

Klīniskais algoritms

Šizofrēnijas un citu psihotisku traucējumu (psihoze) un psihoaktīvo vielu (PAV) lietošanas traucējumu komorbiditāte, diagnostika, diferenciāldiagnostika, vadīšana, ārstēšana, 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
III. Rekomendācijas.....	7
Uz personu orientēta aprūpe	7
1.Primārās aprūpes etaps NMPD.....	7
2.Primārās aprūpes etaps. Ģimenes ārsti un citu specialitāšu ārsti.....	8
2.1.Ieteikumi primārās aprūpes speciālistiem	8
2.2.Diferenciāldiagnoze.....	8
3.Sekundārais aprūpes līmenis. Psihiatrs.....	9
3.1.Visaptverošs pacienta novērtējums:	9
3.2. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie NAV saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslīmšanu.....	9
3.3.Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie IR saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslīmšanu.....	9
3.4.Psihiatrijas stacionāra uzdevumi	10
3.5.Diferenciāldiagnozei indivīdam, kuram ir psihotiski simptomi, jāapsver plašs etioloģiju un traucējumu klāsts:.....	10
4.Sekundārās aprūpes līmenis. Narkologs.....	10
5. Psihozes un vielu ļaunprātīgas lietošanas komorbīdo stāvokļu vadīšana, diagnostiskais novērtējums	11
5.1.Alkohols un psihotiski traucējumi	11
5.2.Amfetamīns un psihotiski traucējumi.....	12
5.3.Kokaīns un psihotiski traucējumi	12
5.4.Halucinogēni un psihotiski traucējumi	13

5.5. Kanabinoīdi un psihotiski traucējumi.....	13
6.Šizofrēnijas un citu psihotisku traucējumu (psihoze) un psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumu diferenciāldiagnostika.....	13
7.Šizofrēnijas un citu psihotisku traucējumu un komorbīdas PAV lietošanas vadīšana un ārstēšana.....	14
7.1.Farmakoloģiskā ārstēšana.....	14
7.2.Psihosociālā ārstēšana.....	15
7.2.1. Agrīnas intervences programma (AIP).....	15
7.2.2. Kognitīvi biheiviorālā terapija.....	16
7.2.3.Mākslas terapija.....	16
7.2.4.Psihiatriskās rehabilitācijas	16
7.2.5.Īsa iejaukšanās (intervence).....	16
7.2.6. Psihoterapija	17
7.2.7. Minesotas (12 soļu) programma	17
7.2.8. Rehabilitācija	17
7.2.8. Pašpalīdzības grupas.....	17
Atsauces.....	18

I. Algoritma shēma

II Vispārējā daļa

Pacients ar psihotiskiem traucējumiem un PAV lietošanu

Primārās aprūpes etaps.
Ģimenes ārsts (2.)

NMP(1)

Psihiatrs (3.)

Narkologs (4.)

Izjautā par PAV lietošanu(skat.punktu 2.1.)

Izjautā par PAV lietošanu, izvērtē esošos psihotiskos traucējumu Veic dif.dg pasākumus, citu somatisku stāvokļu izvērtēšanai(skat.punktu 2.2.) un lemj par hospitalizāciju(skat.punktu 1.1., 1.2.)

Veic pacienta vispārēju novērtējumu(skat.punktu 3.1.)

Veic pacienta vispārēju novērtējumu(skat.punktu 4.2.2.)

Izvērtē esošos psihotiskos traucējumus(skat.punktu 2.1.)

PAV izraisītu psihotisku traucējumu dif.dg.(skat.punktu 5.)

PAV izraisītu psihotisku traucējumu dif.dg.(skat.punktu 5.)

Veic dif.dg pasākumus, citu somatisku stāvokļu izvērtēšanai(skat.punktu 2.2.)

Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie NAV saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu (Skat. 3.2.)

Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie NAV saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu (Skat. 3.3.)

Akūtos gadījumos sauc NMP vai nosūta pie psihiatra vai narkologa(ja aizdomas par PAV lietošanas izraisītu psihozi)

Psihiatriskais stacionārs. Komorbīdu PAV lietošanas traucējumu izvērtēšana(skat.punktu 6.)

Narkoloģiskais stacionārs. Komorbīdu šizofrēnijas un citu psihotisku traucējumu izvērtēšana(skat.punktu 6.)

Daudzprofilu stacionāru uzņemšanas nodaļa

Farmakoloģiskā ārstēšana (skat.7.1.)

Specifiska narkoloģiska ārstēšana (skat. 7.2., 7.2.5.-7.2.8.)

Psihosociālā ārstēšana(skat. 7.4.)

II. Vispārējā daļa

Saīsinājumi

AA –	anonīmie alkoholiķi
AN –	anonīmie narkomāni
Al-Anon –	palīdzības grupas alkoholiķi tuviniekiem un draugiem
AIP -	agrīnas intervences programma
APL –	antipsihotiskie līdzekļi
AUDIT -	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> – alkohola lietošanas traucējumu tests
CNS –	centrālā nevu sistēma
EKG -	elektrokardiogrāfija
ĢĀ –	ģimenes ārsts
HCV –	C hepatīta vīruss
HIV -	<i>Human immunodeficiency virus</i> - Cilvēka imūndeficīta vīruss
KBT -	kognitīvi biheiviorālā terapija
LSD –	lizergīnskānes dietilamīns
MI –	motivējošā intervija
MRT –	magnētiskās rezonanses tomogrāfija
NMPD –	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
NMP -	neatliekamā medicīniskā palīdzība
PAV –	psihoaktīvas vielas
SSK-10 -	Starptautiskā statistiskā slimību ar tām saistīto veselības traucējumu klasifikācija, 10.pārskats (<i>International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision</i>)
US –	ultrasonogrāfija

