

# **Klīniskais algoritms**

## **Depresijas, trauksmes un psihoaktīvo vielu lietošanas (PAV) 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 .....	2
II. Vispārējā daļa.....	3
Ievads .....	3
Algoritma mērķi.....	4
Mērķgrupas .....	4
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu .....	4
III. Rekomendācijas.....	5
1.Sākotnējā novērtēšana (ģimenes ārsta etapā, veic ģimenes ārsts) .....	5
2.Sekundārās aprūpes etaps .....	6
3.Sekundārās aprūpes etaps .....	9
4. Komorbīdo traucējumu izvērtēšana .....	9
5. Depresijas, trauksmes un PAV traucējumu diferenciāldiagnostika.....	10
6.Psihoedukācija (pacienta un ģimenes izglītošana).....	10
7. PAV lietošanas izraisītas depresijas un trauksmes ārstēšana.....	11
8.Neatkarīgu depresijas un trauksmes traucējumu un PAV lietošanas ārstēšana .....	12
9.Depresijas un trauksmes traucējumu izsauktas PAV lietošanas ārstēšana .....	12
10. Depresijas, trauksmes un PAV traucējumu vadīšana un ārstēšana.....	12
Atsauces.....	15
Pielikumi.....	16
1.Pielikums „GAD-7 pašnovērtēšanas skala”.....	16
2.Pielikums „Narkotiku skrīninga aptauja (DAST)” .....	17
3.Pielikums „Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests (AUDIT)” .....	19
4.Pielikums „Hamiltona depresijas vērtēšanas skala (HAMD – 17)” .....	21
5.Pielikums „ Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9)” .....	24

# I. Algoritma shēma

Depresijas, trauksmes un psihoaktīvo vielu lietošanas(PAV) traucējumu komorbidity, diagnostika, diferenciāldiagnostika, vadīšana, ārstēšana, aprūpe.

Ģimenes ārsts, atbalsta persona, radnieki, vecāki (skatīt algoritma 1.1 un 1.2 punktu)

2. Narkologs

3. Psihiatrs

Pacientu ar PAV lietošanas traucējumiem diagnostika(SSK-10), izmeklēšana, laboratoriskie izmeklējumi, skrīnings un novērtēšana (skatīt algoritma 2.1. un 2.2. punktu)

Pacientu ar afektīvo un trauksmes traucējumiem diagnostika(SSK-10) izmeklēšana, laboratoriskie izmeklējumi, skrīnings un novērtēšana (skatīt algoritma 3.1.punktu)

PAV intoksikācijas un abstinences stāvokļu raksturīgo simptomu izvērtēšana (skatīt algoritma 2.3.punktu)

Depresijas un trauksmes komorbidity specifiska izvērtēšana konkrētai lietotai PAV (skatīt algoritms 2.4. -2.8. punktu)

Komorbīdo traucējumu izvērtēšana (skatīt algoritma 4.punktu)

Diferenciāldiagnoze (skatīt algoritma 5.punktu)

Psihoeducācija (skatīt algoritma 6.punktu)

PAV izsauktas depresijas un trauksmes ārstēšana (skatīt algoritma 7.punktu)

11. Neatkarīgu depresijas un trauksmes traucējumu un PAV lietošanas ārstēšana (skatīt algoritma 8.punktu)

12. Depresijas un trauksmes traucējumu izsauktas PAV lietošanas ārstēšana (skatīt algoritma 9.punktu)

Afektīvo, trauksmes un PAV lietošanas traucējumu paralēla un integrēta ārstēšana (skatīt algoritma 10.punktu)

Farmakoterapija, psihoterapija, uzraudzība, atbilstoši lietotai PAV (skatīt algoritmu Alkohols, Opioidi)

Farmakoterapija, psihoterapija, atbilstoši depresijas simptomiem un klīniskai norisei (skatīt algoritmu Depresija)

## II. Vispārējā daļa

### Ievads

Depresija var būt kā endogēna slimība – bipolāri afektīvo traucējumu un rekurentu depresīvu traucējumu ietvaros, vai kā sindroms, kas pavada citus psihiskus traucējumus vai somātisku un neiroloģisku saslimšanu. Depresija - nomākts garastāvoklis, pazeminātas intereses, nogurdināmība, enerģijas trūkums. Trauksme - saspringums, bailes, iekšējs nemiers. Lai diagnosticētu smagu depresiju, cilvēkam ir jābūt nomāktam garastāvoklim, interešu vai ikdienas aktivitāšu zudumam konsekventi vismaz divu nedēļu laikā. Klīniskā aina ir atkarīga no dzimuma, vecuma, kā arī no depresijas komorbiditātes. Depresija ar trauksmi kombinējas līdz pat 80% pacientu. Papildus depresijai raksturīgajām izpausmēm, pacients sūdzas par trauksmei raksturīgu simptomātiku ar psihiskiem un somatiskiem simptomiem un veģetatīvās nervu sistēmas regulācijas traucējumiem. Depresijas klasifikācija pēc SSK-10 (Skatīt algoritmu „Depresija”)

PAV (alkohols, narkotiskās un psihotropās vielas) ir bioloģiski aktīva viela, kas ietekmē centrālo nervu sistēmu, izmainot to lietotāja uztveri, garastāvokli, apziņu, izziņu un uzvedību. PAV rada ne tikai psihiska un fiziska rakstura un uzvedības traucējumus, bet arī atkarību. Katrai vielai ir noteikta ietekme uz cilvēka veselību, tāpēc svarīgi apzināties, cik dažādas var būt PAV radītās sekas, ņemot vērā atkarības smagumu. Atkarība no dažādām vielām nozīmē nepārvaramu vēlmi lietot šo vielu tādos daudzumos, lai sasniegtu vēlamo efektu, neņemot vērā negatīvās sekas, ko šī viela atstāj uz cilvēka dzīvi.

Depresijas un trauksmes stāvokļu, kas biežāk kombinējas ar PAV lietošanu klasifikācija pēc SSK-10

F31 Bipolāri afektīvi traucējumi

F32 Depresijas epizode

F33 Rekurenti depresīvi traucējumi

F40 Fobiska trauksme

F41 Cita veida trauksme

F43 Adaptācijas traucējumi

PAV lietošanas traucējumu klasifikācija pēc 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 vēlu sākušies psihotiski traucējumi

F10-F19.8 -citi psihiski un uzvedības traucējumi

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

Pētījumi par depresijas un PAV lietošanas komorbiditāti uzrāda augstus rezultātus. 32% pacientu ar garastāvokļa traucējumiem bija arī PAV lietošanas problēmas. No cilvēkiem, kam bija depresija mūža garumā, 16,5% bija alkohola lietošanas traucējumi un 18% - narkotiku lietošanas traucējumi. PAV lietošana ir īpaši izplatīta starp bipolāriem traucējumiem - 56% bija paralēli vielu lietošanas traucējumi.

