

## Klīniskais algoritms

### Dubultdiagnozes psihiatrijā un narkoloģijā, agrīna atpazīšana, vadīšana, diferenciāldiagnostika, ārstēšana un aprūpe

Autore narkoloģe Sarmīte Skaida

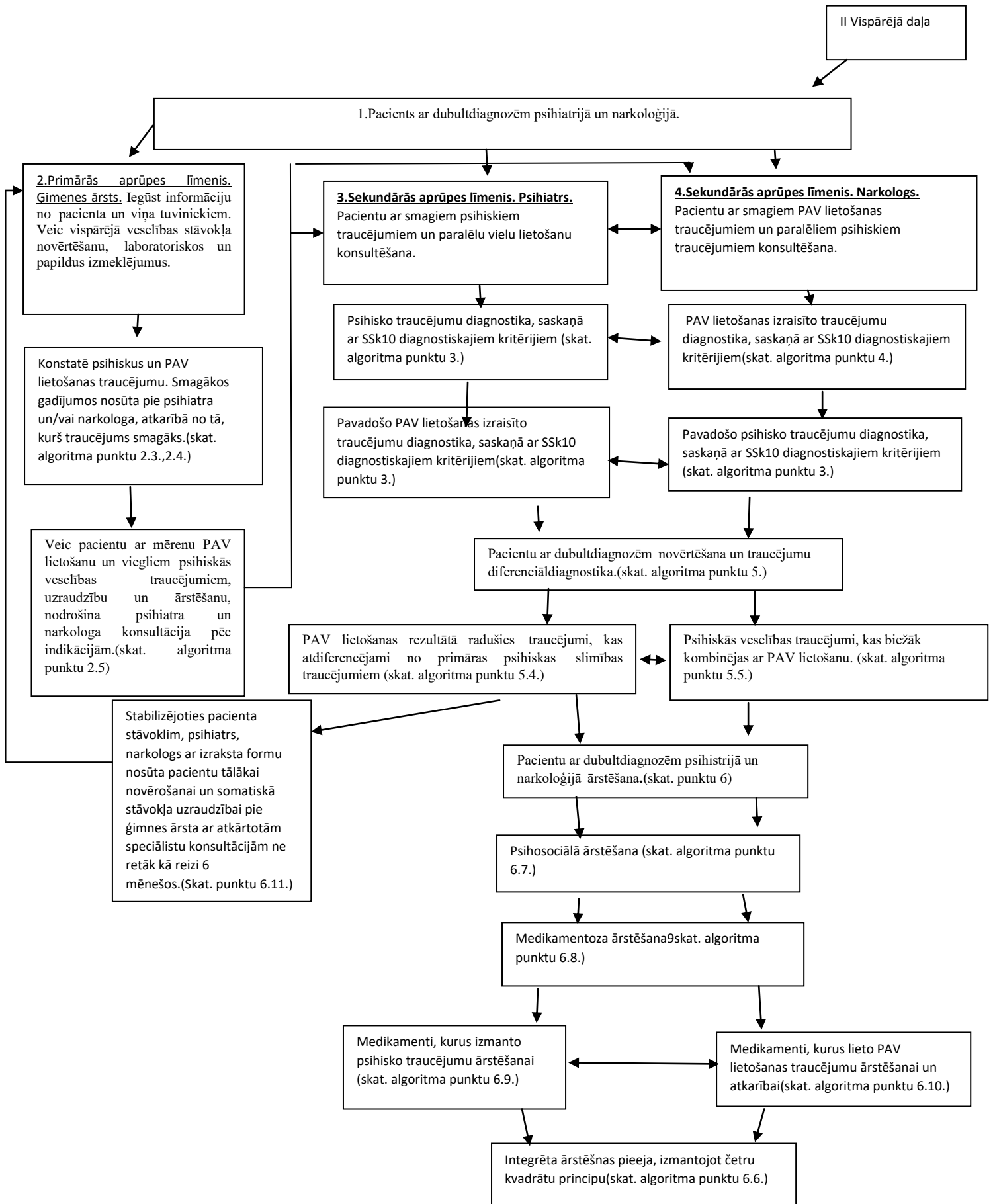
Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un narkoloģes Sarmītes Skaidas vadībā: anesteziologs, reanimatologs Mihails Ārons; ģimenes ārste Līga Kozlovska; narkoloģe Inga Landsmane; neirologs Ainārs Stepens; narkoloģe Astrīda Stirna; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; radiologs prof. Ardis Platkājis

#### Saturs

I. Algoritma shēma .....	3
II. Vispārējā daļa.....	4
Saīsinājumi.....	4
Ievads .....	5
Algoritma mērķi.....	6
Mērķgrupas .....	6
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu .....	6
III. Rekomendācijas.....	7
1. Pacients ar dubultdiagnozēm psihiatrijā un narkoloģijā .....	7
2. Primārās aprūpes līmenis. Ģimenes ārsts .....	7
3. Sekundārās aprūpes līmenis. Psihiatrs .....	8
4. Sekundārais aprūpes līmenis. Narkologs .....	9
5. Pacientu ar dubultdiagnozēm novērtēšana un traucējumu diferenciāldiagnostika .....	9
5.1. Klīniskais novērtējums .....	9
5.2. Saistība starp atkarības simptomiem un psihisko traucējumu simptomiem : .....	10
5.3. Divas pieejas psihisko traucējumu diferenciālajai diagnostikai.....	11
5.4. PAV lietošanas rezultātā radušies traucējumi, kas atdiferencējami no primāras psihiskas slimības traucējumiem: .....	11
5.5. Psihiskās veselības traucējumi, kas biežāk kombinējas ar PAV lietošanu .....	13
6. Pacientu ar dubultdiagnozēm psihiatrijā un narkoloģijā ārstēšana .....	14
6.1. Ārstēšanas plānošana.....	14
6.2. Galvenie dubultdiagnožu ārstēšanas modeļi .....	15
6.3. Integrēta ārstēšana ietver: .....	15
6.4. Hospitalizācija var būt nepieciešama: .....	15
6.6. Četru kvadrātu pieeja ārstēšanā.....	15
6.7. Psihosociālā ārstēšana .....	16

6.8. Medikamentoza ārstēšana .....	17
6.9. Medikamenti, kurus izmanto psihisko traucējumu ārstēšanai. Antipsihotiskie līdzekļi .....	17
6.10. Medikamenti, kurus lieto PAV lietošanas traucējumu un atkarības ārstēšanai .....	18
6.11. Atgriezeniskās saites nodrošināšana ar ģimenes ārstu par pacientam veikto ārstēšanu .....	19
Atsauces.....	20
Pielikumi.....	21
Pielikums Nr.1. „Depresijas pamata simptomi pēc Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)”: .....	21
Pielikums Nr.2 „Trauksmes pamata simptomi pēc Ģeneralizētas trauksmes 2 punktu testa”. (The Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2)). .....	22
Pielikums Nr.3 „Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests” (AUDIT) .....	23

# I. Algoritma shēma



## II. Vispārējā daļa

### Saīsinājumi

- CNS – centrālā nevu sistēma
- KBT – kognitīvi biheiviorālā terapija
- AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test* – alkohola lietošanas traucējumu tests
- TSH – tireotropais hormons
- ALAT – alanīnaminotransferāze
- ASAT – aspartātaminotransferāze
- GGT – gamma-glutamilttransferāze
- CDT – *Carbohydrate –deficient transferrin* – karbohidrātu deficītais transferīns
- EKG – elektrokardiogrāfija
- EEG – elektroencefalogrāfija
- US – ultrasonogrāfija
- SAI – selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori
- MRT – magnētiskās rezonanses tomogrāfija
- NMPD – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
- NMP – neatliekamā medicīniskā palīdzība
- PAV – psihoaktīvas vielas
- MI – motivējošā intervija
- UDHS – uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms
- HCV – C hepatīta vīruss
- HIV – *Human immunodeficiency virus* - Cilvēka imūndeficīta vīruss
- SSK-10 – Starptautiskā statistiskā slimību ar tām saistīto veselības traucējumu klasifikācija, 10.pārskats (*International statistical classification of diseases and related health problems – 10<sup>th</sup> revision*)

## Ievads

Ar komorbiditāti raksturo divus vai vairākus traucējumus vai slimības vienam un tam pašam cilvēkam (dubultdiagnozes). Traucējumi var attīstīties un noritēt vienlaicīgi vai viens aiz otra. Dubultdiagnozes nozīmē arī mijiedarbību starp traucējumiem, kas var pasliktināt abu slimību gaitu.

