

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
IZGLĪTĪBAS ZINĀTŅU UN PSIHOLOĢIJAS FAKULTĀTE
PSIHOLOĢIJAS NODAĻA

**AR IZKRIŠANU SAISTĪTIE KLĪNISKIE FAKTORI
BĒRNU UN PUSAUDŽU PSIHISKĀS VESELĪBAS
PAKALPOJUMOS**

MAGISTRA DARBS

Autors: **Romija Krēziņa**
Studentu apliecības Nr.: rm18034
Darba vadītājs: Dr. psych. Edmunds Vanags

RĪGA 2024

ANOTĀCIJA

Pusaudžu psihiskās veselības problēmas pieaug, taču liela daļa priekšlaicīgi atsakās vai izkrīt no pakalpojumiem. Šī pētījuma mērķis bija noteikt atšķirības starp klientiem, kas pakalpojumu pabeidz, un tiem, kas izkrīt pirms uzsākšanas un tā laikā, kā arī identificēt faktorus, kas paredz izkrišanu, salīdzinot šo faktoru atšķirības dažādos izkrišanas posmos. Pētījumā iekļauti dati par 310 klientiem (10–17 gadi), kas vērsās psihiskās veselības pakalpojumā. Rezultāti liecina, ka tie, kuri izkrīt pakalpojuma laikā, biežāk ziņo par eksternalizētām uzvedības problēmām un noteikumu pārkāpumiem un šīs grūtības, kombinācijā ar zemākiem garastāvokļa traucējumiem, spēj prognozēt izkrišanu pakalpojuma laikā. Izkrišanu pirms uzsākšanas prognozē zemāki pašu ziņotie garastāvokļa traucējumi un mazāk speciālistu novērotie trauksmes un afektīvo traucējumu simptomi. Turpmākos pētījumos nepieciešams skaidri definēt izkrišanu un pakalpojuma posmu, kurā klients izkrīt.

Atslēgas vārdi: pusaudžu psihiskā veselība, izkrišana no pakalpojuma, pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumi, izkrišanas prognozētāji

ABSTRACT

Mental health problems among adolescents are on the rise but a large proportion drop out of treatment. The aim of this study was to identify differences between clients who complete treatment and those who drop out before and during treatment uptake. Additionally, to identify factors that predict dropout by comparing differences at different stages of treatment. The study included data from 310 clients (aged 10-17 years) accessing mental health services. The results suggest that those who drop out during treatment are more likely to report externalised problem behaviours and rule violations, and that these difficulties, in combination with lower mood disturbance, can predict dropout. Pre-treatment dropout is predicted by lower self-reported mood disorder symptoms and fewer symptoms of anxiety and affective disorders. Future research needs to clearly define dropout and treatment phase at which the client drops out.

Keywords: adolescent mental health, dropout, adolescent mental health services, predictors of dropout

SATURS

IEVADS	5
TEORĒTISKĀ DAĻA	7
Bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumi	7
Izkrišana	9
Izkrišanas definīcija	9
Izkrišanas izplatība	10
Iemesli izkrišanai no pakalpojumiem	11
Uzņemšanas konsultācijas nozīme	13
Ar izkrišanu saistītie klīniskie faktori.....	14
Demogrāfiskie mainīgie	14
Klīniskie faktori.....	15
Izkrišanas definīcijas saistība ar klīniskajiem faktoriem.....	17
Kopsavilkums	19
METODE.....	20
Pētījuma dalībnieki	20
Instrumentārijs	20
Procedūra	23
REZULTĀTI	24
DISKUSIJA	30
SECINĀJUMI	34
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS.....	36
1. pielikums	42

IEVADS

Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem, katrs septītais 10 – 17 gadus vecs pusaudzis saskaras ar psihiskās veselības problēmām, visbiežāk piedzīvojot ar depresiju, trauksmi un uzvedības traucējumiem saistītas grūtības (World Health Organization, 2021). Aptuveni trešajai daļai populācijas pirmās psihiskās veselības problēmas, kas saskan ar SSK-10 (Starptautiskā Statistiskā Slimību un Veselības problēmu Klasifikācija, 10. redakcija) un DSM-V (Psihisko Traucējumu Diagnostikas un Statistikas Rokasgrāmatas, Piektais izdevums, (angl. valodā *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*)) psihisko saslimšanu diagnozēm, sākas nedaudz pirms 14 gadu vecuma. 18 gadu vecumā tās ir jau 48,4% jaunu cilvēku un 25 gadu vecumā - 62,5%. Psihisko saslimšanu izplatība pusaudžu un jauniešu populācijā saistīta ar būtiskām pārmaiņām smadzeņu struktūrās, tām nobriestot laikā no bērnības līdz pieaugušam vecumam. Tās īpaši paspilgtina un ietekmē fiziskās (piemēram, hormonālās izmaiņas pubertātes periodā), psiholoģiskās (piemēram, pārmaiņas emociju uztveres sfēra) un sociālās (piemēram, vienaudžu ietekme) izmaiņas, kas norisinās, indivīdam sasniedzot pusaudža gadus (Pfeifer & Allen, 2021; Solmi et al., 2022). Arī Latvijā pirmreizējā invaliditāte bērniem un pusaudžiem visbiežāk tiek noteikta saistībā ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (Centrālā Statistikas Pārvalde, 2022).

Būtiski šajā periodā ir nodrošināt kvalitatīvu psihoemocionālo atbalstu un agrīno intervenci psihiskām grūtībām, taču ne vienmēr pusaudžu un ģimeņu iesaiste ārstēšanā (angl. val. *treatment*) ir pietiekama. Tiek lēsts, ka aptuveni no 28% līdz 75% pusaudžu nesaņem atbilstošu palīdzību un ārstēšanu pārtrauc priekšlaicīgi (neuzsāk vai atsakās no tās par spīti speciālistu lēmumam) (de Haan et al., 2013). Pētījumi liecina, ka ārstēšanas nesaņemšana gadījumos, kad speciālistu ieskatā tā bijusi nepieciešama vai grūtības tiek piedzīvotas ilgstoši, var būtiski negatīvi ietekmēt bērna un pusaudža psihiskās veselības (Danko et al., 2016; Kessler et al., 2007; Patton et al., 2014). Papildus tam tiek lēsts, ka Anglijā šāds servisa iznākums valstij var izmaksāt vairāk kā 45 miljonus mārciņu gadā (Abdinasir, 2017) un ir pamats uzskatīt, ka arī Latvijā šī ir tik pat aktuāla.

Līdzšinējie pētījumi par bijuši lielā mērā pretrunīgi un literatūrā novērojams pētījumu trūkums par klientiem, kas no ārstēšanas izkrīt (angl. val. *dropout, attrition* - turpmāk tekstā "izkrišana"), kā arī nav zinātniskās vienprātības par šī fenomena iemesliem. Piemēram zināms, ka izkrišanas prevalences apjoms saistāms ar tās definīciju (de Haan et al., 2013), un ne visos līdz šim veiktajos pētījumos tā tiek pietiekami skaidri definēta (Cooper et al., 2023). Izmantot esošās ar izkrišanu no psihoterapijas saistītās teorijas naturālistiskā novērojumā iespējams tikai daļēji (de Haan et al., 2013) un īpaši gadījumos, kad klients izkrīt uzņemšanas

(nevis terapijas uzsākšanas) posmā, tās piemērot tik pat kā nav iespējams. Vienlaikus zinātniskajā literatūrā vērojamas nozīmīgas pretrunas pat to, kādi ir klientu klīniskie faktori, kas spēj paredzēt vai būt saistīti ar izkrišanu no pakalpojumiem vai terapijas. Piemēram, 2023. gada veikts sistemātiskais pārskats, kurā apskatīta izkrišana no psihiskās ārstēšanas smagi un ilgstoši slimu bērnu un pusaudžu vidū. Lielāks klienta vecums ir nozīmīgs prognozētājs izkrišanai 9 pētījumos, mazāks vecums 2 pētījumos, savukārt 10 pētījumos vecumam ar izkrišanu nav nekādas saistības (de Soet et al., 2023). Apkopojot visu iepriekš minēto, par šī pētījuma mērķi tiek noteikts izzināt, kādi klientu klīniskie faktori no uzņemšanas datiem ir saistīti ar izkrišanu no pakalpojuma un spēj to prognozēt, klīnicista lēmuma definīcijā.

Pētījuma ietvaros ar jēdzienu “klients” tiek definēts bērns un pusaudzis vecumā no 10 – 17 gadiem, kas nokļūst uzņemšanas konsultācijā psihiskās veselības pakalpojumā. Ar jēdzienu “izkrišana” tiek definēta jebkāda veida paša klienta iniciēta vai radīta pakalpojuma pārtraukšana (ieskaitot atteikšanās saņemt pakalpojumu, izslēgšana neapmeklēšanas dēļ bez attaisnojoša iemesla vai atteikšanās no pakalpojuma tā laikā). Savukārt ar jēdzienu “pakalpojums” tiek saprasts gan medicīniskais ārstēšanas pakalpojums (angl. valodā *treatment*), gan psihoterapijas un terapijas pakalpojums (angl. valodā *therapy* un/vai *psychotherapy*), gan cita veida psihiskās veselības pakalpojums (angl. valodā *mental health services*). Teorijas daļā tiek lietoti tieši tulkojumi no oriģinālajiem avotiem, vai jēdzieni izmantoti pamīšus, ar tiem saprotot minētās definīcijas, savukārt metodes, rezultātu un diskusijas daļā tiek izmantoti augstāk aprakstītie jēdzieni ar to saprotot arī minētos angļu valodā izmantotos to tulkojumus.

TEORĒTISKĀ DAĻA

Bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumi

Saskaroties ar psihiskās veselības grūtībām, ģimenes, kurās aug bērni un pusaudži bieži vien nonāk psihiskās veselības aprūpes iestādēs. Viena no tām varētu būt specializēti psihiskās veselības pakalpojumi bērniem un pusaudžiem, kas izstrādāti pēc Anglijas sistēmas un par kuriem vairāk rakstījusi Anna Vorāla-Deivija (*Anne Worrall-Davies*) ar kolēģiem (Worrall-Davies et al., 2004).

Bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumi (angļ. val. *Child and Adolescent Mental Health Services*, CAMHS) attiecas uz virkni pakalpojumu, kas paredzēti bērnu un pusaudžu psihiskās veselības un labklājības atbalstam. Visu pakalpojumu kopums ir daudzpakāpju, un katra nākamā pakāpe piedāvā intensīvāku atbalstu un specializāciju.

1. līmenis (angļ. val. *Tier 1*) sastāv no pakalpojumiem, kas pieejami visiem bērniem, piemēram, skolas atbalsta personāla un servisiem primārās veselības aprūpes sistēmā, tādiem kā ģimenes ārsts. 2. līmenis (angļ. val. *Tier 2*) piedāvā specializētāku atbalstu tiem, kam ir vieglas vai vidēji smagas psihiskās veselības problēmas un, lielākoties, darbojas sabiedrībā balstītu pakalpojumu ietvaros. 3. līmenis (angļ. val. *Tier 3*) nodrošina mērķtiecīgu atbalstu un pakalpojumus tiem, kam ir sarežģītākas vajadzības, un 4. līmenis (angļ. val. *Tier 4*) piedāvā īpaši specializētus pakalpojumus vissmagākajiem gadījumiem. 3. un 4. līmeņa pakalpojumus, lielākoties, nodrošina ārstniecības iestādes (Worrall-Davies et al., 2004).

Pētījuma ietvaros tiks apskatīti klientu dati no 2. līmeņa bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojuma. Šī līmeņa ietvaros, pakalpojumi paredzēti agrīnai intervencei, kuru mērķauditorija ir bērni un pusaudži ar viegliem vai vidēji smagiem psihiskās veselības traucējumiem. Šāda veida pakalpojumiem ir izšķiroša nozīme, lai novērstu veselības grūtību eskalāciju līdz nopietnām saslimšanām nākotnē. Pakalpojumus šajā līmenī parasti sniedz apmācīti speciālisti, kas specializējas bērnu un pusaudžu psihiskās veselības jomā, piemēram, atbalsta mentori, psihoterapeiti un psihologi. Speciālisti strādā multidisciplinārā komandā kopā ar ārstiem un citiem funkcionālo terapiju nodrošinātājiem un cieši sadarbojas ar klientiem un viņu ģimenēm, piedāvājot pielāgotu atbalstu un terapiju (Worrall-Davies et al., 2004).

Uzņemšanas un sadarbības process sastāv no vairākiem posmiem. Sākotnēji ir uzņemšanas un izvērtēšanas posms, kurā apmācīti speciālisti novērtē klienta psihiskās veselības stāvokli. Tas notiek ar daļēji strukturētu interviju, anketu un novērojumu palīdzību, lai iegūtu visaptverošu izpratni par pusaudža un viņa ģimenes vajadzībām. Pēc tam tiek izstrādāts personalizēts sadarbības plāns, kas sevī varētu ietvert dažāda veida psihoterapijas,

farmakoloģisko, psihiatrisko ārstēšanu, psihosociālo atbalstu un daudzus citus pakalpojumus. Sadarbības laikā varētu notikt gan individuālas, gan grupu terapijas sesijas, konsultācijas, psihoizglītošana un citas intervences atkarībā no klienta un ģimenes vajadzībām. Viss process un klienta progresa gaita tiek pastāvīga uzraudzīta un vajadzības gadījumā veiktas korekcijas sadarbības plānā (Worrall-Davies et al., 2004). Neraugoties uz visaptverošo struktūru, šāda veida pakalpojumi saskaras ar vairākām problēmām, tostarp klientu atteikšanos no pakalpojuma saņemšanas un izkrišanu no tiem. Tomēr pētījumi liecina, ka agrīna intervence, izmantojot pēc šīs sistēmas ietvara veidotus pakalpojumus, var ievērojami uzlabot psihiskās veselības rādītājus un samazināt to ilgtermiņa ietekmi (Worrall-Davies et al., 2004; de Haan et al., 2013).

