



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/I/001“Ārstniecības un ārstniecības
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

Metodiskais materiāls

BĒRNU PSIHISKIE UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMI, TOSTARP ĒŠANAS TRAUCĒJUMI-ANOREKSIJA, BULĪMIJA, KOMPULSĪVĀ PĀRĒŠANĀS-BĒRNIEM UN PUSAUDŽIEM

Anna Čirko

Inta Kalniņa

Marina Svētiņa

Rīga

2019

ANOTĀCIJA

Psihiskā veselība ir nozīmīga un neatņemama vispārējās veselības komponente – labklājības stāvoklis, kurā indivīds realizē savas spējas tikt galā ar dzīves situācijām. Mūsdienās veselības aprūpes prakse ir uz pacientu orientēta un multidisciplināra. Tas nozīmē, ka arvien vairāk mēs attālināmies no izolētas un institucionālas psihiski slimu pacientu ārstēšanas un aprūpes. Pacients ar garīga rakstura traucējumiem var ārstēties un saņemt aprūpes pakalpojumus visos veselības aprūpes līmeņos. Efektīva un kvalitatīva veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanas priekšnoteikums ir zinošs veselības aprūpes personāls, līdz ar to ikvienam veselības aprūpes speciālistam ir jābūt kompetentam sniegt aprūpi pacientiem ar psihiskiem traucējumiem.

Metodiskajā materiālā ir apkopota pamatinformācija par biežāk sastopamajiem psihiskajiem un uzvedības traucējumiem bērnu un pusaudžu vecumā. Materiālā sniegts ieskats pacientu ar intelektuālās attīstības, emocionālā un uzvedības traucējumiem, kā arī pacientu ar ēšanas traucējumiem ārstēšanas un aprūpes aspektos.

SAĪSINĀJUMU SARAKSTS

AST - Autiska spektra traucējumi

CNS – Centrālā nervu sistēma

CT – Datortomogrāfija

IT- Intelektuālās attīstības traucējumi

MRT - Magnētiskās rezonanses tomogrāfijas

NCD – Nervu caurulītes defekts

NP – nesuicidāls paškaitējums

PET - Pozitronu emisijas tomogrāfijā

PVO – Pasaules Veselības organizācija

TS – Tureta sindroms

SPKC – slimību profilakses un kontroles centrs

SSRI - selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori

UDHS – Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms

SATURS

Ievads	6
1.Psihiskie un uzvedības traucējumi bērniem	7
1.1. Psihiskā veselība bērniem.....	12
1.2.Bērnu nervu sistēmas attīstība, to ietekmējošie faktori.....	13
2. Nervu sistēmas attīstības traucējumi	15
2.1.Intelektuālās attīstības traucējumi	16
2.2.Autiska spektra traucējumi	20
2.3.Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms	24
3. Emociju un uzvedības traucējumi bērniem un pusaudžiem	29
3.1. Uzvedības traucējumi	29
3.2. Emocionāli traucējumi ar bērņībai specifisku sākumu	31
3.3. Depresija bērnu un pusaudžu vecumposmā	34
3.4. Nervu tiki jeb rauste	39
4. Ēšanas traucējumi bērniem un pusaudžiem, to ietekme uz dzīves kvalitāti	44
4.1.Anoreksija	45
4.2. Bulīmija	48
4.3. Kompulsīvā pārēšanās	49
4.4. Uztura terapijas principi pacientiem ar ēšanas traucējumiem	51
5. Pacientu ar psihiskiem traucējumiem aprūpes pamatelementi	54
5.1. Terapeitiskas sadarbības veidošana	54
5.2. Holistiskā pieeja pacientu aprūpē	55
5.3. Aprūpes speciālistu loma ārstēšanas procesā	56

5.4. Biežākie psihiskās veselības traucējumi bērniem	57
Izmantotās literatūras un avotu saraksts	63

IEVADS

Viena no veselības definīcijām nosaka, ka veselība tiek saprasta kā pilnīgs fiziskās, garīgās un sociālās labklājības stāvoklis. Praktizējošu veselības aprūpes speciālistu vidū pacientu ārstēšana un aprūpe sen vairs neaprobežojas tikai un vienīgi ar fizisko simptomu mazināšanu vai novēršanu, bet pacients tiek uzskatīts par veselumu, kura aprūpē tiek ņemtas vērā visas pacienta vajadzību sfēras. Neskatoties uz to, ka sabiedrība tiek orientēta uz cilvēku ar psihiskās veselības problēmām integrāciju sabiedrībā, pacienti, kuru pamata diagnoze saistīta ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, vēl joprojām ir izaicinājums jebkuram veselības aprūpes speciālistam. Mūsdienās veselības aprūpes prakse ir uz pacientu orientēta un multidisciplināra. Tas nozīmē, ka arvien vairāk mēs attālināmies no izolētas un institucionālas psihiski slimu pacientu ārstēšanas un aprūpes. Pacients ar psihiskiem traucējumiem var ārstēties un saņemt aprūpes pakalpojumus visos veselības aprūpes līmeņos. Kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojuma saņemšana ir ikviena pacienta pamattiesības, bet efektīvas veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanas priekšnoteikums ir zinošs veselības aprūpes personāls, līdz ar to ikvienam veselības aprūpes speciālistam ir jābūt kompetentam sniegt aprūpi pacientiem ar psihiskiem traucējumiem.

Metodiskajā materiālā ir apkopota pamatinformācija par biežāk sastopamajiem psihiskajiem un uzvedības traucējumiem bērnu un pusaudžu vecumā. Materiālā sniegts ieskats pacientu ar intelektuālās attīstības, emocionālā un uzvedības traucējumiem, kā arī pacientu ar ēšanas traucējumiem ārstēšanas un aprūpes aspektos.

1. PSIHISKIE UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMI BĒRNIEM

Pasaulē 10 līdz 20% bērnu un pusaudžu ir psihiski un uzvedības traucējumi. Neatpazīti un neārstēti šie stāvokļi būtiski ietekmē bērnu attīstību, viņu panākumus mācībās un potenciālu turpmākai produktīvai un piepildītai dzīvei. Lielākajai daļai no psihiskajiem traucējumiem bērniem ir pieejamas drošas un efektīvas ārstēšanas un rehabilitācijas metodes, kas būtiski uzlabo dzīves kvalitāti un tālāko prognozi, tāpēc ārkārtīgi svarīgi ir tos laicīgi atpazīt un ārstēt.

Psihiski traucējumi var sākties jebkurā vecumā, bet katram vecuma posmam ir raksturīgi savi biežākie traucējumi. Pirmsskolas vecumam raksturīgie traucējumi ir attīstības aizture, tai skaitā valodas attīstības aizture, garīgā atpalcība, bērniņas autisms, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms. Skolas vecumam visraksturīgākie traucējumi ir mācīšanās traucējumi, raustes, uzvedības traucējumi, neirotiski traucējumi - obsesīvi kompulsīvi traucējumi, funkcionālā enurēze, šķiršanās trauksme, fobiska trauksmainība, sociālā trauksme, brāļu/māsu sacensība. Savukārt pusaudžu vecumam raksturīgi ir ēšanas traucējumi, depresija un ar to saistīti pašnāvības mēģinājumi, uzvedības traucējumi, vielu atkarības. Pusaudžu vecumā arī sākas lielākā daļa no pieaugušo psihiskajiem traucējumiem - kā bipolāri afektīvi traucējumi, šizofrēnija, personības traucējumi un citi [9; 13]. Latvijā pēc SPKC datiem bērnu skaits ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kam bija sniegta palīdzība stacionārā 2018. gadā vecuma grupā no 0 līdz 14 gadu vecumam ir 1232 un no 15 līdz 17 gadu vecumam – 604 [10].

Psihisko un uzvedības traucējumu klasifikācija un atbilstošas diagnozes uzlikšana ir diezgan sarežģīts process. Pašlaik tiek izmantotas divas galvenās klasifikācijas: Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskā slimību klasifikācija (SSK-10) un Amerikas Psihiatriskās asociācijas diagnostikas un statistikas rokasgrāmata (DSM-V), kam ir zināmas atšķirības un dažreiz nesakritības savā starpā. Bet 2018. gadā. 18. jūnijā PVO publicēja SSK-11, kas 2019.gadā. maijā tika prezentēta un pieņemta PVO 72. Ģenerālasamblejā un 2022.gadā. 1. janvārī dalībvalstīm būs jāsniegt datus atbilstoši SSK-11 kodiem. Jauna klasifikācija ir pilnīgi digitāla, un rādīta izmantošanai digitālajos datu nesējos. Tā hierarhiskā struktūra balstās nevis uz prezentējošo simptomu līdzības (kā SSK10), bet uz uzkrātās pierādījumu bāzes par traucējumu kopējo etioloģisko (tai skaitā ģenētisko) pamatu. Diagnožu definīcijas ir aprakstošas un fokusējas uz traucējumu galvenajām pazīmēm, nav pierasto diagnostisko kritēriju, bet dotas aprakstošas vadlīnijas. Un vairs nav atsevišķas sadaļas par “bērnu traucējumiem”.

Psihiskus traucējumus var iedalīt arī uz interlizējoša un eksternalizējoša rakstura traucējumiem. Ekternalizejošo vai tā saucamo „neatbilstošas kontroles” traucējumiem raksturīga tendence distresu paust uz āru - negatīvo emociju (afektu) pavēršana pret citiem, piemēram, uzvedības traucējumi, hiperkinētiski traucējumi, vielu kaitējoši pārmērīga lietošana, augsta riska uzvedība, paradumu un dziņu traucējumi (piromānija, kleptomānija u.c.), antisociāla personība. Internalizējošo traucējumu gadījumā tendence distresu paust uz iekšu - negatīvo emociju (afektu) pavēršana pret sevi, piemēram, emociju traucējumi ar bērņībai specifisku sākumu, trauksmes spektra traucējumi, obsesīvi-kompulsīvi traucējumi, somatoformi traucējumi, garastāvokļa traucējumi un ēšanas traucējumi. Interlizējoši traucējumi atšķirībā no eksternalizējošiem parasti rada vairāk ciešanu pašiem bērņiem nekā viņu tuvākajai apkārtējai videi.

Psihisko traucējumu diagnostikai nav specifisku bioloģisku vai radioloģisku marķieru, tāpēc tas ir multimodāls process. Bērņus ir jānovērtē nevis atsevišķi, bet tas jā dara ģimenes, skolas, kopienas un kultūras kontekstā. Psihiskus traucējumus bērņiem diagnosticē bērņu psihiatrs, kas veic izvērstu bērņa klīnisko un psihosociālo izvērtēšanu. Bieži vien ir nepieciešamas arī klīniskā psihologa, ergoterapeita, logopēda un citu funkcionālo speciālistu konsultācijas. Visiem bērņiem jānovērtē fiziskās veselības stāvoklis, un jāveic nepieciešamie izmeklējumi, lai izslēgtu fizisku saslimšanu. Psihisko traucējumu diagnostika pamatā ietver sevī interviju ar vecākiem vai bērņu, psihiskā statusa izvērtēšanu, anamnēzes un somatiskā statusa izvērtēšanu un dažādas speciāli izstrādātas novērtējuma skalas.

Psihisku traucējumu noteikšanai visbiežāk izmanto diagnostisku sarunu ar pacientu, ja bērņis ir pietiekoši liels, vai ar bērņa vecākiem (aizbildņiem) un citiem ģimenes locekļiem. Kā arī bieži ir nepieciešams iegūt raksturojumus par bērņu no pedagogiem, skolas psihologa, sociālā darbinieka. Šādai sarunai jānotiek piemērotos apstākļos, mierīgā atmosfērā, nodrošinot konfidencialitāti un drošību gan pacientam, gan ārstam. Anamnēzes datu ievākšanā nepieciešams iegūt informāciju par: iedzimtību un pārmantojamību, vai dzimis normālās dzemdībās, vai bijuši attīstības traucējumi, pārciestas slimības, attiecības ar vecākiem, pārējiem ģimenes locekļiem un citiem bērņiem (pieķeršanās, simpātijas, antipātijas, paklausība), reakcija uz iesaistīšanu bērņu kolektīvā, attiecības ar vienaudžiem, intereses, aizraušānās un vaļasprieki. Svarīgi noskaidrot psihisko un uzvedības traucējumu sākumu un attīstību hronoloģiskā secībā, ka arī saņemtu līdz šim terapiju un to efektivitāti.

Psihiskā stāvokļa izvērtēšanas mērķis ir objektīvi bez interpretācijas aprakstīt bērņa izskatu, simptomus, uzvedību un darbību, kas tika atklāti apskates laikā. Labi aprakstīts psihiskais stāvoklis ļauj citam vai tam pašam ārstam redzēt skaidru priekšstatu par pacienta psihiskās veselības stāvokli

izmeklēšanas laikā pēc vairākām nedēļām, mēnešiem un gadiem. Tas ir jebkuras psihiatriskās pārbaudes neatņemama sastāvdaļa, un jābūt aprakstošam, neietverot spriedumu par to, vai uzvedība ir normāla vai patoloģiska, klīniski nozīmīga vai nenozīmīga. Noteiktos apstākļos dažos traucējumos novērotās uzvedības un emocionālās novirzes var rasties veseliem bērniem. Klīnisko nozīmību nosaka to smagums (daudzums), izplatība un daba (kvalitāte). Pacienta psihiskā stāvokļa izvērtēšanā jāizvērtē:

- apziņa (netraucēta, sašaurināta, mainīga, aptumšota),
- orientācija (dezorientācija) laikā, vietā, personībā;
- kontakts ar pacientu, uzvedība (pasivitāte, agresija, apjukums),
- pacienta ārējais izskats, uzvedība sarunas laikā, attieksme pret sarunu;
- uztveres traucējumi (iluzori traucējumi, halucinācijas, pseidohalucinācijas, senestopātijas); dismorfofobijas; derealizācija, depresonalizācija;
- domāšanas traucējumi (palēnināta, paātrināta, dezorganizēta, patoloģiski pamatīga domāšana u.c.); uzmācības un kompulsijas; suicidālas vai agresīvas domas;
- pārvērtēšanas un murgu idejas (paranojālas, paranoīdas, parafrēnas; tēlainas vai interpretatīvas); vai un kādā veidā pārvērtēšanas vai murgu idejas ietekmē pacienta uzvedību, vai tās apdraud pacientu vai konkrētus cilvēkus;
- emociju sfēra (trauksme, bailes, naidīgums, disforija, eiforija u.c.) un garstāvoklis (nomākts, pacilāts); nespēja just (aleksitīmija), nespēja baudīt, priecāties, vienaldzīgums (anhedonija);
- gribas - kustību sfēra (manierība, gribas procesi (abulija), koordinācija, tiki);
- pacienta intereses (plašums, īpatnības, interešu trūkums);
- uzmanība (noturīgums, koncentrācija), atmiņa (ilglaicīga un īslaicīga);
- runa – temps, valodas prasmes, skaļums, vārdu krājums;
- intelekts, spriešanas spējas, spēja zināšanas izmantot sadzīvē, nodomi kā ārstēties, risināt sadzīves problēmas; garīgās atpalcības – rēķināšana, rakstība, pārnestā nozīme;
- pacienta personība (hipertīma, distīma, ciklotīma, sensitīva,

Somatiskā statusa izvērtēšanā ietver bērna psihomotoras attīstības novērtēšana, svāra un auguma, galvas apkārtmēra un asins spiediena noteikšana un atbilstība bērna vecumam, nepieciešams rūpīgi izvērtēt ādas stāvokli, neiroloģisko statusu (poza un gaita, smadzeņu funkcijas pārbaude (piemēram, disdiadochokinesis izslēgšana), tonuss, stiprums, refleksi, patoloģiskas kustības (fascikulācijas, tiki, mioklonijas, distonija, atetoze, hemiballisms, trīce).

Ja ir atbilstošas indikācijas vai norādes par kādu citu iespējamu saslimšanu, ir jāveic diferenciālā diagnostika, nepieciešami papildu izmeklējumi, piem., asins aina, urīna analīze, aknu fermenti, elektrolīti serumā, glikoze, nieru funkciju rādītāji, vairogdziedzera hormoni, citu hormonu līmenis, ģenētiskie testi, urīna toksikoloģija uz psihoaktīvo vielu noteikšanu, EKG, EEG organiska CNS bojājuma, epilepsijas izvērtēšanai, datortomogrāfija vai magnētiskās rezonanses tomogrāfija organisku psihisku traucējumu precizēšanai, dzirdes un redzes izvērtēšana.

Eksistē arī dažādas strukturēto izvērtēšanas metodes jeb izvērtēšanas skalas, kuras izmanto, lai apkopotu datus par simptomu klātbūtni un smaguma pakāpi. Skalas var kalpot kā papildus diagnostikas informācijas avots, kā arī tās var izmantot, lai uzraudzītu un novērtētu ārstēšanas efektivitāti, kā arī ka pētniecības instrumentus. Tos var izmantot arī skrīningam, lai noteiktu, vai bērns ir rūpīgāk jāpārbauda attiecībā uz psihiskā rakstura traucējumiem.

Bērna psihisko traucējumu ārstēšana ir kompleks process, kurā jāiesaista ne tikai pats bērns, bet arī visa ģimene, un ko veic multiprofesionāla komanda - bērnu psihiatrs, psihologi un psihoterapeiti, sociālie un speciālie pedagogi, ergoterapeiti, logopēdi un citi speciālisti. Atkarībā no traucējumu veida un bērna vecuma ārstēšanā pielieto gan nemedikamentozās, gan medikamentozās ārstēšanas metodes. Mūsdienās ir pieejamas dažādas psihoterapijas metodes ar dažādas pakāpes efektivitātes pierādījumiem un to izvēlē ir atkarīga nodominējošās problēmas:

- Smilšu spēļu/terapija – veido pats savu pasauli miniatūrā. Bērns nodibina saikni ar neapzinātām vēlmēm, kas samazina sasprindzinājumu.
- Mākslas terapija:
 - ✓ Vizuāli plastiskās mākslas terapija - izmanto mākslu un radošo procesu, lai uzlabotu cilvēka garīgo, emocionālo un fizisko veselību, kā arī labklājību un labsajūtu, kas ietver sevī intuīcijas, izjūtu un sajūtu, ķermeņa, prāta un dvēseles vienotību. Cilvēks tiek aicināts savas domas, jūtas un vajadzības uzzīmēt, uzgleznot, izveidot no māla vai plastilīna, salikt kā kolāžu no attēliem vai atrast citu piemērotu mākslinieciskās izteiksmes veidu. Caur zīmējumu, spēli vai pasaku tiek “dota izeja” sociāli nepieņemamām negatīvām emocijām.
 - ✓ Deju/kustību terapija - izmanto deju un kustību, lai uzlabotu fizisko, emocionālo, kognitīvo (uztvere, atmiņa, domāšana u.c.) un sociālo veselību. Deju un kustību terapijas pamatnostādne – ķermenis un psihe ir savstarpēji mijiedarbīga sistēma, kas nozīmē, ka izmaiņas ķermenī un kustībās rada izmaiņas emocionālajā stāvoklī. Deju un kustības terapijas procesā, atšķirībā no dejošanas un fizioterapijas, nozīme ir radošai sadarbībai ar terapeitu un pārdomām par šo procesu.
 - ✓ Mūzikas terapija – ir mūzikas zinātnisks pielietojums terapeitiskiem mērķiem, mūzikas un tās

izteiksmes līdzekļu izmantošana mūzikas terapijā un klienta/pacienta individuālajā vai grupas terapeitisko attiecību procesā, ar mērķi sekmēt fizisko, garīgo un sociālo veselību. Mūzikas terapijā tiek izmantota mūzikas instrumentu spēle, balss izpausmes, ķermeņa kustības, kā arī mūzikas klausīšanās.

- ✓ Drāmas terapija –atšķirībā no teātra, drāmas terapijā mērķtiecīgi izmanto drāmas un teātra elementus – lomu spēles, stāstus, pasakas, metaforas, sapņus, maskas, grimu, priekšmetus, lelles, fotogrāfijas, video, lai sasniegtu terapeitiskus mērķus – simptomu mazināšanos, psihisko un fizisko integritāti un personības izaugsmi.
- Naratīvā psihoterapija – bērniem tiek dota iespēja pašiem izdomāt kādu stāstu. Tas atspoguļo bērna iekšējos konfliktus un aizsargmehānismus
- Biheiviorālā terapija. Tā balstās nevis uz kāda konkrēta notikuma, fakta analīzi, bet uz to, kā cilvēks ir uztvēris un sapratis notiekošo un atbilstoši šai uztverei reaģējis, rīkojies. Nozīmīga daļa uzmanības tiek pievērsta iespējai apgūt jauno adaptīvo uzvedību, līdz ar to, nostiprināt jauno modeli, pārbaudīt kā tas strādā, kādas pārmaiņas ienes un pārnest šīs pārmaiņas ārpus nodarbības vides.
- Gešaltterapija – izmanto lomu spēles, «tukšais krēsls», kuru laikā var “izspēlēt” negatīvās emocijas, sajūst to raksturu un atrast uzvedības pieņemamākos konstruktīvos veidus
- Ģimenes psihoterapija – aicināt vecākus izvairīties no galējībām: atļaut bērnam darīt pilnīgi visu vai arī atstāt bez uzraudzības, uzturēt emocionālo kontaktu.

Medikamentozai terapijai jābalstās uz psihofarmakoloģiskiem aspektiem atbilstoši bērna vecumam, jāveicina, bērna optimālu attīstības procesus, jāmazina traucējumu simptomus, lai palīdzētu bērnam labāk adaptēties videi.

Nozīmējot medikamentozo terapiju, nepieciešams ievērot sekojošus principus:

- Apspriest un saskaņot ar vecākiem terapijas mērķus, paredzamās sekas un sociālās sekas (skolu apmeklēšana, sports, kaitīgo faktoru likvidēšana u.c.),
- Iegūt informētu vecāku un bērna piekrišanu,
- Noteikt atbilstošu kursa zāļu terapiju - optimālā deva un ārstēšanas ilgums,
- Piešķirt zāles ar minimālu toksicitāti un blakusparādībām,
- Izmantot vienkāršus medikamentu lietošanas režīmus,
- Pieturāties pie individualitātes principiem (vecums, svars, panesamība, somatiskā stāvokļa īpatnības utt.),
- Ņemt vērā slimības dinamiku, vadošo psihopatoloģisko simptomu kompleksu - „mērķa

simptoms”,

- Ievērot nepārtrauktības principu - starp ambulatorajiem un stacionārajiem pakalpojumiem,
- Uzraudzīt terapijas panākumus ("mērķa simptomu dinamika", blakusparādību identificēšana un korekcija, dzīves kvalitātes kontrole),
- Terapijas pārtraukšana jāveic pakāpeniski, lai novērstu atcelšanas simptomus un slimības atkārtosanos [9; 14; 29; 36; 27].

1.1. Psihiskā veselība bērniem

Psihiskā veselība ir nozīmīga un neatņemama vispārējās veselības komponente. Psihiskā veselība bērna un pusaudža vecumā ir pamats psihiskajai un fiziskajai veselībai visā dzīves laikā. Pasaules Veselības organizācija veselību definē kā pilnīgu fizisku, garīgu (psihisku) un sociālu labklājību, nevis tikai stāvokli bez slimības vai fiziskiem trūkumiem. Savukārt specifiski psihiskā veselība ir labklājības stāvoklis, kad indivīds spēj īstenot savu potenciālu, tikt galā ar ikdienas stresu, produktīvi strādāt un dot ieguldījumu sabiedrībā. Laba indivīda un kopējā sabiedrības psihiskā veselība ir būtisks nosacījums stabilas, drošas un labklājības sabiedrības veidošanai.

