

Klīniskais algoritms

Dubultdiagnozes psihiatrijā un narkoloģijā bērnu un pusaudžu vecumā, agrīna atpazīšana, vadīšana, diferenciāldiagnostika, ārstēšana un aprūpe

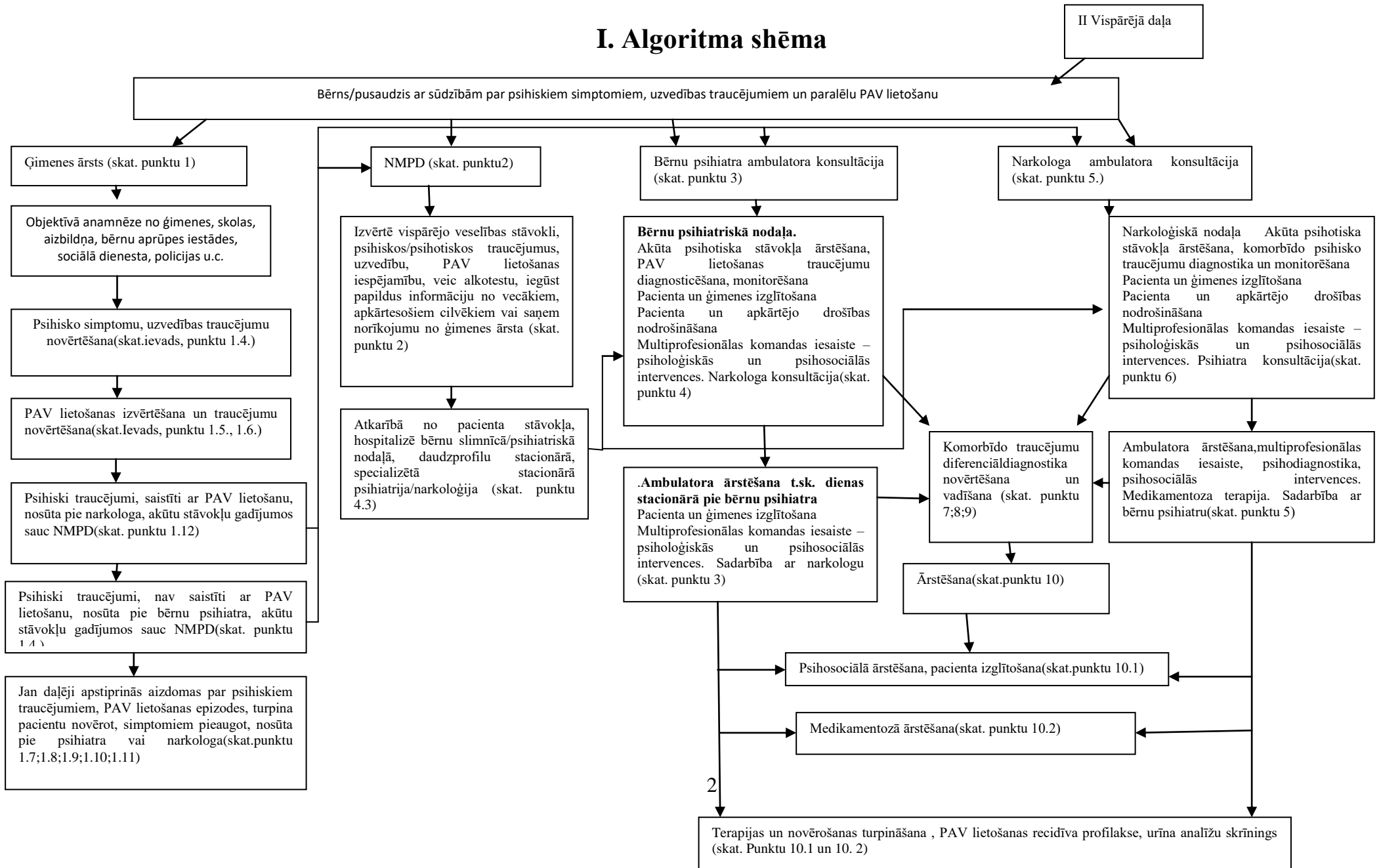
Autore narkoloģe Sarmīte Skaida

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	2
II. Vispārējā daļa.....	3
Ievads	3
Algoritma mērķi.....	6
Mērķgrupas	7
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu	7
III. Rekomendācijas.....	8
1.Primārās aprūpes līmenis. Ģimenes ārsta konsultācija. Bērns/pusaudzis ar psihiskiem simptomiem un uzvedības traucējumiem.	8
2.NMPD.....	10
3.Sekundārais aprūpes līmenis. Bērnu psihiatrs	10
4. Sekundārais aprūpes līmenis. Bērnu psihiatriskā nodaļa.....	11
5.Sekundārais aprūpes līmenis. Narkologa ambulatora konsultācija.....	12
6. Sekundārais aprūpes līmenis. Narkologs specializētā stacionārā/ narkoloģiskā nodaļā...	13
7.Komorbīdo traucējumu novērtēšana	14
8. Diferenciāldiagnostika	14
9. Bērnu un pusaudžu ar dubultdiagnozēm psihiatrijā un narkoloģijā vadīšana:	15
10.Ārstēšana.....	15
10.2.Medikamentozā ārstēšana	17
Atsauces.....	19
Pielikumi.....	20
1.pielikums „Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests” (AUDIT).....	20
2.pielikums „Fagerstrēma nikotīna atkarības tests”	22

I. Algoritma shēma



II. Vispārējā daļa

Ievads

Psihisko slimību un vielu lietošanas traucējumu sākums un attīstība bieži notiek bērnu un pusaudžu vecumā. Atkarību izraisošo vielu lietošana bērnu un jauniešu vidū ir izplatīta un aktuāla problēma ne tikai Latvijā, bet arī citās Eiropas valstīs. Atkarību izraisošo vielu lietošana, dažādu atkarību veidošanās pusaudžu gados ir viens no izplatītākajiem veselības riska paradumiem, kas būtiski ietekmē gan fizisko, gan garīgo veselību. Eiropā. 2015. gadā Latvijā ārstēti 162 bērni (130 zēni un 32 meitenes) ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem narkotisko, psihotropo un toksisko vielu akūtas intoksikācijas un kaitējoši pārmērīgu lietošanas dēļ (SSK-10 F11-19.0,1). Reģistra dati liecina, ka 2015. gadā ārstēti 33 bērni (tajā skaitā 25 zēni un 8 meitenes) ar narkotisko vielu, psihotropo vielu un toksisko vielu **atkarību** (SSK-10 F11.-F16.2-9; F17.2,3; F18.-F19.2-9)

Bērni sakarā ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem narkotisko, psihotropo un toksisko vielu lietošanas dēļ (SSK-10 diagnožu grupa F11-19) ambulatori vēršas ne tikai pie narkologiem, bet arī pie ģimenes ārstiem, pediatriem un citiem speciālistiem.

2015. gadā stacionāros 109 bērni ārstēti ar narkotisko, psihotropo un toksisko vielu intoksikāciju un kaitējoši pārmērīgu lietošanu, bet ar šo vielu atkarību ārstēti 11 bērni.

Pasaulē 10 līdz 20% bērnu un pusaudžu ir psihiski un uzvedības traucējumi. Psihiski traucējumi var sākties jebkurā vecumā, bet katram vecuma posmam ir raksturīgi savi biežākie traucējumi. Pirmsskolas vecumam raksturīgie traucējumi ir attīstības aizture, tai skaitā valodas attīstības aizture, garīgā atpalicība, bērniības, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms. Skolas vecumam visraksturīgākie traucējumi ir mācīšanās traucējumi, raustes, uzvedības traucējumi, neirotiski traucējumi - obsesīvi kompulsīvi traucējumi, funkcionālā enurēze, šķiršanās trauksme, fobiska trauksmainība, sociālā trauksme, brāļu/māsu sacensība. Savukārt pusaudžu vecumam raksturīgi ir ēšanas traucējumi, depresija un ar to saistīti pašnāvības mēģinājumi, uzvedības traucējumi, vielu atkarības. Pusaudžu vecumā arī sākas lielākā daļa no pieaugušo psihiskajiem traucējumiem - kā bipolāri afektīvi traucējumi, šizofrēnija, personības traucējumi un citi.

Bērnu un pusaudžu vecumā psihiskie un uzvedības traucējumi kā psihoaktīvo vielu (PAV) lietošanas uzsākšanas iemesli ir visbiežākie, salīdzinot ar vēlāka vecuma lietotājiem ar komorbīdiem psihiskiem traucējumiem.

Pēc dažādiem pētījumiem uzvedības traucējumu un PAV lietošanas komorbiditāte ir 60–80%, uzmanības deficīta / hiperaktivitātes traucējumiem (UDHS) 30–50%, depresijai 15–25%, trauksmes traucējumiem (bieži vien ar depresiju) 15–25%, bipolāriem traucējumiem 10-15%.