Dažu PAV intoksikācijas vai abstinences stāvoklis var izraisīt depresijas simptomus. Ja šie simptomi ir pietiekami nozīmīgi, tos var raksturot kā vielas izraisītus garastāvokļa

traucējumus, kas pasliktina un komplicē atveseļošanos no depresijas kā slimības. Šī komorbiditāte var arī ietekmēt pacienta atbildes reakciju uz medikamentozo terapiju vai citām terapeitiskām iejaukšanās darbībām, samazinot atveseļošanās ātrumu un palielinot depresijas un trauksmes simptomu atkārtšanās iespējamību.

Ir izpētīti 3 komorbīdo traucējumu ceļi: 1) pašārstēšanās – PAV lietošana depresijas un trauksmes simptomu mazināšanai; 2) PAV lietošanas izraisīta depresija un trauksme; 3) kopējas izcelsmes, bet no traucējumiem neatkarīgs ceļš (piemēram, ģenētika).

Neatkarīgi no tā, kurš traucējums bija pirmais, svarīgi ir atcerēties, ka vienlaikus jāārstē gan vielu lietošana, gan depresijas simptomi. PAV lietošana var traucēt, savlaicīgu depresijas atklāšanu, ārsta apmeklējumu, līdzestību terapijai.

Pacientiem dažādos laikos var būt vairāk vai mazāk intensīvi depresijas simptomi vai vielas lietošanas traucējumu simptomi, bet tiem nepieciešama nepārtraukta aprūpe.

Depresijas un PAV lietošanas komorbīdo traucējumu laicīga un precīza diagnostika un izvērtēšana ir svarīga, jo atšķiras ārstēšana, laicīga diagnostika un ārstēšana var uzlabot pacienta dzīves kvalitāti, novērst pašnāvības riskus.

Algoritms “Depresijas, trauksmes un psihoaktīvo vielu lietošanas (PAV) traucējumu komorbiditāte, diagnostika, diferenciāldiagnostika, vadīšana, ārstēšana, aprūpe.” ietver pacientu no 18 gadu vecuma psihiskā stāvokļa novērtēšanu depresijas un trauksmes precīzai diagnostikai, diferencēšanai no PAV lietošanas izraisītiem komorbīdiem stāvokļiem, kas sekmētu precīzu tālāku pacientu vadīšanu, izmeklēšanu, ārstēšanu.

### **Algoritma mērķi**

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

### **Mērķgrupas**

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

### **Pamatprioritātes ieviešot algoritmu**

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

### III. Rekomendācijas

#### 1. Sākotnējā novērtēšana (ģimenes ārsta etapā, veic ģimenes ārsts)

1.1. Ģimenes ārsts iegūst informāciju no pacienta un viņa tuviniekiem:

##### Skrīninga mērķpopulācija

- Sūdzības par nomāktu garastāvokli, anamnēzē depresija
- Nespēks, nogurums, svara zudums bez medicīniska iemesla,
- Miega traucējumi, ilgstoša miega līdzekļu vai benzodiazepīnu lietošana,
- Sūdzības par atmiņas traucējumiem, koncentrēšanās grūtības,
- Trauksmes simptomi(iekšēja spriedze, nemiers vai sirdsklauves, reiboņi, smakšanas sajūta, ”kamols kaklā”, panikas lēkmes)
- Daudzas medicīniskineizskaidrojamas somatiskas sūdzības, nav skaidri cēloņi, nav skaidra diagnoze,
- Pašlaik hroniskas somatiskas slimības, kuras grūti padodas ārstēšanai, bieži ārsta apmeklējumi.
- Ilgstošas psihotraumējošas situācijas
- Pārmērīga alkohola vai narkotisko vielu lietošana, smēķēšana.

1.2. Pacienta vispārējā veselības stāvokļa novērtēšana, laboratoriskie un papildus izmeklējumi:

- Izjautā par afektīviem, trauksmes traucējumiem un PAV lietošanu( lieto sedatīvus un miega līdzekļus, ko izrakstījis ārsts, sastāv metadona vai buprenorfīna ilgtermiņa farmakoterapijas programmās, narkotisko pretsāpju līdzekļu izrakstīšana hroniska sāpju sindroma ārstēšanai),
- vispārēja izmeklēšana(sirdsdarbība, asinsspiediens, svīšana, tremors, acu zīlītes, pēcinjekciju pēdas),
- laboratoriskie izmeklējumi:
  - D vitamīns (nav valsts apmaksāts pakalpojums)
  - TSH(vairogdziedzera darbības izvērtēšanai, ja sūdzības par trauksmi)
  - ALAT, GGT(aknu enzīmi, nosaka, ja AUDIT  $\geq 15$ , parasti ASAt:ALAT=2:1)
  - HCV, HIV(ja konstatē pēcinjekciju pēdas)
- skrīninga testi : Depresijas skala PHQ-2  $\geq 2$ ; Trauksmes skala GAD-2  $\geq 2$ ; (4.pielikums un 1.pielikums)
- skrīninga testi: AUDIT  $\geq 8$  (riskanta lietošana); AUDIT  $\geq 15$  (kaitējoši pārmērīga lietošana) (3.pielikums)
- brahiocefālo un transkraniālo asinsvadu US skenešana ar Duplex metodi(pēc 45 gadu vecuma, lai izslēgtu asinsvadu patoloģiju, kas var izsaukt afektīvus traucējumus)
- nosūta pie psihiatra, ja PHQ-2  $\geq 2$ , GAD-2  $\geq 2$ , izteiktas izmaiņas MRI un dominē sūdzības par afektīviem traucējumiem un trauksmi
- nosūta pie narkologa, ja AUDIT  $\geq 15$ , paaugstināti aknu enzīmi, dominē sūdzības, saistītas ar PAV lietošanu)

## 2.Sekundārās aprūpes etaps

Narkologs. Pacientu ar PAV lietošanas traucējumiem diagnostika(SSK-10), izmeklēšana, laboratoriskie izmeklējumi, skrīnings un novērtēšana

**Svarīgi!** Ja pacients sākotnēji ar PAV saistītiem simptomiem nokļuvis narkoloģiskā nodaļā(*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), paralēli tiek konstatēti garastāvokļa traucējumi, tad 1. punktā aprakstītās darbības, laboratoriskos izmeklējumus, skrīninga testus jāveic šeit, pieaicinot kā konsultantu psihiatru..