Psihiskās veselības veicināšana ir nepieciešama un svarīga gan katra cilvēka dzīves kvalitātei, gan valsts ilgtspējīgai attīstībai. Starp psihisko un fizisko veselību pastāv cieša saikne, fizioloģiskie procesi cilvēkā ir psihosomatiski pēc savas dabas

Bērnu psihe atrodas nemitīgā attīstības procesā, un īpaši svarīgs posms ir līdz, aptuveni, piecu gadu vecumam, kad notiek visstraujākie attīstības un veidošanās procesi. Vēlākās slimības izpausmes bieži vien norāda uz attīstības traucējumiem tieši šajā periodā. Sastopoties ar bērna psihopatoloģiju skolas vecumā, nākas saskarties ar nelabvēlīgas agrīnās attīstības sekām. Normas jēdziens, attiecībā uz psihi attīstību, ir mainīgs jeb dinamisks process. Psihi attīstības procesu ir iespējams daļēji vadīt. Attīstības process ietver gan pēctecību, gan izmaiņas. Attīstība pēc savas dabas ir iedzimta - ģenētiskā predispozīcija nosaka attīstības potenciālu, tomēr jāatceras, ka katram indivīdam tajā ir individuālas variācijas. Attīstības process pēc savas dabas ir sinusoidāls, ietver gan strauja progresu, gan regresijas posmus. Bērna psihiskā funkcionēšana un labklājība ir ļoti atkarīga no iekšējiem un ārējiem faktoriem - tādiem kā ekonomiskie, demogrāfiskie, emocionālie, sociālie, bioloģiskie, ģenētiskie, ārējās vides fizikālie un ķīmiskie faktori. To nosaka iedzimtības un apkārtējās vides – ģimenes, sabiedrības un ģeogrāfiskās vides mijiedarbība. Šie faktori darbojas kopumā un vienlaicīgi, tādēļ pat viena faktora izmaiņa, veicinot psihisko veselību, var izrādīties efektīga. Diemžēl arī otrādi: saglabājoties kāda faktora nelabvēlīgai ietekmei, psihisko veselību var

būt grūti nodrošināt, neskatoties uz pamatīga darba ieguldīšanu. Bērns ar labu psihisko veselību ir aktīvs, enerģisks, ar pozitīvu paštēlu, ēstgribu un miegu, ieinteresēts sevī, apkārtējos cilvēkos un notikumos. Atkarībā no bērna nervu sistēmas tipa un temperamenta šīs īpašības var būt izteiktas dažādā intensitātē. Bērnā, kuram psihoemocionālajā veselībā ir negatīvas izmaiņas, parādās emocionāli, fiziski un/vai uzvedības traucējumi. Novērtējot attīstību, normas jēdziens var tikt lietots dažādās nozīmēs. Norma var nozīmēt patoloģijas neesamību. Norma var nozīmēt arī bērna psihiskās attīstības atbilstību kādiem noteiktiem parametriem, vai arī var apzīmēt sociāli un kultūrā pieņemtas normas. Lai labāk varētu novērtēt bērna psihisko attīstību, to sadala vairākās jomās. Katra joma attīstās nosacīti neatkarīgi, taču tās viena otru dažādos veidos ietekmē. Normāla attīstība ir tad, ja šīs jomas attīstās harmoniski. Ja attīstība vienā jomā ir lēnāka nekā citās, tad ir pamats domāt, ka bērnam ir attīstības aizkavēšanās.

Attīstības traucējumi jādiferencē no nevienmērīgas attīstības, kas ir saistīta ar jauniem izturēšanās veidiem noteiktos attīstības posmos. Bērna attīstība kopumā ietver septiņas nozīmīgas jomas, un katra no tām mijiedarbojas ar psihisko attīstību: fiziskā attīstība, temperamenta potenciāla attīstība, kognitīvā attīstība, sociālā attīstība, emocionālā attīstība, seksuālā attīstība, morālā attīstība.

Normālai psihiskai veselībai raksturīgi sekojoši priekšnoteikumi: pašpietiekamības, pašvērtējuma, pašvērtības sajūta, spēja dot un saņemt draudzību, pieķersanos, mīlestību, spēja uzticēties citam, spēja veidot ilgstošas emocionāla attiecības, spēja just dziļas emocijas, spēja piedot citiem un pašam sev, spēja izvērtēt sevi un savas izmaiņas, spēja mācīties no pieredzes, spēja pieņemt nenoteiktību un uzņemties risku, spēja nodoties sapņiem un fantāzijām.

Personība ir cilvēkam piemītošo temperamenta, rakstura, intelektuālo un emocionālo īpašību un psihiskās aizsardzības mehānismu kopums. Tā veidošanos ietekmē gan iedzimti, gan vides faktori. Cilvēka raksturs atklājas viņa rīcībā. Personības īpašības ir pastāvīgs modelis, kā cilvēks uztver, attiecas un domā par apkārtējo pasauli un sevi. Tas izpaužas dažādos - gan sociālos, gan personīgos kontekstos[1].

1.2. Bērnu nervu sistēmas attīstība, to ietekmējošie faktori

Smadzeņu attīstība sākas līdz ar nerva caurules attīstību, kas ap 27. grūtniecības dienu jau ir pilnībā noformējusies un jau sākusi savu transformāciju, lēnām kļūstot par embrija galvas un muguras smadzenēm. Kad nervu caurule veras ciet (tās formēšanās beigu posmā), reizēm var būt gadījumi, kad nervu caurule neaizveras ciet un bērnam rodas nervu caurules defekts (NCD). Par

laimi, NCD mūsdienās ir iespējams precīzi noteikt jau prenetālajā periodā, turklāt atklāts, ka B vitamīns, folijskābe, var novērst apmēram 60% NCD attīstības. CNS (centrālā nervu sistēma), kas sastāda galvas un muguras smadzenes, nobriest, sākot no astes kaula un tad virzās uz galvu. Sinapses muguras smadzenēs sāk veidoties jau augļa 5. nedēļā. 6. nedēļā pirmie neirālie savienojumi nodrošina augļa pirmās kustības – spontānas ķermeņa saraušanās un izstiepšanās. Turpinājumā parādās atmiņas, domāšanas, jušanas spējas – pētījumos tiek uzrādīta sākotnējā sensoro smadzeņu reģionu aktivitāte smadzeņu garozā. Pēdējā trimestrī auglis kļūst spējīgs mācīties pašas primitīvākās lietas – spēj atšķirt māti no citiem, palielinās smadzeņu aktivitāte, dzirdot atkārtotas skaņas.

Lai gan piedzimšanas brīdī smadzenes jau ir attīstījušās ļoti daudz, tām arvien ir ārkārtīgi daudz jāpildinveidojas. To apjoms ir mazliet vairāk par ¼ no pieauguša cilvēka smadzenēm, ļoti labi attīstījušās ir tikai muguras smadzenes un smadzeņu stuburs, jo tās atbild par kustībām – bērna spirināšanos, speršanas kustībām, raudāšanu, gulēšanu, orientēšanos uz mātes vai tēva seju, ēšanas, u.c., bet citi apvidi, piemēram, limbiskā sistēma un smadzeņu garoza kas atbild par apzinātām domām, jūtām, atmiņām, vēl ir neattīstīta. Lielākā daļā neironu smadzeņu garozā ir izveidojušies pirms dzimšanas, bet tiem ir ļoti vāji savienojumi. Smadzeņu garozā rodas apmēram 2 miljoni jaunu sinapšu katrā sekundē. Šī sinapšu pārbagātība variē dažādos smadzeņu reģionos – sākotnēji dominē primārie sensorie apvidi, vēlāk par vadošajiem kļūst deniņu un pieres daivas, kas iesaistītas kognitīvajos un emocionālajos procesos. Otrs svarīgākais aspekts pēc sinapšu veidošanās ir mielinizācijas process (ap nervu šķiedrām veidojas apvalks, kas sastāv no olbaltumvielām un lipoīdiem). Tas, kā minēts iepriekš, nepieciešams, elektrisko impulsu pārraidei – jo vairāk mielīna ap neironiem, jo ātrāk elektriskie impulsi tiek pārraidīti. Zīdaiņu smadzenēs mielīna vēl ir ļoti maz, tādēļ viņi apstrādā informāciju daudz lēnāk, nekā pieauguši cilvēki. Mielinizācija agrā bērnībā sākas primārajos motorajos un sensorajos smadzeņu reģionos un var turpināties līdz pat apmēram 20 gadu sliekšnim, kad mielinizējas sarežģītākie apvidi, kas saistīti ar emocijām, domām, uztveri un atmiņām.

Ir daudz faktoru, kas var ietekmēt augļa smadzeņu attīstību. Uzņemta pārtikas kvalitāte ir nozīmīga gan smadzeņu, gan pārējā augļa ķermeņa augšanai un attīstībai. Alkohola un cigarešu lietošana var pasliktināt šūnu veidošanās procesu. Vislielākais risks smadzeņu darbības attīstībai auglim ir dažādu infekciju iegūšana. Pat šķietami nekaitīgas, tās tomēr var nopietni ietekmēt šo attīstību, apdraudot šūnu veidošanās un mielinizācijas procesus. Par laimi, lielākā daļa sieviešu ir imūnas pret pašām bīstamākajām infekcijām, tādām, kā masaliņas, vējbakas.

Zīdaiņi dod priekšroku cilvēciskiem stimuliem – sejai, balsij, pieskārienam, pat smaržai. Viņi

sākotnēji orientējas uz cilvēku sejām un vislabprātāk klausās cilvēku balsī, nevis kādā citā skaņas avotā. Savukārt pieaugušie ir ģenētiski determinēti instinktīvi aizsargāt, mīlēt zīdaiņus un nodrošināt viņu vajadzības – lielākā daļa pieaugušo uztver mazuļus kā neatvairāmas radības, vēloties viņiem pieskarties, runāt, smaidīt, gādāt par viņu drošību; citiem vārdiem, ģenētiski predisponēta tieksme nodrošināt visu zīdaiņiem nepieciešamo ir arī pieaugušos cilvēkos. Šī rūpju pilnā attieksme arī ir faktors, kas nodrošina smadzenēm nepieciešamo attīstību pēcdzemdību periodā. Nozīmīga loma ir valodai – tas, vai ar mazuli tiek runāts, vai viņam tiek lasīts priekšā, ir svarīgs faktors valodas attīstībai, savukārt valoda ir pamatā gandrīz visām pārējām kognitīvajām prasmēm, kas tiks attīstītas vēlāk [6].

2. NERVU SISTĒMAS ATTĪSTĪBASTRAUCĒJUMI

Nervu sistēmas attīstības traucējumi ir stāvokļi, kad netīšā veidā tiek traucētas bērna funkcionēšanas spējas. Šim stāvoklim ir noteikta dinamika, kas rada nopietnus šķēršļus bērnam vai pusaudzim realizēt attīstības uzdevumus un konstruktīvi atrisināt vecumposmu krīzes un konfliktus. Pie tiem pieder intelektuālas attīstības traucējumi, specifiski runas un valodas attīstības traucējumi, specifiski mācīšanās iemaņu attīstības traucējumi, specifiski motorisko funkciju attīstības traucējumi, jaukti specifiski attīstības traucējumi, autiska spektra traucējumi, citi psihiskās attīstības traucējumi un neprecizēti psihiskās attīstības traucējumi.

Šai slimību grupai raksturīgs agrīns slimības sākums - zīdaiņa vai bērna vecumā. Var atrast ciešu bojājuma jeb funkcijas attīstības aiztures saistību ar centrālās nervu sistēmas bioloģisku nobriešanu. Attīstības traucējumiem raksturīga nepārtraukta gaita bez recidīviem un remisijām, bieži ir traucēta valoda, motorās funkcijas. Bērnam pieaugot, tas pakāpeniski var samazināties un saglabāties nelielas sekas turpmākā dzīvē, bet pie smagiem traucējumiem sekas pieaugušo vecumā var būt ievērojamas. Lielāka daļa no attīstības traucējumiem biežāk sastopami zēniem nekā meitenēm. Bieži ir dati par līdzīgiem traucējumiem tuviniekiem. Negatīvai vides ietekmei ir sekundāra ietekme uz traucējumu attīstību [1; 55; 34].

2.1 Intelektuālas attīstības traucējumi

Pēdējā laikā termina „garīgā atpalcība” vietā tiek lietots jēdziens “intelektuālas attīstības

traucējumi”. Pēc PVO definīcijas “intelektuālas attīstības traucējumi” (IT) ir psihiķes attīstības aizkavēšanās vai nepilnvērtīgums, kas rodas attīstības un nobriešanas periodā un raksturojas ar samazināto vispārējā intelekta funkcionēšanu (kognitīvām, valodas un sociālām spējām). Intelektuālas attīstības traucējumi ir prāta spēju (intelekta) traucējumi, kuri neatjaunojas un nav izārstējami, bet tajā pašā laikā tas ir diezgan labi pakļauts korekcijai. Tie ir galvas smadzeņu bojājumi vai to darbības traucējumi, kas iedzimst vai rodas dzīves laikā. Tas būtiski ietekmē bērna spēju adaptēties - ir traucētas komunikācijas iespējas, sociālās saskarsmes funkcijas, spēja sevi aprūpēt, spēja mācīties.

Intelektuālas attīstības traucējumu prevalence pasaulē ir starp 1-3%. Bieži tiek konstatēts ap trīs gadu vecumu, zēniem biežāk nekā meitenēm, attīstības valstīs 2x biežāk nekā attīstītajās valstīs.

Intelektuālas attīstības traucējumiem ir daudz dažādu cēloņu (skat.2.1.1. tabula), tā bieži vien ir dažādu cēloņu izraisītu patoloģisku procesu rezultāts. Var būt gan iedzimti, gan iegūtie iemesli, un ap 40% gadījumu etioloģija nav skaidri nosakāma.

2.1.1 Tabula

Biežākie cēloņi intelektuālās attīstības traucējumiem [34]

Prenatāli cēloņi	
Hromosomālas pataloģijas	21.hromosomas trosomija, Trauslās X hrms sindroms, Pradera-Villija sindroms, Klainfertera sindroms;
Monogēnie traucējumi	Galaktozēmija, fenilketonūrija, mukopolisaharidozes, hipotiroidisms, Teja-Saksa slimība, tuberozā skleroze, neurofibromatoze, hidrocefālija, mikrocefālija, meningomielocēle un citi dismorfiskie sindromi;
Citi ģenētiskie traucējumi	Corneli de Lange sindroms, Rubinstein-Taybi sindroms
Alimentārie deficīti	Joda deficīts, folskābes deficīts
Malnutrīcija grūtniecības laikā	
Atkarības vielu lietošana	Fetālais alkohola sindroms, nikotīna un kokaīna lietošana agrīnajā grūtniecības laikā

2.1.1.Tabulas turpinājums

Vides toksīni un medikamenti	Smagie metāli, talidomīds, fenitoīns, varfarīns, antikonvulsanti
-------------------------------------	--

Infekcijas	Masalas, sifiliss, toksoplazmoze, CMV, HIV
Citi faktori	Radiācija, Rh nesaderība
Perinatāli un postnatāli faktori	
Trešais trimestris	Grūtniecības komplikācijas, mātes somatiskās slimības, placentas disfunkcija
Dzemdības	Smaga neiznestība, ļoti zems dzimšanas svars, asfiksija, dzemdību traumas, smagas un komplikētas dzemdības
Neonatālais periods	Infekcijas, septicēmija, smaga dzelte, hipoglikēmija
Bērnības periods	CNS infekcijas – bakteriāls meningīts, encefalīti, TBC, galvas trauma, hroniska svina ekspozīcija, smaga un ilgstoša malnutricija, nepietiekoša vides stimulācija

Saskaņā ar DSM-V un SSK-10, intelektuālo attīstības traucējumu diagnostiskie kritēriji ir:

- Zemas kognitīvas spējas – spriešana, plānošana, problēmu risināšana, abstrakta domāšana, mācīšanas spējas – ar IQ <70 (2SD zem populācijas vidējiem rādītājiem)
- Adaptīvas uzvedības traucējumi – komunikācija, sociālā iesaiste, funkcionēšana skolā un darbā, neatkarība no aprūpētāja mājās un sabiedrībā. Funkcionēšanas traucējumu dēļ nepieciešams atbalsts mācību iestādē, darbā, neatkarīgā dzīvē.
- Sākums bērna attīstības periodā

Intelekta izvērtējums balstās uz adekvāti normētiem, individuāli administrētiem, standartizētiem testiem. Vispārējo intelekta funkcionēšanu nosaka, izvērtējot intelekta koeficientu IQ, kam visbiežāk izmanto Vekslera vai Stenforda-Benu IQ testus. Šie mērījumi aptuveni izsaka garīgās atpalcības pakāpi. Papildus IQ līmenim tiek novērtētas pacienta ikdienas iemaņas, vispārējais prāta stāvoklis, sociālās adaptācijas pakāpe un slimības vēsture.

Lielāko intelektuālas attīstības traucējumu grupu veido viegli intelektuālie traucējumi. Parasti šajā grupā pirmsskolas vecuma bērniem attīstās normālas sociālās un komunikāciju prasmes. Viņiem ir minimāli traucētas sensori - motorās funkcijas, un viņi nav atšķirami no veseliem bērniem līdz skolas vecumam. Pieaugušo vecumā viņi bieži vien spēj dzīvot sabiedrībā bez citu palīdzības.

Bērnu ar intelektuālas attīstības traucējumiem attīstība atšķiras no bērnu ar normālu intelektu attīstības katrā vecumposmā. Tā notiek lēnāk, dažādā tempā, ar daudzām īpatnībām un nepilnībām. Tas izpaužas bērnu atmiņas, domāšanas, uztveres, uzmanības, pašapkalpošanās prasmju, runas un

valodas, kustību attīstībā.

Bērni ar intelektuālās attīstības traucējumiem var būt gan pasīvi un atkarīgi, gan arī agresīvi un pārāk impulsīvi. Komunikācijas prasmju trūkums var veicināt agresīvu, attiecību apraujošu uzvedību, kas aizvieto valodas komunikāciju. Cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, kuri ir pasīvi, pastāv risks tikt fiziski vai seksuāli izmantotiem, kā arī viņu tiesības un iespējas citi var noliegt, neļaujot tām realizēties.

Bērniem ar intelektuālās attīstības traucējumiem ir raksturīgi:

- Vispārējas uztveres traucējumi, nesaskata sakarības un līdzības starp objektiem, priekšmetiem, var neizšķirt sejas izteiksmes attēlos, nevar patstāvīgi analizēt, pamanot viedokli, sliktāk apgūst orientēšanos telpā un tajā izvietotajos priekšmetos, raksturīgas telpas un laika uztveres grūtības, kas neļauj tiem pārvietoties apkārtējā vidē.

- Domāšanas procesu traucējumi, kas ir cieši saistīti ar uztveri: analīze un sintēze, salīdzināšana un sintēze, specififikācija un abstrakcija. Bērniem ar intelektuālās attīstības traucējumiem šīs darbības nav pietiekami izveidotas, un tāpēc tām ir specifiskas iezīmes. Viņiem ir grūtāk saprast un atcerēties, grūti noteikt atšķirības līdzīgos un dažādos aspektos, īpaši grūti izveidot līdzības. Salīdzinot ar viņu veseliem vienaudžiem, bērniem ar intelektuālās attīstības traucējumiem atmiņas vājināšanās ir konstatēta grūtībās ne tikai informācijas iegūšanā un saglabāšanā, kā arī tās atveidošanā. Viņi lēni iegaumē jauno, ātri aizmirst, atceras un iegaumē tikai to, ko paši uzskata par vajadzīgu un svarīgu. Apzināta iegaumēšana rada grūtības, nespēj mērķtiecīgi iegaumēt un atcerēties, tāpēc tādiem bērniem nepieciešami vairākkārtēji atkārtojumi un atgādinājumi.

- Viņi nespēj patstāvīgi novērtēt savu darbu. Šādi bērni bieži vienkārši nepievērš uzmanību savām kļūmēm.

- 40–60% bērnu ar intelektuālās attīstības traucējumiem ir raksturīgi runas traucējumi, kurus raksturo pārkāpumi visos tā aspektos: fonētiskā, gramatiskā un leksiskā. Grūtības vērojamas skaņas un burtiskā analizē vai sintēzē, runas uztverē un izpratnē. Šie traucējumi noved pie dažādam grūtībām rakstīšanas un lasīšanas tehnikas apgūšanā, verbālās saziņas samazināšanai. Viņu runa ir diezgan ierobežota, un to raksturo lēna attīstība.

- Emocionālā sfēra ir maz attīstīta, jo viņiem nav pieredzes, tā ir sekla un virspusēja. Paškontroles spēja ir novājināta un bieži vien var būt agresīva un impulsīva uzvedība. Daži ir bailīgi un ļoti kautrīgi. Vieniem bērniem var būt pavirši, virspusēji pārdzīvojumi par visām dzīves situācijām, viņi ātri pāriet no viena noskaņojuma uz citu. Citiem bērniem raksturīgi lieli pārdzīvojumi par kādu maznozīmīgu notikumu. Ar grūtībām un daudz vēlāk bērniem ar

intelektuālas attīstības traucējumiem veidojas garīgās jūtas: sirdsapziņa, pienākums, atbildība, pašizliedzība u.c. To veidošanos bremzē domāšanas vājums.

- Salīdzinājumā ar citiem bērniem, bērniem ar intelektuālas attīstības traucējumiem bieži vien ir arī citi psihiski traucējumi un veselības problēmas: dzirdes un redzes problēmas (5-10%), epilepsija (22%), cerebrālā trieka (20%), trauksme (17%), opozicionārie traucējumi (12%) un autisms (10%), biežāk sastopami uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms un afektīvi traucējumi. Tomēr noteikt citus psihiskos traucējumus bērniem ar intelektuālas attīstības traucējumiem var būt apgrūtināši. Izšķir vieglus, vidēji smagus, smagus un dziļus intelektuālas attīstības traucējumus.

Cilvēkiem ar viegliem IT kognitīvais vecums atbilst 9-12 gadu vecumam, IQ 50 – 69, ir grūtības kompleksu jēdzienu sapratnes un akadēmisko iemaņu attīstības sfēras. Lielāka daļa apgūst pašaprūpes un citas praktiskās ikdienas aktivitātes, lai dzīvot un strādāt relatīvi neatkarīgi, bet var būt nepieciešama atbilstoša sociālā palīdzība.

Vidēji smago IT, kognitīvais vecums atbilst 6-9 gadu vecumam, IQ 35 – 49, valodas un mācīšanas spējas var variēt, bet lielākoties aprobežojas ar pamata prasmēm. Daži var sasniegt neatkarību pašaprūpes un citas praktiskajās aktivitātēs, bet lielākai daļai būs nepieciešama regulāra nozīmīga palīdzība, lai dzīvot un strādāt neatkarīgi.

Smago IT gadījumā IQ 21 – 34, kognitīvais vecums atbilst 3-6 gadu vecumam, ir ļoti ierobežotas valodas un mācīšanas spējas, dzīves laikā pieredze neveidojas, rīkojas pēc mehāniski iemācītiem šabloniem. Bieži ir komorbīdi kustību traucējumi, nepieciešama ikdienas aprūpe kontrolētā vide, bet ar intensīvu trenēšanu var apgūt pašaprūpes prasmes.