Aptuveni puse no cilvēkiem, kuriem ir psihiska saslimšana, kādā dzīves posmā piedzīvo ar psihoaktīvo vielu (PAV) lietošanu saistītus psihiskus traucējumus un otrādi. Apmēram 60 % jauniešu, kas lieto PAV ir atrodami arī psihisku traucējumu kritēriji. Ļoti augsta komorbiditāte ir PAV lietošanai ar tādiem psihiskiem traucējumiem kā depresija, trauksme, bipolāri traucējumi, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (UDHS), šizofrēniskā spektra traucējumiem, robežpersonībām un antisociālām personībām. Apmēram 1 no 4 pacientiem ar smagiem psihiskiem traucējumiem ir arī PAV lietošanas rezultātā radušies veselības traucējumi. Tiek uzskatīts, ka aptuveni 50% pacientu ar smagiem psihiskiem traucējumiem pēc kāda laika attīstīsies ar alkohola lietošanu saistītas problēmas.

Pētījumi liecina par trim iespējam komorbīdiem PAV lietošanas un psihisko traucējumu attīstības ceļiem:

1. kopēji riska faktori ( piem. ģenētiskie)
2. Psihiskas slimības var veicināt vielu lietošanu, kā pašārstēšanās modeli.
3. Vielas lietošana un atkarība var veicināt psihisku slimību attīstību. Vielas lietošana var izmainīt smadzeņu darbību, attīstot psihiskus traucējumus.

Pētījumi rāda, ka pacientiem ar psihisku slimību, īpaši tiem, kam ir smagi psihiski traucējumi, ir augstāks agresivitātes, pašnāvības, recidīvu un krimināla rakture darbību risks, augstas izmaksas par ārstēšanu un rehabilitāciju, tie kļūst par bezpajumtniekiem, biežāk izmanto medicīnas pakalpojumus un rehabilitāciju, uzturas ilgāk slimnīcā, biežākas rehospitalizācijas, izmanto dārgu ārstēšanu . Šiem pacientiem ir sliktāka sociālā funkcionēšana un negatīva ietekme uz ģimenes budžetu un savu aprūpētāju veselību.

Terapeitiskā pieeja pacientiem ar dubultdiagnozēm ir sarežģīta, un tāpēc viņi parasti neatrodas vietās, kur ir piemērota ārstēšana.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju (SSK-10), PAV lietošanas traucējumi ir iekļauti sadaļā Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ.( F10-F19)

- F10.-F19.0 Akūta intoksikācija
- F10.-F19.1 Vielu kaitējoši pārmērīga lietošana
- F10.-F19.2 Atkarības sindroms
- F10.-F19.3 Abstinences stāvoklis
- F10.-F19.4 Abstinences stāvoklis ar delīriju
- F10.-F19.5 psihotiski traucējumi
- F10.-F19.6 Amnestiskais sindroms
- F10.-F19.7 Reziduāli un vēlu sākušies psihotiski traucējumi
- F10.-F19.8 Citi psihiski un uzvedības traucējumi

Biežākie komorbīdie psihiskie traucējumi, saskaņā ar SSK-10  
F20-F29 Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi  
F30-F39 Garastāvokļa traucējumi  
F40-F48 Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi  
F60-F69 Pieaugušo personības un uzvedības traucējumi

Psihisko traucējumu un PAV lietošanas traucējumu diagnostikā jāizmanto SSK10 diagnostiskie kritēriji.

### **Algoritma mērķi**

1. Uzlabot pacientu ar psihiskiem traucējumiem un paralēlu PAV lietošanu simptomu laicīgu atklāšanu primārās aprūpes līmenī
2. Sekmēt psihiskas slimības kā pastāvīgas slimības diferencēšanu no PAV lietošanas izsauktiem psihiskiem traucējumiem.
3. Izvēlēties pareizu ārstēšanas pieeju komorbīdiem traucējumiem, kas mazinātu izmaksas.
4. Racionāli izmantot diagnostiskas iespējas, mērķtiecīgi izmantot speciālistu konsultācijas
5. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta izmeklēšanas plānu.

### **Mērķgrupas**

1. Ģimenes ārsti
2. Psihiatri
3. Narkologi
4. Citi ārsti speciālisti
5. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

### **Pamatprioritātes ieviešot algoritmu**

Pamatā algoritma prioritāte ir organizēt pacienta ar psihiskiem traucējumiem un PAV lietošanu mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot psihiatra un narkologa efektīvu sadarbību traucējumu diagnostikā un diferenciāldiagnostikā, kā arī sadarbību ar ģimenes ārstu, lai mazinātu nelietderīgu izmeklējumu/konsultāciju veikšanu un nodrošinātu integrētu ārstēšanas pieeju.

### III. Rekomendācijas

#### 1. Pacients ar dubultdiagnozēm psihiatrijā un narkoloģijā

Pacienti, kas uzsāk ārstēšanos, saistībā ar psihisku slimību, ir jāpārbauda, vai nav vielu lietošanas traucējumu, un otrādi. Pareiza izpratne par šo kopējo traucējumu ģenētiskiem, psiholoģiskiem un vides faktoriem var uzlabot ārstēšanu pacientiem ar dubultdiagnozēm un var palīdzēt mazināt sociālo stigmatu, kas dažiem pacientiem traucē meklēt nepieciešamo ārstēšanu.

Pacientiem, kuriem ir abi PAV lietošanas traucējumi un cita psihiska slimība, klīniskās izpausmes ir noturīgākas, smagākas un rezistentas pret ārstēšanu, salīdzinot ar pacientiem, kuriem ir tikai viens traucējums.

Precīzu diagnozi sarežģī ar PAV lietošanu saistīto simptomu līdzība, piemēram, abstinences simptomi ir potenciāli līdzīgi psihiskiem traucējumiem. Ja pacienti, kas lieto narkotikas, tiek ārstēti, var būt nepieciešams novērot tos pēc abstinences sindroma perioda, lai nošķirtu vielas intoksikācijas vai lietošanas pārtraukšanas sekas un līdzīgu psihisko traucējumu simptomus. Šī prakse rada precīzāku diagnostiku un ļauj veikt mērķtiecīgāku ārstēšanu.

