

Suicidāla un nesuicidāla paškaitējuma diagnostika un terapija bērniem un pusaudžiem

Klīniskais ceļš

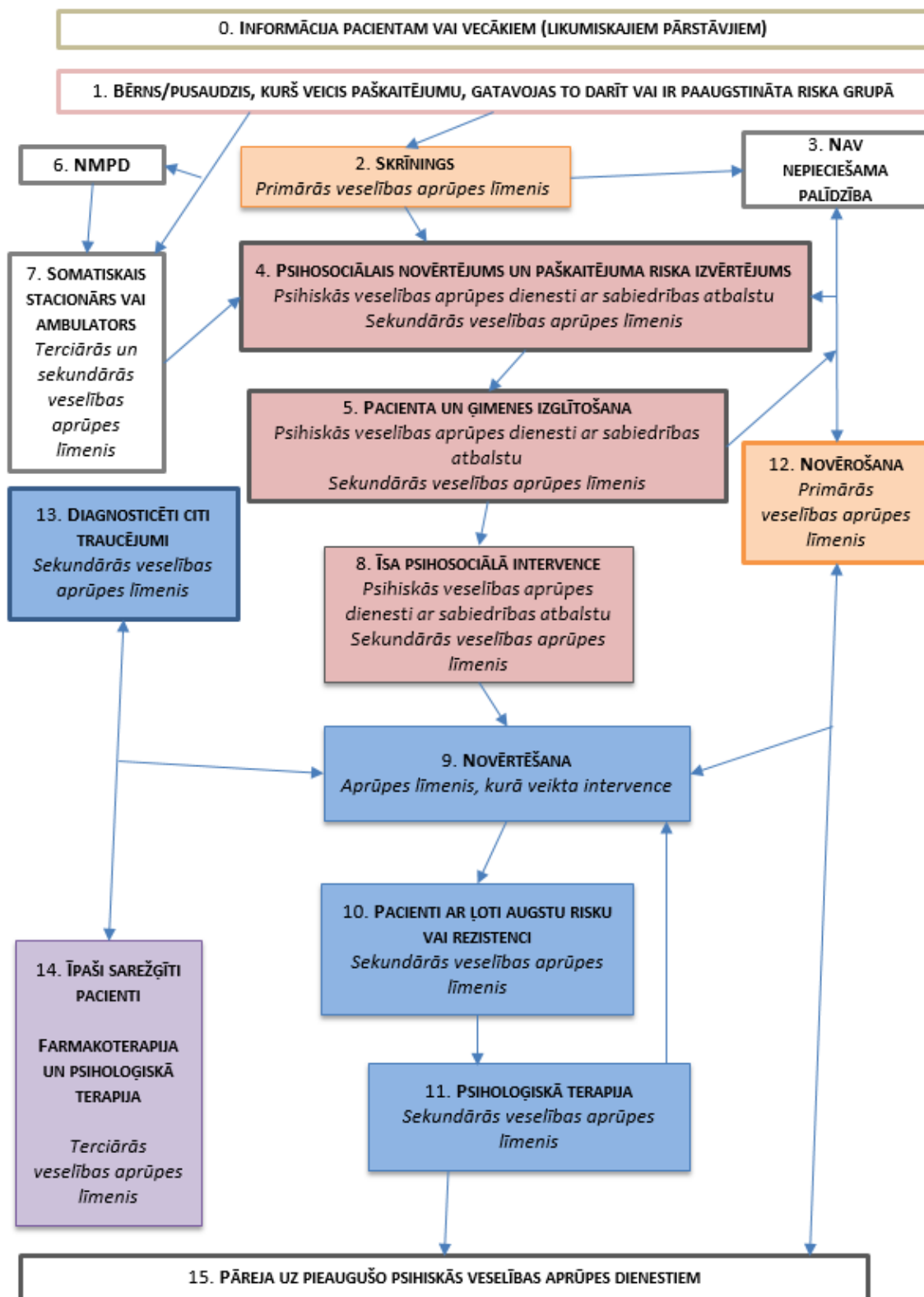
Autors: Nils Konstantinovs, klīniskais psihologs, pusaudžu psihoterapijas speciālists