Dziļo IT gadījumā IQ 0 – 20, kognitīvais vecums atbilst ~ līdz 3 gadu vecumam, ir ļoti ierobežotas komunikācijas un mācīšanas spējas. Bieži ir komorbīdi kustību un sensorie traucējumi, nav pašaprūpes prasmju un nepieciešama ikdienas aprūpe kontrolēta vidē.

Smago un dziļo IT diferencē tikai pamatojoties uz adaptīvās uzvedības pamata, jo pašlaik eksistējošie IQ testi nevar ticami diferencēt indivīdus ar intelektuālam spējām zem 0.003 procentīles.

Visos gadījumos IT terapija ir agrīna atklāšana un agrīna iejaukšanās. Tā kā specifisko etioloģiju nevar noteikt gandrīz 40% gadījumu, un daudzi labi zināmi cēloņi nav ārstējami, vairumā gadījumu ārstēšanas mērķis nebūs panākt „izārstēt”, bet gan samazināt simptomus un invaliditāti, samazinot risku (piemēram, nodrošinot drošību mājās un skolā), mācoties autonomiju, uzlabojot dzīves kvalitāti un atbalstu no ģimenes un aprūpētājiem. Katra indivīda specifiskie mērķi un ārstēšanas metodes lielā mērā būs atkarīgas no IT smaguma pakāpes un kombinētās patoloģijas[34].

2.2 Autiskā spektra traucējumi

Autisma (“*autos*” no gr.val. - „pats”) terminu pirmo reizi izmanto Šveices psihiatrs P.E.Bleilers 1911. gadā. Savukārt autisma jeb Kanneras sindromu (autisma simptomu triāde) pirmo reizi aprakstīja ASV bērnu psihiatrs Leo Kanners, kurš 1943.gadā publicēja rakstu “Autistic Disturbances of Affective Contact”, un ieviesa terminu infantilais autisms, kas mūsdienās joprojām saglabājies autisko spektru traucējumu klasifikācijā kā bērības autisms. Līdzīgus vērojumus neatkarīgi no kolēģa ASV 1944.gadā veica Vīnes pediatrs Hans Aspergers un pamatoja autismu kā konkrētu pazīmju kopumu.

Autiskā spektra traucējumi (AST) ir attīstības traucējumi, kas ietekmē to, kā cilvēks sazinās un attiecina sevi pret citiem cilvēkiem un apkārtējo pasauli. Veidi, kādos šie traucējumi ietekmē cilvēku, atšķiras individuāli, ir atkarīgi no vecuma un intelektuālās funkcijas. Tas ir viens no biežākajiem agrīnā bērnu psihiatrijā un neiroloģijā konstatētiem attīstības traucējumiem, un pēdējo desmit gadu laikā, uzlabojoties diagnostikām tehnoloģijām, vērojama izteikta autiskā spektra traucējumu prevalences palielināšanās. Tās rādītāji pasaulē ir 0.62-0.7%, Eiropā - 0.3-1.8%. Nav atklātas statistiski ticamas atšķirības starp dažādām etniskām, kultūras un sociālekonomiskām populācijām. Zēniem, salīdzinot ar meitenēm, trīs reizes biežāk ir Kanneras un Aspergera sindroms, Retta sindroms – vairāk meitenēm. Autiskā spektra traucējumiem, salīdzinot ar citiem psihiskās veselības traucējumiem, raksturīgs augsts pārmantošanas risks, pēc neseno prospektīvo longitudinālo pētījumu datiem atklāts, ka atkārtotāšanās risks ir 18,7%, ja ģimenē jau ir bērns ar AST.

AST sākas līdz trīs gadu vecumam un savlaicīgi nediagnosticēti tie var izraisīt bērnam smagu invalidizāciju. Slimību klasifikatoros definēti AST diagnostiskie pamatkritēriji un izdalīti pieci apakštipi: bērības autisms, Aspergera sindroms, atipisks autisms, disintegratīvi traucējumi bērībā, Retta sindroms (DSM-V, SSK-10). Diagnozes precizēšanai, lai objektīvi izvērtētu pacienta veselības stāvokli, papildus tiek izmantotas standartizētās uzvedības un personības diagnostiskās skalas.

Cilvēkiem ar AST ir traucēta sociāla mijiedarbība un verbālā komunikācija, atšķirīga vai samazināta iztēle, ierobežota vai neparasta žestu vai neverbāla komunikācija, šauras interešu loks un neparastas sensorās reakcijas. Bērni ar AST ir ietekmēti dažādos veidos un ļoti dažādās pakāpēs. Tādēļ to sauc par "autisko spektru", kuram raksturīga “traucējumu triāde”:

- sociālo mijiedarbību problēmas - grūtības izprast sociālos "noteikumus", uzvedību un attiecības, piemēram, bērni izskatās vienaldzīgi pret citiem cilvēkiem vai nesaprot, kā

sagaidīt savu kārtu;

- sociālās komunikācijas problēmas - grūtības ar verbālo un neverbālo komunikāciju, piemēram, pilnībā neizprot bieži sastopamo žestu, sejas izteiksmes vai balss toņu nozīmi;
- domāšanas rigiditāte un sociālās iztēles grūtības – grūtības veidot starppersonu spēles un pielietot iztēli, piemēram, ir ierobežots iztēles aktivitāšu klāsts, iespējams, aktivitātes ir kopētas un tad stingri atkārtotas.

Termins autiskā spektra traucējumi nozīmē, ka traucējumu izpausmes un smaguma pakāpe var variēt diezgan plašā spektrā, ir apgrūtināta sociālā mijiedarbība un komunikācija, raksturīga ierobežota un stereotipiska uzvedība, vienpusīgs interešu un uzvedības modelis. Aspergera sindromam ir apgrūtināta sociālā mijiedarbība un komunikācija, ierobežots un stereotipisks uzvedības un interešu modelis, neprasme identificēt un izteikt savas izjūtas, nespēja uzturēt acu skatienu, nesaprot un neprot interpretēt citu cilvēku mīmiku un žestus, var būt patvaļīgās kustības, piemēram, roku vicināšana, parasti runā bez emocijām, ievēro stingru dienas kārtību. Cilvēki ar Aspergera sindromu parasti IQ ir normāls vai pat augstāks par vecuma normu, tikpat kā nav valodas attīstības aiztures. Klasiskais autisms jeb Kannerā sindroms raksturojas ar nevēlēšanos veidot sociālos kontaktus, parasti dzīvo savā pasaulē, zīdaiņi nespēj emocionāli atbildēt mātei; attālināšanos no ārējās pasaules un ārējo kairinātāju ignorēšanu, tajā pašā laikā izrāda bailes un piemīt augsta jūtība pret skaļām skaņām, gaismu, pieskārieniem, smaržu vai garšu; nespēj komunikācijas procesā izmantot runu; eholāliju, nepareizu vietniekvārdu lietošanu un burtisku vārdu izmantošanā; raksturīgu izteikti labu mehānisko atmiņu, bet grūtības abstraktu jēdzienu izmantošanā; tieksmi pēc situācijas nemainīguma; vecāku augsto izglītības līmeni; nespēju nodarboties ar simboliskām rotaļām. Kā vēl vienu AST veidu var minēt atipisko autismu ar vispārējās attīstības traucējumiem, kas parādās pēc triju gadu vecuma vai neatbilst agrīna autisma diagnostikas kritērijiem. Retta sindroms novērojams tikai meitenēm. Zēni ar šo sindromu nomirst jau piedzimstot. Bērnam ar šo sindromu ir novājināts organisms, intelekts neattīstās atbilstoši vecumam, reizēm rodas dzīvībai bīstami attīstības traucējumi. Pirmos piecus dzīves mēnešus attīstība norit normāli, bet nākamo četru gadu laikā samazinās galvas augšanas ātrums, kas izraisa runas, kustību un garīgās attīstības traucējumus. Raksturīgas stereotipiskas darbības, bērni neuztur acu kontaktu, un viņiem ir problēmas ar attiecību veidošanu.

AST diagnozi uzstāda ārsts, Latvijā parasti psihiatrs vai neirologs. Taču, lai pareizi noteiktu diagnozi, ārsts visbiežāk vēlēšies arī citu speciālistu konsultācijas: psiholoģisko izpēti, ko veic psihologs, logopēda konsultāciju u.c. Iespējams, ārsts norādīs arī uz nepieciešamību veikt dažādus

medicīniskus izmeklējumus, lai izslēgtu citas veselības problēmas (piemēram, neiroloģiskus vai ģenētiskus traucējumus, dzirdes traucējumus, ja bērns nereaģē uz citu cilvēku runu u.c.). Kaut gan AST tiek saukti par neirobioloģiskiem traucējumiem, vismaz pašlaik autismu nav iespējams diagnosticēt ne ar medicīniskas aparatūras, ne analīžu palīdzību. AST izpaužas cilvēka uzvedības un komunikācijas īpatnībās, un tieši tās arī nepieciešams novērtēt.

Speciālistam nepieciešams gan izjautāt vecākus par bērna uzvedību un attīstību, gan novērot bērna uzvedību. Ir izstrādāti dažādi testi autisma diagnostikai. (*Autism Diagnostic Interview-ADI*, *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder – DISCO*, *Autism Diagnosis Observation Schedule-ADOS*). Pasaules praksē autisma diagnozi pieņemts noteikt, sākot ar 18 mēnešu vecumu. Visbiežāk tomēr autisma pazīmes tiek ievērotas ap 2–3 gadu vecumu, kad vecāki sāk raizēties par aizkavētu valodas attīstību vai valodas regresu. Jāņem vērā, ka augsti funkcionējoša autisma (Aspergera sindroma) gadījumā, kad bērns intelektuāli attīstās labi vai attīstībā pat apsteidz vienaudžus, bērna saskarsmes un komunikācijas grūtības var palikt bez ievērojamas līdz skolas uzsākšanai vai pat līdz pusaudža vecumam. Aspergera sindroms nereti tiek diagnosticēts tikai tad, kad bērns nonācis sociāli sarežģītākos apstākļos, kuriem vairs nespēj pielāgoties. Autiska spektra traucējumus iespējams diagnosticēt arī pieaugušā vecumā, ja tie kaut kādu iemeslu dēļ nav diagnosticēti agrāk.

Bērni ar autismu kļūst par pieaugušajiem ar autismu. Šobrīd autismu nevar izārstēt un no tā nevar izaugt. Taču progresu saskarsmes, komunikācijas un sociālās adaptācijas prasmēs var un vajag panākt. Gadījumos, kad papildus autismam ir arī garīgā atpalcība, cilvēkam visu mūžu būs vajadzīgs apkārtējo atbalsts un palīdzība. Cilvēki ar autiska spektra traucējumiem, kuriem ir augsts intelekts, var dzīvēt sasniegt ļoti daudz. Viņi var pabeigt skolu, augstskolu, apgūt profesiju, veiksmīgi strādāt un dibināt ģimeni. Taču tas var nenākties viegli, un var būt nepieciešams liels apkārtējo atbalsts, sapratne un palīdzība.

Pasaulē ir dažādas pieejas un metodes autisma terapijā. Ieteicams uzticēties tām, kuras balstās uz pētījumiem un kuru efektivitāte ir zinātniski pierādīta: *Applied Behaviour Analysis* jeb ABA, strukturētas pedagoģiskās metodes - TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*), mērķētas iemaņu trenēšanas metodes, piem., attēlu apmaiņas komunikācijas sistēma (PECS), sociālo iemaņu trenēšana, dalītas uzmanības, prāta teorijas, imitācijas, funkcionālās komunikācijas, emociju atpazīšanas trenēšana, ka arī vecāku mediētās agrīnās intervences, kognitīvi-biheviiorāla terapija un citas. Visvairāk pētījumu ir veikts par funkcionālo uzvedības analīzi (*Applied Behaviour Analysis*) jeb ABA. ABA terapija tika izveidota kā īpaša apmācības un rehabilitācijas metode tieši bērniem ar autismu. Tā balstās uz

kognitīvi – biheiviorāliem principiem, un ir ļoti mērķtiecīga, strukturēta un intensīva bērna apmācība. ABA ir ļoti efektīva metode saskarsmes un komunikācijas prasmju veidošanai un nevēlamas uzvedības korekcijai. Ja bērns nespēj apgūt valodu, ļoti būtiski ir atrast kādu citu komunikācijas veidu. Ir svarīgi, lai cilvēks, kurš nevar izrunāt vārdus, tomēr spētu citiem pavēstīt savas vajadzības. Alternatīvā komunikācija nozīmē jebkādu citu saziņas veidu, piemēram, žestu vai attēlu izmantošanu komunikācijā. Bērnodarziem un skolām noderīgas metodes un principi izstrādāti TEACCH pieejā (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*). Šī pieeja balstās uz skaidras struktūras veidošanu laikā un telpā, vizuāliem apzīmējumiem, vizuāliem komunikācijas līdzekļiem. Attēlu apmaiņas komunikācijas sistēmas (*Picture Exchange Communication System (PECS)*) mērķis ir sekmēt vārdu mācīšanos un vispārējo komunikāciju, izmantojot attēla - vārda asociāciju, t.i., attēli tiek izmantoti vārdu vietā, tā palīdzot bērnam sazināties. Pamatā ir biheiviorāls pastiprināšanas princips, kur darbošanās noteiktā veidā (sazinoties ar PECS) nodrošina kaut ko, ko bērns vēlas, tādējādi pastiprinot nepieciešamo uzvedību saistībā ar konkrēto attēlu. Veicina izpratni par abpusējo komunikāciju, tiek sekmēta arī runas attīstība. Īpaši noderīgi bērniem, kuri neizprot valodas komunikācijas lomu, neizprot, ka vārds simbolizē objektu, neizmanto saprotamu runu, atbild uz jautājumiem vai lūgumiem, bet neizrāda iniciatīvu komunikācijā. Vēl viena lietderīga metode ir sensora integrācija, tās pamatā ir teorija, ka bērniem ar autismu ir grūtības integrēt dažādas sensorās sajūtas, tādēļ bieži rodas specifiskas reakcijas – nereagēšana uz sensorajiem stimuliem, pārlieku saasināta reakcija vai sensoro stimulu meklēšana. Mērķis nodrošināt īpašas sensorās un motorās aktivitātes, mēģinot panākt «normālāku» reakciju uz sensoriem stimuliem. Kognitīvi-biheiviorāla terapija ir piemērota pacientiem ar AST un Aspergera sindromu pēc 8g.v. Tā uzsver domāšanas procesa saikni ar uzvedību, ir strukturēta, direktīva, izglītojoša, uz simptomu orientēta metode. Tā ietver stresa pārvarēšanas prasmju treniņu, problēmu risināšanas tehniku apgūšanu, var sekmēt neadaptīvās uzvedības mazināšanos. Efektīva pret trauksmes, garastāvokļa spektra traucējumiem, citu konkrēto problēmu risināšana. Latvijā ir pieejamas arī saskarsmes treniņu grupu programmas, kas piemērotas bērniem un pusaudžiem ar autismu. Lielākajai daļai bērnu ir vajadzīga logopēda palīdzība. Daudziem var būt noderīgas ergoterapeita, fizioterapeita u.c. speciālistu konsultācijas. Šīs nav īslaicīgas konsultācijas, bet parasti nozīmē gadiem ilgu darbu. Pagaidām nav atrasts medikaments vai viela, kas ietekmētu AST pamatsimptomus, smadzeņu attīstību ietekmē tikai mācīšanās. Dažreiz medikamentozo terapiju var izmantot atsevišķu ar AST saistītu simptomu korekcijai [11; 5; 25].

2.3 Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms

Pirmie dati par impulsīviem, hiperaktīviem bērniem, daļai no kuriem bija pārslimots meningīts, publicēti ap 1900. gadu, un šiem bērniem bija diagnosticēts jauns traucējumu veids – hiperaktivitātes sindroms. Pēc 1960. gada tika arvien vairāk pētīti emociju, uzmanības, mācību traucējumi bērniem bez neiroloģiska deficīta, un uz šo pētījumu bāzes veidojusies izpratne par uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu (UDHS). Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms ir psihiski traucējumi, kuru sākums ir pirmsskolas vecumā, galvenās izpausmes ir neuzmanība, impulsivitāte un hiperaktīva uzvedība. Šo traucējumu sekas var būt vērojamas visas dzīves laikā un būtiski pasliktināt pacienta sociālo adaptāciju.

Kopumā pasaulē UDHS ir 1,0–8,7% bērnu, līdz pat 8,5% pusaudžu un 1,2–8,4% pieaugušo dažādos statistiskos pētījumos dažādās valstīs. Tāpat dažādos pētījumos ir ziņas, ka zēniem UDHS ir 3-4 reizes biežāk nekā meitenēm [40]. 50–60% UDHS pavada tādi komorbīdi traucējumi kā mācīšanās traucējumi, uzvedības traucējumi, depresija, bipolāri afektīvi traucējumi, ģeneralizēta trauksme, atkarības saslimšanas un atkarību izraisošu vielu lietošana, personības traucējumu iezīmes, autiskā spektra traucējumi u.c.

Attīstoties medicīnas progresam konstatēti dažādi UDHS etioloģiski un patoģenētiskie faktori:

- Pēdējo gadu molekulāri ģenētiskie pētījumi rāda, ka UDHS ir saistīts ar dopamīna receptoru aktivitātes traucējumiem, dopamīna transporta un dopamīna beta hidroksilāzes disfunkciju (regulē norepinefrīna sintēzi). Ar UDHS patoģenēzi saistītie kandidātģēni: DRD4, DRD5, DBH, 5-HTT, DAT1 u.c.
- UDHS pacientiem ir samazināta dopamīna aktivitāte prefrontālajās smadzeņu daļās, kas pavājina informācijas fiksāciju un apstrādi. Magnētiskās rezonanses tomogrāfijas (MRT) pētījumos konstatēts samazināts prefrontālās garozas tilpums. Atradne pozitronu emisijas tomogrāfijā (PET) norāda uz samazinātu dopamīna aktivitāti *nucleus caudatus* un limbiskajā sistēmā, kā arī samazinātu apasiņošanu pieres daivā. Pieaugušo vecumā smadzeņu apjoma atšķirības izlīdzinās.
- Būtiska loma UDHS etioloģijā ir norepinefrīna līmeņa svārstībām galvas smadzenēs (*locus coeruleus*) un perifērajā simpātiskās nervu sistēmas daļā. Norepinefrīns ir būtisks uzmanības procesu regulētājs CNS. Ar ietekmi uz norepinefrīna un dopamīna vielmaiņu skaidro medikamentu – antidepresantu, metilfenidāta – efektu, ārstējot UDHS.
- Pārmantojamība: pētījumos ar monozigotiskajiem dvīņiem konstatēta 70-80% UDHS konkordance, bet brāļiem un māsām risks saslimt ir divas reizes lielāks nekā populācijā.

Bērnu ar UDHS vecākiem statistiski biežāk novēro uzvedības traucējumus, depresiju un vielu atkarības slimību. Ir pētījumi, kuros 76% pacientu ar UDHS konstatēti līdzīgi traucējumu simptomi ģimenē.

- UDHS etioloģijā noteikta loma ir eksogēnajiem organiskajiem faktoriem, un kā būtiskākie ir minēti: smēķēšana grūtniecības laikā, marihuānas ilgstoša smēķēšana mātei, patoloģiskas dzemdības (īpaši, ja tās komplicējas ar insultu – hemorāģisku vai hipoksisku), zems jaundzimušā svars vai priekšlaicīga dzimšana, galvas traumas zīdaiņa un bērna vecumā, toksisku faktoru iedarbība uz augli vai jaundzimušo. Šie faktori bieži ir noteicošie, vai bērnam ar ģenētisku UDHS predispozīciju attīstīsies UDHS.
- Jau 1975. gadā tika publicēti *Rutter* UDHS risku paaugstinošie faktori: nopietnas nesaskaņas ģimenē, zema sociālā klase, liela ģimene (daudz bērnu), tēva kriminalitāte, psihiska slimība mātei. Nelabvēlīga sociālā un emocionālā situācija ģimenē ir būtisks faktors, kas paaugstina UDHS risku. Tomēr neviens no psihosociāliem faktoriem pats par sevi nav tiešs UDHS cēlonis, bet UDHS norisi padara smagāku.

Lai sekmīgi atpazītu un diagnosticētu UDHS, ir nepieciešama pilna, izvēsta klīniska un psihosociāla izvērtēšana. Darbā ar pacientu jāievāc detalizēta objektīva anamnēze no bērna vecākiem (aizbildņiem) un citiem ģimenes locekļiem, pedagogiem, sociāliem darbiniekiem, kā arī ģimenes ārsta. Lai atvieglotu UDHS diagnostiku un izvērtētu šo traucējumu dinamiku, rekomendējams izmantot diagnostiskās skalas. Visiem bērniem jānovērtē somatiskais veselības stāvoklis, jāveic klīniskās analīzes un nepieciešamības gadījumā arī elektroencefalogramma, datortomogrāfija vai magnētiskās rezonanses tomogrāfija galvas smadzenēm. Īpaši nozīmīga ir agrīna šo traucējumu diagnostika, lai nodrošinātu savlaicīgu ārstēšanas uzsākšanu un uzlabotu sociālo prognozi. Diagnozes uzstādīšanas nosacījumi:

- Sindroms sācies līdz 7 gadu vecumam (parasti pamana 3 – 4 gadu vecumā).
- Uzvedība ir būtiski atšķirīga no tā paša dzimuma un vecuma bērnu uzvedības
- Simptomu ilgums ir vismaz 6 mēneši.
- Simptomi konstatēti divās vai vairākās vietās (ģimenē, mājā, skolā) dažādās situācijās.
- Uzvedība ir sociālās mijiedarbības un mācību traucējumu cēlonis

UDHS simptomi sadalās trīs pamatgrupās:

1) Neuzmanība:

- bērns nespēj uzmanīgi sekot uzdevumu detaļām vai arī pieļauj neuzmanības kļūdas mācību procesā vai rotaļās;

- nespēj ilgi fiksēt uzmanību, mācoties vai rotaļājoties;
- rodas iespaids, ka bērns nedzird to, ko viņam saka;
- bērns nespēj sekot norādījumiem un pabeigt uzsākto darbu;
- bieži traucēta darba un rotaļu organizācija (norise);
- bieži izvairās no mājas darbiem vai citām aktivitātēm, kas prasa garīgu piepūli;
- bieži zaudē priekšmetus, kas ir nepieciešami noteiktu darbību veikšanai, – skolas piederumus, rakstāmlietas, grāmatas u.c.;
- ārējie kairinātāji viegli novērš uzmanību;
- ikdienas aktivitātēs ir aizmāršīgs.

2) Hiperaktivitāte:

- bieži nemierīgi kustina rokas un kājas, nevar būt mierā;
- pamet savu vietu klasē vai citā situācijā, kad viņam būtu jāsēž;
- 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.

3) Impulsivitāte:

- bieži izklie dz atbildes, pirms jautājums ir pabeigts;
- nespēj stāvēt rindā, lai sagaidītu savu vietu grupu rotaļās;
- bieži pārtrauc citus un iejaucas (piemēram, klātesošo rotaļās vai sarunās);
- bieži nevietā runā pārāk daudz, nerēķinoties ar sociālo situāciju.