#### 2. Primārās aprūpes līmenis. Ģimenes ārsts

2.1. Pacients ar PAV lietošanu un psihiskiem traucējumiem ģimenes ārsta konsultācijā, anamnēzes datu ievākšana no pacientiem/pacienta tuviniekiem un klīniskā izmeklēšana

2.2. Pacienta vispārējā veselības stāvokļa novērtēšana, laboratoriskie un papildus izmeklējumi;

- Izjautā par psihiskiem traucējumiem un PAV lietošanu (lieto sedatīvus un miega līdzekļus, ko izrakstījis ārsts, sastāv metadona vai buprenorfīna ilgtermiņa farmakoterapijas programmās, narkotisko pretsāpju līdzekļu izrakstīšana hroniska sāpju sindroma ārstēšanai),
- vispārēja izmeklēšana (sirds darbība, asinsspiediens, svīšana, tremors, acu zīlītes, pēcinjekciju pēdas),
- veikt AUDIT testu (*Alcohol Use Disorders Identification Test* – alkohola lietošanas traucējumu tests)
  - skatīt AUDIT testu [http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Nozare/\\_Ieteikumi\\_gim\\_arsti\\_alko\\_atkaribas\\_arstesana.pdf](http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Nozare/_Ieteikumi_gim_arsti_alko_atkaribas_arstesana.pdf)
- laboratoriskie izmeklējumi:
  - TSH (vairogdziedzera darbības izvērtēšanai, ja sūdzības par trauksmi)
  - ALAT, ASAT, GGT (aknu enzīmi, nosaka, ja AUDIT  $\geq 15$ , parasti ASAt:ALAT=2:1)
  - Antivielas pret HCV, HIV (ja konstatē pēcinjekciju pēdas)
- skrīninga testi : Depresijas skala PHQ-2  $\geq 2$  (skatīt pielikumu Nr.1); Trauksmes skala GAD-2  $\geq 2$  (skatīt pielikumu Nr.2);
- skrīninga testi: AUDIT  $\geq 8$  (riskanta lietošana); AUDIT  $\geq 15$  (kaitējoši pārmērīga lietošana), skatīt pielikumu Nr.3.

- MRT galvas smadzenēm (depresijas atdiferencēšanai no CNS atrofiska procesa sākuma, leikoencefalopātijas u.c. organiskas CNS patoloģijas)
- Brahiocefālo un transkraniālo asinsvadu US skenešana ar Duplex metodi (pēc 45 gadu vecuma, lai izslēgtu asinsvadu patoloģiju, kas var izsaukt afektīvus, psihotiskus traucējumus)

2.3. Nosūta pie psihiatra, ja PHQ-2  $\geq 2$  vai GAD-2  $\geq 2$ , vai dominē sūdzības par psihiskiem traucējumiem

2.4. Nosūta pie narkologa, ja AUDIT  $\geq 15$ , paaugstināti aknu enzīmi, dominē sūdzības, saistītas ar PAV lietošanu)

2.5. Viegļākos gadījumos veic pacienta uzraudzību, bet, ja simptomi progresē, nosūta pie psihiatra vai narkologa.

**Svarīgi!** Ģimenes ārsts, galvenokārt, ir atbildīgs par pacientiem ar mērenu PAV lietošanu un viegliem psihiskās veselības traucējumiem, bet viņam jānodrošina psihiatra un narkologa konsultācija pēc iepriekš minētām indikācijām.

### 3. Sekundārās aprūpes līmenis. Psihiatrs

**Svarīgi!** Psihiatra galvenā atbildība ir par pacientiem ar smagiem psihiskās veselības traucējumiem ar iespējamu invaliditāti un paralēlu PAV lietošanu, kā arī kopā ar narkologu veic paralēlu vai integrētu pacientu ar smagiem psihiskiem traucējumiem un smagiem PAV lietošanas traucējumi ārstēšanu un novērošanu.

1. Svarīgi katram pacientam ar sūdzībām par psihiskiem traucējumiem jautāt par PAV lietošanu, PAV devu, lietošanas biežumu, veidu.

2. Psihiatrs veic pacienta psihiskā stāvokļa novērtējumu, psihisko traucējumu diagnostiku, saskaņā ar SSK10 diagnostiskajiem kritērijiem.

3. Svarīgi izvērtēt pacienta psihisko stāvokli ne tikai pirmā apmeklējumā laikā, bet arī visos sekojošos apmeklējumos.

4. Pirmajā vizītē ieteicams jautāt:

Vai esat kādreiz vērsies pie psihiatra ar emocionālām problēmām vai citām psihiskās veselības problēmām?

Vai esat kādreiz lietojis medikamentus šo traucējumu ārstēšanai?

Vai esat izjutis tādus simptomus kā bailes, trauksme, miega traucējumi? Kad sākās psihiskās veselības traucējumi (pirms vai pēc vielu lietošanas)?

Vai simptomi rodas vielu intoksikācijas vai lietošanas pārtraukšanas stāvoklī? Vai simptomi turpinās pat pēc ,piemēram, viena mēneša atturības no PAV/ lietošanas?

Vai simptomi mainās, kad vielas lietošana tiek pārtraukta? (piemēram, labāks, sliktāks vai nemainīgs)?



Vai ģimenē ir kādam psihiskās veselības problēmas?

5. Pacienta psihisko traucējumu diagnostikai skat. algoritmu Depresija, Sizofrēnija, PAV lietošanas traucējumu diagnostikai skat. algoritmus Alkohols, Opioīdi)

6. Ja psihiatrs konstatē vielu izraisītus psihiskus traucējumus, nosūta pacientu uz konsultāciju pie narkologa. Psihiatrs ārstēšanas laikā ņem vērā narkologa rekomendācijas.

#### **4.Sekundārais aprūpes līmenis. Narkologs**

1.Narkologs veic pacienta vispārējo apskati, izjautā par PAV lietošanu, liekot akcentu uz katru konkrēto lietoto vielas, lietošanas ilgumu, veidu, daudzumu, biežumu, intoksikācijas un abstinences simptomiem. Diagnostiku balsta uz SSK10 diagnostiskiem kritērijiem, lemjot par vielu kaitējoši pārmērīgu lietošanu vai atkarības sindromu.

2. Urīna analīžu skrīnings, aknu enzīmu kontrole (ALAT, ASAT, GGT), CDT pārbaude. (Skat. algoritmu Alkohols, Opioīdi)

3.Narkologs veic pacienta psihiskā stāvokļa novērtējumu, psihisko traucējumu diagnostiku, saskaņā ar SSK10 diagnostiskajiem kritērijiem.

4. Konstatējot psihiskos traucējumus, kuri nevarētu būt saistīti ar PAV lietošanu, nosūta pie psihiatra.

5. Ja psihiatrs konstatē psihisku saslimšanu, bet paralēli ir PAV lietošanu, galvenais atbildīgais par pacienta ārstēšanu un aprūpi ir tas speciālists, ārstēšanas laikā narkologs ņem vērā psihiatra rekomendācijas.

### **5. Pacientu ar dubultdiagnozēm novērtēšana un traucējumu diferenciāldiagnostika**

#### **5.1. Klīniskais novērtējums**

Klīniskajam novērtējumam jābūt ļoti rūpīgam un dažkārt ilglaicīgam, lai tas būtu pamatots, ja ir pierādījumi par divkāršu diagnozi. Rūpīgi jāizvērtē alkohola un citu PAV lietošanas un ar to saistīto simptomu sākums, jāizvērtē un jāprecizē simptomi un ar tām saistītās problēmas hronoloģiskā secībā.

Abstinences sindroma laikā ir vērts izpētīt, vai notika klīniskā stāvokļa uzlabošanās.

SSK10 diagnostikas kritēriji attiecībā uz vielu kaitīgu lietošanu un atkarības sindromu ir noderīgi norādījumi diagnostikas izskaidrošanai. SSK10 liecina, ka vēl vienu diagnozi var reģistrēt tikai pēc četrus nedēļu pilnīgas vielu lietošanas pārtraukšanas.

Atkarības sindroma kritēriji (F1\_.2\_ SSK-10).

- Anamnēzes dati par PAV lietošanu, toksikoloģiskās analīzes, PAV pie pacienta
- Klīniski: vairāk kā 3 simptomi, kas novēroti ilgāk par 1 mēnesi, vai īsāku laika periodu atkārtoti gada laikā:

1. Patoloģiska tieksme (stipra vēlēšanās vai kompulsīva tieksme lietot vielu).
2. Grūtības kontrolēt vielas lietošanas intensitāti, daudzumu, lietošanas sākumu un izbeigšanu.
3. Abstinences stāvoklis. (Dažādas smaguma pakāpes simptomu kopa un to kombinācijas, kas rodas pēc ilgstoši lietotu psihoaktīvu vielu pilnīgas vai daļējas lietošanas pārtraukšanas)
4. Pieaug tolerance, tādējādi ir prasība pēc lielākām vielas devām, lai sasniegtu to efektu, ko sākumā radīja mazākas vielas devas.
5. Lietošana dēļ zūd citas intereses, hobiji, daudz laika tiek pavadīts, lai iegūtu vielu un atgūtos no lietošanas.
6. Pastāvīga vielas lietošana kaut gan radušās jau negatīvas sekas (fiziskas, psihiskas un sociālas).