Izkrišana

Izkrišanas definīcija

Līdzšinējos pētījumos tiek izmantotas dažādas izkrišanas definīcijas, kas viennozīmīgi apgrūtina produktīvu pētniecību. Pēdējā meta analīzē, ko izstrādājusi Anna de Hāna (*Anna de Haan*) ar kolēģiem 2013. gadā, parādās divas izkrišanu definējošās pieejas. Pirmajā to nosaka pats terapeits vai klīnicists, piemēram, nenasniegti ārstēšanas mērķi vai neizpildīti tās “pabeigšanas kritēriji”. Ar šo definīciju ir problēmas, jo tā (a) neņem vērā paša klienta ārstēšanas vajadzības un (b) katrs klīnicists piemēro savu subjektīvo izpratni gan par terapijas mērķiem, gan pabeigšanas kritērijiem. Otrajā pieejā izkrišana tiek definēta kā neizpildīti terapijas noteikumi, piemēram, nav apmeklēts noteikts skaits no kopējā terapijai paredzēto konsultāciju skaita. Arī ar šo definīciju ir problēmas, jo tā ir atkarīga no terapijas veida, ārstēšanas pakalpojuma iekšējās kārtības noteikumiem un citiem apstākļiem, ko bieži vien grūti definēt kā objektīvus (de Haan et al., 2013).

Kimberlija Doseta un Grahams Rīds (*Kimberly Dosett & Graham Reid*) 2020. gadā pētīja izkrišanu no bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojuma. Šajā pētījumā parādās trīs izkrišanas definīcijas - devas (angl. val. *dose*), klīnicista lēmuma (angl. val. *clinician judgment*) un vajadzībās balstītā (angl. val. *need-based*) definīcija. Devas definīcijā izkrišanas kritērijs tiek sasniegts brīdī, kad klients 16 nedēļu periodā izlaiž vairāk kā 12 terapijas sesijas. Klīnicista lēmuma definīcijā kritērijs tiek sasniegts brīdī, kad par spīti terapijas sniedzēja, lietas vadītāja vai cita pārraugošā speciālista lēmumam, klients vai ģimene no terapijas ir atteikušies. Savukārt vajadzībās balstītā definīcija fokusējas uz pirmajās sesijās izvirzītajiem mērķiem un to, vai pats klients un viņa ģimene jūtas šos mērķus sasnieguši brīdī, kad terapiju pamet (Dossett & Reid, 2020).

Atšķirīgās izkrišanas definīcijas līdz šim pētījumos tiek apskatītas saistībā ar jau uzsāktu terapijas procesu un, bieži vien, fokusējas uz psihoterapijas intervenci. Tomēr pakalpojumi, kuros nonāk pusaudži psihiskās veselības aprūpē, ne vienmēr būs psihoterapijā balstīti, tādēļ arī ar izkrišanas risku saistītie aspekti varētu atšķirties. Naturālākā izkrišanas novērojumā, jebšu tādā, kas nav stingri reglamentēts pētījuma procedūrās, lielu lomu spēlē pusaudžu psihiskās veselības pakalpojuma sniedzēja iekšējās kārtības noteikumi. Ērina Varnika (*Erin Warnick, 2012*) ar kolēģiem, pētījusi, kā izkrišanas definīcija maina tās prevelenci un ietekmes mainīgos psihiskās veselības pakalpojuma sniedzēja klientu lokā. Viņi identificē 14 dažādus pakalpojuma sniegšanas pārtraukšanas iemeslus. Tos kodē klienta lietu pārraugošie speciālisti mirklī, kad klients tiek izrakstīts un tie lielā mērā iedalāmi trijos, ar citiem pētījumiem saskanīgos veidos – klīnicista lēmuma, neapmeklētas konsultācijas un

devas. Visbiežākais iemesls izkrišanai ir ģimenes vai bērna atteikšanās no pakalpojuma turpināšanas, neiesaistīšanās pakalpojuma aktivitātēs un tas, ka konkrētā iestāde iniciē izstāšanos. Ar pēdējo tiek saprasti gadījumi, kad, piemēram, ārstēšana tiek saņemta jau kādā citā pakalpojuma sniedzēja iestādē (Warnick et al., 2012).

Pētot izkrišanu no psihiskās veselības pakalpojumiem, ir noderīgi ņemt vērā atziņas, kas gūtas pētot izkrišanu no psihoterapijas kopumā. Andrjū Koopers (*Andrew Cooper*) ar kolēģiem aicina pētniekus pēc iespējas precīzāk un detalizētāk aprakstīt izkrišanu un ar to saistītos apstākļus, kā arī klientiem piedāvātos atvieglojumus palīdzību, lai samazinātu barjeras terapijas uzsākšanai un turpināšanai (Cooper et al., 2023). Šī pētījuma ietvaros izkrišana tiek skatīta atkarībā no pakalpojuma posma, kurā klients no tā izkrīt un atbilst klīnicista lēmuma definīcijai (Dossett & Reid, 2020; Warnick et al., 2012). Klienti, kas izkrīt pirms pakalpojuma uzsākšanas un no tā atsakās vai nu konsultācijas vai administratīvā kontakta laikā, precīzi atbilst klīnicista lēmuma definīcijas ietvaram (speciālista ieskatos, pakalpojumu būtu nepieciešams saņemt, taču klients vai ģimene no tā atsakās). Klientu grupa, kas izkrīt pakalpojuma laikā, sevī ietver gan klīnicista lēmuma definīciju (atsakās paši vai pakalpojumu atsaka vecāki, taču speciālista ieskatos pakalpojumu būt nepieciešams turpināt) taču ietver arī gadījumus, kad klients bez attaisnojoša iemesla kavē vairāk kā divas sesijas pēc kārtas. Pēdējā gadījumā tas varētu atbilst devas definīcijai, tomēr pakalpojuma ietvaros netiek noteikta pilnas devas vadlīnijas. Tā dēļ arī šajā gadījumā, izkrišana pēc noklusējuma atbilst klīnicista lēmumam.

Izkrišanas izplatība

Izkrišana no psihiskās veselības ārstēšanas un psihoterapijas ir ļoti izplatīta. Autora meklēšanas rezultātā netika atrasti Latvijas populācijā veikti pētījumi par izkrišanu no psihiskās veselības pakalpojumiem ne pieaugušo, ne bērnu un pusaudžu populācijās. Ārzemēs veiktajā meta analīzē (Swift & Greenberg, 2012) tiek lēsts, ka pieaugušo populācijā psihoterapiju pamet aptuveni 20% klientu un šis skaitlis var pieaugt pat līdz 75%. Prevalence var izteikti kāpt atkarībā no pētījuma, kurā tā tiek novērota un pat vienas psihoterapijas metodes ietvaros, izkrišanas izplatība var mainīties. Vidēji no kongitīvi biheiviorālās psihoterapijas pieaugušo populācijā pirmsārstēšanas periodā izkrīt aptuveni 15,9% klientu un ārstēšanas periodā vēl papildus 26,2% klientu. Gan pirmsārstēšanas, gan ārstēšanas posmā šie skaitļi var ievērojami mainīties un, atšķirībā no pētījuma dizaina, sasniegt pat 46,88% un 83,78% attiecīgi (Fernandez et al., 2015).

Bērnu un pusaudžu populācija šie skaitļi ir līdzīgi. Jaunākā meta analīze parāda, ka aptuveni no 28% līdz 75% klientu ārstēšanu pārtrauc priekšlaicīgi, taču arī šie skaitļi mainās,

atkarībā no izkrišanas definīcijas un/vai pētījuma metodoloģijas. Iedarbīguma (angl. val. *efficacy*) pētījumos, jeb randomizētos, kontrolētos apstākļos izkrišana ir salīdzinoši zema (vidēji 28,4%), savukārt efektivitātes (angl. val. *effectiveness*) jeb naturālistiskāka novērojuma ietvaros augstāka (vidēji 50%). Salīdzinoši, terapeita vai klīnicista lēmuma definīcijā prevalence ir nedaudz zemāka (35,8%), kā nepietiekama apmeklēto konsultāciju skaita jeb devas definīcijā (vidēji 44,5%) (de Haan et al., 2013). Arī viena pakalpojuma ietvaros izkrišanas procents mainās un atkarīgs no tā definīcijas. Pētījumā, kas apskata izkrišanas prevalenci psihiskās veselības pakalpojumā, klīnicista lēmuma definīcijā izkrīt 63,1% klientu, neapmeklētas pēdējās sesijas definīcijā 56,6% klientu, savukārt devas definīcijas 88,1% klientu (Warnick et al., 2012). Savukārt citā pētījumā, devas definīcijā no pakalpojuma izkrīt 93,5% klientu, klīnicista lēmuma definīcija 53,3% klientu, savukārt vajadzības balstītajā definīcijā 63% (Dossett & Reid, 2020).

Iemesli izkrišanai no pakalpojumiem

Attiecībā uz iemesliem, kādēļ pusaudži un viņu ģimenes izkrīt no terapijas, viens no skaidrojošajiem modeļiem ir Kazdina (*Kazdin*) un kolēģu piedāvātais “Barjeras Dalībai Ārstēšanā” (*Barriers to Treatment Participation*) modelis. Šī teorija izstrādāta bērnu un pusaudžu psihoterapijas kontekstā un adresē grūtības ar ko sastopas ģimenes uzsākot un cenšoties turpināt terapiju. Modeļa lielākais ieguldījums ir fokusa maiņa no grūti ietekmējamiem bērna individuālajiem faktoriem (tādiem kā IQ vai vecums) uz maināmiem, bērna un ģimenes faktoriem. Tajā tiek identificēti šķēršļu vai barjeru veidi, kas ir, pirmkārt, ietekmējami, otrkārt, nomērāmi un spēj veicināt iesaisti ārstēšanas procesā. Modelī skaidrots, ka dalību terapijā varētu ietekmēt strukturālās barjeras, jeb eksternāli traucēkļi, tādi kā transporta neesamība, grafiku pārklāšanās vai finansiālās grūtības. Šīs barjeras biežāk varētu novērot klientiem no mazāk nodrošinātām ģimenēm vai reģionos, kur terapijas apmeklēšanu būtiski ietekmē patstāvīgas pārvietošanās iespējas. Vēl tiek izdalītas uztveres barjeras jeb tas, kā ģimene un pats pusaudzis uztver terapiju un tās apmeklējumu. Uztveres barjerās ietilpst gan psihiskās veselības problēmu stigmatizācija, gan neuzticēšanās speciālistiem un skepticisms pret psihoterapiju un psiholoģiju kā nozari. Šāda veida barjeras varētu būt atkarīgas no kultūras, kurā pusaudzis uzaudzis, iepriekšējās pieredzes ar dažāda veida speciālistiem vai zināšanu trūkuma. Svarīgi pieminēt arī attiecību barjeras jeb tas, cik kvalitatīvas attiecības terapeits izveido ar ģimeni un pusaudzi. Ja pozitīvas un atbalstošas attiecības neveidojas, ir vāja terapeitiskā alianse un ģimene vai pusaudzis jūtas, ka terapeits neapmierina viņu vajadzības, pastāv lielāks izkrišanas risks. Iesaistīšanos terapijā var ietekmēt arī ģimenes dinamika, piemēram, konflikti ģimenē, vecāku stress vai vecāku pašu

psihopatoloģijas. Kā vēl viens, lai gan nepārvarams, taču reāls un traucējošs šķērslis ir kritiskie notikumi dzīvē ar ko sastopas gan ģimenes, gan viņu bērni, piemēram, radnieku nāve, pārvākšanās, skolas maiņa vai citi notikumi, kas ietekmē iespēju apmeklēt terapiju. Modelis uzsver, ka barjeru trūkums kalpo kā aizsargājošais faktors dalībai un spēj samazināt riskus izkrišanai no terapijas, kā arī maina fokusu no statistiskiem pirms ārstēšanas faktoriem uz dinamiskiem, pārmaiņām pakļaujamiem aspektiem (Kazdin et al., 1997a; Kazdin et al., 1997b) Lai gan Kazdina riska faktoru modelis ir noderīgs cenšoties izprast iemeslus terapijas pārtraukšanai, tas ne vienmēr būs precīzs raksturojot apstākļus naturālistiskā novērojumā (O'Keefe et al., 2019). Tāpat jāņem vērā, ka modelis nepietiekami izskaidro lielo procentuālo atšķirību starp klientiem, kas terapiju pabeidz un tiem, kas no tās izkrīt, kas novērojams lielākā daļā psihoterapiju un psihiskās veselības pakalpojumu (Kazdin et al., 1997b).

“Barjeras Dalībai Terapijā” modelī būtisks komponents ir terapijas uzsākšana un terapeita tikšanās ar pusaudzi un viņa ģimeni, kas spēj ietekmēt un ievirzīt vispārējo procesa gaitu vēlākā laikā. Modelī un arī līdzšinējos pētījumos izkrišana varētu biežāk tikt apskatīta terapijas kontekstā, kur pirmajā tikšanās reizē klients iepazīstas ar savu ārstējošo terapeitu, uzsāk terapeitisko procesu un vai nu drīz pēc tam, vai terapijas laikā pārdomā un vairs to neapmeklē vienu vai citu apstākļu dēļ. Un lai gan šāda uzņemšanas gaita varētu būt tipiska psihoterapijai tās klasiskajā izpratnē, kad runa ir par bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumiem, izkrišanas konteksts mainās. Bieži vien pakalpojumos pirmā tikšanās reize ir izvērtēšanas konsultācija, kuras mērķis ir sniegt rekomendācijas, kā arī novirzīt pakalpojuma saņemšanai (un arī terapijas saņemšanai) vēlāk laikā. Tas nozīmē, ka klients tūlītēji nenonāk saskarsmē ar savu turpmāko terapeitu un vismaz daļa no Kazdina modelī minētajām barjerām nav ne nomērāmas, ne maināmas. Tādēļ autora prāt, ir svarīgi pētīt, kuriem pusaudžiem un viņu ģimenēm būtu nepieciešams saņemt vairāk atbalsta un pielāgotu pakalpojumu, lai mēģinātu samazināt izkrišanas riskus.