UDHS diagnoze saskaņā ar SSK-10 ir pamatota, ja no “neuzmanības” ir konstatējami vismaz seši simptomi, no “hiperaktivitātes” – trīs simptomi, no “impulsivitātes” – vismaz viens simptoms, kas tiek novēroti vismaz sešu mēnešu periodā. UDHS atpazīšanai var izmantot dažādas strukturētas izvērtēšanas metodes, piem., Uzmanības traucējumu ar hiperaktivitāti un agresiju izvērtēšanas skala (*IOWA Conners scale*), *SKAMP* skala, *DUNDEE* skala, *SNAP-IV*, *C-DISC* skala, Anketa vecākiem un skolotājiem vai anketa vecākiem un psihiskās veselības aprūpes profesionāļiem (*ADHD Checklist*), kas ir ietvertas *National Institute of Mental Health (NIMH)* 2004. un 2006.gada UDHS rekomendācijās. Nepieciešams veikt UDHS diferenciālo diagnozi ar normas variantu, situācijas hiperaktivitāti, uzvedības traucējumiem (F91), emociju traucējumiem, nervu tikiem, horeju un citām diskinēzijām, autiskā spektra traucējumiem, intelekta traucējumiem.

UDHS ārstēšana ir kompleks pasākumu kopums, kurā aktīvu dalību ņem gan bērns un viņa vecāki, gan pirmsskolas un skolas pedagogi, gan sociālie darbinieki un ārsti – bērnu psihiatri, bērnu

neirologi, psihoterapeiti, pediatri, ģimenes ārsti. Terapijas mērķis ir kompensēt galvenos neiropsiholoģiskos deficītus, reducēt funkcionālus traucējumus un izvairīties no ilgtermiņa sekām.

UDHS terapijas komponenti:

1) Nemedikamentozā terapija

- KBT
- sociālo iemaņu trenēšana
- vecāku apmācība
- individuālā / ģimenes / grupu psihoterapija
- sociālā palīdzība
- brīvā laika plānošana (sporta nodarbības u.c.)

2) Medikamentozā terapija

- Stimulanti paliek zelta standarts!!! Metilfenidāta grupas medikamenti ir pirmā izvēle. Apmēram 70% pacientu atbild uz metilfenidātu, 70% uz amfetamīnu un kopumā 95% atbild uz vienu un otru.
- antidepresantu grupas medikamenti (atomoksetīns, bupropions). Atomoksetīnu var apspriest kā pirmo izvēli ja ir aktīva vielu atkarība, tīki un stingra ģimenes vēlme izvairīties no stimulantiem.
- citi medikamenti / kombinētā terapija

3) Alternatīvās ārstēšanas metodes:

- Izslēgšanas diēta - dažiem bērniem ir īpaša uzņēmība pret noteiktiem pārtikas produktiem, kas nelabvēlīgi ietekmē viņu uzvedību. Zinātnieks uzskata, ka ir daudz pētījumu par UDS/UDHS un tiem piemīt kopīgs pamats ar traucējumiem hiperaktīvo bērnu imūnsistēmā, kas izraisa alerģiju, un traucējumiem smadzeņu funkcijās. Piemēram, produkti ar krāsvielām un konservantiem, ka arī pie tiem var minēt cukuru, kukurūzu, kviešus, citrusaugus, šokolādi, sieru, olas, zemesriekstus.
- Zivju eļļa (omega 3 un 6 taukskābes)
- Magnija, dzelzs un cinka preparāti
- Nootropie līdzekļi
- Akupunktūra
- Homeopātiskie līdzekļi. Bet šobrīd tiem nav pierādīta uz pierādījumiem balstīta efektivitāte.

Pirmsskolas vecuma bērniem (4–6 gadi) primāri jāuzsāk ārstēšana ar psihosociālo terapiju. Medikamentozā terapija pirmsskolas vecuma bērniem nav izvēles terapija, medikamenti nozīmējami retos (klīniski smagos un komorbīdos) gadījumos, vienmēr strikti jāizvērtē tās

nepieciešamība. Metilfenidāta efektivitāte četrus piecus gadu vecuma bērniem nav pietiekami pierādīta. Skolas vecuma bērniem (no 7 gadu vecuma) vislabākā ir kombinēta terapija: psihosociālā terapija + individuāla pedagoģiska palīdzība + farmakoterapija. Vienmēr ieteicams terapiju uzsākt ar psihoterapiju un psihoeducāciju vecākiem. Kombinētās terapijas ilgums vienam pacientam ieteicams vismaz viens gads, pēc tam atkārtoti jāvērtē tālākās terapijas nepieciešamība un tās veids.

Daļai bērnu (ap 30–60%) ar UDHS traucējumi turpinās arī pieaugušo vecumā. Dažādos epidemioloģiskos pētījumos populācijā no 18 gadu vecuma UDHS novēro 4,2–4,7%, bet tiesu psihiatrijas klīnikās un centros, kur ārstē vardarbīgus pacientus vai alkohola atkarīgos, UDHS izpausmes novēro katram ceturtajam pacientam, tomēr UDHS netiek atpazīts kā atsevišķa diagnostiska kategorija. Pieaugušie UDHS pacienti biežāk psihiatram sūdzas par koncentrēšanās traucējumiem, īstermiņa atmiņas traucējumiem, garastāvokļa svārstībām, bet aktīvās uzmanības vājums, nemiers vai impulsivitāte nav patogēni simptomi. Pieaugušo vecumā klasisko UDHS klīnisko ainu papildina garastāvokļa traucējumi, dažāda veida trauksme, specifiski personības traucējumi (galvenokārt antisociāli). Pieaugušajiem ar UDHS nav pazemināts intelekta koeficients. Klīnisko ainu bieži smagāku dara komorbiditāte ar atkarības vielu lietošanas, azartspēļu atkarību u.c. Lielākā daļa UDHS pacientu pieaugušo vecumā nav spējusi iegūt pietiekamu izglītību un profesiju. Bieži UDHS pacienti nonāk konfliktā ar likumu, nokļūst apcietinājumā, bieži ir izteiktas grūtības ar sociālo adaptāciju. Pieaugušo vecumā UDHS retrospektīvi var palīdzēt diagnosticēt *Wender Utah Rating Scale* [12; 40].

3. EMOCIJU UNUZVEDĪBAS TRAUCĒJUMI BĒRNI EMUNPUSAUDŽIEM

3.1. Uzvedības traucējumi

Uzvedības traucējumiem ir tendence kļūt biežākiem pēdējo gadu laikā. Šī tendence ir augstāka pilsētās nekā laukos. To izplatība populācijā ir līdz pat 10%. Biežāk tiek novērota zēniem. Cēloņi (riskā faktori) ir vairāki, tie darbojas vienlaicīgi ilgākā laika posmā. Uzvedības traucējumu veidošanos var veicināt vecāku atraidījums vai nevērība, bērna temperaments, nepastāvīgi bērna aprūpēšanas paradumi ar nežēlīgu disciplīnu, fiziska vai seksuāla vardarbība, uzraudzības trūkums, agrīna ievietošana bērnu audzināšanas iestādēs, bieža aprūpētāju maiņa, liela ģimene, mātes smēķēšana grūtniecības laikā, vienaudžu atraidījums, dažas psihopatoloģijas ģimenē (piemēram, antisociāli personības traucējumi). Uzvedības traucējumi ir bērna un ģimenes, sabiedrības, sociālo un kultūras faktoru mijiedarbības rezultāts.

Uzvedības traucējumu galvenā izpausme ir atkārtota un pastāvīga uzvedība, kurā tiek pārkāptas citu cilvēku pamattiesības un/vai lielākā daļa vecumam atbilstošu uzvedības normu. Uzvedības traucējumu pazīmju grupas ir:

1. Agresija pret cilvēkiem un/vai dzīvniekiem:

- Bieža huligāniska uzvedība, draud un iebiedē
- Uzsāk kautiņus
- Ir izmantojis/-jusi ieročus, ar kuriem iespējams nodarīt būtisku kaitējumu (nūja, nazis, ķieģelis, “rozīte”)
- Ir cietsirdīgs pret cilvēkiem
- Ir cietsirdīgs pret dzīvniekiem
- Apzog uzbrukuma upurus, izspiež naudu, aplaupa
- Piespiež veikt netiklas darbības

2. Īpašuma bojāšana vai iznīcināšana:

- Tīša dedzināšana ar mērķi nodarīt būtisku kaitējumu
- Tīša sveša īpašuma iznīcināšana

3. Krāpšana vai zagšana

- Iekļūšana citas personas dzīvoklī (mājā) vai auto.
- Bieži melo, lai iegūtu mantas, labvēlību vai lai izvairītos no noteiktu pienākumu pildīšanas

- Nenodarot fizisku kaitējumu piesavinās vērtīgas mantas, nodarbojas ar viltojumu izgatavošanu
- 4. Noteikumu pārkāpšana
- Neskatoties uz vecāku aizliegumiem nenakšņo mājās (no 13 gadu vecuma)
- Vismaz 2x naktī atstājis vecāku vai aizbildņu mājas (vai 1x, bet uz ilgu laiku)
- Bieži neapmeklē skolu (no 13 gadu vecuma)
- Izdara noziegumus ar uzbrukumu cietušajam (ieskaitot makus un somas izraušanu, izspiešanu);
- piespiež otru uz seksuālu darbību;
- Bieži fiziski un emocionāli iedarbojas uz citiem (piemēram, tīša fiziska vardarbība, pazemojumi, pastāvīgas iebiedēšanas, ciešanas vai uzmākšanās);
 - Iekļūst citu cilvēku mājās vai automašīnās.

Lai apstiprinātu uzvedības traucējumu diagnozi, nepieciešams, lai būtu 3 patoloģiskiem uzvedības pazīmes gada laikā un vismaz viena pazīme iepriekšējo 6 mēnešu laikā.

Izdala divus uzvedības traucējumu apakštipus: uzvedības traucējumi, kas sākušies bērnībā; uzvedības traucējumi, kas sākušies pusaudža gados. Apakštipiem ir atšķirīgs sākuma vecums un pastāvošo uzvedības problēmu raksturs, attīstības gaita un prognoze. Uzvedības traucējumi, kas sākušies pusaudža vecumā, ir ar labāku prognozi. Zēnu pārsvars pār meitenēm nav tik liels, kā uzvešanās traucējumiem, kas sākušies bērnībā.

Pēc SSK-10 izšķir:

- Uzvedības traucējumi ģimenes ietvaros (asociāla vai agresīva uzvedība, kas saistās ar mājtsaimniecību un ģimenes locekļiem vai tiešiem mājiniem).
- Nesocializēti uzvedības traucējumi (asociāla vai agresīva uzvedība individuālās attiecībās ar citiem bērniem).
- Socializēti uzvedības traucējumi (asociāla vai agresīva uzvedība indivīdiem, kuri labi iekļāvušies savā vienaudžu grupā)
- Opozicionāri izaicinoši traucējumi (negatīvi noskaņotas, naidīgas un opozicionāras uzvedības modelis, kurš tiek īstenots vismaz 6 mēnešus, kurā izpaužas vismaz 4 no minētajām pazīmēm: nespēj sevi kontrolēt, zaudē savaldību, bieži strīdas ar pieaugušajiem, atsakās pakļauties citu pieaugušo noteikumiem vai prasībām vai aktīvi tos noliedz, tīši traucē (kaitina) citus, dusmīgs un aizvainots, vaino citus par savām kļūdām vai sliktu uzvedību, jūtīgs, viegli aizkaitināms un aizvainojams, ļauns un atriebīgs).

Uzvedības terapija galvenokārt ir psihosociālās intervences. Bērnu vecumā svarīga loma ir gan vecāku, gan bērnu psihoterapijai. Pirmkārt, ārstējot bērnus, loma ir vecāku apmācībai. Uzvešanās

traucējumu gadījumā vecākiem ir grūtības veicināt sociāli atbilstošas uzvedības veidošanos mērķtiecīgā mijiedarbībā ar bērnu. Vecāki tiek iedrošināti veicināt bērna sociāli pozitīvu uzvedību tā vietā, lai vērstos pret uzvedības problēmām. Tiek izmantotas dažādas tehnikas - lomu spēles, strukturēti mājasdarbi, iespējamās uzvedības mēģinājumi. Pierādījumi apliecina, ka mainot attiecības ģimenē, bērna uzvedības problēmas samazinās. Terapija ir efektīvāka, ja bērns ir jaunāks un uzvedības traucējumi vieglāki. Bērnu psihoterapijai ir vairākas kognitīvi-biheviorālās terapijas tehnikas, kas ļauj samazināt uzvedības traucējumus vidēji smagos gadījumos. Piemēram, sociālo prasmju un dusmu menedžmenta treniņa programma. Problēmu risināšanas prasmju treniņš, kas notiek nevis terapijas kabinetā, bet situācijā, kurā uzvedības traucējumi parādās, sniedz labu rezultātu - gan vieglākos gadījumos, kad bērns atrodas parastā sociālā vidē, gan arī smagākos gadījumos, kad bērns atrodas stacionārā. Arī strādājot ar pusaudžiem, tiek izmantota pieeja strādāt mājas vidē, ko piedāvā viens terapeits. Terapeitam jāprot vairākas tehnikas: pāru un ģimenes terapija; vecāku treniņš; uzvedības un kognitīva pieeja. *Bordiun* parāda, ka šī ir efektīvākā pusaudžu uzvedības traucējumu terapija. Tā ir ievērojami efektīvāka nekā individuālā terapija pat ļoti bojātās ģimenēs [1; 43].

3.2. Emocionāli traucējumi ar bērņībai specifisku sākumu

Šajā grupā ietilpstošie traucējumi parasti sākas bērņībā līdz piecu gadu vecumam. Tie biežāk ir normālu attīstības tendenču pārspīlējumi nekā kvalitatīvi patoloģiski fenomenī pašī par sevi. Diagnostikā galvenā pazīme ir traucējumu adekvātums, kas jāizmanto, diferencējot emocionālos traucējumus ar bērņībāī specifisku sākumu un neiroiskus traucējumus. Tajā pēc SSK 10 ietilpst šķīršanās trauksme bērņībāī, fobiskā trauksme bērņībāī, sociāla trauksme bērņībāī, brāļu (māsu) sāncensība, citi emocionāli traucējumi bērņībāī un neprecizēti emocionāli traucējumi bērņībāī.

Šķīršanās trauksme no vecākiem un citiem galvenajiem aprūpētājiem parasti notiek aptuveni sešu mēnešu vecumā, paliek izteikta pirmsskolas vecuma gados un pēc tam samazinās, kad bērns iegūst spēju paturēt pieķersšanās figūras “prātā” un drošību, ko viņi sniedz, pat ja tie nav fiziski klāt. Trauksme, ko izraisa šķīršanās, tiek diagnosticēta, ja nošķīršanās dēļ radušās trauksmes intensitāte neatbilst attīstībai un rada ievērojamu sociālo nespēju, piemēram, atteikšanos doties uz skolu. ICD-10 kritēriji ietver agrīnu sākumu (pirms 6 gadu vecuma), bet DSM-V kritēriji ļauj noteikt diagnozi, ja simptomi parādās pirms 18 gadu vecuma. Traucējumu sākums raksturīgs agrīnam vecumam, ar pīķi 7-9 gadu vecumā. Izplatība ir 3-5% bērņiem un pusaudžiem, samazinās pieaugot vecumam. Nav konstatētas atšķīrības starp vecumiem. Šķīršanās trauksmei ir neviendabīga klīniska aina.

Kardināls simptoms ir izteikts vai bērna attīstībai neatbilstošs distress, vai intensīvas bailes un trauksme, kas saistīta ar nošķiršanu no personas, kurai bērns ir pieķēries (parasti vecāki) vai mājām. Šķiršanās trauksmei ir trīs galvenās iezīmes:

- Intensīvas un pastāvīgas bailes vai trauksme pirms un šķiršanās laikā.
- Uzvedības un somatiskie simptomi pirms šķiršanās, šķiršanās laikā un pēc šķiršanās
- Nepārtraukti mēģina izvairīties no šķiršanās situācijām.

Bērns baidās, ka kaut kas var notikt ar viņu vecākiem (piemēram, ka viņi pazudīs, pazaudēs vai aizmirsīs viņu), vai ka viņš pats pazudīs, tiks nolauptīts vai nogalināts, ja viņš nav tuvu saviem vecākiem. Uzvedības simptomi ir raudāšana, protests pret separāciju un vecāku meklēšana pēc viņu aiziešanas. Fiziskie simptomi ir līdzīgi tiem, kas rodas panikas vai somatizācijas traucējumu gadījumā, proti – galvassāpes, sāpes vēderā, ģībonis, reibonis, murgi, miega problēmas, slikta dūša, vemšana, diskomforts, muskuļu sāpes, sirds klauves, sāpes krūtīs. Šī fiziski simptomi bieži vien kļūst par iemeslu bērnu dārza vai skolas neapmeklēšanai un atkārtotiem ģimenes ārsta vai pediatra apmeklējumiem medicīnisko problēmu izslēgšana. Simptomi parasti rodas skolas apmeklēšanas dienās un parasti izzūd ātri, tiklīdz vecāki nolemj, ka bērns paliek mājās.

Fobisko trauksmi ierosina vienīgi vai galvenokārt skaidri noteiktas situācijas, kas tajā pašā laikā nav bīstamas. Rezultātā pacients parasti no šīm situācijām izvairās vai pārdzīvo tās ar bailēm. Pacienta bažas var koncentrēties uz atsevišķiem simptomiem (sirds klauvēm vai tuvojošos ģīboņa sajūtu), sekundāri tās bieži saistās ar bailēm nomirt, zaudēt kontroli pār sevi vai sajukt prātā. Iedomāšanās vien par nonākšanu fobijas situācijā parasti jau iepriekš izraisa trauksmi. Daži bieži sastopami bērniem fobijas ir dzīvnieki, piemēram, suņi vai putni, kukaiņi vai zirnekļi, tumšums, skaļas skaņas un īpaši pērkona negaiss, klauni, maskas vai cilvēki ar neparastu izskatu, asinis, slimība vai injekcija. Agorafobija ir skaidri nosakāma fobiju grupa, kam raksturīgas bailes atstāt māju, iegriezties veikalos, bailes no drūzmas un sabiedriskām vietām, bailes vienam pārvietoties vilcienos, autobusos un lidmašīnās. Panika ir bieža pazīme gan iepriekšējās situācijās, gan pašreiz. Parastākie papildu simptomi ir depresijas, uzmācību simptomi un sociālas fobijas. Bieži dominē izvairīšanās no fobiju ierosinošās situācijas. Daži agorafobijas pacienti pārdzīvo tikai nelielu trauksmi, jo spēj izvairīties no šīm fobijas situācijām. Lai gan vieglas bailes bieži ir pārejošas, patiesas fobijas, īpaši smagas, biežāk ir noturīgas un var turpināties arī pieaugušo vecumā. Smagas specifiskas fobijas skar aptuveni 1% bērnu un pusaudžu. Visās vecuma grupās meitenēm biežāk nekā zēniem.

Sociālas fobijas līdzīgi agorafobijai var būt saistītas ar paniku un to veicināt. Vairāk nekā pusē

gadījumu novēro komorbiditāti ar citiem psihiskiem traucējumiem. Izvairīšanās no daudzām sociālām aktivitātēm vai situācijām, tostarp uzstāšanās ar runu, tikšanās ar nepazīstamiem bērniem, runājot ar cienījamiem cilvēkiem, piemēram, skolotājiem, jebkādām iespējām vērst uzmanību, un pusaudžiem bailes veidot ciešas personiskas attiecības. Ir bažas par citu personu negatīviem novērtējumiem, tostarp bērna pārliecību, ka citi domās, ka viņš ir nepievilcīgs, stulbs, nepatīkams, augstprātīgs vai dīvains. Ir ierobežots draugu skaits un problēmas ar jaunu draugu iegūšanu. Vairāk izplatītās sociālās fobijas parasti saistās ar zemu pašnovērtējumu un bailēm no kritikas. Tās var izpausties kā nosarkšana, roku trīci, šķebbināšana vai steidzama vajadzība urinēt. Dažreiz pacients ir pārliecināts, ka kāda no šīm sekundārajām trauksmes izpausmēm ir primāra problēma. Simptomi var pastiprināties, līdz rodas panikas lēkme.

Brāļu (māsu) sāncensība ir zināmi emocionāli traucējumi rodas vairumam bērnu pēc nākošā jaunākā brāļa (māsas) piedzimšanas. Brāļu (māsu) sāncensība diagnosticējama tikai tad, ja traucējumu pakāpe un ilgums ir statistiski neparasti spēcīgs vai arī saistīts ar savstarpējo sociālo kontaktu traucējumiem. Brāļu (māsu) sacensība, brāļu un māsu greizsirdība var izpausties ar ievērojamu konkurenci starp bērniem, lai saņemtu vecāku uzmanību vai mīlestību. Smagos gadījumos tas var būt saistīts ar atklātu nežēlību vai fizisku kaitējumu brāļiem. Mazāka smaguma gadījumā tas var izpausties kā spēcīga nevēlēšanās dalīties, pozitīvas uzmanības, un draudzīgas mijiedarbības trūkums. Emocionālie traucējumi var izpausties dažādos veidos, bieži vien ietverot zināmu regresiju ar iepriekš iegūtām prasmēm (piemēram, zarnu un urīnpūšļa funkcijas kontroli) un tendenci uz zīdaiņu uzvedību. Bieži vien bērns vēlas atkārtot bērnu arī tādā darbībā, kas nodrošina vecāku uzmanību. Parasti palielinās konfrontācijas vai opozīcijas uzvedība ar vecākiem, dusmas un disforijas uzliesmojumi, kas izpaužas kā trauksme, nelaime vai sociālā atstumtība. Var būt traucēts miegs, un spiediens uz vecākiem bieži palielinās, lai sasniegtu viņu uzmanību, īpaši naktī.

Emocionāli traucējumi ar bērņībai specifisku sākumu diagnostika parasti ietver novērtējuma skalu kombināciju, diagnostisku interviju un uzvedības novērošanu. Runājot par terapiju, galvenokārt ir noderīgas psihosociālās intervences – relaksācija, desensibilizācija, konjugēta notikumu vadība un kognitīvi-biheviorālā terapija. Ārstējot jaunākus bērnus, ir ārkārtīgi vērtīgi iesaistīt vecākus, kā psihoterapeitus. Nav pārliecinošu pierādījumu tam, ka tricikliskie antidepresanti vai benzodiazepīni palīdz. Ir ierobežoti pierādījumi tam, ka selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori (SSRI) nodrošina simptomātisku atvieglojumu, bet nav pierādījumu, ka šis uzlabojums saglabājas pēc zāļu ārstēšanas pārtraukšanas [24; 27].

3.3. Depresija bērnu un pusaudžu vecumposmā

Pasaules Veselības organizācija ir prognozējusi, ka 2030. gadā CIV/AIDS un depresija būs galvenie darba nespējas cēloņi populācijā. Šo prognozi vēl spilgtāku dara ekonomiskā un politiskā krīze gan pasaulē, gan, jo īpaši, Latvijā.

Depresija ir epizodisks, rekurents traucējums, kam raksturīgas: pastāvīgas un dziļas skumjas, intereses zudums par ikdienas aktivitātēm, aizkaitināmība un ar to saistītie simptomi, piem., negatīva domāšana, spēka zudums, nespēja koncentrēties, kā arī traucēts miegs un apetīte. Šo traucējumu izpausmes var būt atšķirīgas atkarībā no vecuma, dzimuma, izglītības un kultūras. Balstoties uz simptomu nopietnību, to smagumu, funkcionāliem traucējumiem vai mānijas epizožu esamību vai neesamību, kā arī psihotiskām izpausmēm, izšķir dažādus depresijas apakštipus.

