatēts UDHS, formāli ne vienmēr šī diagnoze bijusi noteikta bērnībā. Izvērtējot pacienta vēsturi, meklējiet pierādījumus agrīnām un ilgstošām problēmām saistībā ar uzmanību vai paškontroli. Dažiem būtiskiem simptomiem vajadzētu būt novērotiem jau bērnībā, taču pilna simptomatoloģija nav nepieciešama.

Simptomu kontrollapa pēc pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skalas (ASRS-v I.I)

Pacienta vārds, uzvārds	Šodienas datums					
Lūdzu, atbildiet uz jautājumiem, novērtējot sevi attiecībā uz katru kritēriju, izmantojot labajā pusē esošo skalu. Atzīmējiet ar X lodziņu, kura apgalvojums vislabāk raksturo Jūsu sajūtas un uzvedību pēdējo 6 mēnešu laikā. Lūdzu, nododiet aizpildīto kontrollapu savam ārstam rezultātu apspriešanai šodien paredzētās vizītes laikā.		Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Ļoti bieži
1. Cik bieži Jums rodas grūtības ar kāda darba pēdējo sīkumu noslipēšanu, kad sarežģītākie uzdevumi jau ir paveikti?						
2. Cik bieži Jums rodas grūtības sakārtot lietas, kad Jums jāveic uzdevums, kurš pieprasa noteiktu kārtību?						
3. Cik bieži Jums rodas grūtības atcerēties norunātās tikšanās vai veicamos pienākumus?						
4. Ja Jums ir dots uzdevums, kurā nepieciešams daudz domāt, cik bieži Jūs izvairāties no šāda uzdevuma vai novilcināt tā sākšanu?						
5. Cik bieži Jūs nervozī berzējat rokas vai kustināt kājas, ja nepieciešams ilgu laiku sēdēt?						
6. Cik bieži Jūs jūtaties pārāk aktīvs un ar tieksmi darboties, it kā Jūs dzītu kāds motors?						
A daļa						
7. Cik bieži Jūs pieļaujat neuzmanības kļūdas, strādājot pie garlaicīga vai sarežģīta projekta?						
8. Cik bieži Jums ir grūtības saglabāt uzmanību, darot garlaicīgu vai vienkāršu darbu?						
9. Cik bieži Jums rodas grūtības koncentrēties tam, ko cilvēki Jums saka, pat ja viņi runā tieši ar Jums?						
10. Cik bieži Jūs nevarat atrast lietas mājās/darbā vai novietojat tās ne savā vietā?						
11. Cik bieži Jūsu uzmanību novērš citu cilvēku rosība vai trokšņi visapkārt?						
12. Cik bieži Jūs pametat savu vietu sapulcēs vai citās situācijās, kad Jums vajadzētu palikt sēžot?						
13. Cik bieži Jūs jūtaties nemierīgs(-a) vai didāties?						
14. Cik bieži Jums ir grūtības nomierināties un atslābināties, kad Jums ir laiks, ko varat veltīt sev?						
15. Cik bieži Jūs pamanāt, ka sabiedrībā runājat pārāk daudz?						
16. Cik bieži Jūs konstatējat, ka sarunas laikā pabeidzat sarunas biedru teikumus viņu vietā?						
17. Cik bieži Jums ir grūti sagaidīt savu kārtu situācijās, kad jāievēro rindas kārtība?						
18. Cik bieži Jūs pārtraucat citus, kad viņi ir aizņemti?						
B daļa						

Novērtējuma vērtība pieaugušajiem ar UDHS

Izpētes rezultāti liecina, ka UDHS simptomi var izpausties pacientiem pieaugušo vecumā, būtiski ietekmējot viņu attiecības, karjeras veidošanu un pat personīgo drošību.¹⁻⁴ Šis sindroms netiek pietiekami izprasts un novērtēts, tādēļ daudzi, kas no tā cieš, nesaņem attiecīgo ārstēšanu un rezultātā var nekad neīstenot savu potenciālu. Nozīmīgs aspekts šajā problēmā ir, ka sindromu var būt sarežģīti diagnosticēt, it īpaši pieaugušajiem.