Gandrīz visi psihiskie simptomi var būt saistīti ar PAV lietošanu pacientiem, vienmēr, ir svarīgi izpētīt pacientam raksturīgo PAV lietošanas biežumu un daudzumu, jo biežums dažkārt izrādās ticamāks nekā daudzums. Aprēķins alkohola vienībās - viena vienība ir vienāda ar 10 gramiem alkohola - ļauj labāk izprast alkohola patēriņa modeļus.

Ģimenes anamnēze ir noderīga, jo īpaši, ja ir ievērojams ģimenes psihisko traucējumu modelis.

Būtu jāpārbauda arī informācija no draugiem un radniekiem, lai varētu labāk novērtēt pacienta atbildes.

Alkohola mērījums izelpā, urīna toksikoloģisko testu, strukturēto interviju lietošana ir svarīga arī labākai prognozei, ārstēšanas pirmajos posmos.

Diferenciālo diagnozi ir grūti veikt bez ilgstošs novērtēšanas perioda un pacienta atturības no alkohola vai citām PAV vielām.

Ir arī grūti noteikt alkohola ietekmi uz jau pastāvošiem primārajiem simptomiem, kā arī pareizu psihisko traucējumu, piemēram, halucinācijas, ko piedzīvo alkohola atkarīgie abstinences stāvokļa laikā, var būtiski atšķirties no šizofrēnijas pacientiem.

PAV atkarība var izraisīt arī depresijas, trauksmes, uzbudinājuma, hipomānijas / mānijas simptomus intoksikācijas un atturēšanās periodos.

Ņemot vērā simptomu rašanos, noderīga pieeja ir noteikt, kura problēma ir parādījusies vispirms (primārā-sekundārā) .

Būtu nepietiekami, piemēram, diagnosticēt bipolārus afektīvus traucējumus, ja pacientam ir uzbudināmība, paaugstināts libido un grandiozitāte tikai smagas akūtas alkohola lietošanas laikā

PAV izraisīti traucējumi liecina par ātru simptomātikas uzlabošanu dažu nedēļu laikā pēc vielu lietošanas pārtraukšanas. Pastāvošie simptomi pēc veiktas vielu detoksikācijas, norāda uz psihisku primāru traucējumu.

Akūtie intoksikācijas izejas stāvokļi ilgst dažas nedēļas, un tie nesaglabā izraisītos traucējumus. Simptomi, kaut arī intensīvi, mēdz samazināties, un klīniskie stāvokļi parasti uzlabojas ar atbalsta un psihoterapeitisko pieeju. Pastāvīgu psihisku slimību gadījumā simptomu mazināšanās ir mazāk ticama, bez īpašas ārstēšanas.

## **5.2.Saistība starp atkarības simptomiem un psihisko traucējumu simptomiem :**

5.2.1.Akūta intoksikācija un PAV sistemātiska lietošana var izraisīt psihisku simptomu attīstību, kas līdzinās citu psihisko traucējumu klīnikai. Šo simptomu veids, ilgums un izpausme parasti ir saistīts ar PAV lietošanas ilgumu, kā arī ar narkotizācijas apjomu.

5.2.2. Akūtā intoksikācija un PAV sistemātiskā lietošana var būt patstāvīgu psihisku traucējumu attīstības vai recidīva trigeris.

5.2.3. Abstinences sindroms, kas rodas PAV atkarīgajiem pacientiem, var komplikēties ar psihiskiem traucējumiem.

5.2.4. Indivīdi ar psihiskiem traucējumiem var izmantot PAV, lai mazinātu esošos simptomus un/vai mīkstinātu nevēlamos medikamentu blakusefektus, t.i., PAV izmanto pašārstēšanai.

5.2.5. Psihiskie un PAV lietošanas traucējumi var pastāvēt neatkarīgi viens no otra.

5.2.6. Uzvedības traucējumi, kas rodas psihiskās slimības ietvaros, var būt līdzīgi ar analogiskiem traucējumiem, ko izraisa PAV atkarība.

### 5.3. Divas pieejas psihisko traucējumu diferenciālajai diagnostikai

Pastāv divas pieejas psihisko traucējumu diferenciālajai diagnostikai, pacientiem kas ir atkarīgi no PAV:

- pagaidu faktoru, t.i., vai psihiskais traucējums ir primārs/sekundārs nosaka hronoloģiski.
- par galveno diferenciāldiagnostisko kritēriju iestājas stāvokļa smagums, tas ir, par primāriem uzskatāmi tie psihiskie traucējumi, kuri izteikti lielākā mērā, kā atkarība no PAV, nosaka klīnisko ainu.

### 5.4. PAV lietošanas rezultātā radušies traucējumi, kas atdiferencējami no primāras psihiskas slimības traucējumiem:

<b>Opioidi</b>	<b>Heroīns, fentanila atvasinājumi, tramadols, kodeīns, metadons, buprenorfīns</b>
<i>Efekts</i>	Patīkams miers, siltuma sajūta ķermenī, nav stresa, noņem sāpes
<i>Lietošanas izraisīti traucējumi</i>	Respiratora depresija, aizcietējumi
<i>Pārdozēšana</i>	Ātri pieaug tolerance, augsts pārdozēšanas risks, respiratora depresija
<i>Abstinences sindroms</i>	Žāvāšanās, šķaudīšana, zosāda, iesnas, laužošanas sāpes, caureja, vemšana, bezmiegs, izteikta tieksme
<i>Pārtraucot lietošanu</i>	Depresija, trauksme

<b>Kanabinoidi/halucinogēni</b>	<b>Dabīgie (marihuana, hašišs) un sintētiskie (SPICE), LSD, psilocibīns</b>
<i>Efekts</i>	Relaksācija, apetītes pieaugums, laimes sajūta, analgēzija, sasināta uztvere, halucinogēniem - uztveres traucējumi (halucinācijas)
<i>Lietošanas izraisīti traucējumi</i>	Halucinācijas, trauksme, panika, paranoja, koordinācijas traucējumi, atkarība, motivācijas trūkums, kognitīvi traucējumi, akūtas un hroniskas plaušu problēmas. Halucinogēni disociēta, traucēta domāšana, halucinācijas un murgi, kas var novest pie agresīvas uzvedības.
<i>Pārdozēšana</i>	Kanabinoīdu, halucinogēnu pārdozēšanas risks ir mazs, tomēr LSD var izraisīt bīstamas halucinācijas, ko papildina vajāšanas murgi, bieži vien izraisot nejaušu vai tīšu pašnāvību.
<i>Abstinences sindroms</i>	Maz ticams. Anoreksija, miega traucējumi, aizkaitināmība un

	garastāvoklis.
<i>Pārtraucot lietošanu</i>	Depresija, trauksme, psihotiski, šizofreniformi traucējumi