Biežākie traucējumi, pēc pieejamās literatūras datiem, bērnu un pusaudžu vecumā, kas kombinējas ar PAV lietošanu ir uzvedības traucējumi, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms, depresija (ar trauksmi), šizofrēniskā spektra traucējumi un bipolāri traucējumi.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju, uzvedības traucējumi ir iekļauti F9 sadaļā „Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā”

F90 Hiperkinētiskie traucējumi

F90.0 Hiperaktivitāte un uzmanības traucējumi

F90.1 Hiperkinētiskie uzvedības traucējumi

Hiperkinētiskā sindroma (UDHS) diagnoze saskaņā ar SSK-10 ir pamatota, ja no G1 ir konstatējami vismaz seši simptomi, no G2 – trīs simptomi, no G3 – vismaz viens simptoms, kas tiek novērots vismaz sešu mēnešu periodā.

Lai diagnosticētu hiperkinētisko sindromu (UDHS), uzmanības traucējumiem, hiperaktivitātei, nemierīgumam jābūt spilgti izteiktiem un konstatējamiem dažādās situācijās un vidēs (pirmsskolas izglītības iestādē, skolā, mājās), šo traucējumu cēlonis nav citi psihiski traucējumi vai slimība (piemēram, autisms vai afektīvi traucējumi).

G1. Neuzmanība. Vismaz **seši** no minētajiem neuzmanības simptomiem ir spilgti izteikti vismaz **sešu** mēnešu novērošanas periodā, tie ir saistīti ar vāju adaptāciju un neatbilst bērna attīstības līmenim:

1. bērns nespēj uzmanīgi sekot uzdevumu detaļām vai arī pieļauj neuzmanības kļūdas mācību procesā vai rotaļās;
2. nespēj ilgi fiksēt uzmanību, mācoties vai rotaļājoties;
3. rodas iespaids, ka bērns nedzird to, ko viņam saka;
4. bērns nespēj sekot norādījumiem un pabeigt uzsākto darbu;
5. bieži traucēta darba un rotaļu organizācija (norise);
6. bieži izvairās no mājas darbiem vai citām aktivitātēm, kas prasa garīgu piepūli;
7. bieži zaudē priekšmetus, kas ir nepieciešami noteiktu darbību veikšanai, – skolas piederumus, rakstāmlietas, grāmatas u.c.;
8. ārējie kairinātāji viegli novērš uzmanību;
9. ikdienas aktivitātēs ir aizmāršīgs.

G2. Hiperaktivitāte. Vismaz **trīs** hiperaktivitātes simptomi no minētajiem vismaz **sešu** mēnešu novērošanas periodā, tie ir saistīti ar vāju adaptāciju un neatbilst bērna attīstības līmenim:

1. bieži nemierīgi kustina rokas un kājas, nevar būt mierā;
2. pamet savu vietu klasē vai citā situācijā, kad viņam būtu jāsēž;
3. bieži nevietā sāk skriet vai kaut kur rāpties, kad tas nav atļauts;
4. bieži spēlējas pārmērīgi trokšņaini vai ir grūtības spēlēties klusumā;
5. ilgstoša, pārmērīga kustību aktivitāte, ko nevar ietekmēt sociālā situācija vai aizrādījumi.

G3. Impulsivitāte. Vismaz **viens** no minētajiem impulsivitātes simptomiem vismaz **sešu** mēnešu periodā, tie ir saistīti ar vāju adaptāciju un neatbilst bērna attīstības līmenim:

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

G4. Traucējumi sākušies ne vēlāk kā septiņu gadu vecumu.

F91 Uzvedības traucējumi

Atkārtots un persistējošs asociālas, agresīvas, izaicinošas uzvedības stereotips, kas saistās ar pārmērīgiem kautiņiem, huligānismu, rupjību pret citiem cilvēkiem vai dzīvniekiem, būtiskiem mantas bojājumiem, dedzināšanu, zagšanu, atkārtotu melošanu, izvairīšanos no skolas vai bēgšana no mājām, parasti ir smagi dusmu uzliesmojumi un nepaklausība.

F91.0 Uzvedības traucējumi ģimenes ietvaros:

asociāla vai agresīva uzvedība (opozicionāra, izaicinoša, konfliktējoša), kas saistās tikai vai gandrīz tikai ar māju un ģimenes locekļiem vai tiešiem mājniekiem.

F91.1 Nesocializēti uzvedības traucējumi

persistējoša asociāla vai agresīva uzvedība ar spilgtu pervezīvu patoloģiju individuālās attiecībās ar citiem bērniem.

F91.2 Socializēti uzvedības traucējumi

Traucējumi izpaužas kā persistējoša asociāla vai agresīva uzvedība. Tie rodas indivīdiem, kuri kopumā ir labi iekļāvušies savā vienaudžu grupā (grupveida noziedzība, bēgšana no skolas).

F92. Jaukti uzvedības un emocionāli traucējumi

F92.0 Depresīvi uzvedības traucējumi

uzvedības traucējumu kombinācija ar persistējošu un spilgtu depresiju, kas izpaužas ar tādiem simptomiem kā pārmērīga nelaiemes sajūta, interešu un prieka zudums par ierastiem darbiem, pašapsūdzība un bezcerība. Var būt arī miega un ēstgribas traucējumi.

F92.8 Jaukti uzvedības un emociju traucējumi

Uzvedības traucējumi kombinējas ar persistējošiem un smagiem emocionāliem simptomiem kā trauksme, spaidu idejas vai uzmācīgas tieksmes, depersonalizācija vai derealizācija, fobijas vai hipohondrija.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju¹, šizofrēniskā spektra traucējumi ir iekļauti F2 sadaļā "Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi". Bērnu šizofrēnijas saskaņā ar SSK-10 kodējama ar

F20.80-F20.89 Cita veida šizofrēnija, bērnu tips (skat. algoritmu „Psihotiski traucējumi un šizofrēnija bērniem un pusaudžiem”)

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju, afektīvie traucējumi ir iekļauti F3 sadaļā „Garastāvokļa [afektīvie] traucējumi” Bērnu vecumā vairāk vērojami depresīvi uzvedības traucējumi, kas pēc SSK-10 kodējami ar

F92.0 Depresīvi uzvedības traucējumi.

Pusaudžu vecumā pārsvarā vērojami afektīvi traucējumi, kas pēc SSK-10 kodējami ar

F31 Bipolāri afektīvi traucējumi

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).

F32 Depresīva epizode

F33 Rekurenti depresīvi traucējumi

(skat. algoritmu „Depresija bērnu un pusaudžu vecumā”)

¹ Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada izdevums "International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision, Fifth edition 2016, Volume 1 http://www.spkc.gov.lv/ssk10/rsc/SSK_1_ievads.pdf 2016

Bērnu un pusaudžu vecumā biežāk lietotās vielas ir tabaka, alkohols, marihuāna, amfetamīns, LSD, kā arī šo vielu kombinācija.

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

F10.0-F19.0 Akūta intoksikācija

Stāvoklis, kas rodas pēc vielu lietošanas, kuru pavada pārejoši apziņas, kognitīvo funkciju, uztveres, emociju, uzvedības un citu psihofizioloģisko funkciju un reakciju traucējumi.

F10.-F19.1 Vielu kaitējoši pārmērtīga lietošana

- Ir skaidri pierādījumi, ka vielas lietošana izraisījusi psihisku vai fizisku kaitējumu vai jūtami līdzietekmējusi tā rašanos.
- Kaitējums ir skaidri identificējams un definējams.
- Vielas lietošana ilgusi vismaz vienu mēnesi vai tas noticis atkārtoti 12 mēnešu laikā.

F10.-F19.2 Psihiski un uzvedības traucējumi vielu lietošanas dēļ. Atkarības sindroms

Atkarības diagnostiskie kritēriji(SSK10):

- Spēcīga tieksme lietot vielu;
- Nespēja kontrolēt vielas lietošanas daudzumu, ilgumu;
- Abstinences sindroms pēc vielas lietošanas pārtraukšanas;
- Tolerances izmaiņas;
- sadzīve, intereses, darbs pakārtoti vielas meklēšanai un lietošanai;
- Vielas lietošana turpinās neskatoties uz redzamām sekām.

Agrīna PAV lietošana, kopā ar pubertātes neurohormonālajām pārmaiņām, ietekmē smadzeņu un neuroendokrīnās sistēmas attīstību tādā veidā, kas varētu veicināt jau esošo psihisko traucējumu(UDHS, depresija, trauksme), pasliktināšanos un ārstēšanu.