Ievads

Šī vadlīnija attiecas uz pieaugušo novērtēšanu un vadību, kuriem ir klīniska psihozes diagnoze un kuri vienlaikus lieto psihoaktīvās vielas (turpmāk - PAV). Termins "psihoze" tiek izmantots, lai aprakstītu smagu psihiskās veselības traucējumu grupu, ko raksturo murgu un halucināciju klātbūtne, kas ietekmē cilvēka uztveri, domāšanu, emocijas un uzvedību. Galvenās psihozes formas ir šizofrēnija (ieskaitot šizoafektīvus traucējumus, šizofreniformus traucējumus un murgu traucējumus), bipolāri traucējumi vai cita afektīva psihoze. Šizofrēnija ir multifaktoriālas etioloģijas psihiska saslimšana (slimību grupa), kas raksturojas ar pozitīvo psihopatoloģisko simptomātiku (murgu idejas, dezorganizēta domāšana, emociju sfēras traucējumi, katatonie simptomi), apkārtējās pasaules aplamu uztveri (halucinācijas, pseidohalucinācijas, psihiskie automātismi), šie traucējumi bieži kombinējas ar negatīvo šizofrēnijas simptomātiku – apātiju, abuliju, autismu, domāšanas formālajiem traucējumiem, kas savukārt ir par iemeslu pacienta sociālai dezadaptācijai un darbaspēju zudumam. Šizofrēnija ir pati izplatītākā un smagākā psihiskā slimība ar kuru slimo apmēram 1% iedzīvotāju visā pasaulē.

Bipolāri afektīvi traucējumi (maniakāli depresīvā psihoze) ir vieni no biežākajiem, smagākajiem, pastāvīgajiem psihiskiem traucējumiem. Tiem raksturīgas divas vai vairāk epizodes, kurās pacienta garastāvoklis un aktivitātes līmenis ir būtiski traucēts. Šiem traucējumiem dažos gadījumos raksturīgs pacilāts garastāvoklis, palielināta enerģija un aktivitāte (hipomānija vai mānija), citos - nomākts garastāvoklis, samazināta enerģija un aktivitāte (depresija). Mānijas gadījumā būtiski ir paaugstināts alkohola un citu psihoaktīvu vielu lietošanas risks.

PAV lietošanas traucējumi ir plašs termins, kas ietver jebkuras psihotropas vielas, tostarp alkohola, narkotisko un psihotropo, legāli vai nelegāli iegūtu, kaitējošu lietošanu. Šāda lietošana parasti, bet ne vienmēr, tiek uzskatīta par problēmu, ja ir pierādījumi par atkarību, ko raksturo uzmācīga tieksme, devas kontroles zudums, tolerance un dažos gadījumos – abstinences sindroms. Vielu pārmērīga lietošana var būt kaitējoša bez atkarības, jo īpaši cilvēkiem ar līdzās pastāvošu psihozi. Aptuveni 40% cilvēku ar psihozēm ļaunprātīgi lieto vielas, vismaz divreiz vairāk nekā vispārējā populācijā. Turklāt cilvēkiem ar PAV kaitējoši pārmērīgu lietošanu ir augstāks recidīva un hospitalizācijas risks. PAV pārmērīga lietošana starp personām ar psihiskiem traucējumiem ir saistīta ar ievērojami sliktākiem rezultātiem nekā indivīdiem ar vienu traucējumu. Šie rezultāti ietver psihisko simptomu pasliktināšanos, sliktāku fizisko veselību, sliktu līdzestību medikamentozai terapijai, paaugstinātu HIV infekcijas risku un augstākas kopējās ārstēšanas izmaksas. Cilvēki ar psihozi parasti lieto dažādas PAV, lai cīnītos ar simptomiem, un trešdaļā cilvēku tā ir kaitējoši pārmērīga lietošana vai atkarība. Ārstēšanas rezultāts šiem komorbīdiem stāvokļiem ir sliktāks, daļēji, tāpēc, ka PAV var saasināt psihozi un vielas bieži traucē farmakoloģisku vai psiholoģisku ārstēšanu.

Šizofrēnijas un citu psihotisku traucējumu klasifikācija, saskaņā ar SSK-10

Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20-F29)

F20 Šizofrēnija

F21 Šizotipiski traucējumi

F22 Persistējoši murgi

F23 Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi

F24 Inducēti murgi

F25 Šizoafektīvi traucējumi

Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30-F39)

F30 Maniakāla epizode

F31 Bipolāri afektīvi traucējumi

PAV lietošanas traucējumu klasifikācija, saskaņā ar SSK-10:

Psihiski un uzvedības traucējumi alkoholapsihoaktīvo 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 vēl sākušies psihotiski traucējumi

F10-F19.8 -citi psihiski un uzvedības traucējumi

F10-F19.9 -neprecizēti psihiski un uzvedības traucējumi.

Algoritms “ Šizofrēnijas un citu psihotisku traucējumu (psihoze) un psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumu komorbiditāte, diagnostika, diferenciāldiagnostika, vadīšana, ārstēšana, aprūpe” ietver pacientu no 18 gadu vecuma ar psihotisku traucējumu precīzu diagnostiku, diferencēšanu no PAV lietošanas izraisītiem komorbīdiem psihotiskiem stāvokļiem, kas sekmētu precīzu terapijas nozīmēšanu, tālāku pacientu vadīšanu, izmeklēšanu, ārstēšanu.

Algoritma mērķi

1. Uzlabot veselības aprūpes speciālistu prasmes, kā palīdzēt cilvēkiem ar psihozēm un paralēlu PAV lietošanu;
2. Sekmēt psihozes, kā pastāvīgas slimības atdiferencēšanu no PAV lietošanas izsauktiem traucējumiem;
3. Izvēlēties pareizu ārstēšanas pieeju, lai stabilizētu, samazinātu vai apturētu PAV pārmērīgu lietošanu;
4. Racionāli izmantot diagnostiskas iespējas, mērķtiecīgi izmantot speciālistu konsultācijas, lai uzlabotu ārstēšanas atbilstību un rezultātus;
5. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta izmeklēšanas plānu.