Tāpat jāņem vērā, ka apstākļi, kādos klienti nonāk šāda veida pakalpojumos ir atšķirīgi. Ir iespējams, ka klientus nosūtījuši citi speciālisti vai valsts institūcijas, konsultāciju vairāk vēlas vecāki, vai dzīves apstākļu dēļ, pusaudzis vienkārši vairāk nevēlas šīs konsultācijas saņemt. Jerika Radeža (*Jerica Radez*) ar kolēģiem 2021. gada sistemātiskajā kvalitatīvo un kvantitatīvo pētījumu pārskatā ziņo, ka iemesli, kādēļ pusaudži nevērsas pēc psihiskās veselības problēmu ārstēšanas, ir dažādi. Piemēram, stigma, kauns un nepietiekamas zināšanas par psihiskās veselības problēmām, negatīvas gaidas un konotācijas attiecībā uz šāda veida pakalpojumiem un speciālistiem, kā arī socioekonomiskās barjeras, piemēram, pakalpojumu pieejamība un ģimenes materiālie resursi. Pusaudži, īpaši tie, kuri iepriekš

saskārušies ar psihiskās veselības problēmām, mēdz biežāk izvēlēties tās risināt paši, nevis atkārtoti meklēt palīdzību pie speciālistiem jomā (Radez et al., 2021).

Bieži vien pusaudži jau pirmajā konsultācijā varētu skaidri likt noprast, ka nevēlas ārstēšanu saņemt, taču tāpat tiktu pieskaitīti pie izkritušajiem dalībniekiem. Tādēļ jāņem vērā, ka viens no izkrišanas posmiem ir jau uzņemšanas posmā, kur, lai gan klīnicists uzskata, ka pakalpojumu būtu nepieciešams saņemt, novērtējot pusaudža motivāciju, to nav iespējams sniegt. Savukārt vēl viens variants, kas jau iepriekš pētniecībā aprakstīts, ir klienti, kas tiek uzņemti, taču no sadarbības atsakās pie pirmās iespējas (Stige et al., 2021). Varētu pieņemt, ka šie klienti būtu mazāk atsaucīgi uzaicinājumam uz pakalpojumu uzreiz pēc uzņemšanas konsultācijas, un, attiecīgi, izkrist pirms tiek uzsākts terapeitiskais process. Ņemot vērā, ka izkrišana un ar to saistītie aspekti līdz šim literatūrā tiek definēti un aprakstīti dažādi, ir grūti noteikt, kuri no līdz šim pētījumiem ar izkrišanu saistītajiem un prognozējošajiem faktoriem attiecas uz kuru no klientu grupām. Tāpēc šajā pētījumā tiek izdalīti posmi, kuros klients no pakalpojuma atsakās, tādējādi cenšoties labāk izprast atšķirības starp dažādām izkrišanas grupām un definīcijām.

Uzņemšanas konsultācijas nozīme

Pierādījumos balstīts pirmreizējais izvērtējums uzņemšanas konsultācijas laikā ir nozīmīgs posms jebkurā psihiskās veselības pakalpojumā un psihoterapijā, un, to izmantojot pārdomāti, iespējams ne tikai uzlabot klienta ārstēšanas iznākumus, bet arī paša pakalpojumu kvalitāti un efektivitāti (Youngstrom, 2018). Tipiski, pirmās tikšanās galvenais mērķis bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumos, ir saprast, kādēļ klients un ģimene vēršas pēc palīdzības un kādas grūtības tie piedzīvo ikdienā. Taču ne vienmēr šie skaidrojumi precīzi raksturo objektīvo klienta psihiskās funkcionēšanas stāvokli un ir lielā mērā atkarīgi gan no paša klienta, gan viņa ģimenes, gan speciālista, kas ar viņiem tiekas (O'Reilly et al., 2015). Ņemot vērā, ka standarta izvērtēšanas procedūras bērnu un pusaudžu populācijā nav uzstādītas, labā prakse šāda veida izvērtējumos ir pielietot gan novērojumus, gan daļēji strukturētas intervijas, gan vecāku un pusaudžu ziņojumus psihometriskajos testos. Beigu beigās, liela daļa klīnisko psihologu novērtē klīnisko izvērtējumu kā būtisku savas ekspertīzes pienesumu, it īpaši multidisciplinārās komandas apstākļos bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumos (Krishnamurthy et al., 2004). Izvērtējuma konsultācijas laikā ievāktā informācija var kalpot kā nozīmīgs pienesums cenšoties paredzēt arī ar izkrišanas riska saistīto faktoru noteikšanu, kā arī motivācijas un citu barjeru dalībai terapijā identificēšanu.

Ar izkrišanu saistītie klīniskie faktori

Demogrāfiskie mainīgie

Demogrāfiskie mainīgie, prognozējot izkrišanu no ārstēšanas ir vieni no visbiežāk pētītajiem lielākoties savas pieejamības dēļ. Tomēr jāsecina, ka pretrunīgo pētījumu dēļ, lielu derīgumu prognozējot izkrišanu, no šādiem pētījumiem iegūt ir grūti. Zemāk uzskaitīti vairāki demogrāfiskie rādītāji, kas minēti lielākajā daļā pētījumu un tādējādi var būt būtiski prognozējošie mainīgie.

Dzimums. Lielā vairumā pētījumu klienta dzimums neuzrāda saistību ar izkrišanu no terapijas (Gergov et al., 2021; O’Keeffe et al., 2018; Pelkonen et al., 2000). Lai gan statistiski nenozīmīgas, tomēr ir nelielas atšķirības klientu dzimumā un apmeklējumā - zēni varētu retāk apmeklēt nozīmētās konsultācijas un tikt skaitīti kā izkrituši no ārstēšanas devas definīcijā (Warnick et al., 2012). Līdz šim zināms viens pētījums, kur dzimums uzrāda skaidru saistību ar ārstēšanas pārtraukšanu. Marija Knutsena (*Marie Knutsen*) ar kolēģiem 2021. gadā pētījuma traumā fokusētas kognitīvi biheiviorālās terapijas iznākumus 155 bērnu un pusaudžu vidū. Šajā pētījumā tika novērots, ka to jauniešu vidū, kas terapijai neatbildēja un to tās izstājās, bija statistiski nozīmīgi vairāk meiteņu un tieši meitenēm, kurām pirms ārstēšanas bijuši izteiktāki posttraumatiskā stresa simptomi, ir lielāka iespēja terapiju pamest priekšlaicīgi (Knutsen et al., 2020). Kādā citā pētījumā, savukārt, nosaka, ka lielāks risks pamest sabiedrībā balstītu pakalpojumu 18 – 25 gadus vecu jauniešu vidū, ir tieši heteroseksuāliem zēniem, lai gan liela daļa šajos pakalpojumos atgriežas vēlākā laikā. Papildus tam, viņi pie uzņemšanas ziņo par ļoti augstu distresu un nopietnām grūtībām (Seidler et al., 2020).

Vecums. Attiecībā uz vecumu, līdzšinējie pētījumi ir pretrunīgi. No 2 līdz 18 gadus veciem bērniem un pusaudžiem, kuri paši, vai kuru ģimenes vērsušies pēc palīdzības sabiedrībā balstītā psihiskās veselības aprūpes pakalpojumā saistībā ar kompleksām grūtībām un vairākām, komorbīdām psihiatriskām diagnozēm, vecāks vecums palielina izkrišanas risku (Johnson et al., 2009). Tāpat pētījumā, kurā apskata no 10 līdz 18 gadus vecu pusaudžu ar traumatisku notikumu pieredzi iesaisti traumā fokusētā kognitīvi biheiviorālajā terapijā vai tipiskā terapijas procesā, izkrišana no ārstēšanas kopumā ir saistīta ar lielāku vecumu (pētītajā izlasē izkrišanas grupas vecums (15,7 gadi) bija statistiski nozīmīgi lielāks kā ārstēšanas pabeidzēju vecums (14,8 gadi)) (Ormhaug & Jensen, 2018). Savukārt pētījumā, kas apskata iesaisti psihoterapijā 12 līdz 21 gadu veciem pusaudžiem un jauniešiem, saistības uzrādās pretējas un lielāka iespēja ārstēšanu pabeigt (turpināt psihoterapiju pēc 20 sesijām) ir

vecākiem jauniešiem (Baruch et al., 2009). Jāmin, ka ir pētījumi, kas asociāciju starp vecumu un izkrišanu no terapijas neatrod (Warnick et al., 2012; Yasinski et al., 2018).

Ģimenes situācija. Viens no spēcīgākajiem izkrišanu prognozējošajiem faktoriem ir ģimenes iesaiste ārstēšanā, kas noturīgi var paredzēt izkrišanu gan dažādos pētījumu dizainos, gan dažādās izkrišanas definīcijās. Lai gan pētījumos ziņo atšķirīgus rezultātus attiecībā uz to, kāda ģimenes situācija vislabāk spēs prognozēt nevēlamu terapijas iznākumu, tieši viena vecāka ģimene, kur tēvs nav klātesošs, ir ar visaugstāko efekta lielumu izkrišanai (de Haan et al., 2013). Ir pētījumi, kas ziņo, ka viena vecāka ģimene par 1,4 reizēm palielina iespēju izkrist no ārstēšanas, savukārt ja pusaudzis atrodas ārpus bioloģiskās ģimenes aprūpes, ir 4 reizes lielāka iespēja, ka viņš neapmeklēs 12 sesijas pēdējo 4 mēnešu laikā, jebšu būs izkritis no ārstēšanas pēc devas definīcijas (Warnick et al., 2012).

Varētu būt vairāki potenciālie skaidrojumi, kādēļ vecāku iesaiste ārstēšanas procesā tik būtiski prognozē izkrišanu. Piemēram tas, kā bērns uztver savus vecāku un viņa atbalstu. Zināms, ka bērna uztvertā vecāku iesaiste pirmajās sesijās ir nozīmīgs prognozētājs mazākam izkrišanas riskam vēlāk, ko apliecina 2018. gada pētījums, kas apskata 156 jauniešu pieredzi vēloties saņemt traumā fokusētu kognitīvi biheiviorālo terapiju. Pētījumā novērots, ka vecāku aktīva dalība terapijā un tas, kā bērns uztver viņu atbalstu, spēj nozīmīgi prognozēt un samazināt izkrišanas risku (Ormhaug & Jensen, 2018). Ar vecāku iesaisti varētu skaidrot arī tendenci vecākiem pusaudžiem ārstēšanu pamest priekšlaicīgi. Jaunāku pusaudžu vecāki varētu biežāk piedalīties ārstēšanas procesā, piemēram, vadāt uz sesijām un “monitorēt” to apmeklējumu. Tāpat, jaunākiem pusaudžiem varētu nebūt pietiekami lielas autonomijas izvēlēties, kādu ārstēšanu un kad viņi vēlas saņemt un tas lielā mērā būs atkarīgs no vecāka prioritātēm. Attiecībā uz ģimenes situāciju un izkrišanu no pakalpojumiem, parādās vēl kāda tendence – jo augstākas un komplicētākas ir aprūpētāja vajadzības, jo lielāks ir bērna risks izkrist no ārstēšanas (Dossett & Reid, 2020). Konkrētajā pētījumā par aprūpētāju ar augstām vajadzībām tiek uzskatīts tāds, kuram ir maz resursu iesaistīties ārstēšanā un sniegt bērnam atbalstu. Arī citi pētījumi, kas iekļauti pēdējā meta analīzē uzrāda, ka augstāks izkrišanas risks ir bērniem, kuru vecākiem ir vairāk problēmu un grūtības audzināšanā (neatkarīgi no tā, kas tiek pētīts un kā definēta izkrišana) (de Haan et al., 2013).

Klīniskie faktori

Eksternalizētas uzvedības problēmas. 2018. gadā Sallija Kīfa (*Sally O’Keeffe*) ar kolēģiem pētīja izkrišanu no psihoterapijas bērnu un pusaudžu ar depresiju vidū. Viņi izmantoja datus no 406 randomizētu kontrolētu pētījumu dalībniekiem, kas saņēma 3 dažādus psihoterapijas veidus depresijas ārstēšanai. No visiem apskatītajiem uzņemšanas datiem, tikai

daži spēja prognozēt izkrišanu no ārstēšanas, konkrētā pētījuma gadījumā – vecums, antisociāla uzvedība un zemāks verbālās inteligences rādītājs. Pētījuma izlasē kopējie antisociālas uzvedības rādītāji bija zemi, un pat neliels paaugstinājums šajos rādītājos izteikti palielināja iespēju no terapijas izkrist (O’Keeffe et al., 2018). Eksternalizētas uzvedības problēmas un citi ar sociāli nevēlamu uzvedību saistīti simptomi pētījumos atkārtoti parādās kā nozīmīgi ietekmes uz izkrišanu rādītāji (de Haan et al., 2013). Ir novērots, ka pusaudži, kuru vēsturē bijušas uzvedības problēmas, ir starp tiem, kas tiek uzņemti ārstēšanā, taču ne reizi neparādās klīnikā personīgi (Pelkonen et al., 2000). Augstāki eksternalizētas uzvedības traucējumu simptomi pirmsārstēšanas periodā spēja prognozēt izkrišanu no terapijas pēc 3 mēnešiem daudz labāk, kā citi mainīgie, taču jāņem vērā, ka konkrētā pētījuma izlase sastāvēja tikai no 10 klientiem (Gergov et al., 2021). Karena Pellerina ar kolēģiem 2010. gadā salīdzināja pusaudžus, kas pabeidza ārstēšanu bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumā (n=114), ar tiem, kas nepabeidza (n=136). Viņi atklāja, ka statistiski nozīmīga atšķirība starp šīm grupām bija tieši eksternalizētas uzvedības problēmu skalās, īpaši agresīvā un delikventā uzvedībā (Pellerin et al., 2010).