Svarīgi atzīmēt, ka medikamentoza terapija, kā galvenā metode, nav prioritāra ārstēšanas pieeja visiem komorbīdiem traucējumiem, piemēram uzvedības traucējumu, kas visbiežāk kombinējas ar PAV lietošanu ārstēšanā pirmā izvēle ir uzvedības un ģimenes terapija.

Algoritms "Dubultdiagnozes psihiatrijā un narkoloģijā bērnu un pusaudžu vecumā, agrīna atpazīšana, vadīšana, diferenciāldiagnostika, ārstēšana un aprūpe" ietver informāciju par psihisku traucējumu un paralēlu PAV lietošanas vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi pacientu grupā līdz 18 gadu vecumam - kvalitatīvai sistemātiskai, koordinētai, integrētai un efektīvai palīdzības sniegšanai.

Algoritma mērķi

1. Uzlabot bērnu un pusaudžu ar komorbīdu PAV lietošanu un psihiskiem traucējumiem vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi primārās un sekundārās veselības aprūpes līmenī
2. Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar komorbīdiem traucējumiem diagnostiku, diferenciāldiagnostiku un virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem, sadarbību ar rehabilitācijas dienestiem, sociāliem dienestiem, mazinot novēlotas diagnostikas un invalidizācijas riskus
3. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, iespējami izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
4. Veicināt lietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, veicināt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu izstrādi.

Mērķgrupas

1. Bērnu psihiatri
2. Psihiatri
3. Narkologi
4. Pediatri
5. Ģimenes ārsti
6. Citi ārsti speciālisti
7. Psihologi
8. Sociālo dienestu speciālisti
9. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

Pamatprioritātes ieviešot algoritmu

Pamatā algoritma prioritāte ir veidot pacienta ar PAV lietošanu un komorbīdiem psihiskiem traucējumiem mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu bērnu psihiatru / psihiatru sadarbību ar narkologu, ģimenes ārstu, sekmēt psihiatriskās un narkoloģiskās rehabilitācijas un psihosociālo intervenču ieviešanu, sociālo pakalpojumu racionālu izmantošanu, lai veicinātu lietderīgu un pacientam draudzīgu pakalpojumu sniegšanu. Mazināt psihosociālo faktoru negatīvo ietekmi uz PAV lietošanas attīstību un norisi.

III. Rekomendācijas

1. Primārās aprūpes līmenis. Gimenes ārsta konsultācija. **Bērns/pusaudzis ar psihiskiem simptomiem un uzvedības traucējumiem.**

1.1. Persona, kura apmeklē ģimenes ārstu ar sūdzībām kas varētu liecināt par psihiskiem vai uzvedības traucējumiem vai pacients, par kuru pēdējo 3 mēnešu laikā ir parādījusies jauna medicīniska informācija par psihiskiem traucējumiem (nosūtījumi, izraksti, epikrīzes utt.)

Psihisko un uzvedības traucējumu pazīmes mainās atkarībā no vecuma un traucējumu veida, bet dažas no biežākajām pazīmēm ir:

- bērna attīstības aizture salīdzinājumā ar vienaudžiem,
- pēkšņas sekmju izmaiņas, piemēram, pasliktināšanās, neskatoties uz ieguldītajām pūlēm,
- nespēja tikt galā ar ikdienas aktivitātēm,
- izmaiņas ēšanas un miega paradumos,
- bieža sūdzēšanās par fiziskiem simptomiem (galvas, vēdera vai citām sāpēm),
- alkohola vai narkotisku vielu lietošana,
- pastiprinātas bažas par lieko svaru,
- bieži dusmu uzplūdi,
- autoritātes noliegšana, zagšana, skolas neapmeklēšana, kļaiņošana,
- interešu zudums,
- sociāla izolēšanās,
- pastiprināta raizēšanās, trauksme,
- izteikts motors nemiers,
- agresīva uzvedība,
- pastāvīgi nomākts garastāvoklis,
- domas par pašnāvību, sevis savainošana,
- halucinācijām (biežāk dzirdes) vai arī uzvedība liecina par uztveres traucējumiem.

1.2. Jāievāc objektīvās anamnēzes datus no bērna/pusaudža un viņa ģimenes/likumiskiem pārstāvjiem (vai citiem pieejamiem informācijas avotiem – izglītības iestāde, bērnu aprūpes iestāde, pašvaldības sociālais dienests, bāriņtiesa, policija).

1.3. Anamnēzes dati par iespējamiem prodroma simptomiem: samazinātu interesi par mācībām, ārpusskolas nodarbībām un sociālo funkcionēšanu, pavājināta higiēnas normu ievērošana. Nedēļu vai mēnešu periodā pavājinās sekmes un motivācija mācībām. Mainās komunikācija ar ģimeni un vienaudžiem. Bērns/pusaudzis sūdzas par miega traucējumiem, dažādiem trauksmes simptomiem, nomāktu garastāvokli. Iespējamās pārmaiņas impulsu kontroles jomā, iespējama agresija, impulsivitāte vai pasivitāte.

Svarīgi! Konsultējot pacientu ir jājautā par psihoaktīvu vielu lietošanu (biežāk lietotās PAV bērnu un pusaudžu vecumā – alkohols, tabaka, kanabinoīdi, amfetamīns, MDMA(Extasy)), kā arī par iepriekš konstatētiem psihiskiem traucējumiem.

1.4. Psihisko simptomu, uzvedības traucējumu novērtēšana. Sākotnējs psihiskā stāvokļa izvērtējums.(skat. Ievads, saskaņā ar SSK10 diagnostiskajiem kritērijiem F9 sadaļā „ Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā”,

F20.80-F20.89 Cita veida šizofrēnija, bērnu tips, F3-Garastāvokļa traucējumi, F10-F19 psihiski un uzvedības traucējumi PAV lietošanas dēļ) Nosūtīt diagnozes precizēšanai pie bērnu psihiatra

Svarīgi! Ja ir pašnāvības risks vai agresīva uzvedība, nekavējoties organizēt pacienta stacionēšanu bērnu psihiatrijas nodaļā.

1.5. Ja tiek konstatēta PAV lietošana, jautāt par katru lietoto vielu, nosaukumu, lietošanas ilgumu, devas, vielas iedarbību, vielas lietošanas pārtraukšanas izraisītiem simptomiem.

1.6. Psihoaktīvo vielu lietošanas noteikšanai jāizmanto visi iespējamie uzziņas avoti:

- ziņas, ko sniedz slimnieks pats, radnieki, atbalsta personas
- asins (trombocitopēnija, liecināpar ilgstošu alkohola lietošanu), un urīna (ketonvielas, olbaltums, glikoze, eritrocīti liecina par alkohola pārmērīgu lietošanu) klīniskās, bioķīmiskās (aknu enzīmu ALAT, ASAT (1:2), amilāzes, bilirubīna paaugstinājums liecina par pārmērīgu alkohola lietošanu, augsts ALAT var norādīt uz B un C hepatītu) un ķīmiski toksikoloģiskās analīzes (atbilstoši PAV intoksikācijas vai abstinences sindroma pazīmēm, vai pacienta vai vecāku stāstītam par lietotām vielām, izskatu, nosaukumiem)),
- raksturīgi katrai PAV somatiski un psihiski simptomi, klīniskās pazīmes, uzvedība un citi pierādījumi (opioīdi –intoksikācijā šauras punktveida zīles, bradikardija, hipotonija, pazemināts apziņas līmenis, miegainība, reta elpošana, pēcinjekciju pēdas pa vēnu gaitu, abstinences sindroms - platas zīles, acu asarošana, šķaudīšana, žāvāšanās, svīšana, laužoša rakstura sāpes, biežāk mugurā, kājās, bezmiegs, nemiers, kanabinoīdi – platas zīles, injicētas sklēras, brūni aplikta, sausa mēle, smieklī, jautrība, amfetamīns – platas zīles, tahikardija, hipertensija, pļāpīgums, aktivitāte, bezmiegs, sajūta, ka kāds seko, Extasy – platas zīles, aktivitāte, ilūzijas, halucinācijas, izmainīta apkārtne, priekšmeti) ,
- skrīninga testi AUDIT (1.pielikums), Fagerstrēma nikotīna atkarības tests (2.pielikums)

Ja apstiprinās PAV lietošana un ar to saistītie psihiskie traucējumi, nosūtīt pie narkologa.

1.7 Ja daļēji apstiprinās aizdomas par psihiskiem traucējumiem (prodroma stāvoklis vai augsta riska prepsihotisks stāvoklis), PAV lietošanas epizodēm, tad rekomendē pacienta psihiskas veselības stāvokli un vielu lietošanu turpināt novērot 3 gadu periodā(ķīmiski toksikoloģisko analīžu kontrole, uzvedība, garastāvoklis, miegs, pozitīvā(halucinācijas, murgi), negatīvās(apātija, vēlmes un gribas defekts) simptomātikas attīstība) .