Mērķgrupas

1. Ģimenes ārsti
2. Psihiatri
3. Narkologi
4. Citi ārsti speciālisti

III. Rekomendācijas

Uz personu orientēta aprūpe

Pacientu ārstēšanā un aprūpē jāņem vērā viņu vajadzības un vēlmes. Cilvēkiem ar psihozēm un paralēlu PAV lietošanu ir jābūt iespējai pieņemt apzinātus lēmumus par viņu aprūpi un ārstēšanu, sadarbojoties ar saviem veselības aprūpes speciālistiem. Ja cilvēkiem nav iespēju pieņemt lēmumus, veselības aprūpes speciālistiem ir jāievēro Ārstniecības likuma 68. pants. Ja pacients piekrīt, ģimenei un atbalsta personām vajadzētu būt iespējai iesaistīties lēmumu pieņemšanā par ārstēšanu un aprūpi. Ģimenēm un aprūpētājiem arī jāsniedz viņiem nepieciešamā informācija un atbalsts. Diagnoze un pieeja ir jāpārskata visā ārstēšanas procesā, un ir jābūt skaidrībai par to, kas ir vadošais ārsts, lai nodrošinātu procesa nepārtrauktību.

1. Primārās aprūpes etaps NMPD

- Izjautā par PAV lietošanu
- Izvērtē esošos psihotiskos traucējumus
- Veic diferenciāldiagnostiskos pasākumus, citu somatisku stāvokļu izvērtēšanai

1.1. Ja pacientam ir konstatēti psihotiskie traucējumi, stacionējams, atbilstoši klīniskajām indikācijām psihiatriskā, narkoloģiskā vai multipofilu stacionārā. Ja pacients ir agresīvs vai ir agresīvas uzvedības risks pacients stacionējams ar policijas palīdzību.

1.2. Akūtas psihozes pacients nogādājams/ stacionējams psihiatriskā/ narkoloģiskā stacionārā, ja ir:

- Augsts pašnāvības risks (aktuālas, uzmācīgas pašnāvības domas; ir pašnāvības plāns vai sagatavoti līdzekļi pašnāvības veikšanai; anamnēzē bijuši pašnāvības mēģinājumi; psihotiski pārdzīvojumi ar pašnoniecinošu saturu, halucinācijas ar pavēlošu saturu, kas mudina uz pašnāvību u.c.);
- Apkārtējos cilvēkus apdraudoša uzvedība
- Izteikti psihotiski, depresīvi, maniakāli traucējumi
- Izteikts uzbudinājums, halucinācijas, murgu idejas
- Informācija no pacienta vai apkārtējiem par PAV lietošanu
- Neuroloģiski (tremors, izteikti platas zīles, koordinācijas traucējumi), somatiski (izteikta tahikardija, hipertensija, svīšana) traucējumi un citas pazīmes (pēcinjekciju pēdas, tabletes, maisiņi).

Pamatojumu stacionēšanai psihiatriskā/ narkoloģiskā stacionārā vērtē Uzņemšanas nodaļas psihiatrs/narkologs.

NMPD etapā, agresīvas vai apdraudošas uzvedības gadījumā var tikt nozīmēti benzodiazepīnu grupas medikamenti (diazepams). Nerekomendē pacientam nozīmēt antipsihotiskos līdzekļus, atstājot specifiskas terapijas uzsākšanu Uzņemšanas nodaļas psihiatra / narkologa ziņā.

Pacients ar psihotiskiem traucējumiem var vērsties arī pa tiešo pie psihiatra, narkologa, kā arī pats vērsties pēc palīdzības psihiatriskā/ narkoloģiskā vai daudzprofilu stacionāra uzņemšanas nodaļā, kur tad arī tiek veikts sākotnējais psihiskā un somatiskā stāvokļa novērtējums.

2. Primārās aprūpes etaps. Ģimenes ārsti un citu specialitāšu ārsti

2.1. Ieteikumi primārās aprūpes speciālistiem

Ja pacients ir vērsies pie ģimenes ārsta, tad ģimenes ārsts (ĢĀ) ievāc sākotnējos anamnēzes datus un novērtē pacienta psihisko un somatisko stāvokli. Ja pacients ir vērsies pie ĢĀ ekomendējama nosūtīšana pie psihiatra vai jāorganizē stacionēšana psihiatriskā slimnīcā, izsniedzot nosūtījumu vai izsaucot NMP.

Konstatējot psihotiskus traucējumus pirmreizējam pacientam vai jau aprūpē ar šizofrēniju un citiem psihotiskiem traucējumiem esošam pacientu, jautāt par PAV lietošanu:

- konkrēta lietotā viela (-as);
- daudzums, biežums un lietošanas veids;
- ievadīšanas veids;
- pašreizējā lietošanas laika ilgums.

Tālākā etapā:

- Izvērtēt un turpināt pārvaldīt veselības aprūpes, tostarp psihiskās veselības, pakalpojumus visiem pacientiem ar šizofrēniju un citiem psihotiskiem traucējumiem (psihoze) un psihoaktīvo vielu lietošanu
- Pacientiem, kuriem ir ļaunprātīga vielu lietošana vai aizdomas par lietošanu, psihisku traucējumu novērošanas gadījumā ir jāpārlicinās, vai viņiem nav psihoze.
- Ja pacients ir vērsies pie ĢĀ, rekomendējama nosūtīšana pie psihiatra, narkologa vai jāorganizē stacionēšana psihiatriskā/narkoloģiskā slimnīcā (nodaļā), izsniedzot nosūtījumu vai izsaucot NMP.
- Pēc psihotiskā stāvokļa kupēšanas un veselības stāvokļa stabilizācijas, ĢĀ turpina uzraudzīt pacientus ar psihozi un paralēlu vielu ļaunprātīgu lietošanu, apmeklējumu laikā pievēršot vērību iespējamiem psihiskiem traucējumiem un PAV lietošanai. Īpašu uzmanību jāpievērš alkohola un narkotisko vielu ietekmei uz fizisko veselību, veicot analīzes, kas norādītu par aknu, aizkuņģa dziedzera stāvokli (aknu enzīmi, amilāze, glikoze), analīzes uz hepatītu B un C, HIV, EKG, plaušu rentgens
- Ja ir stabils psihiskais stāvoklis, turpināt psihiatra/narkologa uzsākto APL šizofrēnijas balstterapiju. Atkārtota psihiatra konsultācija ne retāk kā 1 reizi pusgadā.
- Sekot līdzi APL iespējamām blaknēm,
- Indikācijas sūtīšanai pie psihiatra – nepietiekams APL efekts, līdzestības trūkums terapijai, izteiktas APL blaknes, pacients lieto PAV, paškaitējoša vai agresīva uzvedība vai augsts tās risks.