Funkcionēšana. Johansons ar kolēģiem 2009. gadā apskatīja ārstēšanas datus no 520 bērniem un pusaudžiem, kas vērsās sabiedrībā balstītā psihiskās veselības pakalpojumā. Viņi identificēja 163 dažādas diagnozes šo klientu failos no kuriem gandrīz puse (255 gadījumi) tika uzskatīti par izkritušiem no ārstēšanas. Par kompleksām grūtībām un zemāk funkcionējošiem tika iezīmēti pusaudži, kuriem ir vismaz viena, klīniski nozīmīga psihisku vai uzvedības traucējumu diagnoze, kombinācijā ar jebkādām ģimenes problēmām, negatīviem dzīves notikumiem, mācīšanās vai sociālām grūtībām. Pētījumā viņi secina, ka klientiem, kuri iekrīt šajā, komplekso grūtību kategorijā, ir lielāks vecums un iepriekš kavētas sesijas pie citiem speciālistiem, pastāv arī lielāks risks izkrist no ārstēšanas (Johnson et al., 2009). Zināms, ka pusaudžiem, kas tiek definēti kā “neatsaucīgi” (*non-responders*) traumā balstītā kognitīvi biheiviorālā terapijā, ir augstāks posttraumatiskā stresa sindroma līmenis pirmsārstēšanas posmā (Knutsen et al., 2020), kas varētu būtiski ietekmēt un atsaukties uz viņu ikdienas funkcionēšanu. Līdzīgi kā citos, iepriekš apskatītos mainīgajos, arī funkcionēšanas ietekme uz izkrišanu ir atkarīga no tā, kā tā tiek definēta. Piemēram, klīnicista lēmuma definīcijā zema vecāku ziņotā bērna funkcionēšana ir saistīta ar izkrišanu no ārstēšanas, savukārt devas definīcijā un pēdējās neapmeklētās sesijas definīcijā, šī saistības nav novērota (Warnick et al., 2012).

Simptomātika un komorbiditātes. Garastāvokļa traucējumi līdzšinētajos pētījumos uzrādās gan kā aizsargājošs, gan riska faktors izkrišanai no ārstēšanas un varētu būt lielā mērā atkarīgs no citām komorbiditātēm vai ārstēšanas veida piemērotības. Pētījumā, kas apskatīja

11664 bērnu un pusaudžu vecumā no 7 līdz 16 gadiem iesaisti psihiskās veselības pakalpojumā, tika atklāts, ka tādas diagnozes kā vielu lietošanas traucējumi ir saistītas ar lielāku izkrišanas risku, kamēr depresija ar lielāku iespēju bērnam vai pusaudzim turpināt ārstēšanu arī pēc 6 mēnešiem (Harpaz-Rotem et al., 2004). Depresijas un tās simptomātikas ietekmi uz pozitīvākiem ārstēšanas iznākumiem bērnu un pusaudžu populācijā apliecina arī citi pētījumi, identificējot, ka tieši neesoši garastāvokļa traucējumi un esoši vielu lietošanas traucējumi, palielina izkrišanas risku (Pelkonen et al., 2000). Savukārt Irēne Lundkvista-Houndoumadi un Mikaela Tatsums (*Irene Lundkvist-Houndoumadi, Mikael Thastum*) pētīja jauniešus, kas neatsaucas kognitīvi biheiviorālai terapijai. 106 jauniešu izlasē, 22,6% gadījumu klienti bija neatsaucīgi un no šiem, tieši komorbīda garastāvokļu traucējumu simptomātika spēja prognozēt neatsaucību terapijai (Lundkvist-Houndoumadi & Thastum, 2017). Pētījumos parādās arī citas diagnozes un/vai to simptomi, kas tiek asociēti ar paaugstinātu izkrišanas risku, piemēram, robežstāvokļa personības iezīmes (Desrosiers et al., 2015), sociālā fobija (Lundkvist-Houndoumadi & Thastum, 2017) un uzvedības traucējumi (Harpaz-Rotem et al., 2004).

Ne tikai oficiālas psihiatriskās diagnozes, bet arī citi klienta klīniskie faktori uzrāda saistību ar priekšlaicīgu terapijas vai pakalpojumu pārtraukšanu. No ārstēšanas biežāk izkrīt pusaudži, kas vairāk ziņo par delikventu uzvedību vai uzmanības deficīta un hiperaktivitātes traucējumu simptomiem (Baruch et al., 2009), biežāk iesaistītās paškaitējošā uzvedībā (O'Keefe et al., 2019; Pelkonen et al., 2000) un piedzīvot attiecību grūtības gan ģimenē, gan ar vienaudžiem (Fredum et al., 2021). Savukārt klienti ar noslēgtu ārstēšanas procesu varētu biežāk saskarties ar uztraukumu par savu seksualitāti un/vai attiecībām, biežāk ziņot par trauksmi un depresiju (Baruch et al., 2009) un būt ar zemāku pašnāvības risku (Pelkonen et al., 2000). Tāpat, pētījumi rāda, ka faktori, kas tiek asociēti ar augstāku risku izkrišanai no terapijas un mērīti pirms tās uzsākšanas, ir vecāku novērotie bērna augstāki simptomi internalizētām un eksternalizētām problēmām (de Haan et al., 2013).

Izkrišanas definīcijas saistība ar klīniskajiem faktoriem

Tomēr cenšoties piemērot zināmo mainīgo saistības ar izkrišanu esošā pētījuma ietvaros, jāņem vērā izkrišanas definīcijas ietekme uz mainīgajiem. Piemēram, ir zināms, ka pastāv atšķirības starp pusaudžiem, kas tiek definēti kā izkrituši tikai pēc neapmeklētām sesijām, no tiem, kas definēti pēc klīnicista lēmuma vai devas definīcijas. Vienīgais prognozētājs izkrišanas riskam visās trijās definīcijās ir klienta etniskā piederība. Pētījumos novērots, ka, lai gan pastāv tādi prognozējošie faktori, kas dažādām izkrišanas definīcijām ir kopīgi (viena vecāka ģimene, etniskā piederība), katrai no tām ir savi unikālie mainīgie, kas to

varētu paredzēt (piemēram, grūtības atļauties pakalpojumu ir unikāls prognozētais izkrišanai, ko definē neapmeklētas sesijas, uz zema vecāku ziņotā klienta funkcionēšana unikāli paredz izkrišanu pēc klīnicista lēmuma) (Warnick et al., 2012). Pie līdzīgiem secinājumiem nonāk arī pēdējā meta analīze, kurā vienīgie faktori, kas tiek asociēti ar izkrišanu gan devas, gan klīnicista lēmuma definīcijā, ir eksternalizētas uzvedības problēmas (gan paša pusaudža ziņotās, gan vecāku norādītās), zemāks socioekonomiskais statuss un viena vecāka ģimene bez tēva (de Haan et al., 2013). Citā pētījumā, savukārt, ziņo, ka vecums, piemēram, ir saistīts ar devas un vajadzībās balstīto, bet ne klīnicista lēmuma izkrišanas definīciju, savukārt augstāks rādītājs bērna riskantās uzvedības varēja paredzēt izkrišanu vajadzībās balstītā definīcija, bet ne klīnicista lēmuma vai devas definīcijā (Dossett & Reid, 2020). Tāpat, balstoties literatūrā, ir pamats uzskatīt, ka vairāku faktoru kombinācijas, piemēram, sieviešu dzimums un posttraumatiskā stresa sindroms (Knutsen et al., 2020) vai lielāks vecums un komorbīdas diagnozes (Baruch et al., 2009) varētu drīzāk būt saistīts ar izkrišanas risku, nekā viens atsevišķs faktors.

Kopsavilkums

Kopsavilkumā esošajā teorētiskajā literatūrā parādās būtiski trūkumi izpratnē par ar izkrišanu no bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumu saistītajiem un to prognozējošajiem klīniskajiem faktoriem. Neraugoties uz to, ka psihiskās veselības problēmas pieaug, izkrišana no pakalpojumiem ir izplatīta problēma ne tikai bērnu un pusaudžu, bet arī pieaugušo populācijā. Agrīna šīs problēmas adresēšana ir būtiska savlaicīgai un vajadzībām atbilstoši palīdzībai, un līdzšinējos pētījumos parādās trīs galvenās problēmas, kuras šis pētījums cenšas adresēt.

Pirmkārt, trūkst konsekventas izkrišanas definīcijas, un esošie pētījumu secinājumi mēdz būt pretrunīgi, kā rezultātā literatūrā ievērojami atšķiras ar to saistītie klientu klīniskie faktori. Šī nekonsekvence apgrūtina iespēju uzstādīt ticamas hipotēzes par klīniskajām un demogrāfiskajām atšķirībām starp klientiem, kuri pārtrauc pakalpojumu pirms tā uzsākšanas, tiem, kuri pārtrauc pakalpojumu tā laikā, un tiem, kuri to pabeidz, mērītiem klīnicista lēmuma definīcijas ietvaros. Tādēļ pētījuma pirmais jautājums ir: *Vai un kādas ir klīnisko un demogrāfisko faktoru atšķirības starp klientiem, kas izkrīt pirms pakalpojuma uzsākšanas, tiem, kas izkrīt pakalpojuma laikā un tiem, kas pakalpojumu pabeidz?*

Otrkārt, lai gan dažos pētījumos ir identificēti potenciālie izkrišanas prognozētāji, piemēram, eksternalizētas uzvedības problēmas un ģimenes situācija, arī šajā gadījumā rezultāti mēdz būt pretrunīgi un atkarīgi no konteksta. Turklāt atsevišķas simptomātikas (piemēram, garastāvokļa traucējumu vai depresijas) ietekme uz izkrišanu joprojām ir samērā neskaidra. Lai izstrādātu mērķtiecīgas intervences, kas var veicināt pakalpojumu pabeigšanu, ir svarīgi labāk izprast šos prognozējošos faktorus. Tādēļ tiek uzstādīts otrais pētījuma jautājums: *Kādi ir klīniskie un demogrāfiskie prognozētāji izkrišanai no pakalpojuma?*

Visbeidzot, trūkst pētījumu, kuros tiktu noteikts, vai prognozētāji izkrišanai no pakalpojuma atšķiras dažādos pakalpojuma posmos. Esošajā literatūrā uzmanība galvenokārt pievērsta izkrišanai ārstēšanas laikā, un bieži vien netiek ņemts vērā uzņemšanas posms. “Barjeras dalībai terapijā modeli” ir uzsvērti dažādi modificējami faktori, kas ietekmē iesaistīšanos ārstēšanā, taču tā piemērotība adresējot izkrišanas risku dažādos ārstēšanas posmos prasa turpmāku izpēti. Tādēļ tiek uzstādīts trešais pētījuma jautājums: *Vai pastāv atšķirības izkrišanu prognozējošajos faktoros dažādos pakalpojuma posmos?*

METODE

Pētījumā tika izmantoti sekundārie dati no sabiedrībā balstīta bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojuma (ārstniecības iestādes) Rīgā, Latvijā, kas veidots pēc 2. līmeņa (angl. valodā *Tier 2*) sabiedrībā balstītu bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumu uzbūves principiem (angl. valodā *Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)*) (Worrall-Davies et al., 2004). Pētījuma dalībnieki un viņu likumiskie pārstāvji ir devuši informētu piekrišanu mutiskā un rakstiskā veidā, ka anonimizēti šie dati var tikt izmantoti tai skaitā pētniecības vajadzībām. Papildus tam pētījumā izmantoto datu apstrāde ir saskaņota atbilstoši Latvijas Universitātes Izglītības zinātņu un psiholoģijas fakultātes Ētikas vadlīnijām. Pakalpojuma laikā klienti apmeklē uzņemšanas konsultāciju (a), kurā klīniskais psihologs izvērtē klienta atbilstību ārstēšanas programmai, un ievāc klienta klīniskos un demogrāfiskos datus izmantojot daļēji strukturētu interviju un psihometriskas aptaujas. Centra pakalpojumiem atbilstošie klienti tiek novirzīti uz rindu un pēc gaidīšanas laika administrators tiem piedāvā sadarbības jeb ārstēšanas uzsākšanas laiku (b). Pēc uzņemšanas klientam tiek piešķirts lietas vadītājs (psihologs, mentors vai mākslas terapeits). Sadarbības laikā lietas vadītājs piesaista citus speciālistus un darbs rit kombinējot individuālās konsultācijas ar citu speciālistu, tai skaitā ārstniecības personāla atbalsta konsultācijām, veidojot multidisciplināras komandas pieeju. Ārstēšanas laiks ir no 3 līdz 6 mēnešiem (ja vien klients no pakalpojuma neatsakās ātrāk) un noslēdzas ar sadarbības izvērtējumu (c).

Pētījuma dalībnieki

Izlasē tika iekļauti dati par 310 klientiem, kas apmeklējuši uzņemšanas konsultāciju laika posmā no 2023. gada 1. marta līdz 30. jūnijam. Iekļauti tika tikai klienti vecumā no 10 līdz 17 gadiem ($M = 14,16$, $SD = 1,95$; 61,29% sievietes), kuriem uzņemšanas konsultācijas iznākuma kods bija 1 (uzņemts rindā) vai 2 (atsakās no pakalpojuma, neuzņemts) (skatīt apakšnodaļā "Procedūra"). No šiem 113 jeb 36,45% tika uzskatīti par izkritušiem pirms sadarbības, 11,29% izkrituši sadarbības laikā un 52,26% pabeiguši sadarbību. 50,23% nāk no pilnām ģimenēm, 21,29% dzīvo ar vienu no vecākiem, bet otru regulāri satiek, 22,58% dzīvo viena vecāka ģimenē, 1,3% dzīvo ar citiem ģimenes locekļiem, 2,26% ir ārpus ģimenes aprūpē un 2,26% dzīvo cita veida aprūpes formātā.

Instrumentārijs

Demogrāfiskie mainīgie. Klienta vecums, dzimums un ģimenes situācija.

Funkcionēšana. Bērna globālā novērtējuma skala (The Children's Global Assessment Scale (CGAS) (Shaffer et al., 1983)) ir instruments, ko izmanto klīniskajā darbā un pētniecībā, lai novērtētu bērnu un pusaudžu vispārējo funkcionēšanu dažādās dzīves jomās.