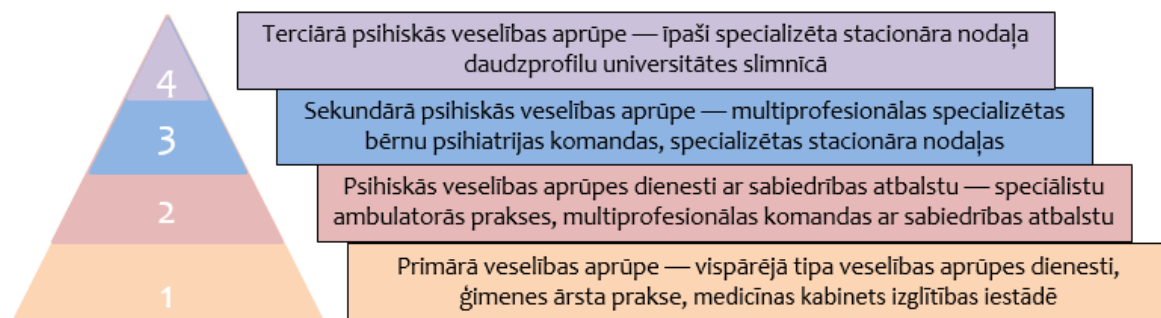
Darba grupa Ņikitas Bezborodova vadībā: Elmārs Tērauds, psihiatrs, Mikus Dīriks, bērnu neirologs, Zanda Pučuka, pediātrs, Reinis Siliņš, ģimenes ārsts, Anete Masaļska, bērnu psihiatrs, Ilze Mežraupe, psihiatrs, psihoterapeits, Marina Svētiņa, uztura speciālists, Ieva Bite, klīniskais psihologs, Laila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

SATURS

Klīniskā ceļa shēma	2
Mērķauditorija.....	4
0. Informācija pacientam vai vecākiem (likumiskajiem pārstāvjiem)	4
1. Bērns/pusaudzis, kurš veicis paškaitējumu, gatavojas to darīt vai ir paaugstināta riska grupā	6
2. Skrīnings	7
3. Nav nepieciešama palīdzība.....	7
4. Psihosociālais novērtējums un paškaitējuma riska izvērtējums.....	7
5. Pacienta un ģimenes izglītošana	8
6. NMPD	8
7. Somatiskais stacionārs	8
8. Īsa psihosociālā intervence	8
9. Novērtēšana.....	9
10. Pacienti ar ļoti augstu risku vai rezistenci.....	9
11. Psiholoģiskā terapija	10
12. Novērošana	10
13. Diagnosticēti citi traucējumi	10
14. Īpaši sarežģīti pacienti. Farmakoterapija un psiholoģiskā terapija	11
15. Pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem	11
Atsauces	12

KLĪNISKĀ CEĻA SHĒMA





Fokuss	Darbības	Veselības aprūpes līmenis
Atpazīšana	Paškaitējuma atpazīšana, primārais skrīnings	1. līmenis
Diagnostika	Paškaitējuma diagnostika, sekundārais skrīnings	2.–3. līmenis
Mērens risks	Novērošana — ģimenes ārsts, izglītības psihologs Psihosociāla intervence	1. līmenis 1.–2. līmenis
Vidēji augsts risks	Psihosociāla intervence	2.–3. līmenis
Ļoti augsts risks	Psiholoģiska terapija Farmakoterapija komorbīdiem traucējumiem	3. līmenis
Īpaši sarežģīti, komorbīdi un rezistenti pacienti	Farmakoterapija + specifiskas psiholoģiskās intervences	4. līmenis
Atpazīšana	Paškaitējuma atpazīšana, primārais skrīnings	1. līmenis

Indikācijas pacienta vadīšanai konkrētā psihiskās veselības aprūpes līmenī

1. līmenis

- Pirmreizējs nesuicidāls paškaitējums
- Bērns/pusaudzis no paaugstināta riska grupas
- Mērens nesuicidāla paškaitējuma risks bez papildu riska faktoriem

2. līmenis

- Mērens vai vidēji augsts nesuicidāla paškaitējuma risks
- Mērens suicidāla paškaitējuma risks
- Atkārtots nesuicidāls paškaitējums
- Pašnāvības domas vai plāns
- Pats bērns/pusaudzis vai viņa vecāki pieprasa nosūtījumu

3. līmenis

- Ļoti augsts nesuicidāla paškaitējuma risks
- Rezistents vidēji augsts nesuicidāla paškaitējuma risks
- Vidēji augsts vai ļoti augsts suicidāla paškaitējuma risks
- Pašnāvības mēģinājums
- Traucējumi trupinās pēc palīdzības saņemšanas 2. līmenī

4. līmenis

- Traucējumu izvērtēšanai/ārstēšanai nepieciešamais intensitātes līmenis, speciālistu kompetences līmenis, uzraudzības līmenis nav pieejams 2. vai 3. līmenī