Pieaugušo UDHS pašnovērtējuma skalas (ASRS-v I.I) Simptomu kontrollapa ir izveidota sadarbībā ar Pasaules Veselības organizāciju (PVO) un Pieaugušo UDHS darba grupu, kurā strādāja psihiatru un pētnieku komanda, tajā skaitā:

- **Lenards Adlers (Lenard Adler), MD**
asociētais profesors psihiatrijā un neiroloģijā,
Ņujorkas Universitātes Medicīnas skola
- **Ronalds K. Kesslers (Ronald C. Kessler), PhD**
profesors, Hārvardas Medicīnas skolas
Veselības aprūpes politikas departaments
- **Tomass Spensers (Thomas Spencer), MD**
asociētais profesors psihiatrijā, Hārvardas
Medicīnas skola

Ja esat veselības aprūpes speciālists, varat izmantot ASRS-v I.I kā rīku UDHS pārbaudei pieaugušiem pacientiem. Pārbaudes procesā gūtie rezultāti var norādīt uz nepieciešamību veikt padziļinātu klīnisku interviju. ASRS-v I.I iekļautie jautājumi atbilst DSM-IV kritērijiem un pievēršas UDHS simptomu izpausmēm pieaugušiem cilvēkiem. Tāpat Simptomu kontrollapas aptaujas saturs atspoguļo svarīgos aspektus, ko DSM-IV akcentē attiecībā uz simptomiem, veselības traucējumiem un vēsturi pareizas diagnozes noteikšanai.⁴

Kontrollapas aizpildīšana aizņem aptuveni 5 minūtes un tā var sniegt informāciju, kas būtu izšķiroša diagnostikas procesa pilnveidošanai.

Atsauces:

1. Schweitzer JB, et al. Med Clin North Am. 2001;85(3):10-11, 757-777.
2. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd ed. 1998.
3. Biederman J, et al. Am J Psychiatry. 1993;150:1792-1798.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000: 85-93.

2. pielikums “UDHS novērtēšanas (reitinga) skala”

UDHS novērtēšanas (reitinga) skala – IV (17)

UDHS novērtēšanas skala – IV (*ADHD Rating Scale – IV*) izstrādāta vecāku un pedagogu vērtējumam par bērnu ar iespējamu vai diagnosticētu UDHS. Tās kritēriji ir sastādīti, pielāgojot pēc DSM IV klasifikācijas UDHS kritērijus. Dotā skala ir parocīga arī ārsta darbā, vērtējot UDHS simptomu dinamiku. Abu skalu variantu nepāra punkti (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17) sniedz informāciju par aktīvās uzmanības vājumu (*inattention*), bet pāra punkti (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18) sniedz informāciju par impulsivitāti un hiperaktivitāti. Katra skales simptoma vērtība tiek vērtēta ar 0 līdz 3 punktiem.

UDHS smagumu vērtē pēc hiperaktivitātes simptomu smaguma punktu summas, aktīvās uzmanības vājuma simptomu punktu summas un / vai kopējā punktu skaita. Nosacīti esam iedalījuši UDHS diagnozes ticamību kā zemu, vidēju, augstu un ļoti augstu. Aizpildot skalu, jāņem vērā bērna vecums. Zemāk tabulā minēts punktu skaits, kas vērtēts pēc skolā aizpildītajām skalām; ja šī skala tiek aizpildīta mājās (to dara vecāki), parasti tiek iegūti zemāki rezultāti.

Vispārīnot var secināt, ka pēc UDHS novērtējuma skales – IV dažās vecuma grupās gan meitenēm, gan zēniem kopējais punktu skaits ar zemu diagnozes ticamību ir 0–13 punkti, ar vidēju ticamību 4–34 punkti, ar augstu ticamību 12–44, ar ļoti augstu ticamību ir 19–51 punkts. Vērtējot UDHS ar dotu skalu zēniem, tiek iegūts vairāk punktu nekā meitenēm, kā arī, bērnam pieaugot, punktu summai ir tendence samazināties.