Tas sniedz kvantitatīvu bērna funkcionēšanas novērtējumu, ņemot vērā viņa psiholoģisko, sociālo un akadēmisko funkcionēšanu. Tajā speciālistam tiek lūgts novērtēt bērna funkcionēšanu skalā no 1 līdz 100, kur augstākas vērtības atbilst labākai kopējai ikdienas funkcionēšanai. Skalā tiek izmantoti konkrēti rādītāju kritēriji un apraksti, piemēram, mērījumam 51 – 60 tas ir: “Mainīga funkcionēšana ar grūtībām vai simptomiem vairākās, bet ne visās sociālajās jomās; problēmas ir izteikti pamanāmas tuviniekiem un cilvēkiem, kas bērnu sastop grūtību vidē vai periodā, bet mazāk pamanāmas tiem, kas bērnu redz citos apstākļos”.

Eksternalizētas uzvedības problēmas. Lai izvērtētu pusaudžu eksternalizētās uzvedības problēmas tiek izmantots gan jaunieša pašvērtējums, gan vecāku novērtējums no Achenbaha empīriski balstītās izpētes sistēmas skolas vecuma bērniem (Achenbach & Rescorla, 2001), kuru latviešu valodā adaptējusi un standartizējusi I.Skreitule – Pikše ar kolēģiem (Skreitule-Pikše et al., 2013). No šīs sistēmas tiek izmantotas divas skalas (Noteikumu pārkāpumi un Agresīva uzvedība), kas kopā veido Eksternalizētas uzvedības problēmu skalu. Jaunieša pašvērtējums tiek mērīts izmantojot Jauniešu pašnovērtējuma aptauju (Youth Self Report, (YSR/11-18)), kas sastāv no 32 pantiem. Tajā pusaudzīm tiek lūgts, vai minētais pants (piemēram: “*Es neklausu savus vecākus*”) ir raksturīgs viņam pēdējo 6 mēnešu laikā ar 3 punktu likerta skalu, kur 0 – neatbilst, 1 – daļēji vai dažreiz atbilst un 2 – pilnībā atbilst. Vecāku novērtējums tiek mērīts izmantojot Bērna uzvedības novērtēšanas aptauju (Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)), kas sastāv no 34 pantiem un kurā vecākam tiek lūgts, vai konkrētais pants (piemēram: “*Melo vai krāpjas*”) raksturo bērna uzvedību pēdējo 6 mēnešu laikā ar 3 punktu likerta skalu, kur 0 – neatbilst, 1 – daļēji vai dažreiz atbilst un 2 – pilnībā atbilst.

Garastāvokļa traucējumu simptomātika. Lai labāk izprastu pirmreizējā skrīninga saistības ar izkrišanas risku, pētījumā tiek iekļauts mērījumi garastāvokļa traucējumu simptomātikā. Tam izmantota Garastāvokļa izjūtu aptauja (Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)) pašnovērtējuma un vecāku ziņojuma formas (Angold et al., 1995), kuru latviešu valodā adaptējis Emīls Ūdris 2020. gadā maģistra darba ietvaros (Ūdris, 2020). Tajā gan vecākam, gan pašam jauniešim tiek lūgts novērtēt, vai apgalvojumus ir bijis patiens pēdējo 2 nedēļu laikā, izmantojot 3 punktu likerta skalu, kur 0 – nav patiens, 1 – dažreiz patiens un 2 – patiens lielāko daļu laika. Jaunieša aptaujā ir tādi panti kā: “*Es jūtos nožēlojami vai nelaimīgi*”, savukārt vecāku aptaujā: “*Viņš/a jutās nožēlojami*”. Abas aptaujas formas uzrāda labus ticamības rādītājus Latvijas populācijā (Pusaudžu aptaujas kopējās ticamības $\alpha = 0,94$, Vecāku aptaujas kopējās ticamības $\alpha = 0,94$).

Pašnāvības riska novērtējumam tika izmantota arī Kolumbijas Pašnāvības tendenču izteiktības skala (Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSR), (Posner et al., 2011)). Tajā tiek mērīta pašnāvības domu intensitāte intervijas veidā un pašnāvības risks mērīts speciālistam kodējot “Jā” un “Nē” atbildes uz tādiem jautājumiem kā: “Vai Tev ir bijušas domas par sevi nogalināšanu?”. Risks tiek ziņots izmantojot 4 punktu likerta skalu, kur 0 – zems risks un 3 ļoti augsts risks. Iepriekšējos pētījumos šī skala uzrādījusi augstus ticamības rādītājus ($\alpha = 0,91$) (Seleviča, 2011).

1. tabula
Simptomu un sūdzību grupu apvienošana

Orginālās simptomu un sūdzību grupas	Apvienotās simptomu un sūdzību grupas
1. Depresijas simptomi	1. Trauksmes un afektīvo trauc. simp.
2. Trauksmes simptomi	
3. Uzvedības traucējumu simptomi	2. Uzvedības problēmas
4. Delikventa uzvedība	
5. Pašnāvības mēģinājums anamnēzē	3. Pašnāvības risks
6. Aktīvs pašnāvības plāns	
7. Procesu atkarību simptomi	4. Procesu un vielu atkarības
8. Vielu atkarību simptomi	
9. Attiecību grūtības	5. Sociālās un ar vidi saistītas grūtības
10. Mācību motivācijas trūkums	
11. Vardarbības un traumatisku notikumu pieredze	
12. Bullings skolā	6. Citas internalizētas grūtības
13. Ēšanas traucējumu simptomi	
14. Psihotiska rakstura simptomi	7. Somatiskas saslimšanas anamnēzē
15. Somatiskas saslimšanas anamnēzē	
16. Dzimtes identitātes neskaidrība	8. Dzimtes identitātes neskaidrība
17. Neuroattīstības traucējumu simptomi	9. Neuroattīstības traucējumu simptomi
18. Paškaitējums	10. Paškaitējums

Simptomātika un sūdzības tiek vērtētas uzņemšanas konsultācijas laikā, kur klīniskais psihologs izmantojot daļēji strukturētu interviju, nosaka 3 galvenās simptomu grupas, kā arī citus simptomus, ar kuriem klients vērsies pēc palīdzības. Tās tiek kodētas kā 0 (nav novērots) un 1 (ir novērots), izmantojot 18 simptomu un sūdzību grupas: depresijas simptomi, trauksmes simptomi, uzvedības traucējumu simptomi, delikventa uzvedība, pašnāvības mēģinājums anamnēzē, aktīvs pašnāvības plāns, paškaitējums, procesu atkarību simptomi, vielu atkarību simptomi, attiecību grūtības, mācību motivācijas trūkums, somatiskas saslimšanas anamnēzē, ēšanas traucējumu simptomi, psihotiska rakstura simptomi, neuroattīstības traucējumu simptomi un cits (brīvā teksta atbilde). Brīvā teksta atbildes tika

apstrādātas manuāli un izveidotas papildus grupas: vardarbības un traumatisku notikumu pieredze, bullings skolā, dzimtes identitātes neskaidrība, vai atbildes pievienotas jau esošajām simptomu grupām. Lai samazinātu mainīgo skaitu, līdzīgu grupu mainīgie tika apvienoti lielākās grupās pēc parauga, kas dots 1. tabulā.

Procedūra

Uzņemšanas un pakalpojuma laikā tiek izmantoti vairāki kodi, kas ir saistīti ar izkrišanu. (a) Uzņemšanas konsultācijas iznākumu kodē uzņemšanas speciālists, klīniskais psihologs, izmantojot 7 punktu skalu (1 = uzņemts rindā; 2 = atsakās no pakalpojuma, neuzņemts; 3 = sasniegta pilngadība, neuzņemts; 4 = ārpus centra kompetences, sniegtas rekomendācijas, neuzņemts; 5 = nebūtiskas grūtības, neuzņemts; 6 = stacionēts, neuzņemts; 6=saņem pakalpojumu citur, neuzņemts; 7 = cita veida iemesli neuzņemšanai). (b) Iznākumu uzņemšanas procesam kodē administrators izmantojot 3 punktu skalu (1 = atsakās no sadarbības; 2 = uzņemts programmā; 3 = neuzņemts programmā). Kods “atsakās no sadarbības” tiek izmantots, ja klients vai klienta vecāki pauž vēlmi neapmeklēt centru, vai viņus nav iespējams sazināt vismaz 3 reizes pēc kārtas. Kods “neuzņemts programmā” tiek izmantots klientiem, kuru uzņemšanas konsultācijas (a) iznākums ir kodēts ar 3 līdz 7. (c) Sadarbības izvērtējumu kodē klienta lietas vadītājs (1 = sasniegti mērķi; 2 = nenasniegti mērķi; 3 = atsakās no pakalpojuma; 4 = novirzīts saņemt pakalpojumu citur; 5 = stacionēts sadarbības laikā).

Lai atbildētu uz pētījuma 2. un 3. jautājumu tika izveidoti divi jauni mainīgie. (1) “Pirms pakalpojuma izkrišana”, kur kods 0 (pakalpojumu neuzsāk) = klienti ar (a) uzņemšanas konsultācijas iznākuma “atsakās no sadarbības, neuzņemts”, (b) iznākumu uzņemšanas procesam “atsakās no sadarbības” un 1 (uzsāk pakalpojumu) = klienti ar (b) uzņemšanas procesa iznākumu “uzņemts programmā”. (2) “Izkrišana pakalpojuma laikā”, kurā 1 (pabeidz sadarbību) = (c) sadarbības izvērtējums “sasniegti mērķi” un “nesasniegti mērķi” un 0 (izkrīt sadarbības laikā) = (c) sadarbības izvērtējums “atsakās no pakalpojuma”.

Lai atbildētu uz pētījuma 1. jautājumu, klienti tika sadalīti 3 grupā atbilstoši to izkrišanas statusam un izveidots trešais mainīgais. (3) “Izkrišanas grupa”, kur 1 = mainīgā “Pirms pakalpojuma izkrišana” kods 0 (*neuzsāk pakalpojumu, (NP)*); 2 = mainīgā “Izkrišana pakalpojuma laikā”, kods 0 (*izkrīt pakalpojuma laikā (IP)*); 3 = mainīgā “Izkrišana pakalpojuma laikā”, kods 1 (*pabeidz pakalpojumu (PP)*).

Datu statistiskā analīze ir veikta izmantojot statistiskās analīzes programmu JASP (0.18.3), programmēšanas valodu R un programmatūras vidi datu statistiskajai apstrādei R Studio, operētājsistēmā Mac.

REZULTĀTI

Sākotnējā datu analīzē vispirms tika adresētas trūkstošās vērtības. Tās varētu rasties dažādu iemeslu dēļ, piemēram, ja vecāks nav ieradies uz uzņemšanas konsultāciju, vai konsultācijā nav pieticis laiks iedot kādu no uzņemšanas aptaujām. Ņemot vērā iepriekš minēto, ir pamatoti uzskatīt, ka trūkstošās vērtības nav pilnīgi nejaušas un varētu būt saistītas ar citām novērotajām vērtībām (piemēram, vecumu, dzimumu, citu aptauju rādītājiem, vai simptomātikas un sūdzību novērojumiem). Tā dēļ trūkstošās vērtības tika identificētas kā “nejauši iztrūkstošas” (angl. valodā *Missing at Random, MAR*), balstoties Litla un Rubina klasifikācijā (Little & Rubin, 2019, 12. lpp). Ņemot vērā trūkstošo vērtību konceptualizāciju, tika izmantota pakotne “mice” (Van Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011) R programmatūras 4.3.2. versijā. Tā izmanto daudzfaktoru vērtību ievietošanu ar ķēdes vienādojumiem (angl. valodā *multivariate imputation by chained equations*), kas, balstoties citos mainīgajos, aprēķina trūkstošo datu vērtības. Šīs metodes izmantošana ir piemērota nejauši iztrūkstošu vērtību ievietošanai (Sinharay et al., 2001).

Pamata datu analīzē vispirms tika aprēķināti izkrišanas grupu (NP, IP un PP) skalu mainīgo minimālās un maksimālās vērtības, mediānas, vidējie lielumi, to standartnovirzes un atbilstība normālsadalījumam. Ņemot vērā, ka tiek izmantoti sekundārie dati un piekļuve pirmdatiem nav iespējama, instrumentārija iekšējās saskaņotības vērtības netika aprēķinātas. Kā redzams 2. tabulā, pētījumā iekļautajām skalām nav normālsadalījuma par ko liecina Šapiro Vilka testa statistiski nozīmīgās vērtības. Šis tests tika izvēlēts nelielā IP izlases apjoma dēļ (<50). Lai atbildētu uz pētījuma 1. jautājumu tiek izmantotas neparametriskās statistikas metodes.

Skalu mainīgajiem tika veikts Kruskola – Vallisa tests, lai noteiktu atšķirības starp visām trīs izkrišanas grupām. 3. tabulā attēlotas atbilstošās statistiskās vērtības, kā arī mainīgo grupu salīdzinājuma rangu summas un Dunna post-hoc ar Bonferoni korekciju testa rezultāti. Statistiski nozīmīgas atšķirības tika atrastas vairākos mainīgajos. Pastāv atšķirības klientu funkcionēšanā $H(2, N = 310) = 11,38, p = 0,003$, kur post-hoc salīdzinājums norāda, ka grupai PP ir statistiski nozīmīgi zemāka funkcionēšana, salīdzinot ar grupu NP ($p < 0,001$), bet ne grupu IP ($p = 0,189$). Ir atšķirības klientu ziņotajos noteikumu pārkāpumos $H(2, N = 310) = 9,33, p = 0,009$ un eksternalizētas uzvedības problēmās $H(2, N = 310) = 7,93, p = 0,019$, kur IP ir statistiski nozīmīgi vairāk pašu ziņoto noteikumu pārkāpumu, salīdzinot ar NP ($p = 0,002$) un PP ($p = 0,013$) un vairāk pašu ziņotās eksternalizētas uzvedības problēmas, salīdzinot ar grupām NP ($p = 0,005$) un PP ($p = 0,016$).