MĒRĶAUDITORIJA

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

0. INFORMĀCIJA PACIENTAM VAI VECĀKIEM (LIKUMISKAJIEM PĀRSTĀVJIEM)

Nesuicidāls paškaitējums (NPK)

NPK visbiežāk izpaužas kā roku graizīšana un ir visai plaši izplatīta parādība mūsdienu pusaudžiem. Tas saistīts gan ar psihoemocionālo problēmu izplatību pusaudžiem, gan sociālo tīklu ietekmi un kopējām uzvedības tendencēm. Lielākā daļa pusaudžu to izmēģinās eksperimentāli — reizi vai divas un nekad vairs neatkārtos. Tādā gadījumā papildu palīdzība nebūs nepieciešama. Taču dažiem pusaudžiem graizīšanās vai cita veida paškaitējums kļūst par ierastu līdzekli, kā tikt galā ar ikdienas problēmām vai emocionālo spriedzi. [1]

Reizēm šo uzvedību paša pusaudža un ģimenes spēkiem nav iespējams kontrolēt vai mazināt. Tādos gadījumos jānodrošina iespēja saņemt nepieciešamo veselības aprūpes speciālistu atbalstu. Vērts paturēt prātā, ka šāda veida paškaitējums atšķiras no pašnāvības vēlmēm vai mēģinājumiem — absolūti lielākā daļa pusaudžu, kas veic paškaitējumu, nevēlas izdarīt pašnāvību un to nemēģinās. Taču paškaitējums palielina risku, ka pusaudža grūtības, nesaņemot palīdzību, var progresēt. Dažkārt tās var izaugt līdz pašnāvības domām vai rīcībai. Tāpēc ļoti svarīgi pievērst uzmanību pusaudža grūtībām un sniegt vajadzīgo atbalstu.

Ko DARĪT, ja jūsu bērns vai pusaudzis veic paškaitējumu?

Runājiet par viņa uztraukumiem un problēmām.

Runājiet par nesuicidālo paškaitējumu.

Uzklausiet bez kritizēšanas vai vērtējuma.

Esiet pacietīgi ar bērna vai pusaudža emociju izpausmēm.

Sniedziet praktisku palīdzību (piemēram, apkopjot griezuma rētas).

Atbalstiet partneri un citus ģimenes locekļus, kurus ietekmē šī rīcība.

Sniedziet adekvātu pieaugušā cilvēka piemēru, kā tikt galā ar konfliktsituācijām un negatīvām emocijām.

Palīdziet bērnam vai pusaudzim konstruktīvi risināt konfliktsituācijas (ar vecākiem, radniekiem, skolotājiem, vienaudžiem).

Pavadiet bērnu uz vizīti pie speciālista.

Apgūstiet informāciju par nesuicidālu paškaitējumu.

Sniedziet drošību un visu nepieciešamo aprūpi.

Adekvāti pārdzīvojiet savas emocijas, kas saistās ar pusaudža rīcību.

Veidojiet atbalsta sistēmu bērnam vai pusaudzim un visai ģimenei.

Ko NEDARĪT, ja jūsu bērns vai pusaudzis veic paškaitējumu?

Nemēģiniet kontrolēt bērna vai pusaudža uzvedību, atņemot vai draudot atņemt priekšmetus, ar kuriem veikts paškaitējums (piemēram, atņemot žileti).

Neizrādiet atklāti tādas negatīvās emocijas kā riebums, saskaroties ar bērna paškaitējumu. Nevainojiet bērnu vai pusaudzi par viņa uzvedību.

Neignorējiet šo uzvedību, neizliecieties, ka nekas nav noticis.

Nemainieties lomām ar savu bērnu — nelieciet viņam uzņemties visu atbildību un lēmumu pieņemšanu.

Nepieprasiet, lai bērns/pusaudzis rāda rētas (ja vien tas nav nepieciešams medicīnisku apsvērumu dēļ).

Nevainojiet savu partneri vai citus ģimenes locekļus par šo problēmu un nenosodiet viņu reakciju vai viedokli. [1]

Speciālisti, kas palīdzēs atpazīt un mazināt nesuicidālu paškaitējumu bērniem un pusaudžiem:

- bērnu psihiatrs,
- klīniskais psihologs vai veselības psihologs,
- psihoterapeits vai psihoterapijas speciālists.

Kur varat meklēt valsts apmaksātu palīdzību?