### 2.1.Psihoaktīvo vielu lietošanas noteikšanai jāizmanto visi iespējamie uzziņas avoti:

Psihiskais stāvoklis

- apziņa
- kontakts
- uztvere
- uzmanības noturēšana
- atmiņa
- domāšana
- emocionālā un gribas sfēra
- uzvedība (agresīva, impulsīva, adekvāta, neadekvāta apkārtējai situācijai)

Neiroloģiskai stāvoklis

- acu zīlīšu forma, lielums, reakcija uz gaismu, nistagms
- līdzsvars, koordinācija, gaita
- muskulatūras tonuss
- cīpslu refleksi, patoloģiskie refleksi

Somatiskais stāvoklis

- ārējais izskats (apģērbs, ķermenis, poza, gaita, mīmika, runas veids, mati, zobi)
- āda (krāsa, turgors, tūska) un gļotādas, acu sklēras
- vēnu un citu injekciju vietas
- tahikardija, bradikardija, hipertensija, hipotonija
- ķermeņa temperatūra
- svīšana
- mēle (tīra, aplikta, sausa, valga)
- elpošanas ritms
- ziņas, ko sniedz slimnieks pats, radnieki, atbalsta personas
- asins un urīna klīniskās, bioķīmiskās analīzes ( aknu enzīmi ALAT, ASAT, kur alkohola pārmērīgiem lietotājiem ASAT parasti ir 2 reizes augstāks par ALAT, i/v narkotiku lietotājiem izteikti paaugstināts ALAT, kas var liecināt par HCV, GGT paaugstinājums līdz 90% specifisks alkohola pārmērīgiem lietotājiem, vidējā eritrocītu tilpuma, trombocītu skaita samazinājums liecina par ilgstošu alkohola lietošanu, glikozes līmeņa paaugstinājums pēc alkohola lietošanas, samazinājums pēc amfetamīna lietošanas, bilirubīna līmeņa paaugstinājums pie aknu bojājuma alkohola pārmērīgiem lietotājiem)
- analīzes HIV, hepatītu B,C diagnostikai
- ķīmiski toksikoloģiskās analīzes veic, ja ir anamnētiskie dati par vielu lietošanu, ko veic pats pacients vai radnieki, i/v pēdas pa vēnu gaitu uz ķermeņa tipiskās vietās,

izteikti šauras vai platas zīles ar izmainītu reakciju uz gaismu, psihiski traucējumi (bradipsihija, ilūzijas, halucinācijas, murgaini izteikumi, mānija)

- skrīninga testi AUDIT, DAST (3.pielikums un 2.pielikums)

## 2.2. SSK-10 diagnostiskie kritēriji:

- F10-F19.0 Akūta intoksikācija

Stāvoklis, kas seko psihoaktīvu vielu lietošanai un izpaužas ar apziņas, kognitīvo funkciju, uztveres, afektīvām un uzvedības vai citu psihofizioloģisko funkciju un atbildes reakciju pārmaiņām. Šie traucējumi tieši saistīti ar psihofarmakoloģisko vielu iedarbību, kas ar laiku pāriet, slimniekam pilnīgi izveseļojoties, atskaitot gadījumus, ja radies audu bojājums vai citi sarežģījumi. F10-F19.1 Vielu kaitējoši pārmērīga lietošana

Psihoaktīvu vielu lietošanas veids, kas rada veselības bojājumus. Bojājumi var būt somatiski (piem., hepatīts injicētu psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ) vai psihiski (piem., depresīvas epizodes pēc lielu alkohola devu lietošanas).

- F10-F19.2 Atkarības sindroms

Simptomu grupa, ko veido uzvedības, kognitīvi un somatiski simptomi, kas radušies pēc vielu atkārtotas lietošanas un tipiskos gadījumos izraisa stipru tieksmi pēc vielas, grūtības pašam kontrolēt tās lietošanu, par spīti tās kaitīgām sekām; pacients dod priekšroku vielas lietošanai salīdzinājumā ar citām nodarbībām un pienākumiem, pieaug tolerance un dažreiz rodas somatisks abstinences stāvoklis. Atkarības sindroms var rasties pret specifisku psihoaktīvu vielu (piem., tabaku, alkoholu vai diazepamu), pret vielu grupu (piem., opioīdu narkotikas) vai pret plašāku farmakoloģiski dažādu psihoaktīvu vielu spektru.

- F10-F19.3 Abstinences sindroms

Dažādas smaguma pakāpes simptomu kopa un to kombinācijas, kas rodas pēc ilgstoši lietotu psihoaktīvu vielu pilnīgas vai daļējas lietošanas pārtraukšanas. Abstinences stāvokļa sākums un gaita izpaužas ierobežotā laikā un ir saistīts ar tieši to psihoaktīvo vielu veidu un devu, kas lietota tieši pirms lietošanas pārtraukšanas vai devas samazināšanas.

## 2.3. PAV izraisītu intoksikācijas un abstinences stāvokļu izvērtēšana

<b>Ar PAV lietošanu saistītie trauksmes un depresijas simptomi</b>			
<i>Viela</i>			
	<b>Intoksikācija</b>	<b>Abstinences sindroms</b>	<b>Hroniska lietošana</b>
<i>Alkohols</i>	Afekta, kognitīvo funkciju, uzvedības izmaiņas	Nomākts garstāvoklis, trauksme, pazemināta apetīte, koncentrēšanās spējas, bezmiegs, nemiers, murgi un halucinācijas	Nomākts garstāvoklis un citi depresīvi simptomi, miega traucējumi
<i>Opioīdi</i>	Pazemināta enerģija, apetīte, koncentrēšanās spējas	Nomākts garstāvoklis, nogurums, pazemināta apetīte, aizkaitināmība, trauksme, bezmiegs, koncentrēšanās	Nomākts garstāvoklis un citi depresīvi simptomi, miega traucējumi

		grūtības	
<i>Kokaīns un stimulantī</i>	Trauksme, pazemināta apetīte, bezmiegs, paranoja un psihoze	Nomākts garastāvoklis, miegainība, palielināta apetīte, anhedonija, interešu zudums, koncentrēšanās grūtības, suicidālas domas	Nomākts garastāvoklis un citi depresīvi simptomi
<i>Kanabinoīdi</i>	Trauksme, apātija, paaugstināta apetīte	Trauksme, aizkaitināmība	Amotivācija, apātija
<i>Sedatīvie un miega līdzekļi</i>	Nogurums, miegainība, apātija	Trauksme, pazemināts garastāvoklis, nemiers, paranoja un psihoze	Nomākts garastāvoklis, atmiņas traucējumi

#### **2.4. Depresijas un kanabinoīdu / halucinogēna lietošanas izvērtēšana un vadīšana:**

- kanabinoīdu lietošana var izraisīt depresiju un trauksmi, īpaši tiem, kas vielu sākuši lietot pusaudžu gados iemesls, lietošanas pārtraukšana ir svarīgs solis, depresīvo simptomu labākai novērtēšanai.
- Nav pierādījumu par kanabinoīdu lietošanu depresijas simptomu mazināšanai
- Kanabinoīdu lietošana un depresija biežāk ir kā divu kopēju izraisīšu faktoru attīstības ceļš
- Jo lielāks kanabinoīdu patēriņš, jo smagāki depresijas simptomi

#### **2.5. Depresijas un alkohola lietošanas izvērtēšana un vadīšana:**

- Alkohola pārmērīga lietošana ietekmē garastāvokli.
- Alkohola pārmērīga lietošana un atkarība ir saistīta ar augstu depresijas līmeni
- Depresijas simptomi var attīstīties gan alkohola lietošanas laikā, gan pēc lietošanas pārtraukšanas
- Precīzākai depresijas simptomu izvērtēšanai nepieciešams vairāku nedēļu atturības periods
- Ja nav iespējams nodrošināt atturību no alkohola, var nozīmēt antidepresantus, taču to efektivitāte būs mazāka
- Sievietes biežāk lieto alkoholu, reaģējot uz primāro depresiju