2. tabula
Aprakstošā statistika skalu mainīgajiem

	NP (n=113)						IP (n=35)						PP (n=162)					
	Min	Max	Mdn	M	SD	W	Min	Max	Mdn	M	SD	W	Min	Max	Mdn	M	SD	W
Vecums	10,00	17,00	14,00	13,88	2,00	0,95***	11,00	17,00	15,00	14,4	1,74	0,94*	10,00	17,00	15,00	14,30	1,94	0,93***
Funkcionēšana	40,00	85,00	63,07	63,63	9,80	0,98	37,00	80,00	65,00	61,23	9,75	0,96	35,00	80,00	60,00	58,88	10,9	0,97**
Noteikumu pārkāpumi (K)	0,00	20,00	5,00	6,08	3,89	0,90***	2,00	17,00	7,00	8,06	3,55	0,96	0,00	24,00	6,00	6,61	4,26	0,92***
Agresīva uzvedība (K)	0,00	27,00	8,00	8,8	4,49	0,96***	2,00	30,00	11,00	11,26	5,50	0,91*	0,00	21,00	9,00	10,00	5,19	0,96***
Eksternalizētas uzv.p. (K)	2,00	38,00	13,00	14,8	7,37	0,97*	7,00	46,00	19,00	19,31	8,31	0,90**	0,00	45,00	15,00	15,61	8,69	0,98**
Garstāvokļa trauc. simp. (K)	2,00	56,00	18,00	20,09	12,33	0,94***	0,00	56,00	25,00	24,86	11,67	0,98	4,00	59,00	30,00	30,92	14,4	0,98**
Pašnāvības riska aptauja	0,00	3,00	0,00	0,35	0,65	0,72***	0,00	3,00	0,00	0,61	0,88	0,72***	0,00	3,00	0,93	0,78	0,88	0,82***
Noteikumu pārkāpumi (V)	0,00	25,00	5,99	6,8	5,29	0,90***	0,00	20,00	8,00	7,97	4,41	0,97	0,00	20,00	4,00	4,84	3,87	0,91***
Agresīva uzvedība (V)	0,00	25,00	10,00	10,63	6,04	0,971*	3,00	23,00	10,00	10,79	5,08	0,96	1,00	29,00	8,00	9,56	5,55	0,94***
Eksternalizētas uzv.p. (V)	0,00	40,00	15,00	17,16	10,32	0,96**	4,00	43,00	18,88	18,6	8,57	0,97	0,00	40,00	11,94	13,37	8,68	0,96***
Garstāvokļa trauc. simp. (V)	0,00	43,00	15,00	16,31	8,84	0,97*	3,00	43,00	17,84	18,78	10,1	0,94*	2,00	49,00	17,82	19,54	10,16	0,97***

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

(K) Klienta vērtējums, (V) Vecāka vērtējums(NP) neuzsāk pakalpojumu; (IP) izkrīt pakalpojuma laikā; (PP) pabeidz pakalpojumu

Arī vecāku ziņotie noteikumu pārkāpumi $H(2, N = 310) = 20,64, p < 0,001$ un eksternalizētas uzvedības problēmas $H(2, N = 310) = 15,84, p < 0,001$ uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības izkrišanas grupās. Post-hoc testa rezultāti liecina, ka grupai PP ir mazāk vecāku ziņotie noteikumu pārkāpumi, salīdzinot ar grupu IP ($p < 0,001$) un NP ($p = 0,002$), kā arī mazāk vecāku ziņotās eksternalizētās uzvedības problēmas, salīdzinot ar grupu IP ($p = 0,001$) un NP ($p = 0,002$). Atšķirības grupās pastāv arī garstāvokļa traucējumu simptomatikā, gan klienta vērtējumā $H(2, N = 310) = 38,45, p < 0,001$, gan vecāku $H(2, N = 310) = 6,05, p = 0,049$. Klientu vērtētie garstāvokļa traucējumu simptomi ir statistiski nozīmīgi lielāki grupai PP, salīdzinot ar grupu IP ($p = 0,037$) un NP ($p < 0,001$).

3. tabula
Statistiski nozīmīgu skalu mainīgo salīdzinājumi pa izkrišanas grupām

Mainīgie lielumi	Kruskola – Volisa tests			Dunna Post-Hoc
		<i>M ranks</i>	<i>H</i>	
Funkcionēšana	NP	176,30	11,38**	NP – IP
	IP	161,53		IP – PP
	PP	139,69		PP – NP***
Noteikumu pārkāpumi (K)	NP	143,67	9,33**	NP - IP**
	IP	196,41		IP - PP*
	PP	154,91		PP – NP
Eksternalizētas uzv.p. (K)	NP	145,81	7,93*	NP - IP**
	IP	194,26		IP - PP*
	PP	153,89		PP - NP
Garstāvokļa trauc. simp. (K)	NP	116,24	38,45***	NP – IP
	IP	149,44		IP - PP*
	PP	184,19		PP - NP***
Pašnāvības riska aptauja	NP	130,52	17,19***	NP - IP
	IP	153,56		IP – PP
	PP	173,35		PP - NP***
Noteikumu pārkāpumi (V)	NP	169,30	20,64***	NP - IP
	IP	203,13		IP - PP***
	PP	135,58		PP - NP**
Eksternalizētas uzv.p. (V)	NP	170,97	15,84***	NP – IP
	IP	191,23		IP – PP**
	PP	136,99		PP - NP**
Garstāvokļa trauc. simp. (V)	NP	139,23	6,05*	NP - IP
	IP	158,91		IP - PP
	PP	166,11		PP - NP*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

(K) Klienta vērtējums, (V) Vecāka vērtējums; (NP) neuzsāk pakalpojumu, (IP) izkrīt pakalpojuma laikā, (PP) pabeidz pakalpojumu.

Demogrāfiskie novērojumu biežumi procentos no kopējā novērojuma skaita un salīdzinājumi pa izkrišanas grupām

	% no kopējā grupas novērojumu skaita			χ^2 (df = 2)
	NP (n = 113)	IP (n = 35)	PP (n=162)	
Dzimums				14,63***
Sieviete	53,10	42,86	70,99	
Vīrietis	46,90	57,14	29,01	
Ģimenes situācija				8,92
Dzīvo ar abiem	53,10	42,86	50,00	
Aprūpē abi	18,58	17,14	24,07	
Aprūpē viens	25,66	31,43	18,52	
Ar citiem ģimenes locekļiem	0,00	2,86	1,85	
Audžu ģimenes vai valsts aprūpē	1,78	2,86	2,47	
Citi apstākļi	0,89	2,86	3,09	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

(NP) neuzsāk pakalpojumu; (IP) izkrīt pakalpojuma laikā; (PP) pabeidz pakalpojumu

Savukārt vecāku vērtējumi ir atšķirīgi tikai starp grupām NP un PP, kur PP grupai vecāki novērtējuši statistiski nozīmīgi vairāk garastāvokļa traucējumus, kā grupai NP ($p = 0,014$), bet ne grupai IP ($p = 0,667$). Tāpat pašnāvības riska aptaujā pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp grupām $H(2, N = 310) = 17,19, p < 0,001$, kur grupai PP ir augstāks pašnāvības risks, salīdzinot ar grupu NP ($p < 0,001$), bet ne grupu IP ($p = 0,208$).

4. tabulā redzama aprakstošā statistika nominālajiem mainīgajiem un procentuālais sadalījums katrā no izkrišanas grupām (NP, IP un PP). Tika veikts Hī kvadrāta tests, lai noteiktu, vai starp grupām pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības. Analīze parāda, ka tādas ir klientu dzimumam $\chi^2(2, N = 310) = 14,63, p < 0,001$. Post – hoc salīdzinājumi, izmantojot Fišera eksakto testu ar Bonferoni korekciju, liecināja, ka pastāv statistiski nozīmīgas dzimuma atšķirības starp grupām NP un PP ($p = 0,009$) un grupām IP un PP ($p = 0,008$), kas norāda, ka pakalpojumu biežāk pabeidz sievietes, savukārt no tā izkrīt aptuveni līdzīgs daudzums sieviešu un vīriešu. Ģimenes situācijai statistiski nozīmīgas atšķirības starp izkrišanas grupām nav.

Arī simptomu novērojumiem atšķirību grupās noteikšanai tika veikts Hī kvadrāta tests, kas, kopā ar biežuma procentuālo sadalījumu izkrišanas grupās, ir aprakstīts 5. tabulā. Visbūtiskākās atšķirības ir trauksmes un afektīvo traucējumu simptomus $\chi^2(2, N = 310) = 39,61, p < 0,001$, neuroattīstības traucējumu simptomus $\chi^2(2, N = 310) = 7,60, p = 0,022$, vielu un procesu atkarības $\chi^2(2, N = 310) = 8,60, p = 0,014$

un paškaitējumam $\chi^2(2, N = 310) = 9,38, p = 0,009$. Tika veikti post – hoc salīdzinājumi, izmantojot Fišera eksakto testu ar Bonferoni korekciju, lai noteiktu atšķirības izkrišanas grupās.

5. tabula
Simptomu novērojuma biežumi procentos no kopējā novērojumu skaita un salīdzinājumi pa izkrišanas grupām

	% no kopējā grupas novērojumu skaita			χ^2 (df = 2)
	NP (n = 113)	IP (n = 35)	PP (n=162)	
Trauksmes un afektīvo trauc. simp.	44,25	62,86	80,86	39,61***
Uzvedības problēmas	30,97	22,86	20,37	4,1
Pašnāvības risks	4,43	5,71	9,88	3,05
Procesu un vielu atkarības	23,89	22,86	11,11	8,60*
Sociālās un ar vidi saistītas grūtības	69,91	57,14	58,03	4,44
Citas internalizētas grūtības	13,27	17,14	16,05	0,52
Dzimtes identitātes neskaidrība	1,77	0,00	4,32	2,72
Somatiskas saslimšanas	5,31	11,43	4,94	2,3
Neiroattīstības traucējumu simptomi	8,85	8,57	1,85	7,60*
Paškaitējums	7,66	14,29	21,61	9,38**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

(NP) neuzsāk pakalpojumu; (IP) izkrīt pakalpojuma laikā; (PP) pabeidz pakalpojumu

Trauksmes un afektīvo traucējumu simptomātika, vielu un procesu atkarības, neiroattīstības traucējumu simptomi un paškaitējums bija statistiski nozīmīgi atšķirīgi tikai starp grupām NP un PP ($p < 0,001$), kas nozīmē, ka klienti, kas pakalpojumu pabeidz, salīdzinot ar tiem, kas no tā izkrīt pirms uzsākšanas, mēdz būtiski vairāk ziņot ar trauksmi un garastāvokļa traucējumiem saistītu simptomus un paškaitējumu, savukārt mazāk procesu un vielu atkarības un neiroattīstības traucējumu simptomus. Tāpat būtisks secinājums datu analīzei ir, ka klientiem, kas no pakalpojuma izkrīt tā laikā, nav statistiski nozīmīgu atšķirību simptomu prezentācijās salīdzinot ar klientiem, kas to pabeidz un tiem, kas izkrīt pirms uzsākšanas.

Lai atbildētu uz pētījuma 2. un 3. jautājumu tika veiktas divas loģistikās regresijas analīzes ar atpakaļejošo soļu metodi, nosakot, kādi uzņemšanas mainīgie spēj prognozēt izkrišanu no pakalpojuma dažādos tā posmos. Pakalpojuma neuzsākšanu spēj prognozēt zemāki klientu ziņotie garastāvokļa traucējumu simptomi (OR=0,96, $p < 0,001$) un zemāki speciālistu ziņotie trauksmes un garastāvokļa traucējumu simptomi (OR=0,34, $p < 0,001$), $\chi^2(307) = 51,364, p < 0,001$. Šis modelis pareizi klasificē 71,29% gadījumu. Savukārt izkrišanu no pakalpojuma prognozē zemāki pašu ziņotie garastāvokļa traucējumi (OR=0,95, $p < 0,01$), augstākas pašu ziņotās eksternalizētas uzvedības problēmas (OR=1,07, $p < 0,05$) un augstāki

vecāku ziņotie noteikumu pārkāpumi (OR=1,126, $p < 0,05$), $\chi^2 (193) = 24,816$, $p < 0,001$. Šis modelis pareizi klasificē 83,25% gadījumu.

6. tabula
Loģistiskā regresijas analīze izkrišanai no pakalpojuma dažādos tā posmos

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Wald χ^2	OR
Pakalpojumu neuzsāk				
(Intercept)	1,11	0,28	15,77***	3,05
Garastāvokļa trauc. simp. (K)	-0,04	0,01	15,14***	0,96
Trauksmes un afektīvo traucējumu simptomi	-1,08	0,28	15,39***	0,34
Izkrīt pakalpojuma laikā				
(Intercept)	-2,04	0,56	13,14***	0,13
Eksternalizētas uzv.p. (K)	0,06	0,03	5,21*	1,07
Garastāvokļa trauc. simp. (K)	-0,05	0,02	7,27**	0,95
Noteikumu pārkāpumi (V)	0,1	0,05	5,75*	1,13

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

(K) Klienta vērtējums, (V) Vecāka vērtējums

DISKUSIJA

Šī pētījuma mērķis bija noskaidrot, vai pastāv atšķirības starp klientiem, kas pēc klīnicista lēmuma definīcijas izkrīt no pakalpojuma pirms tā uzsākšanas, tā laikā vai pakalpojumu pabeidz, kā arī noskaidrot, kādi klīniskie faktori spēj prognozēt izkrišanu jau uzņemšanas konsultācijā un vai šie prognozētāji ir atšķirīgi, atkarībā no pakalpojuma posma, kurā klients izkrīt. Lai atbildētu uz pētījuma pirmo jautājumu, tika veikti klīnisko un demogrāfisko faktoru salīdzinājumi pa izkrišanas grupām.