- Ārstniecības iestādēs, kur ambulatori pieņem minētie speciālisti.
- Slimnīcās, kur nodrošina psihiatriska profila stacionāro palīdzību bērniem (Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā, slimnīcā “Ģintermuiža”, Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā).
- Sociālajos dienestos, kur jūs informēs par valsts un pašvaldības apmaksāto pakalpojumu saņemšanas iespējām jūsu dzīvesvietā.
- Zvanot uz bērnu un pusaudžu uzticības tālruni: 116111 (strādā visu diennakti).

Suicidāls paškaitējums (SPK)

Pusaudžu vecumposms ir viens no lielākajiem riskiem pašnāvībai. Tas saistīts ar smadzeņu attīstības īpatnībām, ko šajā vecumā bieži raksturo izteikta emocionalitāte apvienojumā ar vāju impulsu kontroli. Pusaudžiem, kam ir papildu riska faktori (narkotisko vielu lietošana, zems sociāli ekonomiskais stāvoklis, psihoemocionālas traumas), pašnāvības risks ir augstāks.

Visbiežāk pusaudži tikai runās par pašnāvības izdarīšanu vai veiks suicīda mēģinājumu, kura iznākums nebūs letāls. Lai gan pabeigtas pašnāvības ir reta parādība, Latvijā ir viens no augstākajiem pašnāvības rādītājiem jauniešiem, tāpēc uzmanība jāpievērš ikvienai norādei, kas liecina par šādām domām vai darbībām. Vērts paturēt prātā, ka precīzi paredzēt jaunieša reālo risku izdarīt pašnāvību nav iespējams. Tāpat nevajadzētu domāt, ka pusaudzis ar šādu rīcību manipulē, — tas neizslēdz iespēju, ka pusaudzis var neapbrēķinot rīkoties tā, ka sekas ir nopietnas — līdz pat dzīvības zaudēšanai. [3; 4]

Kas jāņem vērā, ja bērns vai pusaudzis runā par pašnāvību vai mēģinājis to izdarīt?

- Tas vienmēr jāuztver nopietni, pat ja darbības šķiet demonstratīvas.
- Par pašnāvības domām un vēlmi ir svarīgi runāt ar bērnu vai pusaudzi — tas nepalielina pašnāvības risku.
- Pašnāvības mēģinājums pats par sevi vēl nenozīmē, ka pusaudzim ir kādi psihiskās veselības traucējumi.
- Pats svarīgākais ir ģimenes atbalsts, iesaiste terapijas procesā un drošības plāna ievērošana.

Kādas pazīmes var norādīt uz paaugstinātu pašnāvības risku?

- Pamanāmas pārmaiņas pusaudža uzvedībā, liels satraukums vai uzbudinājums.
- Iepriekšēji pašnāvības mēģinājumi vai paškaitējoša uzvedība (grauzīšanās).
- Runāšana, rakstīšana vai komunicēšana internetā par pašnāvību vai nāvi.

- Depresija un citi psihiskās veselības traucējumi.
- Nespēja aizmigt.
- Psihoaktīvo vielu lietošana (narkotikas un alkohols).
- Skolasbiedra vai paziņas pašnāvība.

Kādus drošības pasākumus veikt?

- Parūpēties, lai visi medikamenti mājās atrastos slēgtās vietās.
- Lielāku vērību pievērst sava bērna/pusaudža uzvedībai.
- Reizi dienā noskaidrot viņa/viņas noskaņojumu un pašnāvnieciskās tendences (skalā no 0 [nomāktības nav, laba izjūta] līdz 10 [sliktāk nevar būt, gribu tūlīt nomirt]).
- Uzmanīt pusaudža kontaktēšanos ar problemātiskiem draugiem. [4; 5]

Ko darīt, ja bērns/pusaudzis jūtas vai rīkojas pašnāvnieciski?

- Kopā ar pusaudzi izskatīt viņa/viņas drošības plānu.
- Sazināties ar pusaudžu psihiskās veselības speciālistu (psihologu, psihoterapeitu vai psihiatru) vai ģimenes ārstu (darba laikā).
- Zvanīt uz Bērnu un pusaudžu uzticības tālruni: 116111 (strādā visu diennakti).
- Vest pusaudzi uz slimnīcas neatliekamās medicīniskās palīdzības/uzņemšanas nodaļu.
- Zvanīt Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam 113.

Speciālisti, kas palīdzēs atpazīt un mazināt suicidāla paškaitējuma risku bērniem un pusaudžiem:

- bērnu psihiatrs,
- klīniskais psihologs vai veselības psihologs,
- psihoterapeits vai psihoterapijas speciālists.

Kur varat meklēt valsts apmaksātu palīdzību?