2.2. Diferenciāldiagnoze

Jauniem pacientiem, kam konstatēti psihotiski traucējumi un PAV lietošana, nepieciešama vispārējā veselības stāvokļa rūpīga izvērtēšana, lai izslēgtu citus somatiskus traucējumus, kas var izsaukt šādus simptomus:

- Neuroloģiski stāvokļi: audzēji, insults, epilepsija, dzirdes nerva ievainojumi, migrēna, CNS infekcijas;
- Endokrīnās sistēma: hipertiroīdīts un hipotiroīdīts, hipoadenokorticisms;
- Metabolie traucējumi: hipoksija, hipoglikēmija;
- Sāļu disbalanss;
- Akūta aknu un nieru nepietiekamība;
- Autoimūnas saslimšanas ar CNS iesaistīšanos;
- Delīriozs sindroms;

- Demence;
- Plaušu vēzis.

3.Sekundārais aprūpes līmenis. Psihiatrs

3.1.Visaptverošs pacienta novērtējums:

- dzīves anamnēze
- psihiskā, fiziskā un seksuālā veselība
- sociālā, ģimenes un ekonomiskā situācija
- dzīves apstākļi
- pašreizējā un iepriekšējā PAV ļaunprātīga izmantošana un tās ietekme uz pacienta dzīvi, veselību un ārstēšanu
- krimināli sodāmi pārkāpumi
- personīgās stiprās un vājās puses un gatavība mainīt savu vielu lietošanu un citus dzīves aspektus.

Novērtējums var notikt vairākos apmeklējumos, lai iegūtu pilnīgu izpratni par personu un problēmām, ar kurām viņi saskaras, un veicināt iesaistīšanos ārstēšanās procesā. Novērtējot pieaugušos un jauniešus ar psihozēm un paralēlu vielu, lūdziet ģimenei, aprūpētājiem vai citām nozīmīgām personām sniegt papildus informāciju, ja tiek dota pacienta atļauja.

- Izvērtē fiziskās veselības apdraudējumus (piemēram, abstinences sindroms ar krampjiem, alkohola delīrijs, HIV infekcija hepatīti B,C, nejauša pārdozēšana un mijiedarbība ar parakstītajām zālēm)
- vielas lietošanas ietekme uz citiem riskiem, piemēram, paškaitējumu, pašnāvību, pašizliedzību, vardarbību, citu cilvēku ļaunprātīgu izmantošanu, ekspluatāciju, nejaušiem ievainojumiem un pārkāpumiem.
- PAV lietošanas bioloģiskie testi (piemēram, asins un urīna testi) var būt noderīgi, novērtējot, ārstējot un pārvaldot vielu lietošanu pieaugušajiem un jauniešiem ar psihozi

3.2. Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie NAV saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu.

Psihiatra konsultācija ambulatori vai psihiatriskā stacionāra uzņemšanas nodaļā. Psihiatrs precizē psihotisko traucējumu diagnozi saskaņā ar SSK-10 klasifikāciju (Skat. klīnisko algoritmu „Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”) un lemj jautājumu par pacienta hospitalizāciju psihiatriskā nodaļā.

3.3.Ir konstatēti psihotiskie traucējumi, tie IR saistīti ar PAV lietošanu vai somatisku saslimšanu.

3.3.1.Ja psihiskie traucējumi saistāmi ar alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanu, rekomendējama nosūtīšana pie narkologa vai jāorganizē stacionēšana narkoloģiskā profila slimnīcā (nodaļā), izsniedzot nosūtījumu vai izsaucot NMP.

3.3.2.Ja psihiskie traucējumi saistāmi ar neiroloģiskiem vai somatiskiem traucējumiem vai saslimšanu, rekomendējama jāorganizē stacionēšana daudzprofilu slimnīcā, izsniedzot nosūtījumu vai izsaucot NMP.

3.4. Psihiatrijas stacionāra uzdevumi

- Visām psihiatriskā stacionāra nodaļām ir jānodrošina droša terapeitiska vidi, kas izslēdz PAV ienešanu nodaļā,
- Novērtēt pacientus vai nav prognozējami vielu lietošanas atcelšanas simptomi
Jāapsver ķīmiski toksikoloģisko analīžu pārbaude gan pie iestāšanās nodaļā, gan vēlākā etapā, ja rodas aizdomas par PAV lietošanu nodaļā.

3.5. Diferenciāldiagnozei indivīdam, kuram ir psihotiski simptomi, jāapsver plašs etioloģiju un traucējumu klāsts:

- Īsi psihotiski traucējumi
- Šizofreniformi traucējumi
- Šizoafektīvi traucējumi
- Šizofrēnija
- Murgi
- Somatisku stāvokļu izsaukti sekundāri psihotiski traucējumi
- PAV inducēti psihotiski traucējumi
- Šizoīdi personības traucējumi
- Psihotisko traucējumu veids un ilgums ir svarīgi rādītāji diferenciāldiagnostikā.
- Psihotiski simptomi, kas pēkšņi sākas un to ilgums nepārsniedz 1 mēnesi tiek klasificēti kā īsi psihotiski traucējumi.
- Ja simptomi ir ilgāk par 6 mēnešiem, tie jāklasificē kā šizofreniformi traucējumi.
- Ja simptomi ir ilgāk par 6 mēnešiem un norit ar ievērojamiem murgiem un halucinācijām, pasliktinās stāvoklis ar pierādījumiem par sociālās un profesionālās funkcionēšanas problēmām, diagnoze šizofrēnija vai šizoafektīvi traucējumi var tikt izvērtēta. Noformējot psihotisku traucējumu diagnozi, garastāvokļa traucējumiem jābūt izlēgtiem.
Problemātiski atdiferencēt šizofrēniju no vielu izraisītiem traucējumiem, ja pacients ir pirmreizējs un, ja nav zināma psihiatriskā slimības vēsture.
Atkārtoto jānovērtē šizofrēnijas pacients, ja ir pamatotas aizdomas par paralēlu PAV lietošanu.

4. Sekundārās aprūpes līmenis. Narkologs

Pacients ar psihotiskiem traucējumiem var vērsties pa tiešo pie narkologa, kā arī pats vērsties pēc palīdzības narkoloģiskā vai daudzprofila stacionāra uzņemšanas nodaļā, kur tad arī tiek veikts sākotnējais psihiskā un somatiskā stāvokļa novērtējums.