1.8. Vecākiem/likumiskajam pārstāvim un pašam pacientam rekomendē ambulatoras konsultācijas pie ģimenes ārsta ne retāk kā reizi 3-6 mēnešos(fiziskā veselības stāvokļa izvērtēšanai un uzraudzībai).

1.9. Turpmāk nepieciešams sekot subklīnisko simptomu intensitātei un biežumam, to saistībai ar mācību un sociālās funkcionēšanas traucējumiem.

1.10 Subklīnisku psihisku traucējumu gadījumā rekomendēt individuālu kognitīvi biheiviorālu terapiju (KBT) un vai ģimenes terapiju, ko nodrošina psihologs vai psihoterapeits (nav šobrīd valsts apmaksāts pakalpojums, izņemot gadījumos, kad ģimenes ārsts nosūta pie bērnu psihiatra, kas ,savukārt, nosūta pie psihologa vai psihoterapeita. Ņemot vērā ilgās gaidīšanas rindas pie bērnu psihiatra, pakalpojums var tikt saņemts novēloti par valsts līdzekļiem), psihoterapijas nepieciešamību vajadzētu saskaņot ar bērnu psihiatru, kas aizņems atkal papildus laiku līdz konsultācijas saņemšanai).

1.11. Informēt pacientu, viņa vecākus vai likumisko pārstāvi saprotamā veidā par iespējamiem psihotiskiem traucējumiem, PAV lietošanas pazīmēm un izraisītiem psihiskiem traucējumiem.

Svarīgi! Nenožīmēt medikamentozu terapiju bez bērnu psihiatra vai narkologa rekomendācijas.

1.12. Ja bērnam vai pusaudzim psihotiskie traucējumi ir saistīti ar PAV lietošanu nosūta pie narkologa vai organizē stacionēšanu daudzprofila stacionārā vai bērnu psihiatrijas nodaļā/vai specializētā stacionārā (no 16 gadu vecuma)/narkoloģiskā nodaļā (skat. punktu 4.3., 6.1.).

2.NMPD

Izvērtē bērna/pusaudža vispārējo veselības stāvokli, psihiskos/ psihotiskos traucējumus, uzvedību, izvērtē vai psihotiskie traucējumi varētu būt PAV izraisīti, veic alkohola pārbaudi izelpojamā gaisā, iespējamības robežās iegūst informāciju no vecākiem, aizbildņiem, apkārtesošiem cilvēkiem (ja izsaukums ir sabiedriskā vietā).

Atkarībā no iegūtās informācijas, hospitalizē bērnu slimnīcā/ psihiatriskā nodaļā, daudzprofilu stacionārā, specializētā stacionārā (psihiatrija/narkoloģija) (skat. punktu 4.3., 6.1.).

3.Sekundārais aprūpes līmenis. Bērnu psihiatrs

Bērnu psihiatrs veic izvērstu bērna klīnisko un psihosociālo izvērtēšanu. Ļoti svarīga ir informācija no bērna vecākiem (aizbildņiem) un citiem ģimenes locekļiem, kā arī bieži ir nepieciešams iegūt raksturojumus par bērnu no pedagogiem, skolas psihologa, sociālā darbinieka. Lai precizētu psihisko traucējumu raksturu un bērna attīstības līmeni, bieži ir nepieciešamas arī klīniskā psihologa, ergoterapeita, logopēda un citu funkcionālo speciālistu konsultācijas. Visiem bērniem jānovērtē fiziskās veselības stāvoklis, un jāveic nepieciešamie izmeklējumi, lai izslēgtu fizisku saslimšanu

3.1. Bērnu psihiatrs nodrošina savlaicīgu un kvalitatīvu bērna ar psihiskiem traucējumiem klīnisko izmeklēšanu, diagnostiku un diferenciatu diagnostiku, kā arī nosaka turpmāko terapijas taktiku

3.2. Visos gadījumos izjautāt par PAV lietošanu, konkrētām vielām, lietošanas biežumu, veidu, devām, veikt traucējumu novērtēšanu, izmantojot SSK10 diagnostiskos kritērijus

3.3. Pacienta, ģimenes vai likumiskā pārstāvja informēšana par psihiskiem traucējumiem, konstatēto PAV lietošanu un ārstēšanas iespējām

3.4. Izvērtēt indikācijas hospitalizācijai bērnu psihiatriskā stacionārā (skat. punktu 4.3).

3.5. Izvērtēt indikācijas ārstēšanai bērnu psihiatriskā dienas stacionārā (neirotiski traucējumi – ēšanas traucējumi, somatoformi traucējumi, vieglas depresijas epizodes, šizofrēnija pirmreizēji diagnosticēta, kā turpinājums stacionārai ārstēšanas epizodei, pēc stacionārās ārstēšanās – medikamentozās terapijas uzraudzība, psiholoģiska palīdzība)

3.5. Sastādīt ārstniecības plānu (kādi speciālisti nepieciešami ārstēšanās procesā, cik bieži jāplāno apmeklējumi, terapijas mērķis – piemēram, uzlabot saskarsmi, vārdu krājumu, vai un kad jālemj par medikamentozas terapijas uzsākšanas nepieciešamību, narkologa konsultācijas ar urīna analīžu kontroli, motivējošu intervencu biežums), ņemot vērā paralēlo PAV lietošanu, nepieciešamības gadījumā uzsākt medikamentozu terapiju

3.6. Klīniskā psihologa konsultācija un psiholoģiskā izpēte emocionālās sfēras, domāšanas procesu, personības īpatnību novērtēšanai.

3.7. Iepļānot atkārtotu vizīti pie bērnu psihiatra, kas ir jānosaka katram bērnam individuāli, atkarībā no diagnožu grupām, bet ne retāk kā 1x gadā, ja nozīmēti medikamenti, novērot 1x mēnesī

3.8. Ja konstatēta PAV paralēla lietošana, nosūtīt uz konsultāciju pie narkologa, urīna ķīmiski toksikoloģisko analīžu kontrolei un ārstēšanas plāna saskaņošanai.

4. Sekundārais aprūpes līmenis. Bērnu psihiatriskā nodaļa

Stacionēt bērnu / pusaudzi ar pirmreizēju psihozi vai psihiskiem traucējumiem un paralēlu PAV lietošanu bērnu psihiatrijas nodaļā nepieciešams, ja nav iespējama ārstēšanās ambulatori vai Dienas stacionārā (sociālas indikācijas, nevar izbraukāt uz dienas stacionāru, nav līdzestīgs ambulatorai terapijai, traucējumu smagums (halucinācijas, akūti murgi, impulsīva, agresīva uzvedība, suicidāli draudi) nosaka nepieciešamību uzsākt terapiju stacionārā ar tālāku pāreju uz dienas vai ambulatoru terapiju).

4.1. Izvērtēt indikācijas hospitalizācijai psihiatriskā stacionārā

Svarīgi! Vecāku vai likumiskā pārstāvja informēšana par nepieciešamību stacionēt bērnu psihiatriskajā stacionārā/nodaļā.

4.2. Saņemt pacienta vai likumiskā pārstāvja informētu piekrišanu ārstēšanai stacionārā² Ārstniecības likuma 68.panta normas piemērojamas tiešā veidā tikai tad, ja ārsts uzskata, ka nepilngadīgais patients pēc sava psihiskā stāvokļa un brieduma ir spējīgs pieņemt informētus lēmumus par savu veselību. Ja bērns pēc 14 gadu vecuma sava psihiskā stāvokļa vai nepietiekamā brieduma dēļ nespēj pieņemt informētu lēmumu – lēmumu jāpieņem un piekrišanu jāsniedz viņa likumiskajam pārstāvim. Ja pārstāvis nepiekrīt, bet ir tieši draudi pacienta veselībai, un bērna interesēs ir ārstēšanās stacionārā, tad ir jāinformē Bāriņtiesa ar lūgumu ierobežot vecāku tiesības uz ārstēšanās laiku, un tad lēmumu par ārstēšanos pieņem Bāriņtiesa. Bērnam līdz 14 gadu vecumam jebkurā gadījumā strādā iepriekšminētais mehānisms.

4.3. Papildus indikācijas stacionēšanai psihiatriskā nodaļā

Augsts pašnāvības risks

Apkārtējos cilvēkus apdraudoša uzvedība psihotisko simptomu iespaidā

Izteikti psihotiski traucējumi, kas nosaka pacienta uzvedību

Nepieciešamība diferencēt psihotiskos traucējumus no PAV lietošanas rezultātā izsauktiem psihotiskiem traucējumiem

Nepieciešamība būtiski mainīt antipsihotisko terapiju, ja ambulatori to veikt nav iespējams

4.4. Pacienta, ģimenes vai likumiskā pārstāvja informēšana par psihisko traucējumu un komorbīdo PAV lietošanas traucējumu ārstēšanas iespējām.