- Ārstniecības iestādēs, kur ambulatori pieņem minētie speciālisti.
- Slimnīcās, kur nodrošina psihiatriska profila stacionāro palīdzību bērniem (Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā, slimnīcā “Ģintermuiža”, Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā).
- Sociālajos dienestos, kur jūs informēs par valsts un pašvaldības apmaksāto pakalpojumu saņemšanas iespējām jūsu dzīvesvietā.
- Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā — gadījumos, ja apdraudēta dzīvība.

1. BĒRNS/PUSAUDZIS, KURŠ VEICIS PAŠKAITĒJUMU, GATAVOJAS TO DARĪT VAI IR PAAUGSTINĀTA RISKA GRUPĀ

Bērns/pusaudzis var būt izdarījis paškaitējumu (PK), proti, graizījis, plēsis ādu, sitis pats sev, mēģinājis sevi nogalināt, runājis par to vai plānojis to izdarīt.

Paaugstinātas pakāpes riska grupai pieder bērni/pusaudži:

- kuriem diagnosticēti vēl citi psihiskās veselības traucējumi (trauksmes, depresīvie),
- kuri iepriekš veikuši paškaitējumu,
- kuri pieder etniskai, sociālai, seksuālai vai citai minoritātei,
- kuriem ir izteikti problemātiskas attiecības ar vismaz vienu no vecākiem vai aprūpētājiem,
- kuriem ir maz sava vecuma draugu vai nav neviena,
- kuriem ir būtiski apgrūtinātas attiecības ar cilvēkiem,
- kuriem ir vājas sekmes skolā un kuri ir piedzīvojuši mobingu,
- kuriem nesen bijuši lieli pārdzīvojumi (vecāku šķiršanās, mājdzīvnieka nāve u.tml.),
- kuri problemātiski lieto psihoaktīvās vielas,
- kuri saskārušies ar SPK un NPK ģimenē, draugu lokā vai klasē,

- kuri nāk no augsta sociālā riska ģimenes vai atrodas ārpusģimenes aprūpē. [6]

2. SKRĪNINGS

Primārās veselības aprūpes līmenis

Bērnā/pusaudzī veic nesuicidālā un suicidālā riska skrīningu — vienmēr jāveic abi. Pēc skrīninga rezultāta speciālists pieņem vienu no diviem lēmumiem:

- tālāka palīdzība nav nepieciešama vai
- bērns/pusaudzis jānosūta tālākai novērtēšanai.

Izmantojamās metodes: NPK skrīnings, Kolumbijas suicīda riska skrīnings.

Kompetences līmenis: ģimenes ārsts, izglītības psihologs, skolas medmāsa.

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

Skrīningu veikt var arī citi speciālisti, kas iesaistīti darbā ar bērnu vai jaunieci, — sociālais darbinieks, pedagogs, jaunatnes lietu darbinieks u.tml.

3. NAV NEPIECIEŠAMA PALĪDZĪBA

Primārās veselības aprūpes līmenis

Ja bērnam/pusaudzī tālāka palīdzība nav nepieciešama, tad iespēju robežās viņam un ģimenei jāsaņem informācija par psihiskās veselības pašaprūpi, psihiskās veselības riskiem un to pazīmēm.

4. PSIHOSOCIĀLAIS NOVĒRTĒJUMS UN PAŠKAITĒJUMA RISKI IZVĒRTĒJUMS

Sekundārās veselības aprūpes līmenis un aprūpes līmenis ar sabiedrības atbalstu

Psihosociālā novērtējuma uzdevumi:

- 1) izprast konkrētā bērna un pusaudža PK uzvedību — cēloņus, kontekstu, motivāciju,
- 2) izveidot atbilstīgāko un efektīvāko terapijas plānu,
- 3) pamanīt citus psihiskās veselības traucējumu riskus un nodrošināt tālāku diagnostiku, ja tāda nepieciešama,
- 4) izveidot palīdzošas attiecības ar pacientu un viņa ģimeni. [1]

Paškaitējuma izvērtējuma mērķis ir noteikt paškaitējuma smaguma pakāpi un novērtēt suicīda risku. Pēc iegūtajiem rezultātiem bērnu/pusaudzi iekļauj vienā no trim kategorijām:

- mērens risks,
- vidēji augsts risks,
- ļoti augsts risks.