Klientiem, kas izkrīt pakalpojuma laikā, salīdzinot ar tiem, kas izkrīt pirms tā, vai to pabeidz, ir vairāk pašu ziņotie noteikumu pārkāpumi un eksternalizētas uzvedības problēmas, kas saskan ar iepriekš veiktajiem novērojumiem, ka pusaudži, kas nepabeidz ārstēšanu bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumos uzrāda vairāk eksternalizētas uzvedības problēmas (Pellerin et al., 2010; de Haan et al., 2013). Interesanti, ka pastāv atšķirības arī vecāku ziņotajos noteikumu pārkāpumos un eksternalizētās uzvedības problēmās, taču tās ir statistiski nozīmīgi zemākas tikai klientu grupai, kas pabeidz ārstēšanu, bez atšķirībām starp abām izkrišanas grupām. Kopumā šādiem rezultātiem ir vairāki potenciālie skaidrojumi.

Pirmkārt, jāņem vērā, ka ziņošana par uzvedības problēmām, īpaši ja tās sevī ietver nelegālas vai sociāli nevēlamas darbības, var būt klientam izaicinoša gan kontekstuālu, gan kognitīvu apsvērumu dēļ un šādos gadījumos citu personu sniegtā informācija, piemēram vecāku, varētu būt objektīvāka (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Varētu būt, ka jaunieši, kas atklāti ziņo par savām uzvedības grūtībām, biežāk vēlas iesaistīties pakalpojumā, taču šo pašu grūtību dēļ no tā izkrīt pirms pabeigšanas. Tāpat iespējams, ka šādas izkrišanas grupu atšķirības norāda uz pakalpojuma nepiemērotību darbam ar noteikumu pārkāpumiem vai eksternalizētām uzvedības problēmām, pat tad, ja klients ir motivēts saņemt palīdzību. Šos pieņēmumus atbalsta novērojumi par izkrišanu prognozējošajiem faktoriem, kas aprakstīti zemāk.

Otrkārt, skaidrojums tam, kādēļ vecāku ziņojumos uzvedības grūtībām atšķirību starp izkrišanas grupām nav, taču klientu ziņojumos tās programmu neuzsākušajiem klieitniem varētu būt meklējams pašā ziņojuma būtībā. Klienti, kas izkrīt pirms uzņemšanas varētu gan mazāk ziņot par savām uzvedības problēmām, tās noliedzot vai neatklājot (uz ko norāda atšķirības vecāku ziņojumos), gan tik tiešām nepiedzīvot izteiktas uzvedības problēmas. Pēdējo pieņēmumu apstiprina tas, ka pirms pakalpojuma uzsākšanas izkritušajiem klientiem unikālas izkrišanas grupu atšķirības šī pētījuma ietvaros nevarēja novērot. Vienlaicīgi, salīdzinot ar pakalpojumu pabeigušajiem (bet ne izkritušajiem tā laikā), šai grupai ir augstāka funkcionēšana, zemāks pašnāvības risks un zemāki vecāku ziņotie garastāvokļa traucējumu

simptomi. Kopumā dažādie rezultātu skaidrojumi varētu norādīt uz grupas heterogenitāti, vienlaicīgi ietverot gadījumus, kad klients nepietiekami ziņo par savām grūtībām, kad vecāki pārspīlē savus ziņojumus, un kad uzņemšanas speciālists nepietiekami seko ievāktajai informācijai un pakalpojumā uzņem klientus bez būtiskām terapijā risināmām problēmām.

Klientiem, kas pakalpojumu pabeidz, salīdzinot ar abām izkrišanas grupām, ir izteiktāki pašu ziņotie garastāvokļa traucējumu simptomi, mazāk vecāku ziņotie noteikumu pārkāpumi, mazāk vecāku ziņotās eksternalizētas uzvedības problēmas un tās biežāk būs sievietes. Salīdzinot ar tiem, kas pakalpojumu neuzsāk (bet ne tiem, kas izkrīt tā laikā), šai klientu grupa ir zemāka funkcionēšana, viņi biežāk ziņo par trauksmi un garastāvokļa traucējumiem un nodarbojas ar paškaitējumu, kā arī viņiem ir mazāk procesu un vielu atkarības un neuroattīstības traucējumu simptomi. Šie rezultāti ir saskaņā ar lielāko daļu pētījumu, kas asociācijas starp dzimumu, vecumu un izkrišanu no pakalpojumiem neatrod (Gergov et al., 2021; O’Keeffe et al., 2018; Pelkonen et al., 2000; Warnick et al., 2012; Yasinski et al., 2018). Vienlaicīgi, tie saskan ar līdz šim literatūrā novēroto fenomenu sievietēm biežāk pabeigt terapijas procesu, un netieši liecina par augstāku risku vīriešiem pamest terapiju priekšlaicīgi (Seidler et al., 2020).

Klīnisko faktoru atšķirības izkrišanas grupās lielā mērā liecina par tendenci terapiju biežāk pabeigt sievietēm ar internalizētām grūtībām. Novērojums ir saskaņā ar pieaugušo populācijā veiktajiem pētījumiem, kas liecina, ka sievietes biežāk ziņo par depresijas simptomiem (Shi et al., 2021). Arī pusaudžu populācijā meitenes biežāk aizpilda pašvērtējuma ziņojumus par emocionālām grūtībām un tajos saņem lielākas vidējās vērtības kā zēni (Durbeej et al., 2019) un kopumā pēdējos gados ir novērots pieaugums meitenēm arvien biežāk uzrādīt zemāku psiholoģisko labklājību salīdzinot ar zēniem (Yoon et al., 2023).

Lai atbildētu uz pētījuma otro un trešo jautājumu par izkrišanu prognozējošajiem klīniskajiem faktoriem, tika izdalīti divi pakalpojuma posmi – izkrišana pirms ārstēšanas un izkrišana ārstēšanas. Interesanti, ka šī pētījuma ietvaros, ģimenes situācija nebija saistīta ar izkrišanu no terapijas un to neprognozēja, kas ir pretrunā ar meta analīzē izdarītajiem secinājumiem (de Haan et al., 2013). Tas varētu būt skaidrojams gan ar unikālām kultūras atšķirībām, gan veidu, kā vecāku iesaiste un ģimenes situācija tika mērīta šī un citu pētījuma ietvaros, taču precīzākiem secinājumiem būtu nepieciešama padziļināta asociāciju izpēte, kas ir ārpus šī pētījuma ietvariem.

Izkrišanu pirms pakalpojuma uzsākšanas prognozē zemāki paša vērtētie garastāvokļa traucējumu simptomi un mazāk trauksmes un afektīvo traucējumu simptomi. Rezultāti ir saskaņā ar iepriekš veiktajiem pētījumiem, kur klienta ziņotie garastāvokļa traucējumu simptomi un speciālista novērotā garastāvokļa traucējumu un trauksmes simptomātika bija

unikāli aizsargājošie faktori izkrišanai no pakalpojuma (Harpaz-Rotem et al., 2004; Pelkonen et al., 2000; Baruch et al., 2009). Šādi rezultāti varētu būt skaidrojami līdzīgi kā atšķirības starp izkrišanas grupām. Klienti, kas neuzsāk pakalpojumu varētu neizjust grūtības tik nopietnā stāvoklī, vai tikt galā ar tām sekojot uzņemšanas konsultācijā sniegtajām rekomendācijām, kā dēļ uz brīdi, kad pakalpojums tiek piedāvāts, tas vairs nav aktuāls. Tas varētu būt saistīts ar vajadzībās balstīto izkrišanas definīciju, kur paša klienta vēlmes un aktuālie mērķi nosaka pakalpojuma izmantošanu labāk, kā klīnicista izvirzītie. Jāatzīmē, ka pakalpojuma neuzsākšanu neprognozē ar uzvedības problēmām saistītie mainīgie, ne klientu, ne vecāku ziņotie. Šāds secinājums ir pretējs sabiedrībā valdošajam anekdotiskajam uzskatam, ka bērni un pusaudži ar uzvedības problēmām nevēlas saņemt palīdzību. Pētījuma ietvaros var secināt, ka klienti, kuri ikdienā nepiedzīvo vai neziņo ar garastāvokli vai trauksmi saistītas problēmas, drīzāk būs riska grupā neuzsākt pakalpojumu, nekā bērni un pusaudži ar uzvedības problēmām.

Izkrišanu no pakalpojuma tā laikā prognozē augstāki rādītāji pašu ziņotajās eksternalizētas uzvedības problēmās, vecāku ziņotajos noteikumu pārkāpumos un zemāki paša vērtēties garastāvokļa traucējumu simptomi. Eksternalizētu uzvedības problēmu spēja paredzēt izkrišanu ir saskaņā ar līdz šim literatūrā veiktajiem secinājumiem (O'Keeffe et al., 2018; de Haan et al., 2013; Harpaz-Rotem et al., 2004). Vienlaicīgi tas attiecas tikai uz klientu grupu, kas izkrīt ārstēšanas laikā, tādēļ ir pretrunā ar 2000. gadā izvirzītajiem secinājumiem, ka uzvedības problēmas anamnēzē spēj prognozēt neierašanos uz konsultācijām vispār (Pelkonen et al., 2000). Klientiem, kuri piedzīvo vairāk uzvedības problēmu un mazāk internalizētu grūtību, ir nepieciešams papildus atbalsts, kas stiepjas ārpus konsultāciju kabineta un skar gan skolu, gan māju kontekstus. Izkrišanu šajos gadījumos varētu izskaidrot uztvertā pakalpojuma atbilstība simptomu prezentācijām un objektīva pakalpojuma neatbilstība šādas simptomātikas mazināšanai. Tāpat iespējams, ka simptomātikas izpausmes un uzvedības disinhibīcija tiešā veidā atstāj iespaidu uz klienta spēju turpināt pakalpojumu ilgstoši un kopumā izveidot kontaktu ar pakalpojuma sniedzēju (pētījuma gadījumā lietas vadītāju). Tas saskan ar transteorētisko pārmaiņu modeli, kurā pārmaiņu ierosināšanai ir nepieciešami atbilstoši stimuli, īstajā pārmaiņu brīdī. Vadoties šī modeļa izvirzītajās teorētiskajās nostādnēs, klienti ar eksternalizētām uzvedības problēmām, atšķirībā no tiem ar internalizētām, pakalpojuma laikā varētu nesaņemt atbilstošus pārmaiņu veicinošus stimulus, kā dēļ samazinās to motivācija turpināt pakalpojumu (Prochaska & DiClemente, 1982).

No pētījuma rezultātiem var secināt, ka pastāv atšķirības starp izkrišanu prognozējošajiem faktoriem dažādos ārstēšanas posmos. Unikālie prognozētāji izkrišanai pakalpojuma laikā, atšķirībā no izkrišanas pirms pakalpojuma, ir vairāk klienta ziņotās

eksternalizētas uzvedības problēmas un vecāku ziņotie noteikumu pārkāpumi. Unikālais prognozētājs izkrišanai pirms pakalpojuma uzsākšanas ir mazāk speciālistu novērotie trauksmes un afektīvo traucējumu simptomi. Savukārt zemi rādītāji klientu ziņotajos garstāvokļu traucējumu simptomos norādīs uz paaugstinātu risku izkrist no pakalpojuma kopumā. Atšķirīgie izkrišanas prognozētāji liecina – izkrišanu no pakalpojuma ir jāskata gan kontekstā ar izkrišanas definīciju, gan kontekstā ar posmu, kurā klients no pakalpojuma izkrīt. Ņemot vērā izkrišanas prevelenci ne tikai Latvijas, bet arī starptautiskā kontekstā, ir nepieciešama labāka izpratne par faktoriem, kas to spēj prognozēt.

Šī pētījuma stiprā puse ir visaptverošā ar izkrišanu saistīto klientu klīnisko faktoru analīze, kas sevī ietver ne tikai pašvērtējumu, bet arī speciālistu un vecāku vērtējumus, tādējādi paaugstinot izdarīto secinājumu ticamību. Kā pētījuma vājās puses un limitācijas ir jāatzīmē vairākas lietas. Pirmkārt, pētījumā tiek izmantoti sekundāri dati, kas ievākti manuāli. Kļūdu iespējamību mazina skruplozā datu tīrīšanas un apstrādes procedūra, kā arī trūkstošo vērtību ievietošana. Otrkārt, objektīvu secinājumu izdarīšanu, īpaši par klientu grupu, kas pakalpojumu neuzsāk, varētu ietekmēt klientu nepietiekamā vai pārmērīgā ziņošana par saviem simptomiem un šīs pētījuma grupas heterogenitāte. Lai to adresētu, turpmākos pētījumos būtu nepieciešama papildus informācija par iemesliem, kādēļ klients no terapijas atsakās, tādējādi labāk kontrolējot pētījuma apstākļus un veicinot izlases homogenitāti. Treškārt, izlasē būtu nepieciešams iekļaut lielāku respondentu skaitu, kas rastu iespēju ģeneralizēt secinājumus uz plašāku populāciju un ceturtkārt, šī pētījuma ietvaros netika apskatīta sajaukto mainīgo un moderatoru ietekme, kas varētu būt saistīta un spēt precīzāk noteikt izkrišanu.

Turpmākajos pētījumos vajadzētu izmantot longitudinālu pētījuma dizainu, sekojot līdz klientu pakalpojuma izmantošanas procesam, veicot papildus mērījumus izkrišanas laikā un ievācot informāciju par pakalpojuma procesu un tā iznākumiem. Pētniecībai šajā sfērā vajadzētu ņemt vērā nepieciešamību skaidri definēt izkrišanu, kā arī posmus, kuros klienti izkrīt. Nākotnē būtu nepieciešams vēl labāk izprast izkrišanu no psihiskās veselības pakalpojumiem, jo tā ir izplatīta problēma visā pasaulē, visos ārstēšanas, terapijas un servisu veidos.