Depresija ir saslimšana, kas ietekmē emocijas, domas, uzvedību un fiziskās ķermeņa reakcijas. Ikviens kādā dzīves brīdī var justies noskumis vai nelaimīgs, taču tas ne vienmēr nozīmē, ka sākusies depresija. Depresija traucē pilnvērtīgi veikt ikdienas aktivitātes, var pat parādīties domas, ka dzīvot nav vērts. Mūsdienās depresija ir ārstējama slimība, svarīgi laikus vērsties pie speciālista, lai noteiktu depresijas veidu un saņemtu atbilstošu palīdzību.

Vēl pirms 20–25 gadiem bērnu un pusaudžu depresijas novēroja ļoti reti. Pēdējos 10–15 gados saslimstība ar dažādas etiopatogēnēzes depresijām ir ievērojami pieaugusi. Pēc Zviedrijas statistikas datiem, depresīvos traucējumus novēro 2% pirmskolas un jaunākā skolas vecuma bērniem, bet pusaudžu populācijā šis rādītājs sasniedz 5%. Prepubertātes vecumā nav starpības starp zēniem un meitenēm, bet līdz ar pubertātes sākumu meitenēm divas reizes biežāk nekā zēniem. 40% gadījumu depresijas epizodes atkārtojas 2 gadu laikā, 60-70% gadījumu garastāvokļa traucējumi turpinās arī pieaugušo vecumā.

Depresijas etioloģija ir multifaktoriālā, izšķir bioloģiskus, ar ģimeni saistītus, psiholoģiskus un sociālus riska faktoros. Depresijas riska faktori apkopoti tabulā (skat.3.3.1.tabula).

3.3.1.tabula

Depresijas riska faktori

Bioloģiskie	Psiholoģiskie
<ul style="list-style-type: none">• Depresija ģimenes anamnēzē	<ul style="list-style-type: none">• Komorbīdi psihiskie traucējumi, īpaši

<ul style="list-style-type: none"> • Vielu atkarība vecākiem • Bipolāri traucējumi ģimenes anamnēzē • Dzimums • Pubertāte • Hroniskā somatiskā saslimšana • Depresija anamnēzē 	trauksmes spektrs <ul style="list-style-type: none"> • Neirotisks vai īpaši jūtīgs personības tips • Negatīvs kognitīvs stils, zems pašvērtējums • Trauma • Zaudējums
Ģimenes	Sociālie
<ul style="list-style-type: none"> • Atstāšana novērtā, vardarbība • Negatīvs audzināšanas stils: Noraidījums, aprūpes trūkums • Vecāku psihiskās slimības • Paaudžu konflikts 	<ul style="list-style-type: none"> • Nīrgāšanās • Institucionalizēti bērni, bērni audžu ģimenēs • Bezpajumtnieki, bēgļi un patvēruma meklētāji • Pusaudži penicītārā sistēmā

Tas ir normāli, ka bērniem un pusaudžiem mainās garastāvoklis. Var būt tādas dienas, kad viņi jūtas nomākti vai bēdīgi, dusmīgi vai apātiski. Taču svarīgi pievērst īpašu uzmanību tam, kad garastāvokļi sāk iestrēgt - tie bieži atkārtojas, ir noturīgi laikā, grūti maināmi. Bērnu depresija visbiežāk saistās ar nomāktības, bezspēcības un izmisuma izjūtām, taču ir arī atšķirība - bērnu depresiju var maskēt arī nepamatoti dusmu un agresijas izvirdumi.

Bērnu un pusaudžu depresijas raksturīgākie simptomi:

- Depresīvais noskaņojums nav primārais, vairāk raksturīga nervozitāte, aizkaitināmība, emocionalitāte,
- Interesu un aktivitātes zudums, apātija,
- Mainīga/svārstīga apetīte,
- Miega traucējumi - bezmiegs vai pārlietu liela miegainība,
- Trauksme (motorā jeb kustību), nemiers, kas mainās ar kustību gausumu,
- Sūdzības par nogurumu, spēka un enerģijas zudumu,
- Mazvērtības idejas, nedrošība, noslēgšanās sevī,
- Ievērojami samazinātas koncentrēšanās spējas, uzmanības noturēšanas spējas, atmiņa, domāšana ir gausa un neproduktīva,
- Laiku pa laikam - bērniem neraksturīgas domas par nāvi.

Simptomiem jābūt noturīgiem, vērojamiem katru dienu, vismaz 2 nedēļas, un tie var izraisīt funkcionālus traucējumus vai subjektīvu distresu. No aptuveni 8 g.v. bērniem sāk parādīties depresīva simptomātika, kas ir fenomenoloģiski līdzīga pieaugušo depresijai. Tas ļauj diagnostikā izmantot līdzīgus kritērijus. Neskatoties uz to ka diagnostiskie kritēriji bērnu un pusaudžu depresiju gadījumā un pieaugušo depresijai ir līdzīgi (skat. 3.3.2. tabula), un diagnozes uzstādīšana nerada problēmas, bieži vien bērnu un pusaudžu depresija netika pamanīta.

Depresijas klīnikas atšķirības pusaudžiem un pieaugušiem

Pusaudži	Pieaugušie
Aizkaitināmība (īgnums, agresija, dusmu izvirdumi)	Anhedonija
Jūtīgums pret noraidījumu (piem. nepareizi domā kā viņus apceļ vai kritizē)	Vainas, bezcerības sajūta
Afekts ir reaktīvs	Afekts ir torpīds
Biežāk paaugstināta apetīte, svara pieaugums	Pazemināta apetīte
Hipersomnija	Miega traucējumi (agra mošanās)
Somatiskās sūdzības	Diennakts svārstības (sliktāk no rīta)
Bieža komorbiditāte ar trauksmi, PTST, uzvedības traucējumiem, neirālās attīstības traucējumiem	Psihomotorā reterdācija vai ažitācija

Pubertātes vecuma bērniem depresīvie traucējumi var sākties ar somatiskām sūdzībām: galvassāpes, nelaba dūša, vemšana, subfebrila temperatūra, sāpes lielajās locītavās u. c. Daļa depresīvo bērnu ir gausi, saguruši, mazkustīgi, bieži raud, ir pasliktināta ēstgriba un miegs. Tik nenoteiktas polimorfās sūdzības rada iespaidu par kādu somatisku saslimšanu, un bērns ir rūpīgi jānovēro un jāizmeklē. Daļai bērnu ar depresiju mainās uzvedība – viņi kļūst nervozi, kaitināmi, neiecietīgi, pat agresīvi. Sāk bēguļot no stundām, klaiņo vienatnē, pakļaujot sevi fiziskas vai seksuālas vardarbības riskam.

Biežāk nekā pieaugušo praksē bērnu un pusaudžu vecumā novēro adaptācijas traucējumus, parasti uz subdepresijas vai depresijas fona. Smaga psihiska trauma, vecāku zaudējums, bērna ievietošanā bērnunamā vai internātskolā, nerunājot nemaz par bēgļu gaitām, karadarbību vai stihiskām nelaimēm, izraisa apjukumu, nomāktību, trauksmi un bezpalīdzību. Klīniskajā ainā dominē trauksme, nemiers, mazvērtības idejas. Bērns kļūst nedrošs, bezpalīdzīgs, strauji pasliktinās sekmes, galvenokārt uztveres, uzmanības fiksācijas un koncentrēšanās traucējumu dēļ. Atsevišķos gadījumos lielākie bērni reagē ar savdabīgām hiperkompensatorām reakcijām, kļūstot nesavaldīgi, agresīvi, pat disociāli savā uzvedībā. Minētie traucējumi parasti sākas mēneša laikā pēc psihiskās traumas un ilgst aptuveni 6 mēnešus. Klīniskajā praksē ir lietderīgi diferencēt aprakstītas adaptācijas traucējumus, lai izvēlētos adekvātu aprūpi un terapiju.

Bērnu un pusaudžu depresīvo traucējumu ārstēšanā savu efektivitāti pierādīja ģimenes terapija, kognitīvi bihevioreālā terapija (CBT) vai interpersonālā psihoterapija (IPT) un apzinātības tehnikas. Liela nozīme ir psiholoģiskam un pedagoģiskam atbalstam. Maziem bērniem (<8–9 g.) ir piemērota rotaļu terapija. Terapijas galvenie mērķi ir samaziniet simptomus un funkcionālus traucējumus, samaziniet depresijas epizodes ilgumu un novērst recidīvu. Ārstēšanai jābūt kompleksai: vispār spēcinoša terapija, ārstnieciskā fizikultūra, masāža, ūdensdziedniecība. Vieglas

depresijas ārstēšanā bērniem un pusaudžiem farmakoterapijai nav pierādītas efektivitātes. Vidēji smagas un smagas depresijas epizodes ārstēšanā farmakoterapiju nav ieteicams lietot bez paralēlās psihoterapijas un psiholoģiska atbalsta sniegšanas. Plānojot farmakoterapiju, rekomendējams nozīmēt bērniem atļautos antidepresantus: sertralīnu (>5–6 g.), fluvoksamīnu (> 8 g.), klomipramīnu (>10 g.). Līdzīgi kā pieaugušo praksē farmakoterapijai jābūt saudzīgai, ar bērnu vecumam piemērotām devām un ilgstošai – 4–6 mēneši, ar sekojošu balsta terapiju. Indikācijas ārstēšanas stacionārā ir izteiktā suicidalitāte, psihotiski traucējumi, pilna atteikšanās no ēšanas vai dzeršanas.

Depresija bieži saistīta ar augstu pašnāvības mēģinājuma vai pašnāvības risku. Pašnāvības risks vīriešu kārtas pārstāvjiem ir augstāks nekā sievietēm. Vairāk nekā 50% depresīvu pacientu ir konstatējamas pašnāvības domas, pašnāvības mēģinājumu dzīves laikā izdara ap 4–8% depresijas pacientu. Pašnāvības riska faktori pazīmes ir:

- Dzimums (vīrieši)
- Pašnāvības mēģinājums anamnēzē
- Psihopatoloģija (depresija, psihoze) vai nopietna somatiska saslimšana (piem., diabēts vai STS pašam vai tuviniekam)
- Alkohola un narkotiku lietošana (pašam pusaudzim vai ģimenē)
- Impulsivitāte
- Vientulības sajūta
- Metožu pieejamība
- Iedzimtība
- Vāja atbalsta sistēma
- Nesens zaudējums
- Cits satraucošs dzīves notikums (piem., problēmas skolā vai attiecībās, konflikts ar draugiem vai tuviniekiem)
- Sociāla izstumšana
- Fiziskā, emocionāla vai seksuāla vardarbība, ieskaitot ņirgāšanos (bullingu) skolā vai internetā un vardarbību ģimenē
- Neskaidrība par savu seksuālo orientāciju, dzimuma identitāti
- Masu mēdiju efekts
- Uzsākta ārstēšana ar antidepresantiem dažos gadījumos jauniešiem var palielināt pašnāvības risku. Taču, arī nelietojot medikamentus, depresijas izraisītais pašnāvības risks

ir augsts. Jauniešiem, kuri lieto antidepresantus, biežāk jākonsultējas ar speciālistu, tuviniekiem un draugiem uzmanīgāk jāizvērtē pašnāvības riska pazīmes.

Pusaudžiem raksturīgs nesuicidāls paškaitējums (NP) vai pašievainojoša uzvedība aptuveni tūkstoš reižu biežāk nekā pabeigta pašnāvība. Bieži NP kaitējums galvenokārt ir saistīts ar ādas bojājumiem, piem., sevi griešana, skrāpēšana, sišana, košana, brūču, apdegumu vai apsaldējuma radīšana, priekšmetu ievietošana zem ādas, paštetovēšanās, matu plēšana, bet var būt arī asu vai neēdamu priekšmetu norīšana, saindēšanās un pakaršanās mēģinājumi, lēkšana no augstuma vai ūdenī. No 14-17 gadus veciem skolēniem ASV aptuveni 15–25% ziņo, ka pēdējo 12 mēnešu laikā viņi nopietni domāja par pašnāvību, 8-9%, ka viņi paši savainoja sevi, kā rezultātā aptuveni viena trešdaļa no viņiem saņēma medicīnisko aprūpi. Arī britu statistikas dati ir līdzīgi - no 15 līdz 16 gadus veciem pusaudžiem 22% ziņo par pašnāvības domām pēdējo 12 mēnešu laikā, 7% savainoja sevi paši, un aptuveni viena astotā daļa no viņiem saņēma medicīnisko aprūpi. Līdz 12 gadiem NP ir biežāk zēniem nekā meitenēm. Pusaudžu vecumā (no 13 līdz 20 gadiem) šī attiecība ir pārsteidzoši mainīta - sieviešu pārsvars ir vismaz 2:1. Laikā, kad viņi paši savainoja sevi, jaunieši parasti dusmojas uz kādu vai jūtas vientuļi un nevajadzīgi. Trauksme par nākotni ir izteiktāka vecāko pusaudžu vidū. Bezcerība tiek izteikta tikai mazākā daļā ar smagu depresiju. NP apstākļi parasti nenorāda uz nopietnu nodomu nomirt vai iepriekšēju plānošanu, bieži tas ir impulsīvs - apmēram puse no jauniešiem to sastāda mazāk nekā 15 minūtes pirms to veikšanas. No otras puses, tikai 10–15% pusaudžu domā par paškaitējumu vairāk nekā vienu dienu.

Riska faktori NP pusaudžiem ir psihiskas saslimšanas, īpaši garstāvokļa traucējumi, atkarību izraisīto vielu lietošana un eksternalizējošie traucējumi. NP var rasties arī citos psihiskos apstākļos, piemēram, psihozes, garīgas atpalcības, autiskā spektra traucējumu un smagas depreviācijas gadījumā. Papildus psihopatoloģijai, citi riska faktori ir pusaudža vecums, sievietes dzimums, terorizēšana, negatīvi dzīves gadījumi un simptomi, kas bieži saistīti ar psihiatrisko saslimstību (piemēram, depresija, disociācija, slikta trauksme par trauksmi, emociju nepietiekamība). Stresa notikumi bieži ietver starppersonu konfliktus, zaudējumus, nesaskaņas ģimenē, grūtības ar draugiem, problēmas romantiskās attiecībās un skolā. NP ir pats par sevi bīstams, bet tas var būt arī pašnāvnieciskas uzvedības riska faktors nākotnē.

3.3.3. tabula

Psiholoģiskās funkcijas, kuras var būt papildītas nesuicidāla paškaitējuma gadījumā

Funkcija	Apraksts
Afekta regulēšana	Lai mazinātu akūtu negatīvu ietekmi vai nepatīkamu afektīvu

	uzbudinājumu
Anti-dissociatīvā	Lai izbeigtu depersonalizāciju vai citus disociatīvus stāvokļus
Anti-suicidālā	Lai aizstātu pašnāvības mēģinājumus vai izvairītos no tiem
Starppersonu robežas	Lai apliecinātu savu autonomiju vai pierādīt atšķirību starp sevi un citiem
Starppersonu ietekme	Lai meklētu palīdzību no citiem vai ar tiem manipulētu
Sevi sodīšana	Lai sodītu sevi vai izteiktu dusmas uz sevi
Saviļņojuma meklēšana	Lai radītu uzbudinājumu

Pašievainojošajai uzvedībai ir gan pozitīvi, gan negatīvi pastiprināšanas aspekti, un tā apmierina gan intrapersonālās, gan starppersonu (sociālas) funkcijas.

3.3.4.tabula

Nesuicidāla paškaitējuma uzvedības analīze

	Intrapersonāls	Starppersonu
Pozitīvs pastiprinājums	<ul style="list-style-type: none"> • Sodīt sevi • Lai justos relaksēts 	<ul style="list-style-type: none"> • Lai saņemtu uzmanību vai palīdzību no citiem nozīmīgiem cilvēkiem; • Lai padarītu citus dusmīgus, sodītu viņus vai īstenotu kontroli
Negatīvs pastiprinājums	<ul style="list-style-type: none"> • Novērst uzmanību no negatīvām domām un jūtām (afekta regulēšana) • Kaut ko sajūst, pat ja tas ir sāpes (antisociācija) • Traumas var novērst nopietnu paškaitējumu (pašnāvību) 	<ul style="list-style-type: none"> • Izvairīties no nepatīkamu darbību veikšanas

Galvenais un pirmais palīdzības veids cilvēkam, kurš nonācis krīzē un domā par nāvi, ir saruna! Tas neveicina pašnāvību, bet otrādi, ir pirmais solis, lai pašnāvību novērstu. Neatstājiet cilvēku, kuram ir pašnāvības domas, līdz neesat noorganizējuši palīdzību, pēc iespējas samaziniet pieeju pašnāvības izdarīšanas līdzekļiem [12; 14; 46; 30; 27].

3.4. Nervu tiki jeb rauste

Tiki ir gribai nepakļautas, īsas, neritmiskas stereotipiskas kustības (motoriskie tiki) vai izdvestas skaņas (vokālie tiki). Visbiežāk tiki skar seju, kaklu un augšējās ekstremitātes, taču tie var būt arī citās ķermeņa vietās. Tiki pieder hiperkinētisku kustību traucējumu grupai, bet tikus atšķirībā no citām hiperkinēzēm vai epileptiskiem paroksismiem iespējams īslaicīgi apzināti supresēt.

Tikus var iedalīt pēc to veida, izcelsmes, sarežģītības, lokalizācijas, skaita, biežuma un ilguma. Pēc veida tiki var būt motoriski (kustību izpausmes) un fonētiski/vokāli (skaņas, vārdi un zilbes).

4.4.1.tabula

Izplatītākie motoriskie un vokālie tiki [39]

Motoriskie tiki	Vokālie tiki
<ul style="list-style-type: none"> • Acu mirkšķināšana, miegšana • Rotējošas kustības ar acīm • Grimasēšana • Galvas raustīšana un griešana • Raustīšana ar pleciem • Rumpja un iegurņa raustīšana • Vēdera muskuļu kontrakcija • Roku un plaukstu kustības • Kāju un pēdas kustības 	<ul style="list-style-type: none"> • Klepus • Krekšķināšana • Šņaukšana • Svilpošana • Dzīvnīeku balss imitācija • Runājot izsauc zilbes • Runājot, izsauc vārdus • Izsaukumi

Pēc sarežģītības pakāpes tiki tiek iedalīti divās grupās:

- vienkāršie tiki, kam raksturīgas pēkšņas, īsas un atkārtotas stereotipiskas kustības, kontrakcijas, kuras rada noteikta muskuļu grupa. Tāpat raksturīgas atsevišķas izdvestas skaņas;
- kompleksie tiki – kustību kombinācijas, kurās iesaistītas vairākas muskuļu grupas, un frāžu vai vārdu, dažreiz necenzētu, izteikšana, kas nelabvēlīgi ietekmē pacienta adaptāciju sabiedrībā.

4.4.2.tabula

Izplatītākie vienkāršie un kompleksie tiki [26]

Vienkāršie tiki	Kompleksie tiki
<ul style="list-style-type: none"> • Bieža acu mirkšķināšana, miegšana; • Uzacu pacelšana; • Nekontrolētas sejas kustības; • Galvas grozīšana vai plecu raustīšana; • Deguna raukšana, šņaukšanās; • Dūkšana, klepošana, svilpošana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sevis vai citu aizskaršana; • Lēkāšana; • Galvas kratīšana; • Citu cilvēku žestu, kustību, atsevišķu vārdu, vārda daļu vai frāžu atkārtošana; • Pēkšņa skaņu izdvešana, izkliegšana; • Nekontrolēta dažādu vārdu, frāžu izteikšana.

No simptomu ilguma ir atkarīgs, vai traucējumi ietilpst pārejošā vai hroniskā kategorijā: pārejoša traucējuma gadījumā simptomi ilgst mazāk par 12 mēnešiem.

Neskatoties uz to, ka nervu tiku cēloņi nav joprojām precīzi konstatēti, tiek pieņemts, ka tie ir ģenētisko, neurobioloģisko un psiholoģisko faktoru, kā arī vides ietekmes mijiedarbības rezultāts. Tiek uzskatīts, ka atbildība par tiku rašanos ir kortikos-striato-talamo-kortikālo savienojumu regulēšana ar dopamīnerģisko un serotonergisko sistēmu darbības traucējumiem. Dopamīnerģiskās sistēmas paaugstināta aktivitāte bazālajā ganglijā izraisa nepietiekamu subortikālo inhibīciju un traucē kustību automātisku kontroli, kas klīniski izpaužas kā motori vai vokāli tiki. Konstatēta ģimenes nosliece, pārmantojums sasniedz aptuveni 50%. Potenciālie riska faktori ir dažādi prenatalie, perinatālie un postnatālie faktori. Tie ietver priekšlaicīgas dzemdības, perinatālo hipoksiju, zemu dzimšanas svaru, kā arī mātes pārmērīgu nikotīna un kofeīna lietošanu grūtniecības

laikā. Retos gadījumos tiki var attīstīties kā sekundāri audzēju, saindēšanās, infekciju, galvas traumu un asinsvadu slimību simptomi. Attiecībā uz psiholoģiskajiem riska faktoriem ir izslēgts tāds faktors kā sliktas bērnu aprūpes prasmes. Tomēr ārējās vides, galvenokārt psiholoģiskā stresa, ietekme neapšaubāmi ietekmē tiku smagumu. Iespaidi, ko izraisa bailes, emocionālu traumu un sociālais spiediens, parasti izsauc to saasinājumu.

Bērniem un pusaudžiem nervu tiki ir 10 reizes biežāk nekā pieaugušajiem. Tas var būt saistīts ar lielo spontānās remisijas biežumu jauniem pacientiem. Zēni slimo trīs reizes biežāk nekā meitenes. Pierādīta ģenētiska nosliece. Ja runā par atsevišķām tiku epizodēm, tad tās uzskatāmas par diezgan plaši sastopamām — aptuveni 15 % populācijas kaut reizi dzīves laikā piedzīvo kādu tiku. Lielākajai daļai tiki ir īsa, pašlimitējoša parādība bērnībā ar nelielu nozīmi vai vispār bez jebkādas klīniskas nozīmes turpmākajā dzīvē. Vidēji 3–4% cieš no slimības hroniskās formas un 1% ir Gilles de la Tourette jeb Tureta sindroms (TS). Šī neiropsihiatriskā hronisku tiku slimība, kas sākas bērnībā, pirmoreiz aprakstīta 1885. gadā. TS ir kompleksa patoloģija, kas attīstās ģenētisku un vides faktoru mijiedarbībā, tās patoģenēze nav pilnībā skaidra. Ir identificētas ar TS saistītas riska alēles, turpinās pētījumi par specifiskiem vides faktoriem, kas ietekmē TS attīstību. Aptuveni 50 % TS pacientu ir pozitīva ģimenes anamnēze. Tureta sindroma diagnostiskie kritēriji ir:

- Multipli motoriski un viens vai vairāki vokāli tiki kādā slimības posmā, ne obligāti vienlaicīgi,
- Tiki var parādīties un izzust, bet persistē vismaz gadu kopš pirmā parādīšanās brīža,
- Slimības parādīšanās pirms 18 gadu vecuma,
- Simptomi nav saistāmi ar kādas vielas iedarbību vai citu medicīnisku stāvokli.