Riska kategorija nosaka tālāko rīcību, kas var būt:

- lēmums, ka šobrīd tālāka palīdzība nav nepieciešama (arī tad, ja palīdzība tiks saņemta ārpus valsts nodrošinātās aprūpes sistēmas),
- bērna/pusaudža rūpīga novērošana,
- pirmā līmeņa jeb psihosociālās intervences nozīmēšana,
- otrā līmeņa jeb psiholoģiskās terapijas nozīmēšana,
- novirzīšana uz attiecīgo aprūpes līmeni papildu diagnostikai.

Izmantojamās metodes: strukturēta aptauja — PK apgalvojumu aptauja (PAA), daļēji strukturēta intervija — “VIMI”, suicīda riska novērtējums — 5i protokols.

Lai informācija būtu pilnvērtīga, vēlams to iegūt arī no citiem speciālistiem (sociālā darbinieka, jaunatnes lietu darbinieka, pedagoga, skolas psihologa), ar kuriem bērns vai pusaudzis kontaktējas.

Kompetences līmenis: klīniskais psihologs un veselības psihologs, bērnu psihiatrs.

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

5. PACIENTA UN ĢIMENES IZGLĪTOŠANA

Visos veselības aprūpes līmeņos

Galvenais psihoizglītošanas uzdevums ir palīdzēt ģimenes locekļiem izprast:

- kādu funkciju pilda PK uzvedība,
- kādas ir ar to saistītās emocijas,
- kādas ir atbalsta un terapijas iespējas,
- kāda ir palīdzīga un nepalīdzīga apkārtējo reakcija,
- kādi ir riska faktori un kā tos mazināt.

Izmantojamās metodes: psihoizglītojoša informācija par PK bērniem un pusaudžiem, informācija par palīdzības iespējām un rīcību krīzes situācijās.

Kompetences līmenis: klīniskais psihologs vai veselības psihologs, bērnu psihiatrs, psihoterapeits vai psihoterapijas speciālists.

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

Bērna/pusaudža un ģimenes izglītošanā var iesaistīt arī citu jomu speciālistus (sociālo darbinieku, jauniešu NVO pārstāvjus), ar kuriem bērns vai pusaudzis bieži kontaktējas.

6. NMPD

NMPD sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību notikuma vietā un nogādā pacientu somatiskā profila stacionārā neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai (ja notikusi intoksikācija ar medikamentiem, ir dziļas griezuma brūces u.c.) vai stacionārā, kurā nodrošina psihiatriskā profila palīdzību, — riska novērtēšanai vai stacionārai psihiatriskai ārstēšanai.

7. SOMATISKAIS STACIONĀRS

Terciārās veselības aprūpes līmenis

Sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību — dzīvības funkciju uzturēšanu, dezintoksikāciju, traumatoloģisku palīdzību utt. Pēc somatiskā stāvokļa stabilizēšanas somatiskais stacionārs organizē atbilstīgā speciālista konsultāciju vai pārvešanu uz stacionāru, kurā nodrošina psihiatriskā profila palīdzību PK novērtējumam un psihiskā stāvokļa izvērtēšanai. Ja tiek rekomendēta pacienta pārvešana uz psihiatrisko stacionāru, tad iesaista NMPD.

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

8. ĪSA PSIHOSOCIĀLĀ INTERVENĒ

Primārās veselības aprūpes līmenis un aprūpes līmenis ar sabiedrības atbalstu

Īstermiņa konsultācijas tieši PK uzvedības vai suicīda riska mazināšanai: 1—4 konsultācijas nozīmē kā pirmās izvēles intervences pacientiem ar mērenu vai vidēji augstu risku.

Izmantojamās metodes: strukturēta psiholoģiskā konsultēšana, motivējošā intervija, uz risinājumu fokusēta terapija, CAMS modelis pašnāvību novēršanai. [3; 14; 15; 16; 17]

Kompetences līmenis: klīniskais psihologs vai veselības psihologs (ar nepieciešamo sertifikāciju attiecīgajā metodē).

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

9. NOVĒRTĒŠANA

Aprūpes līmenis, kurā veikta intervence vai saņemta terapija

Novērtēšanu veic pēc katras intervences vai terapijas kursa noslēguma.

Novērtējot NPK, speciālists izvērtē divus kritērijus:

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

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

Novērtējot SPK, speciālists ņem vērā:

- 1) suicīdālu uzvedību — suicīda mēģinājumus, gatavošanos, pašnāvību glorificējošu forumu apmeklēšanu vai suicīdālas ziņas sociālajos tīklos,
- 2) suicīdālas domas — biežumu, intensitāti, gatavību tās īstenot.

Novērtējuma rezultāti noteiks tālāko terapijas stratēģiju, kas var būt:

- novirzīšana uz nākamā līmeņa intervenci psiholoģiskās terapijas uzsākšanai,
- nosūtīšana uz uzmanīgu novērošanu,
- nosūtīšana papildu diagnostikai pie attiecīgā speciālista.

Izmantojamās metodes: tās pašas, ko izmantoja pirmajā psihosociālā un paškaitējuma riska novērtējumā. [7; 8]

Kompetences līmenis: klīniskais psihologs, bērnu psihiatrs.

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

10. PACIENTI AR ĻOTI AUGSTU RISKU VAI REZISTENCI

Terciārās veselības aprūpes līmenis

Šajā grupā iekļauj bērnus un pusaudžus, kuriem pēc pirmā līmeņa intervences saglabājas ļoti augsts PK risks. Tāpat šajā grupā iekļauj pacientus, kam pēc pirmā līmeņa intervences nav sasniegts vēlamais riska samazinājums, pacients nav izrādījis līdzestību vai konstatēti citi riski, komorbīdi traucējumi.

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

11. PSIHOLOĢISKĀ TERAPIJA

Sekundārās veselības aprūpes līmenis

Psiholoģiskā terapija vai psihoterapija PK mazināšanai, kura atbilst vecumposmam un konkrētā pacienta vajadzībām. Ņemot vērā šos apsvērumus, tā ir kognitīvi biheiviorālajā vai psihodinamiskajā pieejā orientēta psihoterapija, kas ilgst 3—6 mēnešus, dažkārt arī ilgāk. Būtiski, lai izvēlētais terapijas veids būtu pierādīti pamatots un speciālists būtu sertificēts.

Izmantojamās metodes: kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT) pēc vadlīnijām rokasgrāmatā, dialektiski biheiviorālā terapija, shēmu terapija, strukturētas grupu nodarbības T–SIB, mentalizācijas terapija, uz transferenci fokusēta terapija. [9; 10; 11; 12; 13]

Kompetences līmenis: psihoterapeits, psihoterapijas speciālists vai KBT terapeits (ar nepieciešamo sertifikāciju attiecīgajā metodē).

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

Svarīgi! Šobrīd psihoterapijas pieejamība bērniem un pusaudžiem Latvijā ir ierobežota — no rekomendētajām pieejām par valsts līdzekļiem sekundārajā veselības aprūpē ir pieejama īstermiņa KBT pieejā orientēta terapija (ne vairāk par 10—12 konsultācijām).

Ilgstoša un citu veidu psihoterapija pieejama par personīgajiem līdzekļiem — tās var nodrošināt ārsti—psihoterapeiti (www.arstipsihoterapeiti.lv) un KBT terapeiti (www.kbt.lv), kā arī citi sertificēti psihoterapeiti un psihoterapijas speciālisti (www.psihoterapija.lv).

12. NOVĒROŠANA

Primārās vai sekundārās veselības aprūpes līmenis

Novērošanas uzdevumi:

- 1) uzraudzīt, vai bērnam/pusaudzim nepasliktinās traucējumu gaita,
- 2) pārlicināties, ka saglabājas sasniegtais terapeitiskais efekts,
- 3) konstatēt, vai neparādās jauni riska faktori.

Novērošanu veic 1—2 reizes mēnesī. Vizītes laiks var būt saīsināts: 15—20 min.

Ja novērošanas gaitā risks paaugstinās, parādās jauni traucējumi vai ir PK recidīvs, tad pacientam veic atkārtotu novērtēšanu.

Novērošanā var iesaistīt citu jomu speciālistus (sociālo darbinieku, jaunatnes lietu darbinieku), ar kuriem bērns vai pusaudzis bieži kontaktējas.

Izmantojamās metodes: tās pašas, kas novērtēšanā.

Kompetences līmenis: bērnu psihiatrs, klīniskais psihologs vai veselības psihologs, psihoterapeits, psihoterapijas speciālists, ģimenes ārsts.

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

13. DIAGNOSTICĒTI CITI TRAUCĒJUMI

Sekundārās veselības aprūpes līmenis

PK pats par sevi neliek secināt, ka pacientam piemērojama kāda diagnoze, un lielai daļai bērnu/pusaudžu ar PK nav citu klīniski nozīmīgu traucējumu. Taču bieži PK ir komorbīds ar kādu citu traucējumu vai labāk skaidrojams kā kādas citas diagnozes simptoms. Tādos

gadījumos jārikojas pēc attiecīgo traucējumu ārstēšanas vadlīnijām, piemēram, “Psihotiski traucējumi un šizofrēnija bērniem un pusaudžiem — atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”.