- Alkohola atkarības norise cilvēkiem ar alkohola izraisītu depresiju ir smagāka

#### **2.6. Depresijas un opioīdu lietošanas izvērtēšana un vadīšana:**

- Depresija ir ļoti izplatīta opioīdu lietotāju vidū
- Depresijas rādītāji samazinās pēc tam, kad cilvēki sāk ārstēties no opioīdu atkarības, īpaši ilgtermiņa farmakoterapijas programmās.
- Smagāka opioīdu lietošana ir saistīta ar smagākiem depresijas simptomiem
- Nepārtraukta opioīdu lietošana ietekmē depresijas ārstēšanu un pacienta līdzestību terapijai

#### **2.7. Depresijas un stimulantu lietošanas izvērtēšana un vadīšana:**

- Depresija ir izplatīta stimulantu lietotāju vidū
- Depresijas simptomi vērojami stimulantu lietotājiem gan pirmajās dienās pēc lietošanas pārtraukšanas, gan atturības periodos



- stimulantu lietošanas samazināšana un pārtraukšana uzlabo depresijas simptomus.
- Ja depresija saglabājas, neskatoties uz adekvātu ārstēšanu un atturību no stimulantiem, tad jādomā par primāru depresiju

### **2.8. Depresijas un benzodiazepīnu lietošanas izvērtēšana un vadīšana:**

- Benzodiazepīni bieži tiek nozīmēti, lai mazinātu depresijas simptomus, bezmiegu un trauksmi
- Sedatīva un depresīva iedarbība, kā arī benzodiazepīnu ilgstoša lietošana pasliktina depresijas simptomus, izraisot enerģijas trūkumu, kognitīvo procesu pasliktināšanos un anhedoniju

## **3. Sekundārās aprūpes etaps**

Psihiatrs. Pacientu ar depresijas un trauksmes traucējumiem diagnostika(SSK-10) izmeklēšana, laboratoriskie izmeklējumi, skrīnings un novērtēšana

Pamatā skatīt algoritmu "Depresija"

3.1. Informāciju no pacienta un viņa tuviniekiem par PAV lietošanu, vispārējā pacienta izmeklēšana, skrīninga testi:

- AUDIT $\geq$ 8 riskanta alkohola lietošana (īsa konsultatīva palīdzība)
- AUDIT $\geq$ 15 kaitējoši pārmērīga lietošana (īsā interence, narkologa konsultācija)
- AUDIT $\geq$ 20 iespējama alkohola atkarība (īsā interence, narkologa konsultācija)
- Pēcinjekciju pēdas tipiskās vietās, i/v narkotiku lietošanas izslēgšanai
- Ārējā izskata, specifisku, katrai vielu grupai raksturīgu intoksikācijas un/vai abstinences simptomu izvērtējums (izteikti šauras vai platas zīles ar samazinātu reakciju, injicētas sklēras, izteikta svīšana, zosāda, tahikardija, bradikardija, hipertermija, halucinācijas, paranoja)
- Vai apmeklē narkologu, vai lieto medikamentus
- Vai sastāv ilgtermiņa farmakoterapijas programmās,
- Kā tiek galā ar stresu, trauksmi, miega traucējumiem
- Vai netiek konstatēta pašārstēšanās ar PAV

**Svarīgi!** Depresija un trauksme kā neatkarīgi traucējumi tiek uzskatīti gadījumos, ja tie pastāvējuši pirms PAV lietošanas uzsākšanas un saglabājas vismaz 4 nedēļu periodā pēc vielu lietošanas pārtraukšanas.

## **4. Komorbīdo traucējumu izvērtēšana**

**Svarīgi!** Precīzas PAV lietošanas diagnozes uzstādīšana ir svarīgs ārstēšanas procesa posms.

Klinicistam nepieciešams atšķirt primāros afektīvos traucējumus, kā pastāvīgus neatkarīgus traucējumus no PAV atkarības sindroma nozoloģiskām formām, un psihiskos simptomus, kurus izraisījusi hroniska PAV lietošana(sekundārie), tā kā psihiskas slimības un PAV atkarības komorbīditātes ietekme kā uz klīnisko ainu, tā arī uz abu saslimšanu dinamiku, ne tikai apgrūtina diagnostiku un prognozi, bet arī ietekmē terapeitisko taktiku.

- akūta intoksikācija un sistemātiska PAV lietošana var izsaukt depresiju un trauksmes simptomu attīstību, kas ir līdzīgi patstāvīgiem psihiskiem traucējumiem.
- Simptomi, to ilgums, noturīgums saistīti ar PAV lietošanas ilgumu un apmēriem
- akūta intoksikācija un sistemātiska PAV lietošana var būt kā triggers neatkarīgo psihisko traucējumu attīstībai vai recidīvam
- PAV izraisītais abstinences sindroms, pacientiem ar PAV atkarību var komplikēties ar afektīviem traucējumiem un trauksmi
- Pacienti ar afektīviem traucējumiem un trauksmi var lietot PAV, lai mazinātu simptomus, t.i. lieto PAV pašārstēšanās nolūkos
- Afektīvie traucējumi ar trauksmi un PAV lietošanas traucējumi var pastāvēt kā neatkarīgi traucējumi
- traucējumi, kas rodas depresijas un trauksmes ietvaros, var būt analogi ar PAV lietošanas izraisītiem traucējumiem

## **5. Depresijas, trauksmes un PAV traucējumu diferenciāldiagnostika**

- 1) laika faktors hronoloģiski nosaka vai traucējums ir primārs vai sekundārs
- 2) stāvokļa smagums – par primāriem tiek uzskatīti tie traucējumi, kuri ir smagāki
- 3) Četri nosacījumi, kad depresija un trauksmes traucējumi tiek uzskatīti par primāriem:
  - depresijas simptomi ievērojami pārsniedz tos, kuri tika prognozēti, ņemot vērā lietotās PAV veidu, daudzumu, lietošanas ilgumu
  - 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 ;
- 4) Jebkura PAV gan akūtas intoksikācijas, gan hroniskas lietošanas rezultātā var izraisīt depresijas un trauksmes simptomus
- 5) PAV inducētie simptomi būs mazākā mērā izteikti, nenoturīgāki un īsāku laika periodu
- 6) Ja, vidēji, 4 nedēļu laikā pēc PAV lietošanas pārtraukšanas depresijas un trauksmes simptomi nemazinās un neizzūd, jādomā par komorbīdu depresiju un trauksmi kā slimību
- 7) PAV izraisīti trauksmes traucējumi ir saistīti ar nepārtrauktu vielu lietošanu un, visbiežāk, īpaša ārstēšana tiem nav nepieciešama

## **6.Psihoeducācija (pacienta un ģimenes izglītošana)**

Veic ārstējošais psihiatrs ambulatorā un stacionārā nodaļā, dienas stacionārā. Psihologs un psihoterapeits dienas stacionārā. Savas kompetences ietvaros, ārstējošais narkologs sniedz informāciju par PAV un depresiju stacionārā un ambulatorā nodaļā, psihologs Minesotas programmā.