<b>Alkohols</b>	
<i>Efekts</i>	Relaksācija, samazināta sociālā spriedze
<i>Lietošanas izraisīti traucējumi</i>	Runas pazemināšanās, samazināta motora koordinācija, redzes un apziņas samazināšanās, aknu slimības, kuņģa-zarnu trakta slimības, anēmija, nepietiekams uzturs (tiamīna deficīts), centrālās nervu sistēmas traucējumi (no psihozes līdz demencei) un sirds slimības
<i>Pārdozēšana</i>	Vidējs pārdozēšanas risks. Alkohols kļūst īpaši bīstams, ja to lieto kopā ar citām nomācošām vielām (piemēram, benzodiazepīniem)
<i>Abstinences sindroms</i>	Ja ir konstatēta atkarība, izņemšanas sekas ir slikta dūša un vemšana, uzbudinājums, trīce, svīšana, halucinācijas un krampji. Izstāšanās var būt dzīvībai bīstama.
<i>Pārtraucot lietošanu</i>	Depresija, trauksme

<b>Stimulanti</b>	<b>Kokaīns, amfetamīns, metamfetamīns, extasy (MDMA), metilfenidāts,</b>
<i>Efekts</i>	paātrināta sirdsdarbība, paaugstināts asinsspiedienu un temperatūra. Eiforija, empātija, sabiedriskums, paaugstināts enerģijas līmenis un izturība, apetītes nomākums.
<i>Lietošanas izraisīti traucējumi</i>	tahikardija, hipertensija, krampji, aritmija, seksuāla aktivitāte, paranoja, baiļu mazināšanās, halucinācijas, trīce, dehidratācija, akūta nieru mazspēja, hipotermija, slikta dūša, muskuļu krampji, nervozitāte, akūtam periodam seko depresija un enerģijas zudums, trauksmes, depresijas, paranojas un pašnāvības risks. Ilgstošākas strukturālas smadzeņu izmaiņas izraisa atmiņas problēmas, koncentrācijas traucējumiem un personības izmaiņām.
<i>Pārdozēšana</i>	Zems vai vidējs pārdozēšanas risks perorālai lietošanai. Tomēr pastāv augsts pārdozēšanas risks, kas saistīts ar smēķēšanu vai injicēšanu.
<i>Abstinences sindroms</i>	depresija, disforija, nogurums, izsīkums un miegainība, apetītes zudums, kas ilgst līdz divām nedēļām. Pēc ilgstošas lietošanas var rasties bezmiegs, tieksme, intensīvi sapņi un uzbudināmība, kas ilgst vairākas nedēļas vai mēnešus.
<i>Pārtraucot lietošanu</i>	Psihoze, depresija, trauksme

<b>Benzodiazepīni</b>	<b>Diazepam, temazepam, oxazepam, nitrazepam, alprazolam, flunitrazepam, lorazepam, clonazepam, midazolam</b>
<i>Efekts</i>	Eiforija, labsajūta, skeleta muskuļu relaksācija un sedācija
<i>Lietošanas izraisīti traucējumi</i>	Miegainība, apjukums, traucēta koordinācija, jutīgums pret gaismu un skaņu, atmiņas traucējumi, slikta dūša, depresija, gremošanas traucējumi, tahikardija, apnoja, ataksija, hipotensija un krampji.
<i>Pārdozēšana</i>	Risks ir mainīgs atkarībā no konkrētā medikamenta stipruma. Tomēr, lietojot lielos daudzumos un / vai kopā ar citiem benzodiazepīniem vai citām vielām (parasti alkoholu), pastāv augsts pārdozēšanas risks, īpaši cilvēkiem ar augstu pašnāvības risku. Pārdozēšana izraisa ilgstošu miega

	periodu kopā ar elpošanas depresiju, kas var būt letāla.
<i>Abstinences sindroms</i>	Simptomi, kas saistīti ar benzodiazepīnu lietošanas pārtraukšanu: trauksme, depresija, miega traucējumi, aizkaitināmība, sirdsklauves, krampji, var rasties, pēkšņi pārtraucot diazepāma vai diazepāma ekvivalentu vairāk nekā 40 mg / dienā.
<i>Pārtraucot lietošanu</i>	depresija un “atsitiena” trauksme

## 5.5.Psihiskās veselības traucējumi, kas biežāk kombinējas ar PAV lietošanu

### 5.5.1.Trauksmes traucējumi

Trauksme ir termins, ko izmanto, lai raksturotu normālu cilvēku sajūt pieredzi, reaģējot uz draudiem, briesmām vai stresu.

Tomēr daži cilvēki šīs atbildes izjūt tādā līmenī, kas var būtiski traucēt ikdienas darbību. Lai gan trauksme ir bieži sastopama, daudzi cilvēki to nenovērtē, nemeklēt ārstēšanu un mēģināt tikt galā ar sevi. Pašārstēšanās nolūkos visbiežāk izmanto alkoholu vai citas vielas kā problēmas risināšanas stratēģiju, lai gan tas var paasliktināt viņu problēmas.

Personai var rasties virkne trauksmes traucējumu, tostarp:

- Panikas traucējumi ar vai bez agorafobijas
- specifiskas fobijas
- Sociālās trauksmes traucējumi
- Ģeneralizēta trauksme
- Obsesīvi kompulsīvi traucējumi
- Posttraumatiskā stresa sindroms
- Akūta stresa redakcija
- PAV izraisīta trauksme, ko izraisa intoksikācija

vai abstinences sindroms.

**Svarīgi!** Ārstiem jābūt uzmanīgiem, strādājot ar alkohola atkarības pacientiem, jo daži alkohola abstinences simptomi atgādina ģeneralizētu trauksmi.

### 5.5.2.Garastāvokļa traucējumi

Depresija ir vairāk nekā tikai nomākts garastāvoklis - tā ir nopietna slimība, kas var ietekmēt fizisko un psihisko veselību. Personu var uzskatīt par nomāktu, ja ilgāk par divām nedēļām lielāko daļu laika viņa izjūt skumjas, zaudējusi interesi vai prieku (anhedonija). Domas par paškaitējumu un pašnāvība ir izplatītas arī depresijas gadījumā.

Dažreiz depresiju var maskēt alkohols un / vai citu PAV lietošana. Vienlaicīgas vielas lietošanas un depresijas biežums ir ļoti bieži sastopams.. PAV lietošanas pārtraukšana var izsaukt depresīvus garastāvokļa traucējumus, līdz ar to depresijas simptomi var pārklāties un nomākts garastāvoklis.

### 5.5.3.Bipolāri afektīvi garastāvokļa traucējumi

Bipolāriem traucējumiem raksturīgi ārkārtējas garastāvokļa svārstības, sākot no depresija un skumjām līdz mānijai. Šādas epizodes ir atkārtotas, kas var būtiski ietekmēt personas spēju darboties. Cilvēki ar bipolāriem traucējumiem biežāk lieto vielas - jo īpaši alkoholu, marihuānu un sedatīvos un miega līdzekļus. Mānijas stāvoklis ar eiforiju un pacilātību var radīt maldīgus uzskatus par PAV lietošanas nelabvēlīgām sekām.

#### **5.5.4.Psihoze**

Psihoze ir stāvoklis, kad ir būtiski traucēta apkārtējās pasaules uztvere un spriedumu veidošana. Psihotiku traucējumu gadījumā var būt traucēta arī emociju un afekta regulācija, dziņu sfēra, kā arī kognitīvie traucējumi.

Traucējumi, ko raksturo ar psihoze, ietver:

Psihotiski traucējumi, saistībā ar PAV lietošanu (F1\_.5) halucinogēnu vai stimulantu psihozes, arī alkohola halucinoze.

Šizofreniskā spektra traucējumi (F2) Šizofrēnija, Šizoafektīvi traucējumi, Akūti polimorfi psihotiski traucējumi

#### **5.5.5.Personības traucējumi**

Personības traucējumi ir pastāvīgi, nepareizi veidoti uzvedības un iekšējās pieredzes modeļi ietekmē vismaz divus no turpmāk minētajiem: domāšanu, garastāvokli, personiskās attiecības, impulsu kontroli.

Personības traucējumi ietekmē cilvēka dzīvi un ir negatīva ietekme uz darbu, ģimenes un sociālo dzīvi.