- Izjautā par PAV lietošanu
- Izvērtē esošos psihotiskos traucējumus
- Veic diferenciāldiagnostiskos pasākumus, citu somatisku stāvokļu, kas var izsaukt psihotiskus traucējumus, izvērtēšanai

Visaptverošs pacienta novērtējums. Skat. punktu 3.1.

Kompetence

- atpazīt psihozes pazīmes un simptomus
- veikt psihiskās veselības vajadzības un riska novērtējumu, kas ir pietiekams, lai zinātu, kā un kad nosūtīt pacientu pie psihiatra

Novērtējums

Pieaugušajiem un jauniešiem ar psihozēm un komorbīdu vielu ļaunprātīgu izmantošanu būtu jāpiedāvā visaptverošs, psihiskās veselības novērtējums papildus PAV ļaunprātīgas izmantošanas novērtējumam.

5. Psihozes un vielu ļaunprātīgas lietošanas komorbīdo stāvokļu vadīšana, diagnostiskais novērtējums

Primārie mērķi:

- Pacienta drošība
Nodrošināt minimālus ārējos kairinātājus, rūpēties par fizisku drošību pacientam un personālam.
- Personāla drošība
Ja neizdodas sarunu ceļā nomierināt pacientu, var veikt fizisku, mehānisku vai ķīmisku ierobežošanu.
- Pacientu slimības vēstures izpaušme un sākotnējo traucējumu formulēšana, kas novedīs pie ārstēšanas ieteikumu kopuma par psihotisko simptomu uzraudzību.
Izvērtēt pacienta vitālos rādītājus(asinsspiediens, sirdsdarbība u.c.)
Klīnisko, bioķīmisko analīžu noņemšana, ķīmiski toksikoloģiskās analīzes.
Nepieciešamības gadījumā plaušu RTG, US vēdera dobuma orgāniem KT vai MR izmeklējumi
- detoksikācijas uzsākšana narkoloģiskajā vai psihiatriskajā nodaļā, atkarībā no pacienta stāvokļa izvērtēšanas uzņemšanas nodaļā, nodrošinot integrētu(vienlaicīgu, daudzpakāpju) ārstēšanās pieeju.

PAV izsauktu psihotisku traucējumu vadīšana.

PAV izraisītus psihotisku traucējumu ārstēšanai jābūt simptomātiskai.

5.1. Alkohols un psihotiski traucējumi

- Alkohola atkarības pacientam pēc ilgtermiņa, ne mazāk kā 7 dienu alkohola lietošanas var attīstīties abstinences stāvoklis ar delīriju, kurš parasti sākas 3-5 dienas pēc pēdējās alkohola lietošanas
- Alkohola delīrija klīnika:
- Miega traucējumi
 - Murgaini, šausminoši sapņi
 - Bailes, mainīgs afekts ar trauksmi
 - Astēniskas sūdzības
 - Raksturīgs sākums vakarā
 - Nevar gulēt bez gaismas
 - Izteiktas afekta svārstības
 - Nemiers
 - Pareidolijas – fantastiska rakstura redzes ilūzijas, melnbaltas vai krāsainas
 - Īstas redzes halucinācijas
 - Halucinācijām scēnisks raksturs vai ataino kādu noteiktu situāciju
 - Delīrijam padziļinoties, pievienojas, dzirdes, ožas termiskās, taktīlās halucinācijas
 - Uzvedība, afekts, murgainie izteikumi atbilst halucināciju raksturam.

- Uzmanība nenoturīga, murgi ar bailēm, fiziskas iznīcināšanas draudi
- Ārējo faktoru ietekmē psihozes simptomi var pavājināties,
- Pacients dezorientēts laikā un telpā, orientēts savā personā
- Psihiskos traucējumus pavada izteikti somatiski, veģetatīvi un neiroloģiski(tremors) traucējumi
- Pēc delīrija emocionāla labilitāte, astēnisks stāvoklis.

5.1.1. Alkohola delīrija pacients jāhospitalizē narkoloģiskā stacionārā/nodaļā.

5.1.2. Terapijā psihomotorā uzbudinājuma kupēšana ar benzodiazepīniem(diazepāms 30-60 mg d/n), antipsihotiķi(haloperidols līdz 15 mg d/n), dezintoksikācija, elektrolītu korekcija, B grupas vitamīni.

5.2.Amfetamīns un psihotiski traucējumi

Amfetamīns izsauc psihotiskus traucējumus pie augstu devu lietošanas.

Amfetamīna psihozes norises 3 fāzes:

- Pirmā eiforijas fāzē:

- paaugstināts psihiskais tonuss;
- aizdomīgums, trauksmainība;
- satrauktība, saspringums;
- stāvoklis līdzīgs hipomaniakālam stāvoklim

- Otrā fāze

- pieaug domas par sekošanu, vajāšanu ar attiecīgu uzvedību

- Fināla fāze:

- redzes un dzirdes ilūzijas;
- akūti murgi ar attiecību un vajāšanas idejām, psihotiskas epizodes ar depersonalizāciju, izmainītu laika ritējumu.

Psihotiskos traucējumus pavada somato-neiroloģiskie traucējumi:

- platas zīles ar vāju reakciju uz gaismu;
- muskulu rauste;
- mēles un lūpu stereotipas kustības;
- tahikardija, ekstrasistoles, hipertensija, sausa mute.

Psihozes ilgums no dažām dienām līdz 2-3 nedēļām, pie augstu devu ilgstošas lietošanas līdz 3-6 mēnešiem.

Neliela iespējamība, ka amfetamīna lietošana var izsaukt šizofrēniju. Metamfetamīna ilgstoša lietošana var izsaukt stāvokli līdzīgu šizofrēnijas negatīviem simptomiem ar kognitīvu deficītu.

Pacients jāhospitalizē narkoloģiskā stacionārā/nodaļā. Terapijā dezintoksikācija, elektrolītu korekcija, sedatīva(diazepex 10-30 mg), antipsihotiska (haloperidols 5-15 mg, olanzapīns 10mg) un simptomātika terapija.