- Pacientu izglītošana par depresiju;
- Konsultācijas par PAV lietošanu un depresijas simptomiem.

- Depresijas izpratne.
- Negatīvo domu pārveidošana.
- Palīdzēt klientiem identificēt un mainīt nepareizu rīcību.
- Pārvarēšanas stratēģiju izstrāde.
- Emociju izpēte un izpratne par vielu lietošanu un depresiju.
- Klienta atbalsta un iedrošinājuma nodrošināšana.
- Informēšana par PAV ietekmi uz depresijas un trauksmes simptomiem
- Ģimenes locekļu, atbalsta personu iesaistīšana ārstēšanas procesā

## **7. PAV lietošanas izraisītas depresijas un trauksmes ārstēšana**

- Pamatā narkologa kompetence
- Psihiatra konsultācija pēc nepieciešamības (depresīvie simptomi turpinās ilgāk par 4 nedēļām pēc PAV lietošanas pārtraukšanas, suicidālas domas, neskatoties uz adekvātu atkarības sindroma ārstēšanu, PAV lietošana tiek atsākta, trauksmes, depresīva noskaņojuma ārstēšanai(pašārstēšanās))
- Nozīmē terapiju atbilstoši katrai konkrētai lietotai PAV  
 Opioīdi – naltreksons, metadona vai buprenorfīna ilgtermiņa farmakoterapija  
 Alkohols – naltreksons, nalmefēns, akamprosāts, disulfirāms, psihoterapija (Minesotas programma)  
 Kanabinoīdi – nav specifiska terapija, simptomātiska terapija - antidepresanti (bupropions), garastāvokļa korektori (karbamazepīns, depakīns), psihoterapija (motivējoša intervija, kognitīvā uzvedības terapija(KBT))  
 Psihostimulatori – nav specifiska terapija, simptomātiska terapija – antidepresanti (SSAI), antipsihotiķi, garastāvokļa korektori atbilstoši klīniskiem simptomiem, grupu un individuālā psihoterapija.
- Intoksikācijas un abstinences stāvokļus, ko pavada iztaikta trauksme, depresīvs noskaņojums ar suicidālām domām, vēlams ārstēt stacionārā
- Simptomu monitorings 2-4 nedēļas(izvērtē depresijas pamatsimptomus, saskaņā ar SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem, izmanto depresijas testus PHQ-9, HAMD-17, trauksmes testus GAD-7) (5.pielikums un 1.pielikums)
- Antidepresantu (AD) terapiju (uzsāk ārstēšanu ar kādu no selektīviem serotonīna atpakaļsaistes inhibitoriem (SSAI) (citaloprams, escitaloprams, fluvoksamīns, fluoksetīns, paroksetīns, sertralīns), tianeptīns) uzsāk pēc abstinences simptomu pilnīgas izslēgšanas, ja depresīvie simptomi pārsniedz plānotos, pacienti, kuriem sāka terapija ar antidepresantiem, bet netiek panākta klīniska uzlabošanās 6–8 nedēļu laikā, jānosūta konsultācijai pie psihiatra.(skatīt algoritmu „Depresija”)
- Urīna ķīmiski toksikoloģisko analīžu un aknu fermentu monitorings, lai uzraudzītu PAV lietošanu, ne retāk kā 1 reizi mēnesī, nosūta narkologs

## **8. Neatkarīgu depresijas un trauksmes traucējumu un PAV lietošanas ārstēšana**

- Narkologa un psihiatra kompetence, nodrošinot paralēlu paralēlu (vienlaicīgi pie psihiatra un narkologa) vai integrētu ārstēšanu (komorbīdo traucējumu ārstēšana vienā ārstniecības iestādē pie abiem speciālistiem vienlaicīgi, vai pie speciālista ar abiem (psihiatra un narkologa) sertifikātiem ar vairāku ārstēšanas veidu (piem. psihoterapijas un farmakoterapijas) izmantošanu, iespējams, arī nodrošinot starpdisciplināru komandu ( psihologs, psihoterapeits, sociālais darbinieks)
- Nozīmē terapiju atbilstoši katrai konkrētai lietotai PAV, monitorējot depresijas simptomus un nozīmējot atbilstošu antidepresantu terapiju (skat. 7. punktu un algoritmu „Depresija”)
- Urīna ķīmiski toksikoloģisko analīžu un aknu fermentu monitorings, lai uzraudzītu PAV lietošanu, veic narkologs, ne retāk kā 1 reizi mēnesī

## **9. Depresijas un trauksmes traucējumu izsauktas PAV lietošanas ārstēšana**

- Pamatā psihiatra kompetence
- Narkologa konsultācija pēc nepieciešamības, ja neskatoties uz antidepresantu terapiju, nav klīniska uzlabojuma, ir informācija no pacienta, radniekiem par PAV lietošanu,
- AD nozīmēšana, atbilstoši depresijas smagumam (skat. algoritmu „Depresija”) ņemot vērā arī lietotās PAV specifiku (psihostimulatori, depresanti)
- psihiatrs nosūta pie narkologa, urīna ķīmiski toksikoloģisko analīžu monitoringam, lai nodrošinātu PAV lietošanas uzraudzību

## **10. Depresijas, trauksmes un PAV traucējumu vadīšana un ārstēšana**

- Ir problemātiski ārstēt depresiju, ja paralēli ir atkarība no PAV.
- Bieži nav skaidrs, kāda ir saistība starp traucējumiem un to, vai depresija ir PAV lietošanas izraisīta vai tas ir primārs depresijas traucējums, un tādēļ, kāda ir visefektīvākā ārstēšana
- Vielas lietošana vai atkarība nedrīkst kavēt depresijas ārstēšanu
- Pacientam jānovērtē pastāvīga depresija pēc dažām nedēļām atturības no PAV, lai izslēgtu depresiju, kas saistīta ar abstinences sindromu vai pašas vielas lietošanu
- AD ir efektīvāki terapijā primārajai depresijai salīdzinājumā ar vielu izraisītu depresiju
- Depresijas uzlabojumi var izraisīt īslaicīgu vielas lietošanas samazinājumu, tomēr tie ne vienmēr saglabājas.
- Nepieciešamas specifiskas intervences, motivējoša intervija, recidīva profilakse, ko veic narkologs un /vai psihologs ambulatori vai Minesotas programmā, lai palielinātu ilgstošas atturēšanās iespējamību
-