4.5. Psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā stāvokļa izvērtēšana un dokumentēšana. Klīnisko analīžu un paraklīnisko izmeklējumu nozīmēšana.

4.6. Pirmreizēji hospitalizētu pacientu ar akūtiem psihiskiem traucējumiem un PAV lietošanu anamnēzē, iestājoties stacionārā ievākt anamnēzes datus.

² Ārstniecības likums.

- 4.7. Sastādīt ārstniecības plānu novērtēt ārstēšanas iespējas multidisciplinārā komandā (ja ir pieejama)
- 4.8. Ja ir dati par PAV lietošanu, veic ķīmiski toksikoloģisko analīžu pārbaudi.
- 4.9. Nozīmē narkologa konsultāciju, kas veic PAV lietošanas traucējumu diagnostiku un nozīmē ārstēšanu.
- 4.10. Medikamentozas terapijas nozīmēšana, atbilstoši psihiskiem traucējumiem un PAV intoksikācijas vai abstinences sindroma klīnikai. (skat. 10.2 punktu, un algoritmus tēmā „Šizofrēnija”, „Depresija”, „Alkohols”, „Opioidi”)
- 4.11. Pēc izrakstīšanās, nosūta pie narkologa un bērnu psihiatra, tālākas ārstēšanas un aprūpes nodrošināšanai, izrakstā norāda rekomendācijas ar tālākās ārstēšanās plānu.

5. Sekundārais aprūpes līmenis. Narkologa ambulatora konsultācija

- 5.1. Narkologs nodrošina savlaicīgu un kvalitatīvu bērna ar PAV lietošanu un psihiskiem traucējumiem klīnisko izmeklēšanu, diagnostiku un diferenciatu diagnostiku, kā arī nosaka turpmāko terapijas taktiku
- 5.2. Visos gadījumos izjautāt par psihisko traucējumu sākumu, raksturu, saistību ar PAV lietošanu, ārstēšanos pie bērnu psihiatra, medikamentu lietošanu, veikt traucējumu novērtēšanu, izmantojot SSK10 diagnostiskos kritērijus.
- 5.3. Pacienta, ģimenes vai likumiskā pārstāvja informēšana par psihiskiem traucējumiem, konstatēto PAV lietošanu un ārstēšanas iespējām
- 5.4. Izvērtēt indikācijas hospitalizācijai bērnu psihiatriskā stacionārā atbilstoši 4.3. punktam
- 5.5. Izvērtēt indikācijas ārstēšanai bērnu psihiatriskā dienas stacionārā, atbilstoši 3.5. punktam
- 5.6. Izvērtēt indikācijas ārstēšanai narkoloģiskā stacionārā/nodaļā, atbilstoši 3.1. punktam
- 5.7. Sastādīt ārstniecības plānu (kādi speciālisti tiks piesaistīti ārstēšanas procesa nodrošināšanā, apmeklējuma biežums, analīžu nodošanas biežums, ārstēšanas mērķis), ņemot vērā paralēlos psihiskos traucējumus, nepieciešamības gadījumā uzsākt medikamentozu terapiju, atbilstoši 10.2 punktam, sadarbībā ar bērnu psihiatru.
- 5.8. Psihologa konsultācija un psiholoģiskā izpēte emocionālās sfēras, domāšanas procesu, personības īpatnību novērtēšanai.
- 5.9. Plānot sociāli psiholoģiskās treniņa grupas (nodrošina ambulatori VSIA Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs, motivācijas programmu, psihosociālo rehabilitāciju (nodrošina slimnīca „Gintermuiža” kā stacionāro ārstēšanu).
- 5.10. Nemotivētiem pacientiem plānot bērnu obligāto ārstēšanu³(pieejama tika slimnīcā „Gintermuiža”)
- 5.11. Ieplānot atkārtotu vizīti pie narkologa ar ķīmiski toksikoloģisko analīžu kontroli, ne retāk kā 1x mēnesī.

³MK noteikumi Nr.726 “Kārtība, kādā veicama obligātā ārstēšana bērniem, kuriem radušies psihiski vai uzvedības traucējumi alkoholisko dzērienu, narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošu vielu lietošanas dēļ, un kārtība, kādā sociālās korekcijas izglītības iestādēs

bērniem nodrošināma obligātā ārstēšana no alkohola, narkotisko un psihotropo vielu atkarības”

5.11. Ja konstatēti paralēli psihiski traucējumi, nosūtīt uz konsultāciju pie bērnu psihiatra, ārstēšanas plāna saskaņošanai.

6. Sekundārais aprūpes līmenis. Narkologs specializētā stacionārā/ narkoloģiskā nodaļā

Hospitalizācija narkoloģiskā stacionārā/nodaļā nepieciešama, ja ir objektīvi vai subjektīvi dati par vielu lietošanu un klīniskajā ainā dominē PAV izraisīti traucējumi

Svarīgi! Vecāku vai likumiskā pārstāvja informēšana par nepieciešamību stacionēt bērnu narkoloģiskajā stacionārā/nodaļā.

6.1. Stacionēšanas indikācijas:

PAV akūtas intoksikācijas klīnika ar izteiktiem uzvedības traucējumiem, kas var apdraudēt pacientu un apkārtējos

PAV akūtas intoksikācijas aina ar somatiskām komplikācijām(vemšana)

PAV intoksikācijas stāvoklis ar psihotisku simptomātiku

Nepieciešams atdiferencēt PAV lietošanas traucējumus no komorbīdiem psihiskiem traucējumiem

Pacients atvests no sabiedriskas vietas, sakontaktēt ar vecākiem neizdodas

6.2. Ja pacients iestāties pirmreizēji, akūtā stāvoklī, nepieciešams iegūt pilnvērtīgus anamnēzes datus gan par PAV lietošanu, gan iespējamiem psihiskiem traucējumiem anamnēzē, ārstēšanos pie psihiatra, lietotiem medikamentiem.

6.3. Papildus informācija (ko lietojis, kādos apstākļos, vai lietojis viens vai kopā ar draugiem, aizdomīgi priekšmeti, maisiņi, kas atrasti mājās, citi novērojumi par bērna un pusaudža uzvedību, vai iepriekš ārstējies pie psihiatra vai narkologa, attīstības problēmas, uzvedības problēmas, devianta uzvedība) iegūstama no vecākiem, aizbildņiem, sociāliem darbiniekiem.

6.4. Psihiskā stāvokļa izvērtējums un komorbīdo psihisko traucējumu diagnostika, saskaņā ar SSK10.

6.5. Neuroloģiskā un somatiskā stāvokļa izvērtēšana un dokumentēšana (acu zīles, izmēri, reakcija uz gaismu, koordinācijas traucējumi, dizartrijs, atmiņa, sirdsdarbības izvērtējums, asinsspiediens, elpošana, pēcinjekciju pēdas, pašsavainojumi, redzamās gļotādas, mēle aplikta, tīra, svīšana, urinācijas traucējumi).. Klīnisko analīzi, ķīmiski toksikoloģisko analīzi un paraklīnisko izmeklējumu nozīmēšana(pilna asins aina, elektrolīti Na, K, kreatinīns, ALAT, ASAT, glikoze, urīna analīze, asins un urīns uz PAV klātbūtni organismā, alkohols izelpojamā gaisā).

6.6. Ja konstatēti somatiski, neuroloģiski traucējumi, nepieciešams nodrošināt attiecīgā konsultanta pieaicināšana.

6.6. Psihiatra konsultācija, konstatēto psihisko traucējumu izvērtēšanai un terapijai.

6.7. Pacienta, ģimenes vai likumiskā pārstāvja informēšana par psihisko traucējumu un komorbīdo PAV lietošanas traucējumu ārstēšanas iespējām.

6.8. Sastādīt ārstniecības plānu novērtēt ārstēšanas iespējas multidisciplinārā komandā (ja ir pieejama).

6.9. Medikamentozas terapijas uzsākšana, veicot akūtas intoksikācijas, psihotisku traucējumu vai abstinences stāvokļu ārstēšanu atbilstoši 10.2. punktam.

6.10. Pēc izrakstīšanās, nosūta pie narkologa un bērnu psihiatra, tālākas ārstēšanas un aprūpes nodrošināšanai., izrakstā norādot rekomendācijas turpmākās ārstēšanās plānam.

7. Komorbīdo traucējumu novērtēšana

Ņemot vērā komorbīdo psihisko traucējumu lielo izplatību un to nelabvēlīgo mijiedarbību ar paralēlu PAV, jācenšas attīstīt agrīnās slimību skrīninga iespējas.

7.1. Klīniskā intervija un novērtējums

Pusaudža vecākiem vai aprūpētājiem jābūt klāt viņa sākotnējā klīniskajā intervijā. Viņu klātbūtne ļauj konsultantam noteikt konfidencialitātes noteikumus (tostarp ziņojumus par PAV ļaunprātīgu lietošanu, kaitējuma draudus sev vai citiem, iegūt agrīnu attīstības vēsturi un novērtēt ģimenes dinamiku).