TS visbiežāk izpaužas 4—6 gadu vecumā, visspilgtāk — 10—12 gadu vecumā. Tipiski, ka kompleksie tiki parādās vēlāk nekā vienkāršie, bet fonētiskie — vēlāk nekā motoriskie. Sabiedrībā zināmākā TS izpausme ir koprolalija, ko bieži attēlo filmās, apraksta grāmatās. Tomēr realitātē koprolalija kā vokālais tiks sastopama ne vairāk kā 10 % TS pacientu. Aptuveni pusei pacientu TS simptomi pieaugušo vecumā izzūd pilnībā, 40—45 % gadījumu izteikti mazinās. Nedz tiku biežums, nedz to veids bērnībā netiek atzīti par pārliecinošiem prognozes faktoriem TS ieilgšanai pieaugušo vecumā. Tureta sindroma sastopamība pieaugušo vecumā ir 0,3—0,5 %.

Tiku diagnostikā ir nepieciešams savākt rūpīgu vēsturi no dzimšanas. Papildus var izmantot arī standartizētas anketas, piemēram, “Stiprās puses un grūtības”, *Yale Global Tic Severity Rating Scale* (YGTSS) un *Tourette's Syndrome Severity Scale* (TSSS). Ir jāveic arī visaptveroša

somatiska un neiroloģiska izmeklēšana, tostarp EEG. Šīs pārbaudes galvenais mērķis ir izslēgt citas iespējamās slimības, kas var izraisīt līdzīgus simptomus. Parasti nav vajadzīgi tādi izmeklējumi kā MRI, ja vien nav konstatēta cita patoloģija. EKG, vairogdziedzera funkcijas testi vai citas procedūras (piemēram, metabolisma tests) nav indicētas, ja nav konstatētas novirzes no normas.

Tikiem bieži vien sastopama komorbidiāte ar citiem psihiskiem traucējumiem. Tureta sindroms ietilpst neiropsihiatrisko slimību grupā un bieži saistās ar OKT un UDHS. Aptuveni 30% OKT pacientu konstatē dažādus tikus. Arī hroniskas tiku slimības saistās ar psihiatriskiem traucējumiem, piemēram, trauksmi un/vai depresiju. Tiki var būt saistīti ar dažādiem uzvedības, emocionāliem un mācīšanās traucējumiem. Liela daļa pacientu atzīst, ka tieši blakus problēmas (koncentrēšanās traucējumi, obsesijas, trauksme) dzīves kvalitāti ietekmē vismaz tikpat ļoti vai pat izteiktāk nekā paši tiki. Tāpēc, pārrunājot to ar pacientu, rekomendē pievērsties šīm slimībām. Tieši tādēļ tiku terapijai ir jābūt multidisciplinārai un galvenā uzmanība jāpievērš primārai slimībai vai provocējošam faktoram, iespēju robežās ārstējot pamatslimību un limitējot izraisīto faktoru darbību. Arvien aktuālāks kļūst jautājums par imunoloģisku preparātu lietošanu iespējamu imūnmediētu sekundāru tiku ārstēšanā, tomēr pārliecinoša to efektivitāte līdz šim nav pierādīta. Tiku ārstēšanu sāk ar psihoterapiju. Kognitīvi biheiviorālā terapija (gan individuāla, gan grupā) atzīta par pirmās līnijas terapiju tiku slimībām. Arī mūzikas terapija (mūzikas instrumenta spēlēšana, nevis pasīva klausīšanās) var mazināt tiku izpausmi. Medikamentozu ārstēšanu iesaka gadījumos, kad tiki ir izteikti, apdraud pacientu un/vai rada ievērojumu psihosociālu vai citādu nespēju. Dopamīna receptoru antagonisti ir bāzes medikamenti tieši pret tikiem. Ārstēšanā lieto tipiskos neiroleptiskos līdzekļus (haloperidolu) un atipiskos neiroleptiskos līdzekļus (risperidonu, tetrabenazīnu). Pozitīvus rezultātus tiku ārstēšanā pacientiem ar TS uzrādījis ditetrabenazīns un valbenazīns. Tomēr jāņem vērā dopamīna receptoru antagonistu iespējamās blakusparādības (akūtu un hronisku kustību traucējumu attīstības risks), tāpēc tie lietojami piesardzīgi. Tiku medikamentozā terapijā izmanto arī benzodiazepīnus (klonazepāmu) un alfa 2 receptoru agonistus. Klonidīns ir efektīvs gan UDHS, gan tiku ārstēšanā, tāpēc tā ir racionāla izvēle pacientam ar abām slimībām. Izmanto arī antikonvulsantus (levetiracetāmu, topiramātu), tomēr dati par to efektivitāti ir konfliktējoši. Botulīna toksīna injekcijas ļoti noder izolētu un vienkāršu motorisku, arī vokālu tiku gadījumā. To iedarbība ir lokāla un nerada sistēmisku efektu. Refraktāros gadījumos, kad psihoterapija un farmakoloģiskā terapija bijusi neefektīva un tiki pacientam rada būtiskus funkcionālus ierobežojumus, var veikt dziļo smadzeņu stimulāciju. Dažādos pētījumos apraksta pozitīvu dziļās smadzeņu stimulācijas efektu ar elektrodu novietojumu dažādās lokalizācijās (thalamus un globus pallidus pars interna, globus pallidus pars externa u.c.), tomēr vienota viedokļa

par labāko novietojumu līdz šim nav. Turpinās pētījumi par iespējām izmantot alternatīvus preparātus bērniem ar UDHS un TS. Ir ierobežoti dati par omega 3 taukskābju, acetil-L-karnitīna, glutamāta, dzelzs preparātu, B6 vitamīna, cinka, magnija, augu ekstraktu, nikotīna plāksteru iedarbību [39].

4. ĒŠANAS TRAUCĒJUMI BĒRNIEM UN PUSAUDŽIEM, TO IETEKME UZ DZĪVES KVALITĀTI

Ēšanas traucējumi tiek definēti kā pārmērīgas uzmanības pievēršana sava ķermeņa svaram un formai, ko pavada neadekvāta, neregulāra vai haotiska barības uzņemšana. Pieminot ēšanas traucējumus, vairums no mums vispirms iedomājas par *anorexia nervosa* - anoreksija (AN) vai *bulimia nervosa* - bulīmija (BN). Tomēr, kā liecina statistika, viena no izplatītākajām ēšanas traucējumu formām ir nevis iepriekšminētās, bet gan kompulsīvā pārēšanās (*binge eating disorder*).

Ēšanas traucējumi ir nopietni psihiskās un fiziskās veselības traucējumi, kad cilvēks pievērš pārspīlētu uzmanību savam svaram un ēdienam, atstājot novārtā citas intereses un aktivitātes. Šie traucējumi pārsvarā skar meitenes pusaudžu vecumā vai jaunas sievietes. Retos gadījumos ēšanas traucējumus novēro arī zēniem vai jauniem vīriešiem. Visas šīs saslimšanas ir ar ļoti augstu mirstības risku, galvenokārt šo slimību radīto komplikāciju dēļ. Ēšanas traucējumi ir mentāla saslimšana un ēdiens nav slimības cēlonis, bet sekas. Cēlonis līdz šim brīdim ir neskaidrs, ir daudz hipotēzes par saslimšanu iespējamajiem cēloņiem - vide, ģimenes apstākļi, priekšlaicīga piedzimšana vai dzemdību traumas, ģenētiskie faktori. Lielāks risks saslimt ar ēšanas traucējumiem ir tiem, kuriem tuvi radnieki slimojuši ar līdzīgu patoloģiju, kuri bērnībā pārcietuši fizisku vai seksuālu vardarbību, kuri auguši pārlieku aizsargājošā vidē, nav guvuši konfliktu risināšanas pieredzi, audzināti pārlieku stingri un neelastīgi. Cilvēkiem ar ēšanas traucējumiem konstatē smadzeņu struktūras un ķīmisko vielu izdales traucējumus. Ēšanas traucējumu gadījumā raksturīgs pazemināts pašvērtējums, perfekcionisms, impulsu kontroles traucējumi, grūtības veidot attiecības. Nereti ēšanas traucējumi kombinējas ar depresiju, trauksmi un uzmācīgām domām.

Jebkāda rīcība vai attieksme, kas norāda, ka svara zudums, diēta vai ēšanas kontrole kļūst par centrālo cilvēka dzīves jēgu, ir nopietns signāls diagnosticēt ēšanas traucējumus. EAT-26 ir visplašāk izmantotais tests ēšanas traucējumu simptomu konstatēšanai. Šis tests ir īsāka EAT-40 testa versija. To var izmantot gan speciālisti, gan pacienti ēšanas traucējumu diagnostikā. Šis tests veidots ar mērķi atklāt tendenci uz ēšanas traucējumiem. Lai uzstādītu pareizu diagnozi un izstrādātu ārstēšanās plānu, ir jāvērsas pie speciālista.

Cilvēkiem ar ēšanas traucējumiem nepieciešama kompleksa ārstēšana, kurā tiek iekļautas psihiatra, terapeita, uztura speciālista konsultācijas, individuāla un ģimenes psihoterapija un medikamentoza ārstēšana. Smagu medicīnisku komplikāciju gadījumā nepieciešams ārstēties

stacionārā. Katram ēšanas traucējumu veidam ir izstrādāta sava terapijas shēma, bet, neskatoties uz to, terapijai ir jābūt individualizētai, jo vienam pacientam ēšanas traucējumu tipi var kombinēties un mainīties ar katru nākamo recidīvu. Tāpēc šo patoloģiju ārstēšana un jo īpaši ilgstošas remisijas uzturēšana prasa lielas pūles. Ņemot vērā mūsdienu farmakoterapijas ierobežotās iespējas ēšanas traucējumu terapijā, ir skaidri redzama jaunu un selektīvāk tendētu medikamentu nepieciešamība. Šobrīd pirmajās klīnisko izmēģinājumu stadijās ir tādi preparāti kā grelina agonisti, neuropeptīda Y1 un -5 antagonisti, oreksīna receptoru antagonisti, kortikotropīnatbrīvotājfaktora receptoru 2 antagonisti, histamīna 3 antagonisti, melanokortīna 4 receptoru antagonisti, beta3-adrenoceptoru agonisti, 5-hidroksitriptamīna-2A antagonisti un augšanas hormonu agonisti. Visi šie preparāti spēj ietekmēt neirālos signālceļus, kas ir iesaistīti ēšanas traucējumu patoģenēzē, tāpēc tiek paredzēts, ka šo preparātu efektivitāte būs augstāka, nekā šobrīd izmantojamajiem antidepressantiem [9; 1; 7; 8; 16; 45; 15].

4.1. Anoreksija

Pašgribēta un apzināta badošanās jeb neiroģenā anoreksija ir psihiska slimība ar visaugstāko mirstību (5–20%). Badošanās dēļ atrofējas un sarūk sirds, smadzenes, aknas, zarnas, nieres un muskuļi. Tieši badošanās dēļ rodas sirds ritma traucējumi, virsnieru mazspēja, bet pēc tam izzūd tievo zarnu skropstiņepitēlijs, un barības uzsūkšanās vairs vispār nenotiek. Nāves risks ir 10–18 reižu augstāks nekā vidēji populācijā. *Anorexia nervosa* ir sarežģīti izprotama un sarežģīti ārstējama saslimšana. Ir grūti saprast cēloņus tam, kāpēc cilvēks sevi tīšām badina un kāpēc redz sevi spogulī resnu, ja patiesībā ir krietni zem normālā svara robežas. Slimības cēloņi ietver bioloģiskos, sociālos un psiholoģiskos aspektus.

Diagnoze ir skaidra, ja pacienta ķermeņa svars ir pazemināts par vismaz 15% no normāla svara – ķermeņa masas indekss ir 17,5 vai zemāks – un tam nav cits iemesls. Saslimušo sieviešu un vīriešu attiecība ir aptuveni 10:1, visbiežāk saslimst 14–18 gadus jaunas meitenes, kuras uzskata, ka viņām ir paaugstināts svars, resns ķermenis vai atsevišķa tā daļa. Jaunietes sāk apzināti pārspīlēti samazināt savu svaru badojoties, ierobežojot uzņemtā ēdiena daudzumu, nododoties pārlietu intensīvām fiziskajām aktivitātēm, lietojot apetīti nomācošos vai caureju izraisošus medikamentus, urīndzenošus līdzekļus, nereti izraisot vemšanu pēc ēdienreizēm. Pacientēm ar anoreksiju ir raksturīga sevis vērtēšana tikai uz ķermeņa svara un figūras pamata – jo labāk spēj kontrolēt savu svaru, jo vairāk sevi uzskata par labāk un augstāk vērtējamu.

Anoreksija norit atšķirīgi. Tas var būt viena epizode dzīves laikā – šajā gadījumā ir iespējama arī pašizārstēšanās, ja stāvoklis nav smags. Var būt viļņveida norise ar uzlabojumiem un paasinājumiem, bet biežāk tas ir ilgtermiņa slimība vairāku gadu un pat gadu desmitu garumā, cīņa ar komplikācijām: osteoporozi, olnīcu un citu iekšējās sekrēcijas dziedzeru atrofiju (cukura diabēts, neauglība, hipofīzes un virsnieru mazspēja), dismetabolu encefalopātiju, koriģējot zobu iztrūkumu. Vidēji aktīvas slimības (epizodes) ilgums ir 6–8 gadi.

Anoreksijas pazīmes ir:

- ķermeņa svara turēšana 15–25 % zem minimālās normas, kas paredzēta atbilstošajam vecumam un garumam;
- spēcīgas bailes pieņemties svarā pat tad, ja svars ir nepietiekams; tas, kurš cieš no šiem traucējumiem, jūtas resns pat tad, kad ir badojies;
- cilvēks sevi pieradina ēst ārkārtīgi maz un vieglu ēdienu vai arī atsakās no ēšanas;
- domāšana, garastāvoklis un sociālā dzīve kļūst norobežota, garastāvokļa maiņas kļūst biežākas;
- attiecībā uz sievietēm būtisks simptoms ir vismaz trīs menstruālo ciklu iztrūkums pēc kārtas;
- pierunāšana, prēmijas un draudi nepalīdz pat tad, ja persona pati apsola beigt badošanos.

Anoreksiju vajadzētu pamanīt agrīni, pirms iekšējos orgānos nav sākušies sarūkšanas procesi (t.s. atrofija), un sākt pacientu papildus barot atbilstoši vecuma normai. Obligāti jāvēršas pie psihiatra, kas šo diagnozi apstiprina, kā arī atšķir no citām psihiskām slimībām ar līdzīgu ainu (depresijas, šizofrēnijas). Vienotas, universālas ārstēšanas shēmas, kas derētu visiem anoreksijas slimniekiem, nav. Ārstēšanas shēma tiek sastādīta individuāli, tiek koriģēta atbilstoši slimības ainai (piemēram, pievienojoties depresijai, uzsvars tiek likts uz tās ārstēšanu). Ārstēšana notiek sadarbībā ar citu specialitāšu ārstiem, aizņem vairākus mēnešus, pat gadus. Arī pēc remisijas sasniegšanas (kad normalizējas svars, atjaunojas fizioloģiskas funkcijas, atsākas vecumam atbilstoša augšana) slimniekiem jāatrodas ārstu novērošanā, jo ir iespējami recidīvi [8; 3].

Anoreksijai izšķir 3 fāzes. Kamēr vēl nav jūtamu tālākminēto seku un badošanās nav ieilgusi, tikmēr var uzskatīt, ka slimiece atrodas pirmajā anoreksijas fāzē. Šajā stadijā vēl ir cerības pārtraukt anoreksiju bez nopietniem veselības traucējumiem un mediķu iejaukšanās. Tāpēc ir ļoti būtiski tuviniekiem pēc iespējas ātrāk pamanīt pirmos simptomus un palīdzēt. Vajag runāt, uzklausīt, atjaunot kopīgus ģimenes ēšanas paradumus. To visu ir jādara ļoti saudzīgi un bez pārmetumiem un noniecinājuma. Otrai fāzei raksturīgs menstruāciju izbeigšanās, hormonāli

traucējumi, asinsrites samazināšanās rokās un kājās, to salšana, krītas koncentrēšanās spējas, pastāvīgs nespēks un traucēts miegs, aizcietējumi, trausli lūstoši kauli, nagi un mati. Ja situāciju nav iespējams uzlabot mājas apstākļos, tad šajā stadijā slimnieci ievieto slimnīcā. Stāvokli vēl var vērst uz labo pusi. Trešajā fāzē pacienta svars nokrītas līdz pat 30 kg, ir paaugstināta jutība pret infekcijām, organisms izlieto pēdējās enerģijas rezerves, pievienojas apātija un depresija, 10% gadījumu iestājas nāve, daļa pacientu pēdējā stadijā izdara pašnāvību. Pacientu noteikti hospitalizē, ja:

- ārstējoties ambulatori, svars turpina kristies;
- ir ģīboņi, krampju lēkmes, vājuma, ģīboņa tuvošanās sajūtas epizodes ar pulsu 40 reizes minūtē un mazāk;
- ir akūts aknu vai nieru bojājums/ aizkuņģa dziedzera iekaisums;
- ir izteikts fizisks vājums – pacients nespēj pieslieties gultā sēdus vai piecelties no tupus stāvokļa bez roku palīdzības;
- aizdusa vai sāpes krūškurvī;
- izteiktas sāpes citās ķermeņa daļās (piemēram, kājās);
- pieceļoties stāvus, pulss pieaug vairāk par 20 reizēm minūtē vai sistoliskais asinsspiediens krītas vairāk nekā par 20 mm Hg;
- hipotermija (serdes temperatūra ir zemāka par 35 grādiem);
- sirds ritma traucējumi (izņemot sinusa bradikardiju – ritmisku lēnu sirdsdarbību, kas ir bieži sastopama anorektīkiem);
- tūskas (t.s. bada tūskas) vai šķidruma uzkrāšanās vēdera vai krūškurvja dobumā;
- izteiktas novirzes analīzēs – hipoglikēmija (< 2,5 mmol/L) vai nozīmīgi elektrolītu līdzsvara traucējumi (fosfors < 2 mg/ml);
- svars < 70% no ideālā vai ķermeņa masas indekss (KMI) < 15 kg/m², jo īpaši ja svara zudums bija straujš;
- ja pēdējo 5 dienu laikā ir ļoti maz ēsts un dzerts (< 100 kcal/dienā);
- ja ir psihiski traucējumi – izteikta nomāktība, nespēja nomierināties, drūmums un aizkaitināmība, pārņemība ar domām un fantāzijām par ēdienu, kas neļauj domāt ne par ko citu; domas par pašnāvību vai veikts paškaitējums (vēnu griešanas mēģinājums, zāļu pārdozēšana pašnāvības nolūkā, u.c.);
- ja katru dienu ir vemšana, pat ja tā ir mākslīgi izraisīta.

Relatīvi droši var izrakstīt no slimnīcas anoreksijas pacientu:

- ja KMI ir vismaz 15, pašsajūta ir stabila, relatīvi apmierinoša un ir laba reakcija uz zālēm,

ārstēšana var notikt poliklīnikā vai dienas stacionārā;

- ja stabili (vairākas dienas, nevis 1–2 dienas) ir labs noskaņojums, satīcīga uzvedība, pareiza uzvedība svēršanas laikā (bez izmisīgas raudāšanas, atteikšanās kāpt uz svariem, smagu priekšmetu slēpšanas zem drēbēm);
- cita tipa drēbju uzvilšana (piemēram, svārki bikšu vietā, lai gan sakarā ar pieņemšanos svarā ir pārdzīvojumu par “kāju resnumu”);
- nav sūdzību par izteikti sliktu pašsajūtu pēc ēšanas;
- nav tendences uzreiz dedzināt uzņemtās kalorijas ar intensīvu vingrošanu, vemšanu un/vai speciālu medikamentu lietošanu;
- ir stabili pozitīva svara dinamika, kas pacientam neizraisa negācijas;
- nākotnes plānos nav intensīvu, dominējošu domu par kādu ķermeņa daļas vai sejas daļas neglītuma korekciju;
- pacients piedalās nodaļas dzīvē, interesējas par apkārt notiekošo, parādās jaunas, vecumam un intelektam atbilstošas intereses (kas neattiecas uz ēdienu, veselību, vingrošanu, skaistumkopšanu), jaunas attiecības (piemēram, sadraudzējas ar vienaudzi, kurai/-am nav ēšanas traucējumu, depresijas, pārņemtības ar savu ārējo izskatu) [7; 8; 3; 45; 15].

4.2. Bulīmija

Bulīmija - tā ir nopietna, dzīvībai bīstama saslimšana, kas raksturojas ar atkārtotām, nekontrolētām pārēšanās epizodēm ar sekojošām pastāvīgām pūlēm kontrolēt ķermeņa svaru. Nervu bulīmija jeb *bulimia nervosa* ir krasi atšķirīga no anoreksijas, biežāk sastopama un diemžēl arī grūtāk pamanāma. Bulīmija skar 1-2% pusaudžu un jaunu sievietes, 80% pacientu ir sievietes. Cilvēku svars, kas cieš no bulīmijas parasti ir normāls vai nedaudz palielināts. Bulīmijas slimnieces, atšķirībā no pacientiem ar anoreksiju, saprot un skaidri apzinās, ka viņu uzvedība un attieksme pret ēdienu nav normāla un var būt bīstama veselībai. Pārēšanās ar sekojošu atbrīvošanos no ēdiena nav efektīva svara zaudēšanas nolūkā un pacientes bieži pašas to apzinās, taču pieradums pie ēdiena „mierinošā” efekta un sekojošas bailes no liekā svara ir pārāk spēcīgas, lai pārtrauktu šo apburto loku.

Bulīmijas gadījumā ir pārmērīga tieksme pēc ēdiena, izteikta neapmierinātība ar savu izskatu un bailes no svara pieauguma. Centieni mazināt svaru notiek, regulāri atbrīvojoties no apēstā, piemēram, to izvemjot. Slimība izpaužas kā nekontrolējamas, regulāras pārēšanās lēkmes (>2 epizodes nedēļā, 3 mēnešus no vietas), ko cilvēks pēc tam visu izvemj. Reizēm tiek lietoti arī apetīti

mazinoši vai caurejas un urīndzenošie līdzekļi. Nereti pēc pārēšanās seko ilga badošanās. Slimības galējā izpausmē cilvēks pēc katras ēdienreizes tualetē uzreiz atbrīvojas no apēstā.

Bulīmijas pazīmes var būt liela ēdiena daudzuma patērēšana, jebkādas norādes par atbrīvošanos no apēstā, iešana uz vannas istabu pēc ēšanas, vemšana, caurejas vai diurētisko līdzekļu lietošana, uzmācīga sportošana, lai sadedzinātu uzņemtās kalorijas, neparasts vaigu un žokļu pietūkums, čūlas uz smaganām vai rīklē, tulznas uz rokām un pirkstiem var norādīt uz mākslīgu vemšanas izraisīšanu, zobu dzelte un krāsošanās, dzīvesveida pielāgošana pārēšanās un vemšanas rituāliem, norobežošanās no parastām darbībām un draugiem.

Bulimia nervosa var izraisīt nopietnas sekas veselībai. Regulāri pārēšanās un vemšanas cikli ietekmē gremošanas sistēmu - zobu bojāšanās un plankumi uz tiem, barības vada iekaisums sakarā ar biežu vemšanu, kuņģa un zarnu trakta darbības traucējumi, retāk kuņģa plīsums kā regulāras pārēšanās sekas, ka arī noved pie elektrolītu zuduma un ķīmiskās nelīdzsvarotības, kas var izraisīt sirds aritmiju, sirds apstāšanos un nāvi. Elektrolītu līdzsvara traucējumi izraisa dehidratāciju, kālija un nātrija zudumu no organisma pēc vemšanas.