### **10.1. Klīniskie ieteikumi depresijas un PAV lietošanas traucējumu ārstēšanai**

- Ārstēšana jānodrošina vienlaikus gan depresijai, gan PAV izraisītiem depresīviem traucējumiem integrētā sistēmā ( skat. punktu 10.3.).
- Selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori nav efektīvi ārstējot psihiskās veselības traucējumi, ja tie līdzāspastāvoši vielu lietošanas traucējumi
- SSAI kombinācijā ar KBT ir ļoti efektīvi, lai ārstētu klientus ar alkohola lietošanas izsauktiem traucējumiem un depresiju (KBT nav no valsts budžeta apmaksāts pakalpojums, nodrošina psihoterapeits vai psihologs (kognitīvi biheiviorālās terapijas speciālisti, kas izgājuši Latvijas Kognitīvi biheiviorālās terapijas asociācijas organizēto apmācības kursu atbilstoši EABCT standartiem)
- Farmakoloģiskā un psihosociālās ārstēšana (nodrošina narkologs, psihiatrs, psihologs, sociālais darbinieks).
- Antidepresantiem ir maza ietekme uz atturības saglabāšanu.
- Ja antidepresants ir efektīvs akūtas depresijas ārstēšanā, biežāk ir tikai relatīvs psihoaktīvās vielas lietošanas samazinājums.
- Dažādu psihoterapiju, piemēram, CBT, ietekme divpadsmit posmos veicināšana un motivējoša intervija, par depresiju vai uz vielas lietošanas traucējumi vien ir pētīti, nesasniedzot a pārliecinošu rezultātu.
- Nav pārliecinošu pētījumu rezultātu par psihoterapijas (KBT, 12 soļu terapija, motivējoša intervija) kā monoterapijas pozitīvu ietekmi uz depresijas un vielu lietošanas traucējumu ārstēšanu.

### **10.2. Klīniskie ieteikumi trauksmes un PAV lietošanas traucējumu ārstēšanai.**

- Vienas var izmantot kā pašārstēšanās līdzekli trauksmes gadījumā.
- Trauksme var būt vielas intoksikācijas vai abstinences sindroma rezultāts.
- ir maz pētījumu par efektīvu ārstēšanu.
- Psiholoģiskās intervences, ja tās pielieto kā monoterapiju, nav uzrādījušas pozitīvu efektu
- Integrēta trauksmes un opioīdu ārstēšana, izmantojot KBT un antidepresantus uzrāda efektīvu uzlabojumu opioīdu atkarīgiem pacientiem ar sūdzībām par trauksmi un nemieru (skat. punktu 10.3.).

### **10.3. Integrēta ārstēšana.**

Integrēta ārstēšanas pieejas nodrošināšana atkarīga, gan no speciālistu (psihiatrs, narkologs, ģimenes ārsts, psihologs, sociālais darbinieks) pieejamības, iesaistes, gan paša pacienta līdzestības terapijai un aprūpei. Ārstēšanu un aprūpi plāno psihiatrs vai narkologs, atkarībā no tā, kurš traucējums (depresija un trauksme vai PAV lietošana) ir smagāks un lielākā mērā nosaka pacienta funkcionēšanas spējas ģimenē, darba vietā un sabiedrībā kopumā. Ārstēšanas un aprūpes metožu izvēle atkarīga no katra konkrētā pacienta vajadzību izvērtējuma.

Integrēta ārstēšana ietver:

- Aprūpes plānošana, pievēršoties gan alkohola, gan citu vielu lietošanai un psihiskās veselības problēmām vienlaikus (psihists un narkologs)

- informācijas apmaiņa starp ārstēšanas pakalpojumiem
- medicīnisko problēmu stabilizācija
- psihiskā stāvokļa stabilizācija
- farmakoterapiju gan alkohola, gan citu vielu lietošanas un psihisko traucējumu ārstēšanai
- Motivējošu interviju mijiedarbības starp abiem traucējumiem izvērtēšani
- pakāpeniska pieeja ārstēšanai, kur īsas intervences tiek sniegtas regulāri un intensīvāk (šāda pieeja ir ierobežotāka pacientiem ar smagākiem traucējumiem, kas reaģē mazāk uz intensīvu intervenci)
- Pārlicinoša risku un recidīvu pārvaldība (Augsta risku situāciju izvērtēšana, jo PAV lietošanas atsākšanas, saistās ar iekšējām pārlicībām un ārējiem apstākļiem. Mērķis ir iemācīt problemātiskiem vielu lietotājiem efektīvi risināt problēmas un apgūt izvairīšanās stratēģiju, mainīt pārlicības, kas virza uz vielu lietošanu. Ja no riska situācijām nevar izvairīties, tad tām ir jāgatavojas, jāiemācās jaunu, ikdienas dzīvē nepieciešamu izvairīšanās stratēģiju. Pacientiem tiek izskaidrotas recidīva pazīmes, kā tās atpazīt un kā ar tām tikt pašam galā)
- regulāra, pastāvīga alkohola, citu vielu lietošanas un afektīvo traucējumu uzraudzība un terapeitiskās mijiedarbības pārskatīšana, sadarbojoties psihiatram un narkologam vienlaikus

## Atsauces

1. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 31.05.2016  
[www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2639/Comorbidity\\_POD2016.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2639/Comorbidity_POD2016.pdf)
2. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon November 2015  
[www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2639/Comorbidity\\_POD2016.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2639/Comorbidity_POD2016.pdf)
3. Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753025/>
4. Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician. Drug and Alcohol Services South Australia 2008.  
[http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/\\$File/mono71.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/$File/mono71.pdf)
5. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. NICE guideline [NG58] Published date: November 2016  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng58>
6. Coexisting severe mental illness and substance misuse: assessment and management in healthcare settings overview NICE Pathway last updated: 10 September 2018  
<http://pathways.nice.org.uk/pathways/coexisting-severe-mental-illness-and-substance-misuse-assessment-and-management-in-healthcare-settings>

## Pielikumi

### 1.Pielikums „GAD-7 pašnovērtēšanas skala”

**Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs saskārāties ar kādu no problēmām, kuras nosaukšu?**

Viena atbilde rindā.

	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk kā 1 nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu	0	1	2	3
2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu	0	1	2	3
3. Pārmērīgi satraucāties par dažādām lietām	0	1	2	3
4. Bija grūtības atslābināties	0	1	2	3
5. Bijāt tik nemierīgs, ka nespējāt nosēdēt uz vietas	0	1	2	3
6. Viegli kļūvāt aizkaitināms	0	1	2	3
7. Jūtāt bailes, ka varētu notikt kaut kas šausmīgs	0	1	2	3

Punktu skaits

5-9 viegla trauksme

10-14 mērena trauksme

15-21 Smaga, ģeneralizēta trauksme



## 2.Pielikums „Narkotiku skrīninga aptauja (DAST)”

Kuras narkotiskās vielas esat lietojis pēdējo **12 mēnešu** laikā (apvilkt visu atbilstošo)?