	UDHS ticamība (punktu skaits)				
	Vecums, gadi	Zema (1–50 procentiles)	Vidēja (51–80 procentiles)	Augsta (81–90 procentiles)	Ļoti augsta (91–99 procentiles)
Hiperaktivitāte (zēni)	5–7	0–6	7–16	17–20	21–27
	8–10	0–5	6–16	17–22	23–27
	11–13	0–3	4–12	13–17	18–27
	14–18	0–1	2–8	9–13	14–25
Hiperaktivitāte (meitenes)	5–7	0–2	3–11	12–19	20–26
	8–10	0–1	2–6	7–12	13–27
	11–13	0–1	2–6	7–11	12–25
	14–18	0	1–3	4–8	9–15
Aktīvās uzmanības vājums (zēni)	5–7	0–7	8–16	17–21	22–27
	8–10	0–9	10–19	20–24	25–27
	11–13	0–8	9–17	18–23	24–27
	14–18	0–7	8–15	16–20	21–27
Aktīvās uzmanības vājums (meitenes)	5–7	0–4	5–13	14–19	20–25
	8–10	0–3	4–10	11–19	20–27
	11–13	0–4	5–11	12–17	18–27
	14–18	0–2	3–8	9–13	14–21
Kopējais (zēni)	5–7	0–13	14–30	31–39	40–51
	8–10	0–15	16–34	35–44	45–53
	11–13	0–12	13–28	29–36	37–53
	14–18	0–9	10–23	24–31	32–51
Kopējais (meitenes)	5–7	0–7	8–23	24–36	37–48
	8–10	0–4	5–16	17–30	31–51
	11–13	0–5	6–17	18–27	28–49
	14–18	0–3	4–11	12–18	19–33

26

27

UDHS novērtēšanas (reitinga) skala – IV: mājas versija

Bērna vārds: _____ Dzimums: S V Vecums: _____
 Izglītība: _____
 Aizpildīja: māte _____ tēvs _____ aizbildnis _____
 vecvecāki _____

Apvelciet ar aplīti skaitli, kas vislabāk raksturo jūsu bērna uzvedību pēdējos sešos mēnešos.

Simptomi, traucējumu veids	Nekad	Dažreiz	Bieži	Ļoti bieži
1. Nespēj sakopot uzmanību detaļām vai pieļauj skolas darbos paviršas kļūdas	0	1	2	3
2. Nemierīgi kustina rokas un kājas, grozās uz krēsla	0	1	2	3
3. Ir grūtības ilgstoši sakopot / koncentrēt uzmanību uz mācībām vai rotaļām	0	1	2	3
4. Atstāj savu vietu klasei vai citā situācijā, kurā tiek gaidīta mierīga palikšana savā vietā	0	1	2	3
5. Šķiet, ka viņš neklusās, kad ar viņu runā	0	1	2	3
6. Pārmērīgi skraida vai kāpēlē situācijās, kad tas ir nepiedienīgi	0	1	2	3
7. Nespēj sekot instrukcijām un nespēj pabeigt darbu	0	1	2	3
8. Ir grūtības rotaļāties vai mierīgi piedalīties brīvā laika aktivitātes	0	1	2	3
9. Grūti organizēt darbu un aktivitātes	0	1	2	3
10. Ir nepārtrauktā kustība vai kā ar motoru "dzīts"	0	1	2	3
11. Izvairās no skolas darbiem (skolas darbiem, mājas darbiem), kas prasa ilgstošu garīgu piepūli	0	1	2	3
12. Runā skaļi un daudz (pārmērīgi)	0	1	2	3
13. Zaudē lietas, kas nepieciešamas skolā vai citās aktivitātes	0	1	2	3
14. Runā / atbild, pirms jautājums ir pabeigts	0	1	2	3
15. Ir ļoti izklaidīgs	0	1	2	3
16. Grūti sagaidīt savu kārtu	0	1	2	3
17. Izklaidīgs / aizmārsīgs dienas darbos / aktivitātes	0	1	2	3
18. Pārtrauc un uzmācās citiem	0	1	2	3

Adaptēts pēc: ADHD Rating Scale – IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation by George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid. ADHD criteria are adapted by permission from DSM-IV, Copyright 1994 by the American Psychiatric Association.

28

UDHS novērtēšanas (reitinga) skala – IV: Skolas versija

Bērna vārds: _____
 Dzimums: S V Vecums: _____ Izglītība: _____

Apvelciet ar aplīti skaitli, kas vislabāk raksturo bērna uzvedību pēdējos sešos mēnešos.