5.3.Kokaīns un psihotiski traucējumi

Kokaīna psihozes vērojamas intoksikācijas fāzē.

Klīniskā aina:

- dzirdes, redzes un taktīlās halucinācijas
- paranīdi murgi
- stereotipas kustības
- platas uz gaismu maz reaģējošas zīlītes

Pacients jāhospitalizē narkoloģiskā stacionārā/nodaļā. Terapijā dezintoksikācija ar sāļu šķīdumiem, psihomotorā uzbudinājuma kupēšana(diazepex 10-30 mg), antipsihotiķi

(haloperidols 5-15 mg, olanzapīns 10mg) un simptomātika terapija (asinsspiediena, garastāvokļa korektori) .

5.4. Halucinogēni un psihotiski traucējumi

Biežāk lietotā halucinogēnā viela ir LSD. Tās pusizvades periods ir 100 minūtes, darbības ilgums 6-12 stundas.

Klīniskā aina:

- Izteikta trauksme;
- Panika;
- Paranoja;
- Izteiktas garastāvokļa svārstības;
- Agresija pret citiem, tostarp slepkavības iespējamība;
- Pašakropļošana, suicīdi;
- Slikta dūša, sausa mute;
- Platas zīlītes;
- Trīce;
- Neskaidra redze;
- Izmainīta laika sajūta.

Pacients jāhospitalizē narkoloģiskā stacionārā/nodaļā. Terapijā dezintoksikācija, psihomotorā uzbudinājuma kupēšana(diazepex 10-30 mg), antipsihotiska terapija (haloperidols 5-15 mg, olanzapīns 10mg).

•

5.5. Kanabinoīdi un psihotiski traucējumi

Intoksikācijas klīniskā aina atkarīga no kanabinoīdu devas un sastāva (dabīgie vai sintētiskie). Nelielas devas izsauc eiforiju, laika izjūtas izmaiņas saasinātu krāsu un skaņu uztveri, pie augstākām devām paranoīdas idejas, dzirdes un redzes halucinācijas, platas zīles.

Sintētisko kanabinoīdu intoksikācijas stāvoklī var būt šizofrēniska simptomātika:

- Pseudohalucinācijas (komentējoša un diskutējoša rakstura);
- Iedarbības idejas (senestopātiski, ideatori, motori automātismi);

Hroniska kanabinoīdu lietošana var būt saistīta ar primāru psihotisku traucējumu sākumu. Kanabinoīdu lietošana ir riska faktors šizofrēnijas attīstībai, īpaši lietotājiem ar subklīniskiem psihotiskiem simptomiem, ģimenes anamnēzē šizofrēnija.

Pacients jāhospitalizē narkoloģiskā stacionārā/nodaļā. Terapijā dezintoksikācija, psihomotorā uzbudinājuma kupēšana(diazepex 10-30 mg), antipsihotiķi (haloperidols 5-15 mg, olanzapīns 10mg).

6. Šizofrēnijas un citu psihotisku traucējumu (psihoze) un psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumu diferenciāldiagnostika

PAV izraisīti psihotiski traucējumi:

- Tikai atsevišķu, šizofrēniju atgādinošu simptomu klātbūtne (psihisko automātismu, retas pseudohalucinācijas); (Skat. klīnisko algoritmu „*Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana*”)
- Klīniskās ainas psihopatoloģiskais sindroms neizvērsts un nenoturīgs;

- Akūtai narkotisko vielu radītai psihotiskai simptomātikai raksturīga ļoti strauja attīstība ar uzbudinājumu, disforiju, agresiju;
- Simptomu ilgums atkarīgs no konkrētās lietotās vielas (1 diena līdz 10 dienām).

PAV izraisīti psihotiski traucējumi komorbīdiem psihozes pacientiem:

- Stabilāki (noturīgāki) psihotiskie simptomi;
- Izvēsta sindromoloģiskā aina;
- Līdzinās akūtiem tranzitoriem vai šizoafektīviem (Raksturīga vienlaicīga šizofrēnijas un afektīvo simptomu attīstība vismaz 2 nedēļu periodā, stāvokļa smagumu un hospitalizācijas nepieciešamību biežāk nosaka šizofrēnijai raksturīgie pozitīvie simptomi)
- traucējumiem;
- Šizotipiski traucējumi (Akūti šizofrēnijai līdzīgi traucējumi, simptomātika strauji mainīga laikā un pēc intensitātes, papildus jebkuri šizofrēnijai raksturīgie pozitīvie vai negatīvie simptomi, traucējumu ilgums līdz 1 mēnesim) pirmspsihotiskajā anamnēzē;
- Izejot no vielas akūtā stāvokļa - secības trūkums domāšanā, dīvainības izteiksmē un uzvedībā, emocionāls blāvums, enerģētiskā potenciāla kritums.

7.Šizofrēnijas un citu psihotisku traucējumu un komorbīdas PAV lietošanas vadīšana un ārstēšana

Ārstēšanai jābūt vienlaicīgi vērstai uz abām komorbīdām patoloģijām, ko nodrošina viens speciālists, pieaicinot otru kā konsultantu, vai viens speciālists ar abiem (psihiatrs un narkologs) sertifikātiem.

7.1.Farmakoloģiskā ārstēšana

Primāri intoksikācijas un pamatslimības ārstēšana, tad psihotisko traucējumu izvērtēšana un ārstēšana. *Sekundārais vai terciālais aprūpes līmenis.*

Primāri PAV intoksikācijas, somatiskas vai neiroloģiskas saslimšanas/traucējumu ārstēšana, tad psihotisko traucējumu izvērtēšana un ārstēšana.

7.1.1. 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 psihiskus 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.

(Skat. klīnisko algoritmu „*Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana*”)

7.1.2.Alkohola atkarības pacientu ārstēšana pamatā ir narkologa kompetence.

Samazināt recidīva iespējamību atsākt lietot PAV, nodrošinot ar adekvātu terapiju, psihoterapiju un palīdzot saglabāt fiziski labu pašsajūtu.