Bulīmija, tāpat kā anoreksija, ir jāārstē kompleksi – ar medikamentiem un psihoterapiju, lai nostiprinātu pacientes pašapziņu, normalizētu tieksmes un vēlmes. Efektīva ir grupas terapija, kur var saņemt pietiekami lielu atbalstu, kas šīm meitenēm ir ļoti nepieciešams [3; 45; 15].

4.3. Kompulsīvā pārēšanās

Nekontrolēta ēšana jeb tā saucamās pārēšanās lēkmes, kas pēc savas būtības ir atkarība no ēdiena, tiek izdalīta kā atsevišķs ēšanas traucējumu veids. Tai raksturīga nekontrolēta ēšana, kam seko vainas apziņa un kauna sajūta, kas var provocēt atkal jaunu pārēšanās lēkmi. No bulīmijas kompulsīvā ēšana atšķiras ar to, ka ēšanas lēkmei neseko atbrīvošanās no ēdiena ar vemšanas vai caurejas zāļu palīdzību. Kompulsīvā pārēšanās ir mentāla saslimšana, slimnieks īsā laikā apēd ļoti lielu pārtikas daudzumu, bieži arī tad, ja nav izsalcis. Kompulsīva pārēšanās vienādi bieži raksturīga gan vīriešiem, gan sievietēm. Svars var būt normāls, paaugstināts vai pazemināts.

Kompulsīvās ēšanas gadījumā domas par lieko svaru un rūpes par figūru ir tikai ārējā maska. Patiesībā, līdzīgi kā bulīmijas gadījumā, šādi tiek kompensētas citas emocijas – stress, nomākums, skumjas, depresija, trauksmainība, dusmas, zems pašvērtējums un tamlīdzīgas sajūtas. Taču ēdiens tikai uz īsu brīdi dod apmierinājuma sajūtu – jau tūlīt pēc pārēšanās vietā nāk citas sliktās jūtas – kauns un vainas apziņa, sevis šausmīšana, turklāt šīs emocijas kompulsīvajiem ēdājiem ir vēl vairāk raksturīgas nekā bulīmijas slimniekiem.

Cilvēki ar kompulsīvo pārēšanās slimību bieži ēd vienatnē, jo kautrējas no apēstā ēdiena daudzuma. Pārēšanās lēkmes var būt naktīs un slimnieks var ēst, piemēram, guļamistabā. Slimnieks lēkmes laikā var uzņemt daudzus tūkstošus kaloriju. Viena no pazīmēm var būt personas finanšu grūtības, par cik tiek patērēts ļoti liels ēdiena daudzums un tas ir daudz dārgāk kā veselam cilvēkam. Var parādīties depresijas pazīmes.

Uztura speciālisti atzīst, ka kompulsīvā pārēšanās ir līdz galam neizpētīta slimība. Šobrīd pastāv dažādas kompulsīvo pārēšanas cēloņu teorijas:

- neurohormonālās regulācijas mehānisma traucējumi;
- iedzimtības faktors;
- emocionāla rakstura, kad cilvēks cenšas „apēst” negatīvas emocijas. Saknes meklējamas bērnībā, kad, tiklīdz bērns sajūtas slikti, viņam tiek piedāvāts kāds saldumiņš vai kaut kas garšīgs. Saikne starp „kaut kas garšīgs” un „man paliks labāk” ir tik ļoti spēcīga, ka no zemapziņas to pašrocīgi izgrūst ir gandrīz neiespējami. Vieglāk ir tikt galā ar emocijām, apēdot šokolādes batoniņu, nekā izrunājot šīs sajūtas vai konfliktus. Kompulsīvā pārēšanās ir spontāna saslimšana, kas asociējama ar zemu pašapziņu. Pārēšanās lēkmes ir mehānisms, kas atļauj slimniekam nedomāt par reālo problēmu, bet to kupēt ēdot. Šādi tiek kompensētas citas emocijas – stress, nomākums, skumjas, depresija, trauksmainība, dusmas, zems pašvērtējums un tamlīdzīgas sajūtas. Taču ēdiens tikai uz īsu brīdi dod apmierinājuma sajūtu – jau tūlīt pēc pārēšanās vietā nāk citas “sliktās” jūtas – kauns un vainas apziņa, sevis šaustīšana, turklāt šīs emocijas kompulsīvajiem ēdājiem ir vēl vairāk raksturīgas nekā bulīmijas slimniekiem;
- varētu būt arī psihiskas slimības simptoms;
- pašlaik tiek pētīta pārtikas ietekme uz slimības attīstību. Izrādās, ka pārtika, kas satur daudz cukura, sāls, tauku (tādi produkti ir *fast food*, pusfabrikāti, konditorejas izstrādājumi) ļoti kairina noteiktus smadzeņu centrus, rezultātā izveidojas nosacījuma reflekss – nepārtraukti meklēt ēdienu. Šī vēlme pēc ēdiena kļūst stiprāka par spēju pateikt „nē”! Cilvēkam zūd paškontrolē. Ēdiens (smarža, izskats, garša) ir stimulē, tālāk seko vēlme (vēlme apēst ēdienu) jeb reakcija, ēdot cilvēkam rodas patika jeb reakcijas nostiprināšana un rezultātā izveidojas paradums.

Parasti kompulsīvas ēšanas izpausmes parādās pakāpeniski.

Diagnostikas kritēriji ir:

- Atkārtotas pārēšanās epizodes, tai skaitā nenormāli liela pārtikas daudzuma apēšana,

zaudējot kontroli pār sevi un nespējot apstāties

- Ir spēkā vismaz trīs no šiem faktoriem: ātra ēšana; ēšana līdz nekomfortablai pilnuma sajūtai; liela daudzuma pārtikas apēšana, kad cilvēks nav izsalcis; ēšana norobežotā vidē, projām no cilvēkiem, jo kauns par apēsto ēdiena daudzumu; pretīguma sajūta pret sevi, depresīva vai vainas sajūta pēc ēšanas.
- Pārēšanās epizodes ir vismaz divreiz nedēļā pēdējo sešu mēnešu laikā.
- Pārēšanās netiek kompensēta, piemēram, ar pašizraisītu vemšanu.

Kompulsīvā pārēšanās noved pie svara pieauguma, kas robežojas ar aptaukošanos, augsta asinsspiediena un paaugstināta holesterīna līmeņa, var attīstīties hroniskas nieru slimības vai nieru mazspēja, osteoartrīts, diabēts, žultspūšļa saslimšanas, ādas problēmas, sievietēm ir neregulārs menstruālais cikls un var būt dažādas komplikācijas grūtniecības laikā [3; 45; 15].

4.4. Uztura terapijas principi pacientiem ar ēšanas traucējumiem

Organisma enerģētiskā vielmaiņa

Bērniem augot, enerģijas vajadzības ievērojami palielinās un ir svarīgi uzturēt līdzsvaru starp patērēto un uzņemto kaloriju daudzumu. Patērētas un uzņemtas enerģijas līdzsvara mērķis ir pamatvielmaiņas, augšanas, termogēnēzes procesu, normālas ķermeņa masas, nodrošināšana [18]. Biežākie organiskie nāves cēloņi pacientiem ar ēšanas traucējumiem ir kritiska novājēšana un dehidratācija, kas noved pie neatgriezeniska elektrolītu disbalansa [31]. Organisma enerģētiskā vielmaiņa nodrošina pamata jeb bazālajā vielmaiņa. Bazālā vielmaiņa ir enerģijas daudzums, kas nepieciešams, lai uzturētu organisma dzīvības funkcijas pilnīgā miera apstākļos, optimālā temperatūrā un bez ēdiena kuņģī. Tā ir enerģija, kas nepieciešama visām homeostāzes funkcijām. Pamatvielmaiņa ir enerģijas daudzums, kas sastāda apmēram 65 – 75% no kopējā enerģijas daudzuma, ko cilvēks patērē diennaktī. Tā ir atkarīga no beztauku audu daudzuma; vecuma; dzimuma; endokrīnās sistēmas; iedzimtības (ģenētika), klimatiskiem apstākļiem; menstruālā cikla.

Uztura terapijas mērķi un uzdevumi

Pēc NICE vadlīnijām ēšanas traucējumu uztura terapijas svarīgākie aspekti:

- Veicināt normālus uztura uzņemšanas veidus un sasniegt veselīgu ķermeņa svaru;
- Mainīt attieksmi pret uzturu un veicināt veselīgus uztura paradumus;

- Veicināt enterālo uztura uzņemšanu, kā arī jānodrošina pret izvemšanu;
- Izglītēt par uztura plānošanas iespējam un plānošanas priekšrocībām;
- Izglītēt par uzturvielu nozīmi veselībai un optimālai organisma funkcionēšanai;
- Izglītēt pacientus izvēlēties veselīgus, viņam nepieciešamus pārtikas produktus;
- Palīdzēt pārvarēt bailes no ēdiena un praktiski apgūt ēdienu gatavošanas iemaņas;
- Iesaistīt ģimenes locekļus maltītes plānošanā;
- Uzdot mājas uzdevumus saistībā ar uztura plānošanu (piemēram, uztura dienasgrāmata, pārdomas par maltīšu plānošanu, pārtikas produktu racionālu izvēli).[41]

Pirms terapijas uzsākšanas, ir jāievāc uztura anamnēze, kur būtu jāpievērš uzmanība šādiem faktoriem, kā:

- Svara izmaiņas/svārstības pēdējo 6 mēnešu laikā;
- Svara kontrolei pielietotās metodes;
- Pacienta ēšanas paradumi, ģimenes ēšanas paradumi;
- Detalizēta diētas anamnēze;
- Lietotie medikamenti, citi uztura un dzīves paradumi;
- Kompensējošo uzvedību (fizisko aktivitāšu biežumu un intensitāti, caurejas un urīndzenošu preparātu lietošanas biežumu, vemšanas epizodēm un to biežumu)[42].

Uztura speciālista loma ēšanas traucējumu ārstēšanā

Sadarbībā ar ārstējošo ārstu, uztura speciālists veic uztura korekcijas, pielāgo nepieciešamo uzņemamo enerģiju (kaloritāti) ar mērķi normalizēt pacienta svaru. Uztura speciālists izglīto pacientu par uzturvielām un to mijiedarbību, par racionālu produktu izvēli, kā arī informē par risku, kas saistīti ar striktu ēdiena uzņemšanas ierobežošanu. Uztura speciālista uzraudzībā tiek pārrunātas dažādas ikdienas situācijas, kas saistītas ar ēdiena uzņemšanas īpatnībām, maltītes uzņemšanas rituālu. Uztura speciālista darbā, ietilpst praktisko nodarbību vadīšana, kuru laikā, pacients tiek izglītot par pārtikas iegādes iespējam, ēdienu pagatavošanas veidiem, par produktu daudzveidību un dažādu recepšu pielietošanu ikdienā. Terapijas laikā, ir svarīgi nodrošināt patīkamas asociācijas, iesaistīt pacientu terapijā, ēdienkartes plānošanā un pamatot terapijas principus, kā arī palīdzēt pacientam izvēlēties labi sabalansētu uzturu un ievērot atbilstošus ēšanas

ieradumus pēc terapijas beigām. Konsultācijām par uzturu jābūt regulāram, pacientam un viņa piederīgiem saprotamā valodā. Uztura korekcijām jābūt pielāgotām enerģijas prasībām, fiziskām aktivitātēm [41; 42].

5. PACIENTU AR PSIHISKIEM TRAUCĒJUMIEM APRŪPES PAMATELEMENTI

5.1. Terapeitiskas sadarbības veidošana

Sadarbība starp aprūpes sniedzēju un pacientu ir pacientu ar psihiskiem traucējumiem aprūpes pamats. Māsai un citiem veselības aprūpes speciālistiem ir būtiska loma, veidojot un veicinot šo terapeitisko sadarbību. Tādas īpašības kā empātija, pozitīva attieksme, pieņemšana, piesaiste, uzticība un spēja būt nenosodošiem tiek uzskatītas par noteicošām terapeitisku attiecību veidošanā. Personu mijiedarbību var ietekmēt vairāki faktori, tostarp pieredze, attieksme un uztvere, kas rodas starp pacientu un veselības aprūpes speciālistu [54]. Visplašāk pielietotais terapeitisku attiecību veidošanas modelis ietver alianses jēdzienu māsas un pacienta praktiskajā sadarbībā, reālas savstarpējās attiecības, uzvedības nodošanas mehānismus un rīcības konceptu uzvedības pārneses gadījumā [26]. Pētījumi pierāda, ka terapeitisko attiecību trīspusējā modeļa pielietošana pozitīvi ietekmē ārstēšanas procesu un tā iznākumu.

Veiksmīgas sadarbības izveidē būtiska loma ir veselības aprūpes speciālistu prasmēm. Aprūpējot pacientus ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem līdztekus veselības aprūpes speciālistu tehniskajām prasmēm priekšplānā izvirzās tādas aprūpē nepieciešamās iemaņas kā spēja veiksmīgi risināt krīzes situācijas, izzināšanas iemaņas, mācīšanas prasme, prasme noteikt robežas, radošas saskarsmes veidošanas iemaņas, spēja paust pieņemšanu. Šo prasmju nepieciešamība pamatota terapeitisko attiecību trīspusējā modeļa analīzē [26].

Ikvienu pacienta aprūpi balstīta viņa problēmu un vajadzību identificēšanā. Bērna attīstībai atbilstošo vajadzību apmierināšanu vairumā gadījumu uzņemas bērna ģimene. Ģimene ir galvenais avots, kas apmierina bērna vajadzības pēc drošības, mīlestības un identitātes. Lai gan ģimene kā institūcija ir vispārpieņemta un pašsaprotama, tomēr pastāv dažādi ģimenes modeļi, ģimenes modeļu maiņa un līdz ar to arī bērna reakcija uz šīm izmaiņām. Bērnā augot, mainās bērna identitāte – augošs bērns veido savas iespējas un neatkarību. Bērnā progresējot, dzīves laikā bērnu un pieaugušo prasības ir mainīgas, līdz ar to ir nepieciešama elastība, lai pielāgotos mainīgajiem apstākļiem. Atrāšanos ārpus ģimenes, esot stacionārā, pacients var uztvert kā apliecinājumu tam, ka ģimenei viņš ir kā apgrūtinājums. Izzinot bērna vajadzības, ir iespēja identificēt aprūpē nepieciešamās iemaņas [4]. Viena no noteicošajām prasmēm ir spēja paust

pieņemšanu. Šajās attiecībās aprūpē iesaistītā persona demonstrē atklātību un godīgumu, ir konsekventa saskarsmē ar pacientu. Ja no pacienta puses jūtams atraidījums, aprūpētājs pauž šādu attiecību pieņemšanu. Spēju paust pieņemšanu var izpaust sekojoši: nodrošinot neapdraudētu vidi, nodrošinot vecumam atbilstošu aprīkojumu un aktivitātes, nostādot sevi vienā līmenī ar pacientu, iesaistoties atbilstošajās aktivitātēs pēc bērna norādījumiem, esot uzmanīgam saskarsmē ar bērnu, sarunājoties bērnam saprotamā valodā, respektējot bērna sabiedrisko atturību, respektējot bērna aktivitāšu tempu, izrādot bērnam siltumu un rūpes.

5.2. Holistiskā pieeja pacientu aprūpē

Neskatoties uz to, kāda veida ēšanas vai psihiski un uzvedības traucējumi ir bērnam, atveseļošanās ceļš ir ārkārtīgi sarežģīts un ģimene bez atbalsta to nevar pārvarēt. Lai panāktu veiksmīgu un ilgstošu atveseļošanos, ir jāņem vērā pacienta fiziskā, emocionālā un sociālā labklājība. Māsai ir būtiska loma psihisku un uzvedības traucējumu, tostarp ēšanas traucējumu pārvarēšanā, sniedzot personīgi orientētu aprūpi un nodrošinot uzturošas, terapeitiskas attiecības. Māsa bieži vien ir terapijas sākuma punkts, persona, kas agrīni atpazīst ēšanas traucējumus, veidojot atveseļošanās pamatu, īpaši, tiem pacientiem, kuri savu slimību vēl neapzinās. Būtiska nozīme ir potenciālo pacientu identificēšanas prasmēm. Reizēm cilvēki ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, neapzinās, ka viņu stāvoklis prasa medicīnisku iejaukšanos, vai arī cilvēkiem ir kauns sniegt veselības aprūpes speciālistiem šādu personīgu informāciju. Māsa, kas pārzina šo traucējumu klīniskos, psiholoģiskos un uzvedības simptomus, var palīdzēt ārstiem atpazīt simptomus pacienta fiziskās un garīgās veselības novērtējuma laikā. Lai gan, piemēram, ēšanas traucējumu izpausmes ir fiziskas, visbiežāk to cēlonis ir psiholoģiski pārdzīvojumi, tāpēc māsas galvenais uzdevums ir novērot un atbalstīt pacientus. Māsai, strādājot ar šo pacientu grupu, jāņem vērā fiziskie, emocionālie, kognitīvie un sociālie ārstēšanas aspekti. Holistiska aprūpes pieeja ir integrējama biežāk pielietotajās ārstēšanas pieejās. Terapijas laikā pacients saskaras ar dziļām, sāpīgām un traumatiskām domām un emocijām, līdz ar to māsai, kura atbalsta pacientu ārstēšanas procesā, šis var būt emocionāli sarežģīts pārdzīvojums. Šo emocionālo izaicinājumu var saasināt fakts, ka pacientam papildus ir diagnosticēti arī obsesīvi kompulsīvi traucējumi (depresija) vai, piemēram, narkotisko vielu lietošana, jo šiem pacientiem ir jānodrošina aprūpe „viens pret viens”. Māsas uzdevuma būtība ir panākt, lai pacients spēj patstāvīgi pieņemt lēmumu par veselības atgūšanu. Šī uzdevuma izpildi var panākt, īstenojot mazākus mērķus – iepazīstināt ar jaunākajiem ārstēšanas veidiem, sniegt norādes veselīgākam dzīves veidam, apvienojot to ar emocionāla

atbalsta sniegšanu. Pacienti, kurus skāruši psihiski un uzvedības traucējumi, ir nepieciešams individuāls atbalsts, lai labāk izprastu viņa stāvokli, palīdzētu pacientam atklāt viņa identitāti, iemācītos pieņemt sevi, veicinātu pozitīvu ķermeņa tēla uztveri, veicinātu pašvērtējumu, un panāktu līdzsvaru dzīvē, lai palīdzētu pacientam virzīties uz labāku veselību un labklājību. Pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem aprūpē šādam atbalstam ir jābūt konsekventam, līdz ar to veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem būtu jānodrošina šo pakalpojumu pēctecība un ilgtermiņa atbalstu.

5.3. Aprūpes speciālistu loma ārstēšanas procesā

Pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem aprūpē primārās veselības aprūpes speciālista loma ir sniegt pacienta sākotnējo novērtējumu un koordinēt pacienta aprūpi, kas var ietvert neatliekamo medicīnisko vai psihiatrisko aprūpi. Tālākā pacienta aprūpe ir saistīta ar holistiskas aprūpes nodrošināšanu – multidisciplināra aprūpes nodrošināšana. Ārstēšana tiek nodrošināta, iesaistot tādus speciālistus, kā, piemēram, ārstus, māsas, dietologus, konsultantus, pacienta ģimenes locekļus.

Primārajā veselības aprūpē māsas loma saistīta ar agrīnu psihisku un uzvedības traucējumu un/vai ēšanas traucējumu saslimšanas simptomu atpazīšanu. Tādēļ primārās veselības aprūpes māsām ir nepieciešama apmācība slimību fizisko un emocionālo simptomu atpazīšanā, lai varētu sniegt patstāvīgu pacienta stāvokļa novērtējumu. Sekundārajā veselības aprūpes līmenī māsas darbības vairāk ir saistītas ar pacienta fizisko novērtējumu un aprūpes problēmu grupēšanu prioritārā secībā. Māsai ir jāprot novērtēt šķidruma un elektrolītu balansu, pietiekamu uztura uzņemšanu. Turklāt māsām ir jāpalīdz pacientiem attīstīt reālistisku un sevi apliecinošu ķermeņa tēla uztveri, kā arī jāveic izglītojošais darbs par ģimenes locekļu lomu bērna atveseļošanas procesā un veselības saglabāšanā. Ceļš uz atveseļošanu ir garš. Pacientu šajā sevis izpratnes ceļā no diagnozes uzstādīšanas brīža, ārstēšanas un pēc tam arī ārstēšanas sasniegtā rezultāta uzturēšanā, klātesoša ir māsa, kas ar pacientu ir veidojusi terapeitiskas attiecības, kas būtiski ir ietekmējušas pacienta veselību. Šajās attiecībās māsa var piedāvāt uzraudzību un elastību, atkarībā no pacienta mainīgajām vajadzībām [20]. Balstoties uz veiktiem pētījumiem, pacienti atzīmē galvenās māsas lomas pacientu atveseļošanās procesā. Tātad māsa ir: aprūpes struktūras nodrošinātāja, paraugs pacientam un atbalsta sistēma pacientam [50]. Ārstēšanas sākumposmā, kad pacientiem ārstēšanas process ir salīdzinoši jauna pieredze, pacientiem ir nepieciešama māsa, kas organizē strukturētu

vidi, un dažkārt, pieņem lēmumus, par uzturu vai uzvedību, pacienta vārdā. Šī māsas funkcija vairāk izteikta ir sekundārajā veselības aprūpē, tomēr arī primārajā veselības aprūpē māsas pilda šo lomu, sniedzot izšķirošu padomus pacientam. Sniedzot padomus pacientam vai pieņemot lēmumu pacienta vietā, svarīgi ir nodot pacientam skaidru vēstījumu, ka lēmumus var pieņemt pacients pats. Progresējot ārstēšanas rezultātiem, māsas loma mainās. Nākamajā ārstēšanas etapā pacientam māsa ir nepieciešama kā paraugs, kuram līdzināties. Šajā etapā māsa izglīto pacientus par uztura normalizēšanu un iesaistās sociālo jautājumu risināšanā. Ārstēšanas noslēguma posmā māsa kļūst par atbalsta sistēmu, mudinot pacientu virzīties uz priekšu autonomi, vienlaikus sniedzot tam norādījumus par to, kur meklēt palīdzību, ja tas ir nepieciešams.

5.4. Biežākie psihiskās veselības traucējumi bērniem

Aprūpes pamatprincipi pacientiem ar hiperaktivitāti

Amerikas Savienotajās Valstīs veikta pētījuma [17] ietvaros, apkopoti ieteikumi pacientu ar hiperaktivitāti ārstēšanas un aprūpes prakses uzlabošanai:

- Izskaidrot ģimenes locekļiem slimības simptomus un veidus, kā medikamentozā terapija, vecāku iesaiste aprūpē un biheiviorālā terapija var palīdzēt bērnam funkcionēt,
- Apzināties, ka katra pacienta vecākiem ir sava izpratne un attieksme pret terapijā izvēlētajām metodēm, tāpēc svarīgs ir darbs ar ģimenes locekļiem un viņu līdzestības veicināšana ārstēšanas un aprūpes procesā,
- Diskutēt ar ģimenes locekļiem par izmaiņām bērna uzvedībā, kas var liecināt par virzību terapijas mērķu sasniegšanā,
- Pārliecināties, ka bērnam ir pietiekama izpratne par terapijas nepieciešamību. Izskaidrot bērnam saprotamā veidā, piemēram par medikamentu lietošanu (“miera tabletīte”, “manas koncentrēšanās zāles” u.c.) [53],
- Medikamentozās terapijas plānošanā vēlams iesaistīt arī ģimenes locekļus [44],
- Saglabāt biežu kontaktu ar ģimeni, nodrošinot aprūpes nepārtrauktību [23].