Sākums ir pusaudža vecumā / agrīnā vecumā un saglabājas stabili laika gaitā.

Cilvēkiem ar personības traucējumiem bieži sastop depresiju, trauksmi un PAV lietošanas problēmas.

Biežāk sastopamie personības traucējumi, kas kombinējas ar PAV lietošanu ir antisociāla un robežstāvokļa personības.

Visbiežāk sastopamie komorbīdie psihiskie un PAV lietošanas traucējumi ir :

- nikotīna atkarība un psihoze
- amfetamīnu lietošana un psihoze
- marihuānas lietošana un psihoze
- alkohola lietošana/atkarība un depresija
- opioīdu atkarība un antisociāli personības traucējumi
- ēšanas traucējumi un vielu lietošanas traucējumi.

## **6.Pacientu ar dubultdiagnozēm psihiatrijā un narkoloģijā ārstēšana**

### **6.1.Ārstēšanas plānošana**

Efektīvu ārstēšanas plānošanu var panākt tikai, atzīstot, ka visefektīvākā ārstēšana pacientiem ar dubultdiagnozēm ir multiprofesionāls darbs. Efektīvai ārstēšanai ir jāapvieno dažādas terapeitiskās „tehnoloģijas”, proti, psihoterapija, piemēram, motivējoša intervija (MI), kognitīvās uzvedības terapija (KBT), farmakoterapija (piemēram, antidepresanti) un uzvedības terapija (piemēram, ārkārtas situāciju pārvaldība). Dažādu tehnoloģiju kombinācijas palielina terapeitisko efektu, radot sinerģisku ietekmi uz simptomiem.

## 6.2. Galvenie dubultdiagnožu ārstēšanas modeļi

Galvenie dubultdiagnožu ārstēšanas modeļi parasti ir sadalīti secīgi, paralēli vai integrēti. Secīgais modelis nosaka, ka viens traucējums ir jāārstē pirms otra un parasti ir noderīgāks gadījumos, kad ir skaidrs, ka viena no patoloģijām ir otršķirīga. Paralēlo ārstēšanu veic atdalīti dažādi pakalpojumu sniedzēji (psihiatrs un narkologs).

## 6.3. Integrēta ārstēšana ietver:

6.3.1. apmaiņa starp ārstēšanas pakalpojumiem

6.3.2. medicīnisko problēmu stabilizācija

6.3.3. psihiskā stāvokļa stabilizācija, risku pārvaldību

6.3.4. farmakoterapiju alkohola un citu vielu lietošanas un psihiskās veselības problēmām

6.3.5. psiholoģisku iejaukšanos alkohola, un citu PAV lietošanas un psihiskās veselības problēmās, mijiedarbību starp šīm problēmām, tostarp motivējošu interviju

6.3.6. pakāpenisku pieeju ārstēšanai, kur īsās intervences tiek sniegtas regulāri un intensīvāk pacientiem ar smagākām problēmām un tiem, kas nereaģē uz mazāk intensīvu iejaukšanos

6.3.7. risku pārvaldība, jo īpaši recidīvu vai nopietnu kaitējumu gadījumos

6.3.8. regulāra, pastāvīga PAV lietošanas un psihiskās veselības problēmu uzraudzība un pārskatīšana.

## 6.4. Hospitalizācija var būt nepieciešama:

6.4.1. medicīniskiem vai psihiskiem apstākļiem, kam nepieciešama pastāvīga novērošana (smaga psihotiska stāvokļa, pašnāvības vai slepkavības idejas, smaga depresija vai benzodiazepīnu terapijas atcelšana);

6.4.2. nespēja apturēt vielu lietošanu, neraugoties uz terapeitiskiem centieniem;

6.4.3. psihosociālā atbalsta trūkums, lai sāktu atturēšanos;

6.5. Attiecībā uz psihiatrisko traucējumu psihosociālajām un farmakoloģiskajām pieejām lielais vairākums, ja iespējams, ierosina divu līdz četrus nedēļu ilgu atturēšanās periodu no alkohola vai citām PAV vielām, pirms ārstēšanas uzsākšanas.

## 6.6. Četrus kvadrātus pieeja ārstēšanā

### I kvadrāts

*Viegli psihiska rakstura traucējumi, mērena vai riskanta PAV lietošana*

Šis domēns atbilst to cilvēku vajadzībām, kuru problēmas parasti nav pietiekami smagas, lai apmeklētu psihiatru vai narkologu, taču nesaņemot palīdzību, traucējumi var progresēt. Šajā grupā var būt bērni un jaunieši. Personas, kas ietilpst šajā domēnā, ir vispiemērotākās primārās veselības aprūpes sistēmai. Ģimenes ārsts var veikt traucējumu apzināšanu, pacientu apskati, anamnētisko datu ievākšanu ar tālāku nosūtīšanu pie attiecīgā speciālista. Ģimenes ārstam jānodrošina īsā intervence pirms nosūtīšanas pie speciālista un jāuzrauga pacients līdz turpmākai aprūpei un efektīvai sadarbībai ar identificēto pakalpojumu sniedzēju tiek sasniegta.

**Īsā intervence** ir pacienta informēšana par alkohola kaitējumu veselībai, kas motivē pacientu mainīt alkohola lietošanas paradumus. Motivācija, tāpat kā pacienta atbalstīšana, uzklaušīšana ir svarīgākā terapijas sastāvdaļa.

### II kvadrāts

*Viegli psihiska rakstura traucējumi, smagāki PAV lietošanas traucējumi.*

Pacienti ar kaitējoši pārmērīgu PAV lietošanu vai atkarību un vieglākiem psihiskiem traucējumiem, piemēram trauksmi, miega traucējumiem, ko izraisījusi vielu lietošana. Šajā gadījumā integrēta ārstēšanas sistēma ar multiprofesionālu komandu nodrošina pacienta ārstēšanu.

Alternatīva pieeja ir narkologs kā galvenais palīdzības sniedzējs, nosūtot uz konsultāciju pie psihiatra. Narkologam būs galvenā atbildība par šo klientu aprūpi un ir jākoordinē pastāvīga ārstēšana abos pakalpojumos. Narkologs uzņemsies atbildību par konsultācijām starp dienestiem, aprūpes plānošanu un pārskatīšanu līdz jaunam pakalpojumu sniedzējam.

### III kvadrāts

*Smagāki psihiska rakstura traucējumi, mazāk smaga alkohola narkotiku lietošana*

Personas, kuru vajadzības atbilst šī domēna profilam ietver tos, kam ir smagākas psihiskās veselības problēmas, un mazāk smagas alkohola un narkotiku problēmas. Domēns var ietvert tos, kas pašlaik riskanti lieto alkoholu vai citas vielas, kas lieto reti, ar minimālu līdz mērenu ietekmi uz viņu psihisko veselību. Psihiatrs parasti ir atbilstošākais pakalpojumu sniedzējs, lai pārvaldītu personas, kas aprakstītas šajā domēnā.

Psihiatram ir jāpārbauda un jānovērtē visas personas, kas uzrāda viņam alkohola un citu PAV lietošanu, problēmu risināšanu un ārstēšanas nodrošināšanu, atbilstoši klienta vajadzībām. Psihiatram jānodrošina īsas intervences, kaitējuma mazināšana, motivējošā intervija, kognitīvā uzvedības terapija.

Konsultācijas ar narkologu, kas var ietvert: kopīgus novērtējumus, kopīgus konsīlijus, uzraudzību.