- Kanabiss (marihuāna, hašišs, zāle)
- Ekstazī
- Amfetamīns, metamfetamīni
- Kokaīns (t.sk. kreks)
- Heroīns
- Opioīdi (magoņu salmi, hanka, heroīns, tramadols, kodeīns, u.c.)
- Miega zāles, nomierinoši līdzekļi (klonazepāms, diazepāms, u.c.)
- Inhalanti (līme, krāsu šķīdinātājs, u.c.)
- Halucinogēni (LSD, sēnes u.c.)
- citas (ierakstīt, kādas): \_\_\_\_\_

Cik bieži šīs vielas lietojāt (apvilkt vienu atbildi):

- katru mēnesi vai retāk
- katru nedēļu
- katru dienu vai gandrīz katru dienu

	<b>Jautājums</b>	<b>Jā (1)</b>	<b>Nē (0)</b>
1.	Vai Jūs esat lietojis narkotiskas / atkarību izraisošas / psihoaktīvas vielas, neskaitot medikamentus, kas bijuši nepieciešami medicīniskiem nolūkiem?		
2.	Vai esat lietojis vairāk kā vienu narkotisko vielu vienā reizē / vienlaicīgi?		
3.	Vai Jūs <u>nespējat</u> pārtraukt vielu lietošanu tad, kad to vēlaties?		
4.	Vai Jums kādreiz ir bijuši pagātnes / psihotisko simptomu uzplaisnījumi ( <i>flashbacks</i> ) vai atmiņas zudumi ( <i>blackouts</i> ) narkotiku lietošanas rezultātā?		
5.	Vai esat kādreiz juties slikti vai vainīgs tādēļ, ka lietojat narkotiskās vielas?		
6.	Vai Jūsu dzīvesbiedrs (vai vecāki) ir kādreiz sūdzējušies par Jūsu narkotiku lietošanas paradumiem?		
7.	Vai esat bijis neuzmanīgs pret savu ģimeni, pametis ģimeni novārtā narkotiku lietošanas dēļ?		
8.	Vai esat iesaistījies nelegālās aktivitātēs (zagšana, laupīšana u.c.), lai iegūtu narkotikas?		
9.	Vai Jūs esat kādreiz izjutis atņemšanas / abstinences simptomus (jutāties slikti, “lomkas”) pēc tam, kad pārtraucāt lietot narkotikas?		
10.	Vai Jums ir bijušas veselības problēmas narkotiku lietošanas dēļ (atmiņas traucējumi, vīrushepatīts B vai C, HIV, asiņošana, krampji u.c.)?		

Vai esat kādreiz injicējis narkotikas?

- Nekad
- Jā, pēdējo 3 mēnešu laikā
- Jā, vairāk kā 3 mēnešus atpakaļ

Vai esat kādreiz ārstējies no narkotiku atkarības?

- Nekad
- Pašreiz
- Kādreiz pagātnē

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

	Jautājums	Punktu skaits						Punktu skaits
		0	1	2	3	4	5	
1.	Cik bieži jūs dzerat alkoholu saturošus dzērienus?	nekad <i>(pārejiet pie 9.-10.jautājuma)</i>	reizi mēnesī vai retāk	2 līdz 4 reizes mēnesī	2 līdz 3 reizes nedēļā	4 vai vairāk reizes nedēļā		
2.	Cik alkoholu saturošus dzērienus jūs izdzerat tipiskā dienā, kad jūs lietojat alkoholu?	nevienu	1 vai 2	3 vai 4	5 vai 6	7,8 vai 9	10 vai vairāk	
3.	Cik bieži jūs dzerat 6 vai vairāk dzērienus vienā reizē?	nekad <i>(Ja kopējais punktu skaits par 2. un 3. jautājumu ir 0, pārejiet pie 9. jautājuma)</i>	retāk kā reizi mēnesī	2-4 reizes mēnesī	2-3 reizes nedēļā	katru dienu vai gandrīz katru dienu		
4.	Cik bieži pēdējā gada laikā, jūs ievērojāt, ka nevarat pārstāt dzert, kad esat iesācis/kusi?	nekad	retāk kā reizi mēnesī	2-4 reizes mēnesī	2-3 reizes nedēļā	katru dienu vai gandrīz katru dienu		
5.	Cik bieži pēdējā gada laikā jūs nepaveicāt to, ko jūs citā gadījumā būtu veicis/kusi dzeršanas dēļ?	nekad	retāk kā reizi mēnesī	2-4 reizes mēnesī	2-3 reizes nedēļā	katru dienu vai gandrīz katru dienu		
6.	Cik bieži pēdējā gada laikā jums vajadzēja no rīta iedzert, lai sāktu dienu pēc lielākas iedzeršanas?	nekad	retāk kā reizi mēnesī	2-4 reizes mēnesī	2-3 reizes nedēļā	katru dienu vai gandrīz katru dienu		
7.	Cik bieži pēdējā gada laikā jūs esat izjutis/usi vainas sajūtu vai sirdsapziņas pārmetumus pēc dzeršanas?	nekad	retāk kā reizi mēnesī	2-4 reizes mēnesī	2-3 reizes nedēļā	katru dienu vai gandrīz katru dienu		
8.	Cik bieži pēdējā gada laikā jūs nevarējāt atcerēties, kas notika iepriekšējā dienā, dzeršanas dēļ?	nekad	retāk kā reizi mēnesī	2-4 reizes mēnesī	2-3 reizes nedēļā	katru dienu vai gandrīz katru dienu		

9.	Vai jūs esat guvis/usi traumu vai radījis/usi ievainojumus citiem dzeršanas dēļ?	nē		jā, bet ne pēdējā gada laikā,		jā, pēdējā gada laikā		
10.	Vai kāds no radniekiem, ārsts vai cits medicīnas darbinieks ir izrādījis bažas par jūsu dzeršanu un ieteicis jums to samazināt?	nē		jā, bet ne pēdējā gada laikā,		jā, pēdējā gada laikā		
<b>Punktu summa:</b>								

#### **4. Pielikums „Hamiltona depresijas vērtēšanas skala (HAMD – 17)”**

(HDRS) *Hamilton Depression Rating Scale*

##### **1. Depresīvs garastāvoklis**

Verbāli un neverbāli izteikta nomāktības, bezcerības, bezpalīdzības, nevērtības sajūta.

0 – nav depresijas.

1 – nenožīmīgas uzvedības pazīmes vai sajūtas uzrādās tikai aktīvi izvaicājot.

2 – viegls, sajūtas verbāli pauž pats.

3 – vidējs, neverbālās pazīmes – poza, sejas izteiksme, balss, bieža raudāšana.

4 – smags, spontānas verbālas un neverbālas izpausmes, kas raksturīgas depresīvam garastāvoklim.

##### **2. Vainas apziņa**

Pazemināts pašnovērtējums un vainas apziņa, kas neatbilst reālai situācijai.

0 – nav.

1 – nenožīmīgi pašpārmetumi iztaujājot, ka pametis citus nelaimē.

2 – viegla, spontāni pauž vainas apziņu par agrāk pieļautām kļūdām vai grēcīgu rīcību.

3 – vidēja, slimība un ciešanas ir pelnīts sods par iepriekšējām kļūdām, pašapsūdzības murgi.