Aprūpējot pacientu ar hiperaktivitāti, veselības aprūpes speciālistiem ir jābūt personām, kas bērnus respektē un dod viņiem ierobežotu brīvību, kad vien tas ir iespējams, tai pašā laikā ar mīlestību un

noteiktību prasot konkrētu disciplīnu. Hiperaktīviem bērniem jādod izvēles iespējas starp diviem rīcības variantiem. Tas bērnam ļauj justies brīvam un neatkarīgam, vienlaikus strukturējot un sniedzot viņam nepieciešamo drošības sajūtu. Būtiska nozīme hiperaktivitātes seku novēršanā ir vecāku un citu bērna aprūpē iesaistīto personu (piemēram, pedagogu, veselības aprūpes speciālistu) mērķtiecīgai sadarbībai.

Aprūpes principi pacientiem ar autiskā spektra traucējumiem

Optimālas un uz pacientu orientētas aprūpes nodrošināšanas priekšnoteikums ir veselības aprūpes speciālistu zināšanas un slimības būtības izpratne. Personālam, kas aprūpē pacientus ar autismu, ir jābūt pietiekamām zināšanām par slimības būtību pretējā gadījumā var tikt nodarīts kaitējums pacientam. Pacientam nejauši var tikt izraisīta trauksme, kas var provocēt neierastu uzvedību [21].

Veiksmīgas aprūpes stratēģija sevī ietver:

- Vecāku iekļaušana pacientu aprūpē – aprūpējot pacientu ieteicams ņemt vērā vecāku vai citu tuvāko aprūpētāju novērojumus, uzvedības norādījumus, jo viņiem ir zināšanas par bērna uzvedību, viņi vislabāk spēj novērtēt jebkuras izmaiņas bērna izpausmēs un spēj atrast vispiemērotāko risinājumu uzvedības problēmu gadījumā [51].
- Lēnīgums – ja vien pacienta veselības stāvoklis neprasa neatliekamu un ātru rīcību, vēlams visas pacientam paredzētās aprūpes procedūras nodrošināt bērnam piemērotā tempā [51;52].
- Izvairīties no sarežģītu jautājumu uzdošanas – ja nepieciešams pacientu izjautāt, vēlams uzdot pēc iespējas vienkāršākus jautājumus, izmantot tā saukto viena soļa jautājumu sistēmu (jautāt konkrētu lietu nevis mēģināt noskaidrot vairākas lietas vienlaicīgi) [56].
- Veidot atpūtas periodus – nodrošinot pacientam ārstnieciskās vai aprūpes procedūras to laikā sniegt pacientam iespēju atpūsties, sadalot visu procedūru mazākos etapos.

Ierobežot sensoro stimulāciju – ārstniecības un aprūpes vide ir papildīta ar dažādiem stimuliem – spilgtu gaismu, troksni, straujām darbībām. Iespēju robežās pacientiem ar autiskā spektra traucējumiem būtu jāierobežo uzturēšanās ar stimuliem pildītā telpā un pacients pēc iespējas ātrāk jānogādā klusākā un mierīgākā telpā [38].

Aprūpes veidi ēšanas traucējumu gadījumā

Ēšanas traucējumi ir hroniskas psihiskas saslimšanas, kas saistītas ar nozīmīgu medicīnisku komplikāciju attīstības risku, un biežāk skar jaunas sievietes. Ēšanas traucējumu gadījumā, salīdzinājumā ar citiem garīga rakstura traucējumiem, ir novērojami augstāki mirstības rādītāji. Lielākā daļa šo pacientu ārstēšanu un aprūpi saņem ambulatorās veselības aprūpes līmenī, tomēr, balstoties uz slimības smaguma pakāpi un vienlaikus nepieciešamās intervences, pacienta aprūpe tiek nodrošināta arī sekundārajā veselības aprūpes līmenī.

Jaunām sievietēm ir desmit reizes lielāka iespējamība saslimt ar ēšanas traucējumiem nekā vīriešiem šajā pašā vecuma grupā. Parasti slimības izpausmes parādās pusaudžu vecuma periodā vai agrā jaunībā (līdz 20 gadu vecumam), bet slimība var attīstīties arī agrākā vecumā. Stereotipiski tiek uzskatīts, ka šāda veida saslimšanas biežāk novērojamas Rietumu kultūrā, tomēr pētījumi pierāda, ka saslimšanas izplatība pieaug arī Austrumu kultūrā.

Šo slimību cēlonis nav viennozīmīgs. Tiek uzskatīts, ka ir vairāki faktori, kam var būt veicinoša loma slimība attīstībā:

- sociokulturālie faktori (plašsaziņa līdzekļu un vienaudžu ietekme),
- vides faktori ,
- bioloģiskie faktori, (iedzimtība (ģenētiskie faktori), neurotransmisijas traucējumi, hormonālās regulācijas traucējumi),
- Personīgās pieredzes faktori (negatīva ietekme, zems pašvērtējums, iepriekšēja diētu pieredze. u.c.) [28;32;37].

Lai gan šie faktori tiek uzskatīti par slimības attīstības veicinātājiem, tomēr neviens no šiem faktoriem pats par sevi slimību neizraisa, tāpēc pastāv uzskats, ka ēšanas traucējumu attīstībai var būt atšķirīgi attīstības ceļi, ka šo faktoru interakcija ir iemesls traucējumu izpausmei.

Vecāko ārstēšanas paradīgu pamatā ir uzskats, ka nepareiza ēšanas uzvedība bērniem ir attīstījusies sakarā ar pārmērīgu aprūpi. Šī pieeja ir vērsta uz izpratnes veidošanu par traucējumu etioloģiju, kuru īsteno individuālā psihodinamiskā terapijā un/vai kognitīvi biheiviorālajā terapijā. Šīs ārstēšanas pieejas fokusējas uz izmainītā ķermeņa tēla uztveri. Jaunākās ārstēšanas pieejās tiek ņemta vērā bioloģisko un ģenētisko faktoru ietekme slimības attīstībā un pastāv uzskats, ka aprūpētāji ir sabiedrotie ārstēšanas procesā [35]. Šīs ārstēšanas pieejas pamatā ir rehabilitācija, kurai būtiska loma ir izziņas procesu uzlabošanā, un tā galvenokārt orientēta uz pacienta ārstēšanu

nevis uz slimības cēloņu noskaidrošanu [33;47]. Ģimenē balstīta ārstēšanas un aprūpes pieeja ir arī viens no veidiem, kā nodrošināt uz ģimeni orientētas aprūpes nodrošināšanu, kuras virsmērķis ir kvalitatīvā veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšana.

Uz ģimeni orientētas ārstēšanas un aprūpes pieejā tiek ņemts vērā agnostisks (uzskats, ka objektīvās īstenības izziņa nav iespējama) skatījums uz slimību, tādējādi uzmanība netiek pievērsta slimības etioloģijai. Turklāt veselības traucējums tiek apskatīts kā atsevišķs simptoms, lai nevairotu vainas apziņas attīstību bērnam. Aprūpētāji netiek vainoti bērna slimībā, bet tiek pilnvaroti atgriezt savam bērnam veselību. Ārstniecības personas un citi speciālisti šajā aprūpes modelī tiek uzskatīti par konsultantiem, kas sniedz palīdzību aprūpētājiem. Šajā ārstēšanā atbalsts tiek sniegts arī pacienta brāļiem un māsām, kuriem bieži ir bažas par savu slimo brāli vai māsu [22]. Ģimenē balstītā pieeja norit trīs fāzēs, un katra no tām ir orientēta uz noteiktu mērķu sasniegšanu – fiziskās, psiholoģiskās un uzvedības veselības atgūšanu. Terapijas pirmā fāze vērsta uz ēšanas paradumu atjaunošanu un svara dinamikas pieaugumu. Šajā fāzē ģimenes locekļi tiek apmācīti, izmantot specifiskas metodes, kas sevī ietver, piemēram, plaša ēdiena klāsta piedāvājumu, kas nepieļauj izvairīšanos no konkrētiem produktiem vai produktu grupām. Parasti aprūpētāji tiek mudināti piedāvāt ēdienu, ko pacients ir lietojis pirms ēšanas traucējumu parādīšanās. Terapijas otrā fāzes sākums ir saistīts ar pacienta svara atjaunošanos. Šajā ārstēšanas un aprūpes posmā uzmanība tiek pievērsta pakāpeniskai kontroles funkciju, pār ēdināšanu, nodošanai pašam bērnam vai pusaudzim. Terapijas trešā fāze orientēta uz slimības recidīvu vai citu ar šo slimību saistīto faktoru attīstības profilaksi, un tā ilgst līdz ārstēšanas pārtraukšanai.

Biežākās aprūpes vajadzības pacientiem ar ēšanas traucējumiem

Pacientu novērtēšanas galvenie aspekti ir saistīti ar pacienta sūdzību un vajadzību novērtēšanu, indivīda personības un sociālās attīstības anamnēzi, ģimenes anamnēzi, fiziskās, psihiskās un garīgās attīstības anamnēzi. Tā par jāpievērš uzmanība pacienta lietotajiem mehānismiem problēmu pārvarēšanā. Vērtējot pacienta galvenās sūdzības, tiek iegūta informācija par stacionēšanas iemesliem, pacienta bažām, ārstēšanās motivāciju un iespējamo piekrišanu ārstēšanas plānam un režīmam [49]. Novērtējot pacientu un identificējot pacientu, īpaša uzmanība jāpievērš ģimenes anamnēzei, lai noskaidrotu iespējamo ģimenes ietekmi uz pacientu, kā arī iegūtu informāciju par ēšanas traucējumu raksturu un simptomiem. No ģimenes var iegūt informāciju par pacienta funkcionēšanu pirms saslimšanas, ģimenes paradumiem, kas saistīti ar ēšanu – ēdienreižu biežumu, kvalitāti, ģimenes attieksmi pret ķermeņa svaru un formu, ģimenes kultūras vērtības, kas

saistītas ar uzturu un attieksmi pret ķermeni. Tāpat uzmanība jāpievērš arī ģimenes locekļu savstarpējām attiecībām. Novērtējot ģimenes locekļu savstarpējās attiecības, ir iespēja iegūt informāciju par ģimenes locekļu savstarpējām nesaskaņām - robežām, uzmākšanos, iejaukšanos, emocionālām traumām un ārkārtēju kritiku. Informatīva ir arī ģimenes notikumu attēlošana laika rindā, iekļaujot tādus notikumus kā ģimenes locekļu dzimšanu, nāvi, laulības šķiršanu vai ģimenes locekļa aiziešanu no ģimenes, kas ļauj izvērtēt dzīves notikumu ietekmi uz ēšanas traucējumu attīstību. Veicot pacienta fizisko izmeklēšanu, ir jāpievērš uzmanība iepriekšējo saslimšanu anamnēzei, medicīniskajām komplikācijām, kas ir sekundāras ēšanas traucējumiem, un citiem potenciāliem medicīniskiem un psihiskiem apstākļiem. Iemesli ēšanas traucējumiem var būt saistīti ar kādu notikumu vai pagrieziena punktu bērna attīstībā vai bērna sociālajā dzīvē. Aprūpējot pacientu ar ēšanas traucējumiem, pacienta novērtēšanā uzmanību pievērš:

- Galvenajām pacienta/ģimenes locekļu sūdzībām
- Bērna attīstības un sociālās funkcionēšanas vēsturei
- Ģimenes vēsturei un funkcionālajam modelim
- Iepriekšējo slimību anamnēzei
- Pacienta fiziskajam un garīgajam stāvoklim
- Ēšanas modelim un kompensējošai uzvedībai [54].

Ņemot vērā faktu, ka ēšanas traucējumu klīniskās izpausmes var variēt, arī aprūpes problēmas un vēlamie aprūpes rezultāti pacientiem var būt ļoti individuāli. Biežāk sastopamās aprūpes vajadzības pacientiem ar ēšanas traucējumiem ir:

- Trauksme
- Traucēta ķermeņa tēla uztvere
- Palēnināta sirds darbība
- Aizcietējumi
- Šķidruma apjoma deficīts
- Elektrolītu disbalanss

- Nepiemērošanās, nepakļaušanās
- Ģimenes atbalsta trūkums
- Nelīdzsvarota uztura uzņemšanas
- Samazināts/palielināts ķermeņa svars
- Bezpalīdzība
- Traumatizācijas risks
- Traucēts domāšanas process
- Pašsakropļošanās risks
- Suicidālas tieksmes.

Efektīvas aprūpes pacientiem ar ēšanas traucējumiem pamatā ir visaptverošs pacienta stāvokļa novērtējums. Lielākā daļa pacientu tiek ārstēti un aprūpēti ambulatorajā veselības aprūpes līmenī, tomēr aprūpe stacionārā ir nepieciešama pacientiem ar smagu uztura nepietiekamību, komorbilitāti un/vai pacienti ar paaugstinātu veselības stāvokļa pasliktināšanās risku. Aprūpe stacionārā ir vērsta uz veselības stāvokļa optimizāciju, pielietojot mērķtiecīgu intervenci, kas vērsta uz uztura uzņemšanas, izziņas funkciju un vispārējā veselības stāvokļa stabilizēšanu [54].

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

1. Ancāne, G., Meistere, Zīle I. (2009) Rokasgrāmata skolotājiem, strādājošiem specializētajās iestādēs bērniem ar psihiskās veselības traucējumiem, Metodiskais materiāls, Īstenotā projekta nosaukums: „Emocionālo, sociālo un praktisko iemaņu atbalsta programma skolēniem ar psihiskās veselības traucējumiem”.
2. Andrēziņa R., Tērauds E, Bezborodovs Ņ. (2014) Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (UDHS) diagnostikas un korekcijas vadlīnijas bērniem un pusaudžiem., BKUS Bērnu psihiatrijas klīnika, RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra.
3. Academy of Eating Disorders. Eating disorders. A guide to medical care. Retrieved from https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/05656ea0-59c9-4dd4-b832-07a3fea58f4c/UploadedImages/Learn/AED-Medical-Care-Guidelines_English_02_28_17_NEW.pdf
4. Autoru kolektīvs. Bērnu aprūpes mājas pamatspecialitāte. Latvijas Universitāte. Nacionālais apgāds, 2009.
5. Bauze D., (2014). *Autiskā spektra traucējumu ģenētiskie aspekti*. (Nepublicēts promocijas darbs).
6. Bērna smadzeņu attīstība pirms un pēc dzemdībām, <https://manaoga.lv/berna-smadzenu-attistiba-pirms-un-pec-dzemdibam/>
7. Kratkovska, A. (2007, februāris). Ēšanas traucējumi, *Doctus*.
8. Loseviča, M. (2017). Pašgribētā badošanās – anoreksija. Mīti un skaidrojums., *Ārsts.lv* 2017, maijs, <http://arsts.lv/jaunumi/pasgribeta-badosanas-anoreksija-miti-un-skaidrojums;>
9. Slimību profilakses un kontroles centrs. Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšana.
Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Nozare/Buklets_Psihiska_veseliba.pdf
10. Slimību profilakses un kontroles centrs. Iedzīvotāju psihiskā veselība, 2018.
Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>
11. Šteinberga, A.(2017). Pedagoģiski psiholoģisko līdzekļu izvēle mācību darbībā skolēniem ar Aspergera sindromu sindromu vispārējās pamatizglītības programmā. *Humanitārās un sociālās zinātnes*, 27 (10), 66.–79.

12. Tērauds, E., Andrēziņa, R., Kupča, B., Ancāne, G., Vadlīnijas “Depresijas norise un ārstēšanas iespējas.”, Latvijas Psihiatru Asociācija, 10.03.2009.
13. Tērauds, E., Andrēziņa R., Zvārde, I.(2013). Praktizējoša ārsta rokasgrāmata, Rekomendācijas psihiatrisko pacientu terapijā. Rīga: „Veselības ABC“.
14. Tērauds, E., Rancāns, E., Andrēziņa, R., Kupča, B., Ancāne, G., Liece, I., Bezborodovs, N. (2015). Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas 3.izdevums, Latvijas Psihiatru asociācija.
15. Bermudez, O., Devlin, M., Waterhous, T. (2016). Eating disorders a guide to medical care, AED Report 2016, 3rd edition.
16. Campbell, K., Peebles, R. (2014). Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review, *Pediatrics*,134, 582-592.
17. Carbray, J.A. (2018). Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Psychosocial nursing and mental health services*, 56(12), 7-10.
18. Collins, C. E., Jane Watson-Burrows, T. (2010). Measuring dietary intake in children and adolescents in the context of overweight and obesity.*International Journal of Obesity*, 34, 1103–1115.
19. Cormier, E. (2008). Attention deficite/Hyperactivity disorder:arewiev and update. *Journal of pediatric nursing*, 23(5), 345-357.
20. Davies, N., Backon, E. (2016). *Eating disorders recovering handbook: A practical guide for to long-term recovery*. Jessica Kingsley Publisher:London.
21. Davignon, M. N., Friedlaender, E., Cronholm, P. F., Paciotti, B., Levy, S. E. (2014). Parent and provider perspectives on procedural care for children with autism spectrum disorders. *Journal of developmental & behavioral pediatric*, 35(3), 207–215.
22. Dimitropoulous, G., Freeman, V.E., Bellai, K., Olmsted, M. (2013). Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: non-shared experiences and family functioning.*European eatind disorders review*, 21(4), 284-293.
23. Epstein, J.N., Kelleher, K.J., Baum, R., Brinkman, W.B., Peugh, J., Gardner, W.,...Langberg, J.M. (2017). Specific components of pediatricians’ medication-related

- care predict attention-deficit/hyperactivity disorder symptom improvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 483-490.
24. Figueroa A., Soutullo C., Ono Y., Saito K., Separation anxiety, JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter F.2. Retrieved from <https://research-management.mq.edu.au/ws/portalfiles/portal/17305607/mq-25616-Publisher+version+%28open+access%29.pdf>
 25. Fuentes J., Bakare M., Munir K., Aguayo P., Gaddour N, Öner Ö., Autisms spectrum disorders., JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter C.2. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/ce40/41df7c3bbb0aaa9a07d91f856db22b0eab13.pdf>
 26. Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24 (2), 117–131.
 27. Goodman, R., Scot,t S. Child psychiatry, Blackwell Science, 2nd edition, Chapter Nr.9. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/d585/156eae3bca79e74b70e1b66f2b0e03229924.pdf>
 28. Grice, D. E., Halmi, K. A., Fichter, M. M. (2002). Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome *American journal of human genetics*,70, 787–792.
 29. Guerra, N., A Williamson, A., Lucas-Molina, B. Normal development infancy, childhood and adolescence., JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter A.2. Retrieved from <http://docshare04.docshare.tips/files/21226/212264196.pdf>
 30. Jans, T., Vloet T., Taneli Y., Warnke A. Suicide and self-harming behaviour., JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter E.4. Retrieved from <https://iacapap.org/content/uploads/E.4-Suicide-update-2018.pdf>
 31. Jauregi-Garido, B., Jauregi- Lobera, I. (2012). Sudden death in eating disorders. *Vascular health and risk management*, 8, 91-98.
 32. Jimerson, D. C., Mantzoros, C., Wolfe, B. E. (2000). Decreased serum leptin in bulimia nervosa. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 85, 4511–4514.

33. Katzman, D., K., Peebles, R., Sawyer, S., M., Lock, J., Le Grange, D. (2013). The role of pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. *Journal of adolescent health*, 53(4), 433-440.
34. Ke X., Liu J., Intellectual disability., JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter C.1. Retrieved from <https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Intellectual-Disability.pdf>
35. Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., Nicholls, D. (2010). Academy of eating disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 43 (1), 1-5.
36. Lempp, T., de Lange, D., Radeloff, D., Bachmann, C. The clinical examination of children, adolescents and their families, JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter A.5. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/5cf3/c42fff0caec7a8b88fdb57f867f8ea590cec.pdf>
37. Mantzoros, C., Flier, J. S., Lesem, M. D. (1997). Cerebrospinal fluid leptin in anorexia nervosa: correlation with nutritional status and potential role in resistance to weight gain. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 82, 1845–1851.
38. McGonigle, J. J., Venkat, A., Beresford, C., Campbell, T. P., Gabriels, R. L. (2014). Management of agitation in individuals with autism spectrum disorders in the emergency department. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(1), 83–95.
39. Metzger H., Wanderer S., Roessner V., Tic disorders., JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter H.2. Retrieved from <http://docshare04.docshare.tips/files/21226/212264196.pdf>
40. Moriyama T., Cho A., Verin R., Fuentes J., Polanczyk G., Attention deficit hyperactivity disorder., JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter D.1. Retrieved from <https://iacapap.org/content/uploads/D.1-ADHD-072012.pdf>
41. National Institute for Health and Care Excellence guidelines. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=dg>
42. NICE guidelines - National Institute for Health and Care Excellence. *Obesity in children and young people: prevention and lifestyle weight management programmes Obesity: identification, assessment and management* <https://www.nice.org.uk/guidance/qs94>

43. Ogundele, M. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for pediatricians. *World Journal of clinical pediatric*,7(1), 9-26.
44. Pham, T., Milanaik, R., Kaplan, A., Papaioannou, H., & Adesman, A. (2017). Household diversion of prescription stimulants: Medication misuse by parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 27, 741-746.
45. Phillipa- Hay, P., Morris, J. Eating disorders., JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter H.1. Retrieved from <https://iacapap.org/content/uploads/H.1-ADHD-072012.pdf>
46. Rey J., Bella-Awusah T., Liu J., Depression in children and adolescents., JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter E.1. Retrieved from <https://iacapap.org/content/uploads/IACAPAP-Bulletin-March-2019.pdf>
47. Stiles-Schields, C., Hoste, R., R., Doyle, P., M., Le Grange, D. (2012). A review of family-based treatment for adolescent with eating disorders. *Reviews of recent clinical trials*, 7(2), 133-140.
48. Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K.(2013). Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54, 3-16.
49. Towell, D. B., Woodford, S., Reid, S. (2001). Compliance and outcome in treatment-resistant anorexia and bulimia: a retrospective study. *British journal of clinical psychology*, 40(2), 189-95.
50. Van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients perspective. *Journal of clinical nursing*, 18(20), 2801-2808.
51. Vaz, I. (2010). Improving the management of children with learning disability and autism spectrum disorder when they attend hospital. *Child: Care, health and development*, 36(6), 753-755.

52. Venkat, A., Jauch, E., Russell, W. S., Crist, C. R., Farrell, R. (2012). Care of the patient with an autism spectrum disorder by the general physician. *Postgraduate medicaljournal*, 88(1042), 472–481.
53. Weiss, M.D., Surman, C.B.H., Elbe, D. (2018). Stimulant ‘rapid metabolizers’: Wrong label, real phenomena. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 10, 113-118.
54. Wolfe, B. E., Gimby, L. E. (2003). Caring of hospitalized patient with an eating disorder. *Nursing clinics on North America*, 38, 75-99.
55. World Health Organization, Children and neurodevelopmental behavioral intellectual disorders., Children's Health and the Environment, WHO Training Package for the Health Sector. Retrieved from http://origin.who.int/ceh/publications/ceh_annualreport_2011.pdf
56. Zanoti, J. (2018). Handle with care: Caring for children with autism spectrum disorder in emergency department. *Nursing*, 48(2), 50-55.