### IV kvadrāts

*Smagi psihiski traucējumi, smagi alkohola un citu PAV lietošanas traucējumi*

Šeit ietilpst pacienti ar smagiem psihiskās veselības traucējumiem un smagām alkohola un citu vielu problēmām. Domēns atspoguļo tās personas, kurām ir smagas un noturīgas psihiskās veselības problēmas. Tas var ietvert personas ar narkotiku izraisītām psihozēm, smagiem personības traucējumiem, smagiem garstāvokļa traucējumiem vai psihotiskiem traucējumiem un vienlaicīgām alkohola un narkotiku problēmām un / vai atkarību. Šo personu ārstēšanu var uzņemties gan psihiatrs, gan narkologs. Narkologs var būt nepieciešams konkrētiem jautājumiem, kā opioīdu ilgtermiņa farmakoterapijai, abstinences sindroma vadībai.

Psihiatram jāsauglabā galvenā atbildība par šo klientu grupu, jākoordinē ārstēšanas plānošanu, vadību un pārskatīšanu, un speciālistu konsultācijas abos pakalpojumos.

## **6.7.Psihosociālā ārstēšana**

Ir konstatēts, ka integrēta ārstēšana PAV lietošanas traucējumiem un psihiskām slimībām ir konsekventi labāka salīdzinājumā ar katras diagnozes atsevišķu ārstēšanu un izmantojot pieejas, kas atbalstās uz motivāciju un funkcionālo atveseļošanos.

6.7.1.Psihoeducācija (izglītošana) par psihiskās veselības problēmām:

- kas izsauc psihiskos traucējumus
- kā traucējumus ārstēt
- kā pašam pacientam pārvaldīt šīs problēmas
- kāda ir nākotnē slimības epizožu profilakse

6.7.2.Psihoterapija

- palīdz tikt galā ar problēmām, kā domā, kā viena problēma ietekmē otru
- īstermiņa psihoterapija, līdz 20 sesijām, kad terapeits ir aktīvāks par pacientu
- ilgtermiņa psihoterapija, līdz 1 gadam, kad terapeits mazāk aktīvs



- 6.7.3. Uzvedības terapija-uzvedības maiņa, jaunu uzvedības modeļu veidošana
- 6.7.4. KBT – palīdz identificēt nepareizu uzvedību un domāšanu
- 6.7.5. Sociālo iemaņu treniņš – interpersonālās attiecības, lomu spēles, atbalsts sociālo jautājumu risināšanā (nepieciešamības gadījumā piesaistot sociālo darbinieku)
- 6.7.6. Dialektiskās uzvedības terapija – KBT veids, kā kontrolēt emocijas
- 6.7.7. Psihodinamiskā terapija
- 6.7.8. Grupu terapija
- 6.7.8. Motivējošā intervija. Motivējošā intervija (MI) ir terapijas veids, kas tiek izmantots, lai palielinātu pacienta motivāciju mainīt vielu lietotāja uzvedību un uzsākt ārstēšanās procesu.

## 6.8. Medikamentoza ārstēšana

- 6.8.1. Pirms medikamentu nozīmēšanas jāveic pacienta vispārējā veselības stāvokļa novērtējums.
- 6.8.2. klīniskās un bioķīmiskās analīzes aknu un nieru funkciju izvērtēšanai (ALAT, ASAT, GGT, kreatinīns, pilna asins aina, urīna analīze)
- 6.8.3. Papildus izmeklējumi EKG, EEG, plaušu rentgens, vēdera dobuma US
- 6.8.4. Antipsihotiķu terapijas laikā jākontrolē EKG, prolaktīns, leikocītu formula

## 6.9. Medikamenti, kurus izmanto psihisko traucējumu ārstēšanai.

### Antipsihotiskie līdzekļi

6.9.1. Ir divas galvenās antipsihotisko līdzekļu grupas: tipiskie (piem. haloperidols) un atipiskie (piem. risperidons, olanzapīns, kvetiapīns). To galvenā darbība ir samazināt dopamīnerģisko aktivitāti smadzenēs. Antipsihotiskie līdzekļi galvenokārt tiek izmantoti, lai samazinātu pozitīvos psihiskos simptomus – halucinācijas un murgus. Daudziem no šiem medikamentiem blakusparādība ir sedācijas, ko var izmantot terapeitiski, lai mazinātu uzbudinājumu vai palīdzētu ātrākai sedācijai, tādēļ tos var izmantot arī PAV radīto psihisko traucējumu ārstēšanai. (skatīt Šizofrēnijas ārstēšanas algoritmu).

6.9.2. Antidepresanti. Depresijas bioloģiskais pamats ir serotonīna vai noradrenālīna līmeņa samazināšanās rezultāts smadzenēs. Lielākā daļa antidepresantu strādā pie tā, lai paaugstinātu viena no šiem neurotransmiteriem līmeni. Visbiežāk nozīmēto antidepresantu grupa ir selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori (SASI). Tiem ir maz blakusparādību un parasti ir laba panesamība. (skatīt Depresijas ārstēšanas algoritmu)

6.9.3. Garastāvokļa stabilizatori. Garastāvokļa stabilizatori jau daudzus gadus ir izmantoti bipolāri afektīvu traucējumu ārstēšanā, lai mazinātu garastāvokļa svārstības. Dažreiz tos izmanto kopā ar antidepresantu cilvēkiem ar depresiju.

6.9.4. Medikamenti, ko lieto trauksmes un miega traucējumu ārstēšanā.

Trauksmes traucējumi var labi reaģēt uz psiholoģiskām ārstēšanas metodēm.

Ja medikamenti ir nepieciešami, ir pierādījumi par antidepresantu labvēlīgiem rezultātiem. Lai gan benzodiazepīna klases medikamenti ir efektīvi trauksmes simptomu mazināšanā, tie viegli veicina atkarību un rada benzodiazepīnu lietošanas blakni - atkarību. Benzodiazepīni var arī pasliktināt kognitīvās funkcijas un atmiņu. Tomēr tie var būt noderīgi īslaicīgai akūta uzbudinājuma vai bezmiega ārstēšanai.

## 6.10. Medikamenti, kurus lieto PAV lietošanas traucējumu un atkarības ārstēšanai

Medikaments	Lietošanas indikācijas	Medikamenta forma	Medikamenta darbība
<i>Buprenorphine/Naloxone</i> ( <i>Suboxon</i> )	Opioīdu atkarība	8 mg s/l tabletes	Detoksikācijai un aizvietojošai terapijai pacientiem Vecākiem par 16 gadiem
Buprenorphine Hydrochloride ( <i>Subutex</i> )	Opioīdu atkarība	8 mg s/l tabletes	Detoksikācijai un ilgtermiņa farmakoterapijai pacientiem vecākiem par 16 gadiem
Methadone	Opioīdu atkarība	0,1 % šķīdums p/o	Detoksikācijai un ilgtermiņa farmako terapijai
Naltrexone	Opioīdu atkarība alkohola atkarība	50 mg tabletes	Mazina tieksmi, bloķējot opioīdu receptorus kā antagonists
Acamprosate	Alkohola atkarība	333mg tabletes	Mazina tieksmi
Disulfiram	Alkohola atkarība	500mg tabletes	Kombinācijā ar alkoholu, izsauc dažādas fiziskas reakcijas - sārtu seju, sliktu dūšu, vemšanu
Nikotīna aizvietojošā terapija	Nikotīna atkarība	Transdermāli plāksteri: 7-22 mg/d košļājamās gumijas: 18-48 mg/d Inhalācijas: Nazālie spreji: līdz 40 mg/d	Palīdz novērst abstinences simptomus
Bupropion HCl	Nikotīna atkarība	Tabletes: 150 mg/d trīs dienas, tad 300 mg/d 7-12 nedēļas	Bupropion HCl ir antidepressants, palīdz atturēties no smēķēšanas, Mazinot vēlmi uzsmēķēt.
Varenicline	Nikotīna atkarība	Tabletes: 0.5 mg/d trīs dienas; 0.5 mg 2x dienā 4-7 dienas; tad 1.0 mg 2x dienā 12 nedēļas	Varenicline palīdz mazināt tieksmi.