- Alkohola atkarības ārstēšana (*Naltrexone, Acamprosate, Disulfiram*)
Jānozīmē nelielas (0.25g) Disulfīrama devas, lai neizprovocētu akūtus psihotiskus traucējumus. (Skat. klīniskos algoritmus „Alkohols”)
- Opioīdu atkarības ārstēšana(ilgtermiņa farmakoterapija ar Metadonu vai Buprenorfinu, Naltrexone), (Skat. klīniskos algoritmus „Opioīdi”)
- Kokaīna, amfetamīna atkarības ārstēšana ar simptomātisku terapiju (garastāvokļa stabilizatori, antidepresanti);

- Tabakas atkarības ārstēšana (*Bupropion*, *Varenicline*, nikotīna aizvietojošā terapija);
- Kanabinoīdu atkarības ārstēšana ar simptomātisku terapiju (antidepresanti, garastāvokļa stabilizatori).

Komorbīdo šizofrēnijas un citu psihotisku traucējumu (psihoze) un psihoaktīvo vielu (PAV) lietošanas traucējumu farmakoloģiskās ārstēšanas principi:

- Antipsihotisko medikamentu nozīmēšana, ņemot vērā pacienta lietotās PAV veidu un iespējamo mijiedarbību ar medikamentiem.
- Pacientiem ar aktīvu PAV lietošanu, psihotiskiem simptomiem un sliktu līdzestību terapijai jānozīmē stacionāra ārstēšana.
- Lai izvairītos no medikamentu blaknēm ambulatorās ārstēšanas etapā, jānodrošina pacientu psihoedukācija (izglītošana), sociālo iemaņu nodrošināšana, medikamentu lietošanas uzraudzība, lietojot motivējošu pieeju.
- Pēc psihotisko traucējumu stabilizēšanas, jāapsver papildus iespējas nozīmēt medikamentus garastāvokļa uzlabošanai, fiziskā stāvokļa uzlabošanai, vielu atkarības ārstēšanai.
- Antipsihotiskie līdzekļi ir pierādījuši savu efektivitāti psihozes ārstēšanā. Jaunākie, atipiskie līdzekļi ir efektīvi psihozes simptomu ārstēšanā, rada mazāk ekstrapiramidālu blakusparādību iespējams, ir saistīti ar retākiem recidīviem, liecina par iespējamiem kognitīvo deficītu uzlabojumiem un tiem ir labāka panesamība salīdzinājumā ar tipiskiem antipsihotiskiem līdzekļiem.
- Papildu terapijā benzodiazepīni var būt nepieciešami trauksmes un nemiera ārstēšanai, taču tiem jābūt tikai īslaicīgai lietošanai ar pakāpenisku devas samazināšanu.
- Antidepresanti var būt noderīgi paralēlas depresijas ārstēšanai .
- Bipolārie traucējumi vislabāk tiek ārstēti ar garastāvokli stabilizējošām zālēm, piemēram, litiju, nātrija valproātu), karbamazepīnu un lamotrigīnu depresijai, atipiskie antipsihotiskie līdzekļi, piemēram, olanzapīns un risperidons, tiek izmantoti mānijas fāzēs.

7.2.Psihosociālā ārstēšana

Psihiatrs nozīmē psihozes pacientam psiholoģiskas/ psihosociālas intervences ambulatoram pirmreizējam pacientam individuāli vai grupā. Ieteicamas atsevišķu rehabilitācijas speciālistu konsultācijas ambulatori vai multiprofesionālas komandas darbs ambulatoriem pirmreizējam psihozes pacientam psihiatriskā dienas stacionārā (ja ir pieejamas). Psihiatriskā rehabilitācija ir nozīmīga psihozes ārstēšanas daļa.

Ieteicama atbalsta psihoterapija, ko var sniegt psihiatrs, klīniskais psihologs, kā arī apmācīta medicīnas māsa.

7.2.1. Agrīnas intervences programma (AIP)

AIP ir pacienta individuālām vajadzībām balstīts ambulators multiprofesionāls komandas darbs, kura mērķis ir panākt klīnisku un funkcionālu atveseļošanu pēc pirmās psihozes, nodrošināt sekundāru profilaksi atkārtotai psihozei, kā arī sniegt psihosociālu atbalstu pacientam un ģimenes locekļiem.

7.2.2. Kognitīvi biheiviorālā terapija

Kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT), ja ir pieejama. KBT var tikt uzsākta akūtā šizofrēnijas uzliesmojuma fāzē vai arī vēlāk. KBT ieteicamais vizīšu skaits ir līdz 8 sesijām (nav valsts apmaksāts pakalpojums, izņemot Dienas stacionārā). Terapijas mērķis ir palīdzēt atpazīt saikni starp pacienta domām, sajūtām, uzvedību un psihotiskajiem simptomiem, kā arī veicināt izpratni par domu vai simptomu atšķirību no realitātes un palīdzēt mainīt neatbilstošu uzvedību. KBT var palīdzēt pacientam arī mazināt negatīvo simptomu intensitāti. Normalizēt, palīdzēt izprast un pieņemt pacienta iepriekšējo pieredzi, veicināt alternatīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas, mazināt distresu, uzlabot funkcionēšanu

7.2.3. Mākslas terapija

Var tikt rekomendēta mākslas terapija, ko realizē mākslas terapeits ar iepriekšēju pieredzi darbā ar psihotiskiem pacientiem. Ieteicamas 4-8 sesijas.

7.2.4. Psihiatriskās rehabilitācijas

Psihiatriskās rehabilitācijas procesā var tikt iesaistīti multiprofesionālas komandas speciālisti – psihoterapeits, klīniskais psihologs, ergoterapeits, fizioterapeits, mākslas terapeiti pēc klīniskās nepieciešamības.

Multiprofesionālās komandas apspriedēs regulāri (ieteicams 1 reizi nedēļā) jāvērtē ārstēšanas un rehabilitācijas procesa efektivitāti. Jāvērtē līdzestību terapijas procesā un iesaistīšanos psiholoģiskajās intervencēs.

Ārstēšana ir svarīga atveseļošanās procesa sastāvdaļa PAV atkarības pacientiem, kas vērsta uz atveseļošanos no atkarības un recidīva profilaksi.