Tai seko privāta intervija ar pusaudžiem kas ir svarīga, lai atvieglotu pieeju ārstēšanai un lai iegūtu atklātu informāciju par vielu ļaunprātīgu lietošanu un uzvedības problēmām, kuras pacientam var nebūt ērti atklāt vecāku klātbūtnē. Pacienta pašnovērtējumi par savu vielu lietošanas dinamiku un problēmām, kas saistītas ar narkotiku lietošanu, ir pamats mērķu izvirzīšanai un efektīvai ārstēšanas plānošanai.

Katras ļaunprātīgi lietotās vielas uzrādītie simptomi jānovērtē saskaņā ar SSK10 diagnostikas kritērijiem vielu lietošanai un atkarībai.

Jājautā par katras vielas lietošanas sākumu; progresēšanu, lietošanas veidu un biežumu, lietošana kombinācijā ar citām vielām; tolerances veidošanās, abstinences simptomi, reakcija uz jebkuru iepriekšējo ārstēšanu.

Vai tieksme lietot vielas ir saistīta ar nomāktu garastāvokli, trauksmi, stresu, vai lietošana nav saistīta ar vienaudžu ietekmi un pazemošanu skolā,

Kāda ir motivācija lietot vielas, pozitīvas un negatīvas lietošanas sekas, pašreizējās ārstēšanās motivācija un mērķi.

Vecākiem jāautā bērna attīstības vēsturi, kā arī psihisko simptomu un vielu ļaunprātīgas lietošanas sākumu un progresēšanu.

Secīga dzīves anamnēze ļauj ārstiem novērtēt attīstības traucējumu (piemēram, ļaunprātīgas izmantošanas, vecāku šķiršanās un zaudējums) ietekmi uz pašreizējām problēmām un izskaidrot saikni starp psihiskiem simptomiem un vielu lietošanu, īpaši intoksikācijas stāvokļos, abstinences sindroma un atturības periodos.

7.2. Testi PAV lietošanas un psihisko traucējumu diagnosticēšanai. (skat. algoritmus tēmā „Depresija”, „Alkohols”, „Opioīdi”)

7.3. SSK10 diagnostiskie kritēriji.

8. Diferenciāldiagnostika

- Attīstības, ģimenes anamnēze, laika faktors hronoloģiski nosaka vai traucējums ir primārs vai sekundārs
- stāvokļa smagums – par primāriem tiek uzskatīti tie traucējumi, kuri ir smagāki
- anamnēzē ir depresijas un trauksmes epizodes, kas nav saistītas ar PAV lietošanu
- depresijas un trauksmes traucējumi manifestējušies pirms PAV lietošanas uzsākšanas;
- depresija un trauksmes traucējumi saglabājas pietiekoši ilgu laiku (ne mazāk par 1 mēnesi) pēc PAV intoksikācijas vai abstinences sindroma ;
- Jebkura PAV gan akūtas intoksikācijas, gan hroniskas lietošanas rezultātā var izraisīt depresijas un trauksmes simptomus
- PAV inducētie psihiskie simptomi būs mazākā mērā izteikti, nenoturīgāki un īsāku laika periodu

- Ja, vidēji, 4 nedēļu laikā pēc PAV lietošanas pārtraukšanas depresijas un trauksmes simptomi nemazinās un neizzūd, jādomā par komorbīdu depresiju un trauksmi kā slimību
- PAV inducēti psihotiski traucējumi būs īsāku laika periodu, simptomi būs neizvērsti un nenoturīgi, tos pavadīs vairāki raksturīgi somatiskie un neiroloģiskie simptomi (svīšana, tahikardija, hipertenzija, platas vai šauras zīles ar samazinātu reakciju, koordinācijas traucējumi)
- Deficitāro simptomu attīstība vērojama šizofrēniskā spektra traucējumu gadījumos.
-

9. Bērnu un pusaudžu ar dubultdiagnozēm psihiatrijā un narkoloģijā vadīšana:

- Visaptverošs, sistemātisks novērtējums, lai identificētu problēmas un ārstēšanas vajadzības
- Empātisku, atbalstošu un motivējošu paņēmieni izmantošana sadarbības alianses veidošanai un saglabāšanas uzlabošanai
- Uzturošas ārstēšanas metožu izmantošana, nepieciešamību pamatojot ar urīna toksikoloģijas analīžu rezultātu kontroli, lai veicinātu un veidotu uzvedības izmaiņas un atturību no PAV
- KBT izmantošana individuālā vai grupas formātā, lai uzlabotu pusaudžu pašefektivitāti, problēmu risināšanu, lēmumu pieņemšanu, komunikāciju, dusmu pārvaldību, garstāvokļa regulēšanu, recidīvu pārvarēšanas un novēršanas prasmes. Šīs metodes bieži izmanto, lai palīdzētu pusaudžiem paredzēt un izvairīties no augsta riska situācijām un identificēt narkotiku lietošanas izraisītājus, samazināt draudzību ar citiem narkotiku lietotājiem un veicināt iesaistīšanos patīkamās darbībās, kas nav savienojamas ar narkotiku lietošanu;
- Ģimenes iesaistīšana pusaudža ārstēšanā, uzsverot vecāku uzraudzības un uzvedības vadības prasmju uzlabošanu un pārstrukturēšanas pasākumu izmantošanu, lai izlabotu mijiedarbības, attiecību un uzvedības traucējumus, kas uzlabotu vispārējo ģimenes darbību;
- Uzsvārs uz recidīvu novēršanu un nepieciešamību pēc pastāvīgas aprūpes, tostarp īpašu plānu izstrāde recidīva profilaksei, ko izstrādā narkologs, sadarbībā ar psihologu ambulatori vai pabeidzot ārstēšanu motivācijas un psihosociālās rehabilitācijas programmās;
- Koncentrēšanās uz ārstēšanas rezultātu novērtēšanu un integrētas komorbido traucējumu ārstēšanas

10. Ārstēšana

Komorbīdo psihisko un PAV lietošanas traucējumu ārstēšanai tiek izmantoti 3 modeļi:

1. Secīgais (viens aiz otra) modelis. Šajā modelī pacientam diagnosticētie psihiskie traucējumi un vielu lietošanas traucējumi tiek ārstēti secīgi, tas ir viens aiz otra, un ir maz komunikācijas starp pakalpojumiem. Pacienti parasti primāri saņem ārstēšanu nopietnākai problēmai un, tiklīdz šī ārstēšana ir pabeigta, viņi tiek ārstēti saistībā citām problēmām. Šāds modelis palielina abu pakalpojumu pārtraukšanas un recidīva risku. Pierādījumi liecina, ka no šāda modeļa jāizvairās, strādājot ar dubultdiagnozes pacientiem.

2. Paralēlais modelis. Šajā modelī divu dažādu traucējumu ārstēšanai tiek nodrošināta vienlaicīga divu pakalpojumu sniegšana.

Mērķis ir nodrošināt vienota pakalpojumu sniegšanu, koordinējot ārstēšanas plānu starp psihiatru un narkologu.

3. Integrētais modelis Šajā modelī ārstēšana tiek veikta psihiatriskajā slimnīcā, dienas stacionārā, ambulatorīvai PAV lietošanas ārstēšanas pakalpojumu sniegšanas vietās. (Latvijā pieejama metode, jo Bērnu slimnīcas psihiatrijas nodaļā strādā narkologs, kā arī daudziem psihiatriem un narkologiem ir abu specialitāšu sertifikāti)

10.1.Psihosociālā ārstēšana.

10.1.1.**Uzvedības terapijas** pieejas ir balstītas uz operantiem uzvedības principiem, kas ietver atlīdzību par rīcību vai darbībām, kas nav saderīgas ar narkotiku lietošanu. Tas nodrošina konstruktīvu motivāciju pastiprinošu sistēmu, kas palīdz veicināt vēlamu uzvedību un izslēgt to, kas saistīta ar narkotiku lietošanu. Urīna monitorings, lai atklātu narkotiku lietošanu, ir obligāti nepieciešams. Pusaudžu pētījumi liecina, ka ir svarīgi nodrošināt individuālu uzvedības terapiju un iesaistīt ģimeni ārstēšanā. Pierādīts, ka uzvedības terapija palīdz pusaudžiem dzīvot bez PAV un uzlabot problēmas citās jomās, piemēram, nodarbinātībā, skolas apmeklējumā, ģimenes attiecībās, problēmu risināšanā un garstāvokļa uzlabošanā. Kā valsts apmaksātu pakalpojumu piedāvā Motivācijas terapijas un psihosociālās rehabilitācijas programmas sastāvā.