## **6.11. Atgriezeniskās saites nodrošināšana ar ģimenes ārstu par pacientam veikto ārstēšanu**

Pēc pacienta stāvokļa stabilizācijas un medikamentozās terapijas devu ietādīšanas, pacients var tikt nosūtīts pie ģimenes ārsta tālākai novērošanai un somatiskā stāvokļa uzraudzībai pie ģimenes ārsta. Izraksta formā (027u) apraksta ārstēšanas gaitu, nozīmētos medikamentus un to devas, rekomendācijas. Tālākās speciālistu (narkologs/psihiatrs) konsultācijas jāplāno ne retāk kā reizi 6 mēnešos.

## Atsauces

1. Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician, Drug and Alcohol Services South Australia 2008

[http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/\\$File/mono71.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/$File/mono71.pdf)

2. Queensland Health dual diagnosis clinical guidelines ,Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems, State of Queensland (Queensland Health) 2010  
[http://www.dualdiagnosis.org.au/home/images/documents/Qld\\_DDX\\_Guidelines\\_2011.pdf](http://www.dualdiagnosis.org.au/home/images/documents/Qld_DDX_Guidelines_2011.pdf)

3. Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders, Soc Work Public Health. 2013; 28(0): 388–406.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753025/>

4. Co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings, **Marel, C., Mills, K., Kingston, R., Gournay, K., Deady, M., Kay-Lambkin, F., Baker, A., Teesson, M. Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use. National Drug and Alcohol Research Centre. UNSW Australia 2016**  
<https://ndarc.med.unsw.edu.au/resource/guidelines-management-co-occurring-alcohol-and-other-drug-and-mental-health-conditions>

5. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, NICE guideline [NG58] **Published date: November 2016**  
<https://www.nice.org.uk/guidance/NG58>

6. Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician, Drug and Alcohol Services South Australia 2008, Author: Dr Andrea Gordon Drug and Alcohol Services South Australia (DASSA) Clinical Services and Research Adelaide, South Australia

[http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/\\$File/mono71.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/$File/mono71.pdf)

7. Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada izdevums “International statistical classification of diseases and related health problems – 10<sup>th</sup> revision, Fifth edition 2016, Volume 1 [http://www.spkc.gov.lv/ssk10/rsc/SSK\\_1\\_Ievads.pdf](http://www.spkc.gov.lv/ssk10/rsc/SSK_1_Ievads.pdf)

## Pielikumi

### Pielikums Nr.1. „Depresijas pamata simptomi pēc Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)”:

<b>Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām?</b>	<b>Nemaz</b>	<b>Dažas dienas</b>	<b>Vairāk par nedēļu</b>	<b>Gandrīz katru dienu</b>
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3

**Pielikums Nr.2 „Trauksmes pamata simptomi pēc Ģeneralizētas trauksmes  
2 punktu testa”. (The Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2)).**

<b>Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs saskārāties ar kādu no zemāk minētajām problēmām?</b> <i>(Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindīnā)</i>	<b>Nemaz</b>	<b>Dažas dienas</b>	<b>Vairāk par nedēļu</b>	<b>Gandrīz katru dienu</b>
<i>1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu</i>	0	1	2	3
<i>2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu</i>	0	1	2	3

### **Pielikums Nr.3 „Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests” (AUDIT)**

1. Cik bieži jūs dzerat alkoholu saturošus dzērienus? (0) nekad (pārejiet pie 9.-10.jautājuma)
  - (1) reizi mēnesī vai retāk
  - (2) 2 līdz 4 reizes mēnesī
  - (3) (3) 2 līdz 3 reizes nedēļā
  - (4) (4) vai vairāk reizes nedēļā
2. Cik alkoholu saturošu dzērienu devas\* Jūs izdzerat ierastā alkohola lietošanas reizē? (0) 1 vai 2
  - (1) 3 vai 4
  - (2) 5 vai 6
  - (3) 7, 8 vai 9
  - (4) 10 vai vairāk
3. Cik bieži Jūs dzerat 5 vai vairāk alkohola devas vienā reizē?
  - (0) nekad (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu.
4. Cik bieži pēdējā gada laikā, Jūs konstatējat, ka, sākot lietot alkoholu, Jūs neesat spējis laikā apstāties?
  - (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu
5. Cik bieži pēdējā gada laikā iedzeršanas dēļ Jūs nespējat izpildīt savus ikdienas pienākumus?
  - (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu
6. Cik bieži pēdējā gada laikā no rīta, pēc lielas iedzeršanas iepriekšējā dienā, Jums bija nepieciešams lietot alkoholu, lai uzlabotu pašsajūtu?
  - (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu
7. Cik bieži pēdējā gada laikā pēc iedzeršanas Jums ir bijusi vainas sajūta vai kauns? (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu
8. Cik bieži pēdējā gada laikā pēc iedzeršanas Jūs nevarējāt atcerēties iepriekšējās dienas notikumus?
  - (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī

(3) reizi nedēļā

(4) katru dienu vai gandrīz katru dienu

9. Vai Jūs vai kāds cits ir cietis vai guvis traumu vai ievainojumus Jūsu iedzeršanas dēļ?

(0) nē

(2) jā, bet ne pēdējā gada laikā

(4) jā, pēdējā gada laikā

10. Vai kāds no tuviniekiem, draugiem vai mediķiem ir izrādījis bažas par Jūsu dzeršanu un ieteicis Jums to samazināt vai atstāt?

(0) nē

(2) jā, bet ne pēdējā gada laikā

(4) jā, pēdējā gada laikā

\* Alkohola devas:

1 glāzīte (40 ml g) degvīns (38%) = 1 deva

1 glāzīte (40 ml g) degvīns (40%) = 1,1 deva

1 glāzīte (40 ml g) konjaks (40%) = 1,1 deva

1 glāzīte (40 ml g) Rīgas melnais balzams (45%) = 1,2 devas

1 glāzīte (50 ml) liķieris (30%) = 1 deva

1 glāzīte (50 ml) liķieris (17%) = 0,6 devas

1 glāzīte (50 ml) liķieris (35%) = 1,2 devas

1 glāze (150 ml) vīns (12,5%) = 1,2 devas 1 glāze (150 ml) sarkanvīns (14%) = 1,4 devas

1 glāze (150 ml) stiprināts vīns (14%) = 1,4 devas

1 glāze (150 ml) dzirkstošais vīns – Rīgas šampanietis (11%) = 1,1 devas

1 glāze (150 ml) dzirkstošais vīns – Asti, Bosca (7%) = 0,7 devas

1 kauss (330 ml) alus (4,5%) = 1,0 deva

1 kauss (330 ml) alus (5%) = 1,1 deva

1 kauss (330 ml) alus (6%) = 1,3 deva

1 kauss (330 ml) alus (7%) = 1,5 deva

Alus 500 ml (4,5%) = 1,5 devas

Alus 500 ml (5%) = 1,6 devas

Alus 500 ml (6%) = 2,0 devas

Alus 500 ml (7%) = 2,3 devas

Sidrs 500 ml (5%) = 1,6 devas

Gatavie kokteiļi 275 ml (14,5%) = 2,6 devas

1 pudele (500 ml) degvīna (38%) = 12,5 devas

1 pudele (500 ml) degvīna (40%) = 13,2 devas

1 deva = 12 g absolūtā (100%) alkohola.



AUDIT vērtējuma interpretācija:

- ja punktu skaits ir starp 8 un 15, vispiemērotākais ir pacientam dot vienkāršu padomu ar nolūku samazināt riskantu alkohola lietošanu,
- ja punktu skaits ir starp 16 un 19, pacientam ir jāsniedz īsa konsultatīva palīdzība un jāveic ilgstošs pacienta monitorings,
- ja AUDIT punktu skaits ir 20 un vairāk, tas skaidri liecina, ka pacients jānozīmē pie speciālista alkohola atkarības diagnozes noteikšanai.

2016