Ja rodas aizdomas par komorbiditāti vai nepieciešamību pēc diferenciāldiagnostikas, jāveic psihisko traucējumu diagnostika. Komorbīdu traucējumu gadījumā svarīgi izvērtēt, kuri traucējumi šobrīd rada lielāko risku veselībai un funkcionalitātei, un primāri ārstēt šos traucējumus.

Izmantojamās metodes: pēc attiecīgo traucējumu vadlīnijām.

Kompetences līmenis: bērnu psihiatrs.

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

14. ĪPAŠI SAREŽĢĪTI PACIENTI. FARMAKOTERAPIJA UN PSIHOLOĢISKĀ TERAPIJA

Terciārās veselības aprūpes līmenis

Ja pacienta traucējumu izvērtēšanai/ārstēšanai vajadzīgs tāds intensitātes līmenis vai tādu speciālistu kompetence vai uzraudzība, ko nav iespējams nodrošināt citos aprūpes līmeņos, tad pacientu nosūta ārstēšanai terciārās aprūpes līmenī universitātes slimnīcā.

Šajā līmenī pacientam tiek nodrošināta nepieciešamā psiholoģiskā un farmakoloģiskā terapija atbilstīgi vadlīnijām.

Izmantojamās metodes: pēc attiecīgo traucējumu vadlīnijām.

Kompetences līmenis: bērnu psihiatrs, klīniskais psihologs, psihoterapeits vai psihoterapijas speciālists, KBT terapeits.

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

15. PĀREJA UZ PIEAUGUŠO PSIHISKĀS VESELĪBAS APRŪPES DIENESTIEM

Aprūpes līmenis, kurā saņemta palīdzība

Ja terapijas vai novērošanas laikā pacients kļūst pilngadīgs, ir jānodrošina koordinēta pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem.

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

Pārejas periodā uz pieaugušo psihiatriskās veselības aprūpes dienestiem rekomendējama oficiāla koordinēšanas sapulce, kurā piedalās bērnu un pieaugušo psihiatriskās veselības aprūpes dienestu pārstāvji. Jaunietim ir jāsaņem pilna informācija par pieaugušo psihiatriskās veselības aprūpes dienestiem. Pārejas plānošanā jāpiedalās jaunietim un nepieciešamības gadījumā arī viņa vecākiem (likumiskajam pārstāvim).

ATSAUCES

1. Wester KL, Trepal HC. (2017) Non-Suicidal self-injury. *Wellness Perspectives on Behaviours, Symptoms, and Diagnosis*. New York: Routledge, 183.
2. International Society for the Study of Self Injury, 2007.
3. Robinson J, Bailey E, Witt K, et al. (2018) What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, 4-5: 52–91.
4. Lindgren BM, Svedin CG, Werko S. (2018) A systematic literature review of experiences of professional care and support among people with self-harm. *Archives of Suicide Research*, 22(2): 173–192.
5. Fowler JC. (2012) Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49(1): 81–90.
6. Gillies D, Christou M, Dixon A, et al. (2018) Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(10): 733–741.
7. Lengel GJ, Styer D. (2019) Comprehensive Assessment of Nonsuicidal Self-Injury. // Washburn JJ, ed. *Nonsuicidal Self-Injury. Advances in Research and Practice*. New York: Routledge, 127–128.
8. Robinson J, Bailey E, Witt K, et al. (2018) What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, 4-5: 52–91.
9. Calati R, Courtet P. (2016) Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79: 8–20.
10. Levy K, Ehrental J, Yeomans F, Caligor E. (2014) The Efficacy of Psychotherapy: Focus on Psychodynamic Psychotherapy as an Example. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3): 377–421.
11. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
12. Bateman A, Fonagy P. (2006) Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1): 11–15.
13. Simpson AS. (2020) *Schema Therapy: Working with Complex Clinical Presentations and Personality-Based Problems*. The British Psychological Society. <https://www.bps.org.uk/blogs/guest/schema-therapy-working-complex-clinical-presentations-and-personality-based-problems>
14. Turner BJ, Cobb RJ, Gratz K, Chapman AL. (2014) Treating non-suicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11): 576–585.
15. Taylor L, Simic M, Schmidt U. (2015) *Cutting Down. A CBT workbook for treating young people who self-harm*. London: Routledge.
16. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001: 40(7 Suppl.): 24–25.
17. Linehan M. (1997) Behavioral Treatments of Suicidal Behaviors. Definitional Obfuscation and Treatment Outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836 (1 Neurobiology): 302–328.