Simptomi, traucējumu veids	Nekad	Dažreiz	Bieži	Ļoti bieži
1. Nespēj sakopot uzmanību detaļām vai pieļauj skolas darbos paviršas kļūdas	0	1	2	3
2. Nemierīgi kustina rokas un kājas, grozās uz krēsla	0	1	2	3
3. Ir grūtības ilgstoši sakopot / koncentrēt uzmanību uz mācībām vai rotaļām	0	1	2	3
4. Atstāj savu vietu klasei vai citā situācijā, kurā tiek gaidīta mierīga palikšana savā vietā	0	1	2	3
5. Šķiet, ka viņš neklusās, kad ar viņu runā	0	1	2	3
6. Pārmērīgi skraida vai kāpēlē situācijās, kad tas ir nepiedienīgi	0	1	2	3
7. Nespēj sekot instrukcijām un nespēj pabeigt darbu	0	1	2	3
8. Ir grūtības rotaļāties vai mierīgi piedalīties brīvā laika aktivitātes	0	1	2	3
9. Grūti organizēt darbu un aktivitātes	0	1	2	3
10. Ir nepārtrauktā kustība vai kā ar motoru "dzīts"	0	1	2	3
11. Izvairās no skolas darbiem (skolas darbiem, mājas darbiem), kas prasa ilgstošu garīgu piepūli	0	1	2	3
12. Runā skaļi un daudz (pārmērīgi)	0	1	2	3
13. Zaudē lietas, kas nepieciešamas skolā vai citās aktivitātes	0	1	2	3
14. Runā / atbild, pirms jautājums ir pabeigts	0	1	2	3
15. Ir ļoti izklaidīgs	0	1	2	3
16. Grūti sagaidīt savu kārtu	0	1	2	3
17. Izklaidīgs / aizmārsīgs dienas darbos / aktivitātes	0	1	2	3
18. Pārtrauc un uzmācās citiem	0	1	2	3

Adaptēts pēc: ADHD Rating Scale – IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation by George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid. ADHD criteria are adapted by permission from DSM-IV, Copyright 1994 by the American Psychiatric Association.

29

3. pielikums “Aptauja “Stiprās puses un grūtības” — versija 2—4 gadus vecu bērnu vecākiem”

Aptauja "Stiprās puses un grūtības"

P 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.

Bērna vārds.....

Vīr./Siev.

Dzimšanas datums.....

	Neatbilst	Daļēji atbilst	Pilnībā atbilst
Nem 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 (našķiem, rotaļlietām, zīmuljiem, 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 raīžu, bieži izskatās noraizējies	<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"/>
Lai pns 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"/>

Vai Jums būtu vēl kādi komentāri vai raizes, ko vēlaties piebilst?

Lūdzu, apgrieziet lapaspusi otrādi - pretējā pusē ir vēl daži jautājumi

Kopumā, vai Jūs domājat, ka Jūsu bērnam ir grūtības vienā vai vairākās sekojošās jomās: emocijas, koncentrēšanās, uzvedība vai spēja satikt ar citiem cilvēkiem?

Nē	Jā- nelielas grūtības	Jā- vidējas grūtības	Jā- nopietnas grūtības
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Jūs atbildējat ar „Jā”, lūdzu, atbildiet uz sekojošajiem jautājumiem par šīm grūtībām:

• Cik ilgi šīs grūtības jau pastāv?

Mazāk kā mēnesi	1-5 mēnešus	6-12 mēnešus	Vairāk kā gadu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Vai Jūsu bērns pārdzīvo par šīm grūtībām?

Nē, nemaz	Nedaudz	Diezgan daudz	Ļoti daudz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Vai šīs grūtības ikdienā traucē Jūsu bērnam sekojošajās dzīves jomās?

	Nē, nemaz	Nedaudz	Diezgan daudz	Ļoti daudz
MĀJĀS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTIECĪBĀS AR DRAUGIEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MĀCOTIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRĪVĀ LAIKA AKTIVITĀTĒS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Vai šīs grūtības apgrūtina Jūs vai Jūsu ģimeni kopumā?

Nē, nemaz	Nedaudz	Diezgan daudz	Ļoti daudz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraksts

Datums

Māte/tēvs/cits (lūdzu, norādiet:)

Paldies par Jūsu palīdzību!

© Robert Goodman, 2005

4. pielikums "Aptauja "Stiprās puses un grūtības" — versija 4—17 gadus vecu bērnu vecākiem"

Aptauja "Stiprās puses un grūtības"

P 4-17

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.