10.1.2.**Kognitīvā uzvedības terapija (KBT)** - iknedēļas terapijas kursi no 5 līdz 16 nedēļām:

- Izmanto motivācijas uzlabošanas metodes, lai izveidotu spēcīgu ārstēšanas aliansi un uzlabotu iesaistīšanos ārstēšanas procesā un tā saglabāšanu;
- Funkcionālās analīzes veikšana, lai noteiktu vielu lietošanas modeļus, prasmju deficītu un disfunkcionālas attieksmes un domāšanu, kas pēc tam kļūst par konkrētiem intervences mērķiem;
- Uzlabot pārvarēšanas stratēģijas, lai efektīvi risinātu negatīvu noskaņu un dusmu stāvokļus, kā arī izprastu tieksmi pēc PAV;
- Problēmu risināšanas un komunikācijas prasmju stiprināšana un spēja paredzēt un izvairīties no augsta riska situācijām;
- Identificēt patīkamas nodarbes, kas nav savienojamas ar narkotiku lietošanu. Sākotnēji terapijas sesiju laikā tiek mācītas un praktizētas jaunas prasmes un pārvarēšanas stratēģijas, pēc tam tiek pielietotas pacienta ikdienas dzīvē „mājasdarbā”, pārskatot nākamo nedēļu panākumus un neveiksmes. Valsts apmaksāts pakalpojums iekļauts kā Motivācijas terapijas programmas neliela sastāvdaļa, galvenokārt kā maksas pakalpojums ko nodrošina speciālu apmācību ieguvuši psihologi un psihoterapeiti.

10.1.3.**Motivāciju pastiprinoša terapija** ir izmantojama gan kā atsevišķa, gan īsa iejaukšanās (ģimenes ārsts, NMPD, citu specialitāšu ārsti, kur pusaudzis nokļuvumsaistībā ar PAV lietošanu), gan integrēta ar citiem pasākumiem, piemēram, KBT. Tā ir uz klientu vērsta pieeja, kas palīdz pacientiem atrisināt ambivalenci attiecībā uz ārstēšanu un stiprināt viņu motivāciju veidot pārmaiņu plānu. Ir pierādīts, ka motivāciju pastiprinoša terapija uzlabo apņemšanos un motivāciju, kā arī samazina vielu lietošanu un riskantu uzvedību. Valsts apmaksātu pakalpojumu piedāvā slimnīca „Gintermuiža”.

10.1.4. Sociāli psiholoģiskās treniņa grupas.

Tiek pielietotas pacientiem ar vielu riskantu un kaitējošu lietošanu, vada psihologs un psihoterapeits, grupu terapijas veidā. Valsts apmaksātu pakalpojumu piedāvā VSIA Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs.

10.1.5.**Sociālās rehabilitācijas programma no PAV atkarīgiem bērniem** (Valsts apmaksātu pakalpojumu piedāvā slimnīcā „Gintermuiža”)

Sociālās rehabilitācijas mērķis ir veicināt bērna atteikšanos no PAV un atkarību izraisošo procesu lietošanas, kā arī motivēt klienta atgriešanos pilnvērtīgā dzīvē kā attīstīties un pilnveidoties spējīgai personībai atbilstoši vecumposmam. Programma paredzēta 12-18 gadus veciem bērniem, kuriem narkologs, izvērtējot bērna veselības stāvokli, secina, ka ir novērojama psihoaktīvo vielu lietošana vai tieksme uz atkarības veidošanos.

10.1.6. Uz ģimeni balstītas intervences :

- strukturāli stratēģisku ģimenes terapiju,
- vecāku vadības apmācību
- multisistēmu terapiju
- daudzdimensiju ģimenes terapiju

Tās ir balstītas uz ģimenes sistēmu teoriju un ir vienots pieņēmums, ka disfunkcionāla ģimenes dinamika veicina pusaudžu PAV lietošanu un ar to saistītās problēmas. Praksē ārsti veic funkcionālu analīzi, lai identificētu problēmas, kas saistītas ar uzvedību, un attiecību modeļus, kas pēc tam ir vērsti uz pārstrukturēšanas pasākumiem. Vecākiem tiek mācītas labākas pārraudzības prasmes un galvenie uzvedības vadības principi, lai uzlabotu viņu pusaudžu uzvedību un samazinātu narkotiku lietošanu kopā ar stratēģijām, lai uzlabotu vispārējo ģimenes darbību un saglabātu ārstēšanas ieguvumus.

10.1.7. Pacienta izglītošana(psihoeducācija)

- Psihiskie traucējumi, to ārstēšanas iespējas
- Neārstētu traucējumu iespējamie riski
- Agresīva uzvedība, pašnāvības risks
- PAV lietošanas izraisītie fiziskās un psihiskās veselības traucējumi

10.2. Medikamentozā ārstēšana

Medikamenti nav pirmās līnijas ārstēšanas pieeja bērnu un pusaudžu ar komorbīdiem traucējumiem ārstēšanā. Piemēram uzvedības traucējumu, kas visbiežāk kombinājas ar PAV lietošanu efektīva ārstēšana ir uzvedības un ģimenes terapijas.

- Ja ir norādījumi medikamentu lietošanā, apsveriet zāles ar labu drošības profilu, medikamentus ar zemu ļaunprātīgas izmantošanas iespēju, un, ja iespējams, lietojamus vienu reizi dienā.
- Ja vien iespējams, lietojiet vienu medikamentu.
- Nodrošiniet pacientam un ģimenei informāciju par zāļu nelabvēlīgas mijiedarbības ar ļaunprātīgi lietotām PAV iespējamību un nepieciešamību pēc atturības vai samazinātu vielu lietošanu, lai nodrošinātu drošību un efektivitāti;
- Izveidojiet mehānismus, lai cieši uzraudzītu zāļu atbilstību (sākotnēji reizi nedēļā), nelabvēlīgo ietekmi, mērķa simptomu reakciju un PAV lietošanu (izmantojot gan pašnovērtējumu, gan urīna skrīningu).
- Uzraugiet, kā tiek ievērota PAV lietošanas ārstēšana (parasti individuālā un / vai ģimenes konsultēšana vismaz reizi nedēļā) un regulāra urīna pārbaude.
- Medikamentozas ārstēšanas laikā jāuzrauga pacienta ārstēšanas motivācija un mērķa simptomu reakcija, uzvedības izmaiņas un psihosociālā darbība., ko izvērtē ar urīna ķīmiski toksikoloģisko analīžu rezultātiem, atkārtotu psihodiagnostiku pēc 6 mēnešiem, apmeklējumu regularitāti, līdzestību terapijai, iegūstot papildus ziņas no vecākiem, sociāliem darbiniekiem, aizbildņiem).
- Ja vielu lietošana vai komorbidālās slimības mērķa simptomi nav būtiski uzlabojušies pirmo divu ārstēšanas mēnešu laikā vai ja ir pierādījumi par narkotiku lietošanas pastiprināšanos vai klīnisku pasliktināšanos, pārvērtējiet vai apsveriet

iespēju mainīt medikamentus, atkārtoti izvērtējot diagnozi (piemēram, bipolāri pret unipolāru depresiju), kā arī aprūpes vai ārstēšanas biežuma paaugstināšana.

- Runājiet ar pacientu par recidīvu profilakses stratēģijām un nepieciešamību turpināt aprūpi ar regulāru sekošanu viņa psihiatriskajam traucējumam un PAV lietošanai. Nepietiekama uzraudzība un ārstēšanas atbilstība abiem traucējumiem, palielina recidīva risku un psihiatriskā traucējuma destabilizāciju. Recidīva iespējamība pēc akūtas ārstēšanas epizodes ir augsta, kas raksturīga daudzām hroniskām, recidivējošām slimībām.

10.2.1.PAV lietošanas un atkarības ārstēšana.

Efektīvi medikamenti ir opioīdu, alkohola un nikotīna lietošanas traucējumu ārstēšanai un daudzu citu traucējumu simptomu mazināšanai. Piemēram, Bupropions ir apstiprināts depresijas un atkarības no nikotīna ārstēšanai.)Skat. algoritmus tēmā „Alkohols”, „Opioīdi”)

10.2.2.UDHS

UDHS ārstēšana ir komplekss pasākumu kopums, kurā aktīvu dalību ņem gan bērns un viņa vecāki, gan pirmsskolas un skolas pedagogi, gan sociālie darbinieki un ārsti – bērnu psihiatri, bērnu neirologi, psihoterapeiti, pediatri, ģimenes ārsti.

UDHS terapijas komponenti:

Medikamentozā terapija, kuru nozīmē psihiatrs:

- stimulantu (metilfenidāta grupas medikamenti),
- antidepresantu grupas medikamenti (atomoksetīns, bupropions),
- citi medikamenti / kombinētā terapija.