PAV atkarības ārstēšanā tiek izmantotas dažādas pieejas: īsās motivējošās pārrunas, stacionārā un ambulatorā ārstēšana, farmakoloģiskā ārstēšana, pašpalīdzības grupas, tādas kā anonīmie alkoholiķi (AA) un, biežāk, iepriekš minēto metožu kombinācija. Psihosociālās iejaukšanās pasākumi (piemēram, kognitīvi biheiviorālā terapija, motivācijas uzlabošanas terapija (primāra psihosociāla pieeja pacientiem ar sliktu motivāciju), 12 soļu terapija) palīdz pacientiem samazināt PAV lietošanas biežumu un risināt ģimenes, sociālos un ar darbu saistītos jautājumus gadījumos, kad pacienti neizvēlas atturības sasniegšanu kā sākummērķi.

7.2.5. Īsa iejaukšanās (intervence)

Tiek veikta gan primārās aprūpes līmenī- ģimenes ārsts, gan sekundārās aprūpes līmenī- narkologs, psihiatrs.

Īsa iejaukšanās ir instruments, lai samazinātu alkohola lietošanu pacientu vidū. Īsas iejaukšanās pamatā ir pacienta informēšana par alkohola kaitējumiem veselībai, kas motivē pacientu mainīt alkohola lietošanas paradumus. Motivācija ir svarīgākā terapijas sastāvdaļa.

Īsas iejaukšanās posmi:

- pacienta iepazīstināšana ar skrīninga rezultātiem (AUDIT) ;
- riska faktoru identificēšana ;
- padoma sniegšana;
- mērķa nosprausana – samazināt alkohola lietošanu vai atturēties no tā;
- padomi un iedrošinājumi mērķa sasniegšanai.

7.2.6. Psihoterapija

(Psihoterapeiti, psihologi, ambulatori- sekundārās aprūpes līmenī)

1) *Individuālā un grupu psihoterapija.* Individuālā psihoterapija ir piemērota ilgstošu grūtību pārvarēšanai. Psihoterapija palīdz cilvēkam dziļākā līmenī apzināties sevi, izzināt savu jūtu pasauli un vēlmes, izdarīt apzinātas izvēles, aktīvi veidot savu dzīvi. Grupu psihoterapijā indivīda problēmas tiek risinātas grupas kontekstā, grupai aktīvi piedaloties. Grupas uzmanības centrā ir indivīds kā personība, kas veido attiecības, un tieši attiecības palīdz grupas dalībniekam psiholoģiski augt, mācīties un mainīties.

2) *Ģimenes psihoterapija.* Ģimenes psihoterapija ir psihoterapijas novirziens, ko izmanto pašā ģimenē esošo problēmu diagnostikai un korekcijai. Ģimenes terapeits strādā ne tikai ar to ģimenes locekli, kam ir “problēma”, bet ar visu ģimeni. Ģimene tiek aplūkota kā viens vesels, un viena cilvēka problēma tiek apskatīta ģimenes kontekstā.

7.2.7. Minesotas (12 soļu) programma

No valsts budžeta finansēta ārstēšana diennakts narkoloģiskā profila stacionārā.

Psihoterapijas programma caur kuru tiek mazināts atkarības slimību noliegums, veicināta reintegrācija sabiedrībā.

Minesotas programmas **stacionāra nodaļās** uzņem alkohola, narkotiku un azartspēļu atkarīgus vīriešus un sievietes, vecākus par 18 gadiem, kuri vismaz 5 dienas ir skaidrā vai saņēmuši detoksikācijas kursu pēc ilgstošas alkohola vai narkotiku lietošanas. Ārstēšanās kurss stacionārā ilgst 28 dienas. Galvenais programmas mērķis ir uzlabot cilvēka dzīves kvalitāti, mudinot viņu uz pašattīstību, izaugsmi un sevis pilnveidošanu.

Sociāli saglabātiem, motivētiem, kā arī citos individuālos gadījumos, psihoterapijas programma pēc Minesotas modeļa var tikt realizēta ambulatori **dienas stacionārā**, nepieciešamības gadījumā nodrošinot nakts mājas kā viesnīcas pakalpojumu.

Minesotas programma un grupas terapija **nav piemērota** pacientiem ar akūtiem psihotiskiem traucējumiem.

7.2.8. Rehabilitācija

Sociālās rehabilitācijas programma līdz vienam gadam (*Labklājības ministrijas finansēta*).

Rehabilitācijas centri vai terapeitiskās kopienas ir audzinošu, psiholoģisku, izglītojošu, sociālu, tiesisku un darba terapijas pasākumu komplekss, kas vērsts uz pacienta reintegrāciju sabiedrībā, veidojot viņam motivāciju nelietot atkarību izraisošas vielas.

7.2.8. Pašpalīdzības grupas

Pašpalīdzības kustības veidotas pēc 12 soļu programmas principiem un ievēro anonimitātes principu-Anonīmie Alkoholiķi (AA), AN – anonīmie narkomāni, Al-Anon (palīdzība alkoholiķu tuviniekiem un draugiem).

Cilvēkiem jābūt motivētiem apmeklēt sanāksmes un kļūt par programmas daļu. Šīs programmas ir balstītas uz pārliecību, ka pilnīga atturēšanās ir vienīgais veids, kā atveseļoties. 12 soļu pašpalīdzības grupas ir brīvprātīgas un atvērtas jauniem biedriem. Grupās nav ne iestāšanās, ne dalības maksas, grupa tiek uzturēta pateicoties dalībnieku brīvprātīgiem ziedojumiem.

Atsauces

1. 1.R.K.Ries, D.A.Fiellin, S.C.Niller, R.Saitz "The ASAM Principles of Addiction Medicine", Fifth Edition, 2014
2. Holly A. Stankewicz; Philip Salen " Alcohol Related Psychosis" December 23, 2018
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459134/>
3. Guidelines for the medical management of patients with methamphetamine-induced psychosis:
http://www.dassa.sa.gov.au/webdata/resources/files/Psychosis_guidelines.pdf
4. Comorbidity of mental disorders and substance use:
5. A brief guide for the primary care clinician; Drug and Alcohol Services South Australia (DASSA) Clinical Services and Research Adelaide, 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)
7. „ Psychosis with coexisting substance misuse
Assessment and management in adults and young people” ,
NICE clinical guideline 120
Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health March 2011
<http://www.dualdiagnosis.co.uk/uploads/documents/originals/NICE%20Substance%20Use%20and%20psychosis.pdf>