Bērna vārds.....

Vīr./Siev.

Dzimšanas datums.....

	Neatbilst	Daļēji atbilst	Pilnībā atbilst
Nem 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 (našķiem, rotaļlietām, zīmuljiem, 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 raīžu, bieži izskatās noraizējies	<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"/>
Nemitīgi 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"/>
Lai pns pret jaunākiem bērniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bieži melo vai mēnās	<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"/>
Apdomājas pirms rīkojas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zog no mājām, skolā vai citur	<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"/>

Vai Jums būtu vēl kādi komentāri vai raizes, ko vēlaties piebilst?

Lūdzu, apgrieziet lapaspusi otrādi - pretējā pusē ir vēl daži jautājumi

5. pielikums "Aptauja "Stiprās puses un grūtības" — pašaptaujas versija 11—17 gadus veciem bērniem"

Aptauja "Stiprās puses un grūtības"

C11-17

Lūdzu atzīmē vienu no atbildēm („Nav taisnība”, „Daļēja taisnība” vai „Pilnīga taisnība”), iepretī katram jautājumam. Lūdzu, mēģini pēc iespējas precīzāk atbildēt uz visiem jautājumiem pat tad, ja neesi pilnībā pārliecināts(-ta) vai arī, ja jautājums Tev šķiet savāds! Atbildi uz jautājumiem, domājot par to, kā Tev gāja pēdējo sešu mēnešu laikā.

Tavs vārds

Vīr./Siev.

Dzimšanas datums.....

	Nav taisnība	Daļēja taisnība	Pilnīga taisnība
Es cenšos būt labs(-a) pret citiem cilvēkiem. Man rūp kā viņi jūtas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es esmu ļoti kustīgs(-a), es nevaru ilgu laiku palikt 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, pildspalvām u.c.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es mēdzu kļūt ļoti dusmīgs(-a) un bieži zaudēju savaldību.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es parasti esmu viens(-a) pats(-i). Es pārsvarā spēlējos vai nodarbojos vienatnē.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es parasti daru to, ko man saka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es daudz raizējos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es cenšos palīdzēt, ja kāds ir sāpināts, satraukts vai jūtas slims.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es visu laiku dīdos vai 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 cīnos. Es varu panākt, ka citi cilvēki dara to, ko es gribu.	<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"/>
Mana uzmanība ir viegli novēršama, man ir grūti koncentrēties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es satraucos jaunās situācijās, es viegli zudēju pārliecību par sevi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es esmu jauks pret jaunākiem bērniem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mani bieži vaino melošanā vai krāpšanā.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citi bērni mani aizskar vai ņirgājas par mani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bieži piesakos palīdzēt citiem (vecākiem, skolotājiem, bērniem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es domāju pirms kaut ko daru.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ņemu mantas, kas man nepieder no mājām, skolas vai citām vietām.	<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"/>
Man ir daudz baiļu, es viegli nobīstos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es pildu uzdevumus no sākuma līdz beigām. Man ir labas uzmanības noturēšanas spējas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vai Tev būtu vēl kādi komentāri vai raizes, ko vēlēties piebilst?

Lūdzu, apgriez lapaspusi otrādi - pretējā pusē ir vēl daži jautājumi

Kopumā, vai Tu domā, ka Tev ir grūtības vienā vai vairākās sekojošās jomās: emocijas, koncentrēšanās, uzvedība?

Nē	Jā, nelielas grūtības	Jā, vidējas grūtības	Jā, nopietnas grūtības
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vai Tu pārdzīvo vai bēdājies par šīm grūtībām?

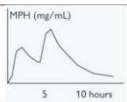
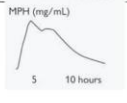
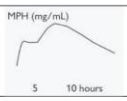
Nemaz	Nedaudz	Diezgan daudz	Ļoti daudz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tavs paraksts Šodienas datums

Paldies par Tavu palīdzību!