4 – smaga, novēro nosodošas vizuālas un dzirdes halucinācijas.

##### **3. Pašnāvība**

Domas un darbības pēdējās nedēļas laikā.

0 – nav.

1 – nenožīmīgs, uz tiešiem jautājumiem apliecina, ka dzīve ir tukša un nav vērts dzīvot.

2 – viegls, atkārtotas domas par nāvi, vēlēšanās nomirt.

3 – vidējs, suicidālas domas un uzvedība.

4 – smags, suicidāls mēģinājums.

##### **4. Iemigšanas grūtības**

0 – nav.

1 – vieglas, neregulāri iemigšanas traucējumi, ilgāk par 1 stundu.

2 – smagas, regulāras iemigšanas grūtības.

##### **5. Virspusējs miegs**

0 – nav.

1 – sūdzības par traucētu miegu, kas nedod atpūtu.

2 – smagi traucējumi, pamošanās vienu vai vairākas reizes un grūti atkārtoti iemigt, jebkura celšanās no gultas vērtējama ar 2.

##### **6. Agrīna pamošanās**

0 – nav.

1 – viegla, pamošanās agrāk kā paredzēts, var atkal iemigt līdz normālam mošanās laikam.

2 – smaga, agrīna pamošanās un nespēja atkal iemigt.

### **7. Darbs un aktivitātes**

0 – nav traucējumu.

1 – nenozīmīgi, jūtas bezspēcīgs, apātisks, mazāk aktīvs.

2 – viegli, jāpiespiež sevi veikt ikdienas aktivitātes; interešu zudums, nesaskata jēgu, gūst mazāk gandarījuma.

3 – vidēji, izteikti samazinājusies aktivitāte, pavada mazāk laika darbā (<par 3 h),

mazāk paveic.

4 – smagi, nespēj strādāt, nepiedalās ikdienas aktivitātēs, neveic sevis aprūpi bez piespēšanās.

### **8. Kavēšana**

Palēninātas domas, runa un kustības.

0 – nav.

1 – viegla, aizkavētība sarunas laikā.

2 – vidēja, acīmredzama aizkavētība.

3 – izteikta, grūtības sarunāties.

4 – depresīvs stupors.

### **54 9. Ažītācija**

Satraukums, uzbudinājums.

0 – nav.

1 – viegla, nervozē sarunas laikā, grozās.

2 – vidēja, lauza rokas, rausta matus.

3 – izteikta, nespēja nosēdēt uz vietas, staigāšana.

4 – smaga, nepārtraukta kustība.

### **10. Trauksmes psihiskie simptomi**

Spriedze, nespēja atslābināties, aizkaitināmība, nedrošība, satraucamība, bailes zaudēt kontroli, epizodiska panika.

0 – nav.

1 – šaubīga, subjektīva spriedze, satraucamība.

2 – viegla, raizēšanās par mazsvarīgām lietām.

3 – vidēja, bažīgums redzams sejā un dzirdams balsī.

4 – smaga, bailes izpaužas bez iztaujāšanas, verbāli un neverbāli.

### **11. Trauksmes somātiskie simptomi**

Sausa mute, vēdera gāzēšanās, gremošanas traucējumi, caureja, atraugas, spazmi;

sirdsklauves, galvassāpes; hiperventilācija, nopūtas; bieža urinācija; svīšana.

0 – nav.

1 – viegli.

2 – mēreni.

3 – smagi.

4 – nepanesami.

### **12. Gremošanas traucējumi**

0 – nav.

1 – viegls apetītes pazeminājums, bet ēd bez citu pamudinājuma, smaguma sajūta vēderā.

2 – smags, grūtības ēst bez apmudinājuma, nepieciešami laksatīvi līdzekļi vai citi līdzekļi g-i traucējumu korekcijai.

### **13. Vispārējie somātiskie simptomi**

0 – nav.

1 – viegls smagums vai sāpes ķermenī, mugurā, galvā, muskuļos, enerģijas zudums

un nogurdināmība.

2 – smags, jebkurš izteikts simptoms jāvērtē kā 2.

### **14. Ģenitālie simptomi**

0 – nav.

1 – viegli.

2 – smagi.

### **15. Hipohondrija**

0 – nav.

1 – viegla: epizodiska raizēšanās par fiziskām sajūtām un orgānu funkcijām.

2 – vidēja: daudz uzmanības tiek pievērsts veselības stāvoklim.

3 – smaga: biežas sūdzības, lūgums pēc palīdzības.

4 – ļoti smaga: hipohondriski murgi.

### **16. Svara zudums**

a) vērtējot ziņas no pacienta:

0 – nav svara zuduma;

1 – iespējams svara zudums;

2 – noteikts svara zudums.

b) saskaņā ar iknedēļas mērījumiem svara zudums ir:

0 – mazāks kā 1,5 kg nedēļā;

1 – vairāk kā 1,5 kg nedēļā;

2 – vairāk kā 3 kg nedēļā.

### **17. Slimības kritika**

0 – ir.

1 – viegli pavājināta: uzskata, ka slimība saistīta ar sliktu uzturu, klimatu, pārslodzi,

vīrusu infekcijām, nepietiekamu atpūtu.

2 – smagi traucēta: neuzskata sevi par slimu, traucējumi nav saistīti ar «nerviem».

## 5.Pielikums „ Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9)”

Pacienta vārds: \_\_\_\_\_ Datums: \_\_\_\_\_

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs esat izjutis:	Nemaz (0)	Dažas dienas (1)	Vairāk nekā pusi laika (2)	Gandrīz visu laiku (3)
1. Pazeminātu interesi vai prieku par to, ko darāt ikdienā				
2. Nospiestību, nomāktību, bezcerību				
3. Grūtības iemigt, gulēt naktī bez pamošanās vai pārlietu lielu miegainību				
4. Pastiprinātu nogurumu vai enerģijas trūkumu				
5. Sliktu vai pārlietu lielu apetīti				
6. Pazeminātu pašapziņu, sajūtu, ka esat neveiksminieks(-ce), ka esat pievīlis(-usi) sevi vai savu ģimeni				
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasot avīzi vai skatoties televīziju				
8. Gausumu kustībās un runā, ko pamanījuši arī apkārtējie. Vai arī pārlietu nemieru, kustīgumu				
9. Domas, ka būtu labāk, ja būtu miris(-usi), vai domas par nodarīšanu sev pāri jebkādā veidā				
10. Ja esat atzīmējis kādu no problēmām šajā tabulā, cik apgrūtināša tā ir bijusi, strādājot, rūpējoties par mājas pienākumiem, komunicējot ar citiem cilvēkiem? Nav bijis apgrūtināši (1) Nedaudz apgrūtināši (2) Samērā apgrūtināši (3) Ļoti apgrūtināši (4)				

### Skalas vērtības:

1– 4 punkti – subklīniska depresija;

5–9 punkti – viegla depresija;

10–14 punkti – vidēji izteikta depresija;

15–19 punkti – vidēji smaga depresija; 11.04.19

20–27 punkti – smagi izteikta depresija.