Alternatīvās ārstēšanas metodes (vitamīni, homeopātiskie u.c. līdzekļi):

10.2.3.Bipolāri traucējumi Farmakoterapija ar garastāvokļa stabilizētājiem (piemēram, litijs, valproīnskābe, karbamazepīns) ir pirmās līnijas ārstēšana bipolāriem traucējumiem pusaudžiem ar vai bez PAV lietošanas. Tomēr medikamenti neietekmē PAV lietošanu, tādēļ bērniem un pusaudžiem ar PAV lietošanu nepieciešams terapijā pievienot specifiskus medikamentus atkarības ārstēšanai.

10.2.4. Depresija (skat. algoritmus tēmā „Depresija”)

10.2.5.Trauksmes traucējumi KBT vai , bieži kombinēta ar SSRI medikamentiem, tiek uzskatīta par labāko praksi trauksmes traucējumu ar vai bez paralēlas PAV lietošanas ārstēšanā.

Atsauces

1. Erin L. Winstanley, Donald M. Steinwachs,^b Maxine L. Stitzer,^c and Marc J. Fishman „Adolescent Substance Abuse and Mental Health: Problem Co-Occurrence and Access to Services”. J Child Adolesc Subst Abuse. 2012 Jul 1; 21(4): 310–322.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923628/>
2. Yifrah Kaminer, MD, MBA, Daniel F. Connor, MD, and John F. Curry, PhD, „Comorbid Adolescent Substance Use and Major Depressive Disorders”, Psychiatry (Edgmont). 2007 Dec; 4(12): 32–43.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861513/>
3. National Institute on Drug Abuse (NIDA)
Common Comorbidities with
Substance Use Disorders
Last Updated February 2018
<https://www.drugabuse.gov>
4. Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības ministrija” Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes”
http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Nozare/Buklets_Psihiska_veseliba.pdf
5. Slimību profilakses un kontroles centrs, ”Narkotisko vielu lietošanas izplatība bērnu un jauniešu vidū līdz 2015.gadam”, Tematiskais ziņojums .1.izdevums, Rīga , 2017
https://www.spkc.gov.lv/upload/Zinojumu_faili/berni_narkotikas_zinojums.pdf
6. Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (UDHS) diagnostikas un korekcijas vadlīnijas bērniem un pusaudžiem, BKUS Bērnu psihiatrijas klīnika, RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra
2014
https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/UDHS_vadlinijas_2014.pdf
7. Paula D. Riggs, M.D, „Treating Adolescents for Substance Abuse and Comorbid Psychiatric Disorders”, Sci Pract Perspect. 2003 Aug; 2(1): 18–29.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851046/>
8. „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>

Pielikumi

1.pielikums „Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests” (AUDIT)

<p>1. Cik bieži jūs dzerat alkoholu saturošus dzērienus?</p> <p>(0) nekad (pārejiet pie 9.-10.jautājuma)</p> <p>(1) reizi mēnesī vai retāk</p> <p>(2) 2 līdz 4 reizes mēnesī</p> <p>(3) 2 līdz 3 reizes nedēļā</p> <p>(4) 4 vai vairāk reizes nedēļā</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>6. Cik bieži pēdējā gada laikā jums vajadzēja no rīta iedzert, lai sāktu dienu pēc lielākas iedzeršanas?</p> <p>(0) nekad</p> <p>(1) retāk kā reizi mēnesī</p> <p>(2) reizi mēnesī</p> <p>(3) reizi nedēļā</p> <p>(4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>2. Cik alkoholu saturošus dzērienus jūs izdzerat tipiskā dienā, kad jūs lietojat alkoholu?</p> <p>(0) 1 vai 2</p> <p>(1) 3 vai 4</p> <p>(2) 5 vai 6</p> <p>(3) 7,8 vai 9</p> <p>(4) 10 vai vairāk</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>7. Cik bieži pēdējā gada laikā jūs esat izjutis/usi vainas sajūtu vai sirdsapziņas pārmetumus pēc dzeršanas?</p> <p>(0) nekad</p> <p>(1) retāk kā reizi mēnesī</p> <p>(2) reizi mēnesī</p> <p>(3) reizi nedēļā</p> <p>(4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>3. Cik bieži jūs dzerat 6 vai vairāk dzērienus vienā reizē?</p> <p>(0) nekad</p> <p>(1) retāk kā reizi mēnesī</p> <p>(2) reizi mēnesī</p> <p>(3) reizi nedēļā</p> <p>(4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p> <p>Ja kopējais punktu skaits par 2. un 3. jautājumu ir 0, pārejiet pie 9. jautājuma</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>8. Cik bieži pēdējā gada laikā jūs nevarējāt atcerēties, kas notika iepriekšējā dienā, dzeršanas dēļ?</p> <p>(0) nekad</p> <p>(1) retāk kā reizi mēnesī</p> <p>(2) reizi mēnesī</p> <p>(3) reizi nedēļā</p> <p>(4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>4. Cik bieži pēdējā gada laikā, jūs ievērojāt, ka nevarat pārstāt dzert, kad esat iesācis/kusi?</p> <p>(0) nekad</p> <p>(1) retāk kā reizi mēnesī</p> <p>(2) reizi mēnesī</p> <p>(3) reizi nedēļā</p> <p>(4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>9. Vai jūs esat guvis/usi traumu vai radījis/usi ievainojumus citiem dzeršanas dēļ?</p> <p>(0) nē</p> <p>(2) jā, bet ne pēdējā gada laikā,</p> <p>(4) jā, pēdējā gada laikā</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>5. Cik bieži pēdējā gada laikā jūs nepaveicāt to, ko jūs citā gadījumā būtu veicis/kusi dzeršanas dēļ?</p> <p>(0) nekad</p>	<p>10. Vai kāds no radniekiem, ārsts vai cits medicīnas darbinieks ir izrādījis bažas par jūsu dzeršanu un ieteicis jums to samazināt?</p>

(1) retāk kā reizi mēnesī		(0) nē	
(2) reizi mēnesī	<input type="text"/>	(2) jā, bet ne pēdējā gada laikā,	
(3) reizi nedēļā		(4) jā, pēdējā gada laikā	
(4) katru dienu vai gandrīz katru dienu			<input type="text"/>
Atzīmējiet punktu kopsummu			<input type="text"/>

- AUDIT \geq 8 riskanta alkohola lietošana (īsa konsultatīva palīdzība)
- AUDIT \geq 15 kaitējoši pārmērīga alkohola lietošana (īsā intervence, narkologa konsultācija)
- AUDIT \geq 20 iespējama alkohola atkarība (īsā intervence, narkologa konsultācija)

2.pielikums „Fagerstrēma nikotīna atkarības tests”

Jautājums	Atbilde	Punkti
1.Cik ilgi pēc pamošanās jūs izsmēķējat pirmo cigareti?	5 minūtes	3
	6-30 minūtes	2
	31-60 minūtes	1
	Pēc 60 minūtēm	0
2.Vai jums ir grūti atturēties no smēķēšanas vietās, kur tā aizliegta?	Jā Nē	1 0
3.No kuras cigaretes jums būtu visgrūtāk atturēties?	No pirmās cigaretes dienā No jebkuras citas	1 0
4.Cik cigaretes dienā jūs izsmēķējat?	Mazāk kā 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	Vairāk nekā 31	3
5.Vai pirmajā stundā pēc pamošanās jūs smēķējat intensīvāk nekā visā pārējā dienā?	Jā Nē	1 0
6.Vai Jūs smēķējat, kad esat tik slim, ka jāpavada gultā lielākā dienas daļa?	Jā Nē	1 0
Kopējais punktu skaits		

Fagerstrēma atkarības testa izvērtējums

Punkti	Raksturojums
0-1	- ļoti zema atkarība - maz un reti atcelšanas simptomi - reti nepieciešama palīdzība smēķēšanas atmešanā
2-3	- neliela atkarība - var rasties sarežģīti atcelšanas simptomi - bieži iespējams atmet pašiem - medikamenti var palīdzēt
4-5	- vidēja atkarība - bieži atcelšanas simptomi - medikamenti bieži ļoti efektīvi - reāls smēķēšanas izraisīto slimību risks
6-7	- smaga atkarība - smagi atcelšanas simptomi - sliktas izredzes atmet smēķēšanu - augsts smēķēšanas izraisīto slimību risks - svarīgi medikamenti, iespējams kombinācijās - vajadzīgas lielākas devas un ilgstoša lietošana - svarīgs atbalsts - liels alkohola pārmērīgas lietošanas un depresijas risks
8-10	- ļoti smaga atkarība - ļoti nelielas izredzes atmet smēķēšanu - ļoti nopietni atmešanas simptomi - medikamenti un atbalsts ir ir izšķirīgi - lielās devās un ilgu laiku - pārsvarā cieš no smēķēšanas izraisītām slimībām

	- trauksme, depresija, sāpes un alkohola atkarība – bieži
--	---