6. pielikums “Medikamenti UDHS farmakoterapijai”

UDHS farmakoterapijā pielietotie medikamenti

Forma	Deva	Sākuma deva	Ieteicamā deva	Maksimālā dienas deva	Plazmas koncentrācijas līkne	Komentāri
Metilfenidāta preparāti (stimulantu grupa)						
Īsās darbības tabletes	10 mg 20 mg	5 mg 2x/dienā (1. deva no rīta, 2. deva pēc 4 stundām)	0,5-1 mg/kg/dienā	60 (lieliem pusaudžiem līdz 80) mg/dienā		Īsās darbības stimulantu ir vieglāk dozējami un bieži izmantoti uzsākot terapiju, īpaši maziem bērniem (svars < 16 kg), bet sakarā ar īsu darbības laiku lietošanu apgrūtina nepieciešamība zāles lietot 2-3 reizes/dienā. Vienas devas klīniskās darbības ilgums ir 3,5-4 stundas.
Ilgstošās darbības cietās kapsulas	10 mg 20 mg 30 mg 40 mg	10 mg 1x/dienā (no rīta)	0,5-1 mg/kg/dienā	60 (lieliem pusaudžiem līdz 80) mg/dienā		Ilgstošās darbības stimulantu ir vieglāk lietojami, uzlabo līdzestību terapijai, bet var būt saistīti ar lielākām problēmām ar apetīti, miegu dienas laikā, to ilgstošās darbības dēļ. Kapsulu jālieto ēšanas laikā vai pēc ēšanas. Kapsulu var atvērt un saturu lietot kopā ar mikstu pārtiku. Vienas devas klīniskās darbības ilgums ir ~8 stundas.
Ilgstošās darbības tabletes	18 mg 36 mg 54 mg	18 mg 1x/dienā (no rīta)	0,5-1 mg/kg/dienā	72 (lieliem pusaudžiem līdz 90) mg/dienā		Tableti nedrīkst dalīt, sakošļāt, sasmalcināt. Jālieto uzdzert ūdeni kopā ar uzturu vai bez tā. Apvalks var saglabāties nesagremots vēdera izejā. Vienas devas klīniskās darbības ilgums ir līdz 12 stundām.
Amfetamina preparāti (stimulantu grupa)						
Pasaulē un lielākajā daļā Eiropas Savienības valstu ir pieejami vairāki amfetamina sāļu un to atvasinājumu preparāti (īsas un prolongētas darbības), kā alternatīva metilfenidāta preparātiem. Šī klīniskā algoritma tapšanas brīdī (2020. gads) neviena no šīs grupas medikamentiem Latvijā nav reģistrēts.						
Atomoksetīna preparāti (noradrenalīna atpakaļsaistes inhibitoru grupa)						
Cietās kapsulas	10 mg 18 mg 25 mg 40 mg 60 mg 80 mg 100 mg	Bērniem un pusaudžiem <70 kg 0,5 mg/kg/dienā 7 dienas, tad 1,2 mg/kg/dienā; pieaugušiem 40 mg/dienā	0,5-1,4 mg/kg/d. vai 40-80 mg./d.	1,8 mg/kg vai 100 mg/dienā; lieliem pusaudžiem līdz 120 mg/dienā		Nav iekļauts kontrolējamo medikamentu sarakstā. Izvēles preparāts pie aktīvas vielu atkarības, ja ir nozīmīgas blakusparādības no stimulantiem. Lieto 1-2 reizes dienā. Kapsulu nedrīkst dalīt.

7. pielikums “Blakusparādību skala”

Blakusparādību skala

	Nav	Ir bet nav traucējoši	Ir un traucējoši	Ir un izteikti traucējoši	Piezīmes
Bezmiegs/grūtības iemigt	0	1	2	3	
Naktsmurgļi	0	1	2	3	
Miegainība	0	1	2	3	
Sliktā dūša	0	1	2	3	
Samazināta apetīte	0	1	2	3	
Sāpes vēderā	0	1	2	3	
Galvassāpes	0	1	2	3	
Galvas reibonis	0	1	2	3	
Slikts garastāvoklis	0	1	2	3	
Raudulība	0	1	2	3	
Aizkaitināmība	0	1	2	3	
Domas par paškaitējumu	0	1	2	3	
Suicidālas domas	0	1	2	3	
Eiforija/neparasts priecīgums	0	1	2	3	
Trauksme	0	1	2	3	
Tiki	0	1	2	3	
“Kā zombijs”	0	1	2	3	
Mazāk runātīgs par citiem bērniem	0	1	2	3	
Mazāk sociāls par citiem bērniem	0	1	2	3	