SECINĀJUMI

Tiek lēsts, ka aptuveni no 28% līdz 75% pusaudžu nesaņem atbilstošu palīdzību un ārstēšanu pārtrauc priekšlaicīgi (neuzsāk vai atsakās no tās par spīti speciālistu lēmumam). Līdzšinējie pētījumi ir pretrunīgi un esošās teorijas nepietiekami izskaidro ar izkrišanu saistītos apstākļus naturālistiskā pakalpojuma novērojumā (de Haan et al., 2013; Kazdin, Holland, & Crowley, 1997; O’Keeffe et al., 2019). Pētījuma mērķis ir noteikt atšķirības klīniskajos faktoros starp klientiem, kas izkrituši pirms ārstēšanas uzsākšanas, klientiem, kas izkrīt ārstēšanas laikā un tiem, kas ārstēšanu pabeidz. Tāpat, noteikt izkrišanu prognozējošos klīniskos faktorus dažādos izkrišanas posmos un salīdzināt šo faktoru atšķirības starp tiem. Pētījuma ietvaros tiek apskatīta izkrišana no pakalpojuma klīnicista lēmuma definīcijā, kas nosaka, ka pakalpojuma tiek pārtraukts pretēji apstiprinošam speciālista vērtējumam par tā nepieciešamību.

Kopā tika ievākti dati no 310 klientiem, kas vērsušies bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumā. No tiem 113 jeb 36,45% tika uzskatīti par izkritušiem pirms sadarbības, 11,29% izkrituši sadarbības laikā un 52,26% pabeiguši sadarbību. Tika veikti izkrišanas grupu atšķirību salīdzinājumi izmantojot Kruskola – Vallisa un Hī kvadrāta testus, kā arī noteikti klīniskie prognozētāji izkrišanai izmantojot loģistisko regresijas analīzi.

Pakalpojumu biežāk pabeidz sievietes ar internalizētām grūtībām, kas saskan ar pēdējo gadu pasaules tendencēm psihiskās veselības jomā, kur pusaugu sievietēm novērojama biežāka vēršanās pēc palīdzības un, salīdzinot ar zēniem, psihoemocionālās labklājības pasliktināšanās (Yoon et al., 2023).

Klientiem, kas izkrīt no pakalpojuma tā laikā ir vairāk noteikumu pārkāpumi un eksternalizētas uzvedības problēmas un šie mainīgie, kopā ar zemākiem pašu ziņotajiem garastāvokļa traucējumiem, spēj prognozēt izkrišanu pakalpojuma laikā. Klientiem, kas izkrīt pirms pakalpojuma uzsākšanas, ir augstāka funkcionēšana, zemāks pašnāvības risks un zemāki vecāku ziņotie garastāvokļa traucējumi, salīdzinot ar klientu grupu, kas pakalpojumu pabeidz, bet ne kas izkrīt tā laikā. Izkrišanu pirms pakalpojuma uzsākšanas prognozē zemāki klientu ziņotie garastāvokļa traucējumu simptomi un mazāk speciālistu novērotie trauksmes un afektīvo traucējumu simptomi.

Unikālie prognozētāji izkrišanai pakalpojuma laikā, atšķirībā no izkrišanas pirms pakalpojuma, ir vairāk klienta ziņotās eksternalizētas uzvedības problēmas un noteikumu pārkāpumi. Unikālie prognozētāji izkrišanai pirms pakalpojuma uzsākšanas ir mazāk speciālistu novērotie trauksmes un afektīvo traucējumu simptomi, savukārt zemi rādītāji

klientu ziņotajos garastāvokļu traucējumu simptomos norādīs uz paaugstinātu risku izkrīst no pakalpojuma kopumā.

Kopumā var secināt, ka klientu grupa, kas pakalpojumu neuzsāk ir heterogēna, ar paaugstinātu risku pārmērīgi vai nepietiekami ziņot par savām vai sava bērna simptomu prezentācijām. Izkrišanu no pakalpojuma tā laikā ietekmē klientu noteikumu pārkāpumi un eksternalizētas uzvedības problēmas, kas varētu būt saistīts gan ar pašu simptomu prezentāciju, gan pakalpojuma neatbilstību šīs klientu grupas vajadzībām.

Turpmākos pētījumos nepieciešams izdalīt ne tikai atšķirīgas izkrišanas definīcijas, bet arī novērot un izdalīt pakalpojuma posmus, kuros klienti izkrīt, jo abi apstākļi ir ar nozīmīgu ietekmi izkrišanu asociētajos faktoros. Tāpat iespējams izvirzīt praktiskus ieteikumus, kas varētu adresēt un, iespējams, samazināt izkrišanu.

(1) Uzņemšanas konsultācijās speciālistiem, kas vada izvērtēšanu, sekot ievāktajai informācija, īpaši pievēršot uzmanību gadījumiem, kad ne klients, ne vecāki psihometriskajos testos neuzrāda pietiekamas simptomu prezentācijas un intervijas laikā gūtā informācija neliecina par trauksmes un afektīvo traucējumu simptomiem. Šādos gadījumos būtu vēlams kritiski izvērtēt nepieciešamību pēc pakalpojuma un sniegt precīzas un visaptverošas rekomendācijas.

(2) Būtu nepieciešams ievākt papildus informāciju par klientiem, kas no pakalpojuma atsakās vai izkrīt tā laikā, tādējādi veicinot labāku izpratni par pakalpojuma atbilstības ietekmi uz izkrišanu un spēju nošķirt klientu vajadzības.

(3) Parādās izteikta vajadzība pēc pakalpojuma pielāgošanas darbam ar eksternalizētām uzvedības problēmām, lai mazinātu izkrišanu no pakalpojuma tā laikā. Tās varētu būt intervences, kas vairāk fokusējas vidē un uzvedību maiņas ierosināšanā.

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

- Abdinasir, K. (2017). *Stick with us*. retrieved from
https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_35944-8_0.pdf
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles : an integrated system of multi-informant assessment. In *TA - TT - ASEBA*.
<https://doi.org/LK> - <https://worldcat.org/title/53902766>
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
- Baruch, G., Vrouva, I., & Fearon, P. (2009). A follow-up study of characteristics of young people that dropout and continue psychotherapy: Service implications for a clinic in the community. *Child and Adolescent Mental Health, 14*(2). <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00492.x>
- Centrālā Statistikas Pārvalde. (2022). *Bērni Latvijā 2022*.
- Cooper, A. A., Kline, A. C., Baier, A. L., & Feeny, N. C. (2023). Rethinking Research on Prediction and Prevention of Psychotherapy Dropout: A Mechanism-Oriented Approach. *Behavior Modification, 47*(6). <https://doi.org/10.1177/0145445518792251>
- Danko, C. M., Garbacz, L. L., & Budd, K. S. (2016). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy in an urban community clinic: A comparison of treatment completers and dropouts. *Children and Youth Services Review, 60*.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.11.007>
- de Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T. V. M., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. J. M. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. In *Clinical Psychology Review (Vol. 33, Issue 5)*.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin, 131*(4), 483–509.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
- de Soet, R., Vermeiren, R. R. J. M., Bansaema, C. H., van Ewijk, H., Nijland, L., & Nooteboom, L. A. (2023). Drop-out and ineffective treatment in youth with severe and enduring mental health problems: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02182-z>
- Desrosiers, L., Saint-Jean, M., & Breton, J. J. (2015). Treatment planning: A key milestone to

- prevent treatment dropout in adolescents with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(2).
<https://doi.org/10.1111/papt.12033>
- Dossett, K. W., & Reid, G. J. (2020). Predicting Dropout from Children's Mental Health Services: Using a Need-Based Definition of Dropout. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(1), 13–26. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00906-4>
- Durbeej, N., Sörman, K., Norén Selinus, E., Lundström, S., Lichtenstein, P., Hellner, C., & Halldner, L. (2019). Trends in childhood and adolescent internalizing symptoms: results from Swedish population based twin cohorts. *BMC Psychology*, 7(1), 50.
<https://doi.org/10.1186/s40359-019-0326-8>
- Fredum, H. G., Rost, F., Ulberg, R., Midgley, N., Thorén, A., Aker, J. F. D., Johansen, H. F., Sandvand, L., Tosterud, L., & Dahl, H. S. J. (2021). Psychotherapy Dropout: Using the Adolescent Psychotherapy Q-Set to Explore the Early In-Session Process of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708401>
- Gergov, V., Lindberg, N., Lahti, J., Lipsanen, J., & Marttunen, M. (2021). Effectiveness and Predictors of Outcome for Psychotherapeutic Interventions in Clinical Settings Among Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628977>
- Harpaz-Rotem, I., Leslie, D., & Rosenheck, R. A. (2004). Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. *Psychiatric Services*, 55(9).
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1022>
- Johnson, E., Mellor, D., & Brann, P. (2009). Factors associated with dropout and diagnosis in child and adolescent mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(5). <https://doi.org/10.1080/00048670902817687>
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3). <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.453>
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to Treatment Participation Scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(8).
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01621.x>
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence

- and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3).
- Knutsen, M. L., Sachser, C., Holt, T., Goldbeck, L., & Jensen, T. K. (2020). Trajectories and possible predictors of treatment outcome for youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4). <https://doi.org/10.1037/tra0000482>
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7). <https://doi.org/10.1002/jclp.20010>
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2019). *Statistical analysis with missing data* (Vol. 793). John Wiley & Sons.
- Lundkvist-Houndoumadi, I., & Thastum, M. (2017). Anxious Children and Adolescents Non-responding to CBT: Clinical Predictors and Families' Experiences of Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1). <https://doi.org/10.1002/cpp.1982>
- O'Keeffe, S., Martin, P., Goodyer, I. M., Wilkinson, P., Consortium, I., & Midgley, N. (2018). Predicting dropout in adolescents receiving therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 28(5), 708–721. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393576>
- O'Keeffe, S., Martin, P., Target, M., & Midgley, N. (2019). 'I just stopped going': A Mixed Methods Investigation Into Types of Therapy Dropout in Adolescents With Depression. *Frontiers in Psychology*, 10(FEB). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00075>
- O'Reilly, M., Karim, K., Stafford, V., & Hutchby, I. (2015). Identifying the interactional processes in the first assessments in child mental health. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4). <https://doi.org/10.1111/camh.12077>
- Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2018). Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth. *Psychotherapy Research*, 28(2). <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1189617>
- Patton, G. C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Olsson, C. A., & Moran, P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: A 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62116-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62116-9)
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., & Lönnqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of the American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(3). <https://doi.org/10.1097/00004583-200003000-00015>

- Pellerin, K. A., Costa, N. M., Weems, C. F., & Dalton, R. F. (2010). An examination of treatment completers and non-completers at a child and adolescent community mental health clinic. *Community Mental Health Journal*, 46(3). <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9285-5>
- Pfeifer, J. H., & Allen, N. B. (2021). Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence. In *Biological Psychiatry* (Vol. 89, Issue 2). <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* (Vol. 19, Issue 3, pp. 276–288). Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. In *European Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 30, Issue 2). <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., Dhillon, H. M., Cotton, S. M., Telford, N. R., McEachran, J., & Rickwood, D. J. (2020). Patterns of Youth Mental Health Service Use and Discontinuation: Population Data from Australia's Headspace Model of Care. *Psychiatric Services*, 71(11). <https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201900491>
- Seleviča, E. (2011). *Garīgā labklājība un suicidālas idejas stacionārajiem pacientiem ar depresijas grupas un šizofrēnijas grupas traucējumu diagnozēm.*
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228–1231.
- Shi, P., Yang, A., Zhao, Q., Chen, Z., Ren, X., & Dai, Q. (2021). A Hypothesis of Gender Differences in Self-Reporting Symptom of Depression: Implications to Solve Under-Diagnosis and Under-Treatment of Depression in Males. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

- <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.589687>
- Sinharay, S., Stern, H. S., & Russell, D. (2001). The use of multiple imputation for the analysis of missing data. *Psychological Methods*, 6(4), 317.
- Skreitule-Pikše, I., Raševska, M., Sebre, S., Kovesovs, A., & Bite, I. (2013). Ahenbaha empīriski balstītās izpētes sistēma skolas vecuma bērnu un jauniešu novērtēšanai. *Rīga: Latvijas Klīnisko Psihologu Asociācija*.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., & Kim, J. H. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295.
- Stige, S. H., Barca, T., Lavik, K. O., & Moltu, C. (2021). Barriers and Facilitators in Adolescent Psychotherapy Initiated by Adults—Experiences That Differentiate Adolescents’ Trajectories Through Mental Health Care. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633663>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4). <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Ūdris, E. (2020). *Vecāku un bērnu GARASTĀVOKĻA UN IZJŪTU APTAUJAS (GIA) latviešu versijas ticamība un konverģentā validitāte*.
- Van Buuren, S., & Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). mice: Multivariate imputation by chained equations in R. *Journal of Statistical Software*, 45, 1–67.
- Warnick, E. M., Gonzalez, A., Robin Weersing, V., Scahill, L., & Woolston, J. (2012). Defining dropout from youth psychotherapy: How definitions shape the prevalence and predictors of attrition. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2). <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00606.x>
- World Health Organization. (2021). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Worrall-Davies, A., Cottrell, D., & Benson, E. (2004). Evaluation of an early intervention Tier 2 child and adolescent mental health service. *Health & Social Care in the Community*, 12(2), 119–125. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.0966-0410.2004.00479.x>
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Alpert, E., McCauley, T., Ready, C. B., Webb, C., & Deblinger, E. (2018). Treatment processes and demographic variables as predictors of dropout from trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for youth. *Behaviour Research and Therapy*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.05.008>

- Yoon, Y., Eisenstadt, M., Lereya, S. T., & Deighton, J. (2023). Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(9), 1569–1578. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01961-4>
- Youngstrom, E. A. (2018). Future directions in psychological assessment: Combining evidence-based medicine innovations with psychology's historical strengths to enhance utility. *Future Work in Clinical Child and Adolescent Psychology*, 103–123.

1. pielikums

Dokumentārā lapa

Maģistra darbs „Ar izkrišanu saistītie klīniskie faktori bērnu un pusaudžu psihiskās veselības pakalpojumos” izstrādāts LU Izglītības zinātņu un psiholoģijas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: Romija Krēziņa _____

(parakstīts ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu)