



NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA  
Eiropas Sociālais  
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

**Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”**

## **Klīniskais algoritms**

### **Vielu un procesu atkarības diagnostika, terapija un uzraudzība bērniem un pusaudžiem**

Darba grupa bērnu psihiatra Nikitas Bezborodova vadībā: Karīna Beinerte (bērnu psihiatre), Ļevs Poluņins (bērnu psihiatrs, narkologs), Gita Birzniece (klīniskā psiholoģe, KBT psihoterapijas speciāliste), Ieva Bite (klīniskā psiholoģe, KBT psihoterapijas speciāliste), Mīkus Dīriks (bērnu neirologs), Anete Masaļska (bērnu psihiatre), Ilze Mežraupe (psihiatre, psihoterapeite), Zanda Pučuka (pediatre), Reinis Siliņš (ģimenes ārsts), Elmārs Tērauds (psihiatrs), Svetlana Zaslavska (klīniskā psiholoģe, KBT psihoterapijas speciāliste), Inga Zārde (psihiatre, psihoterapeite).

Rīgā, 29.09.2023.



# Saturs

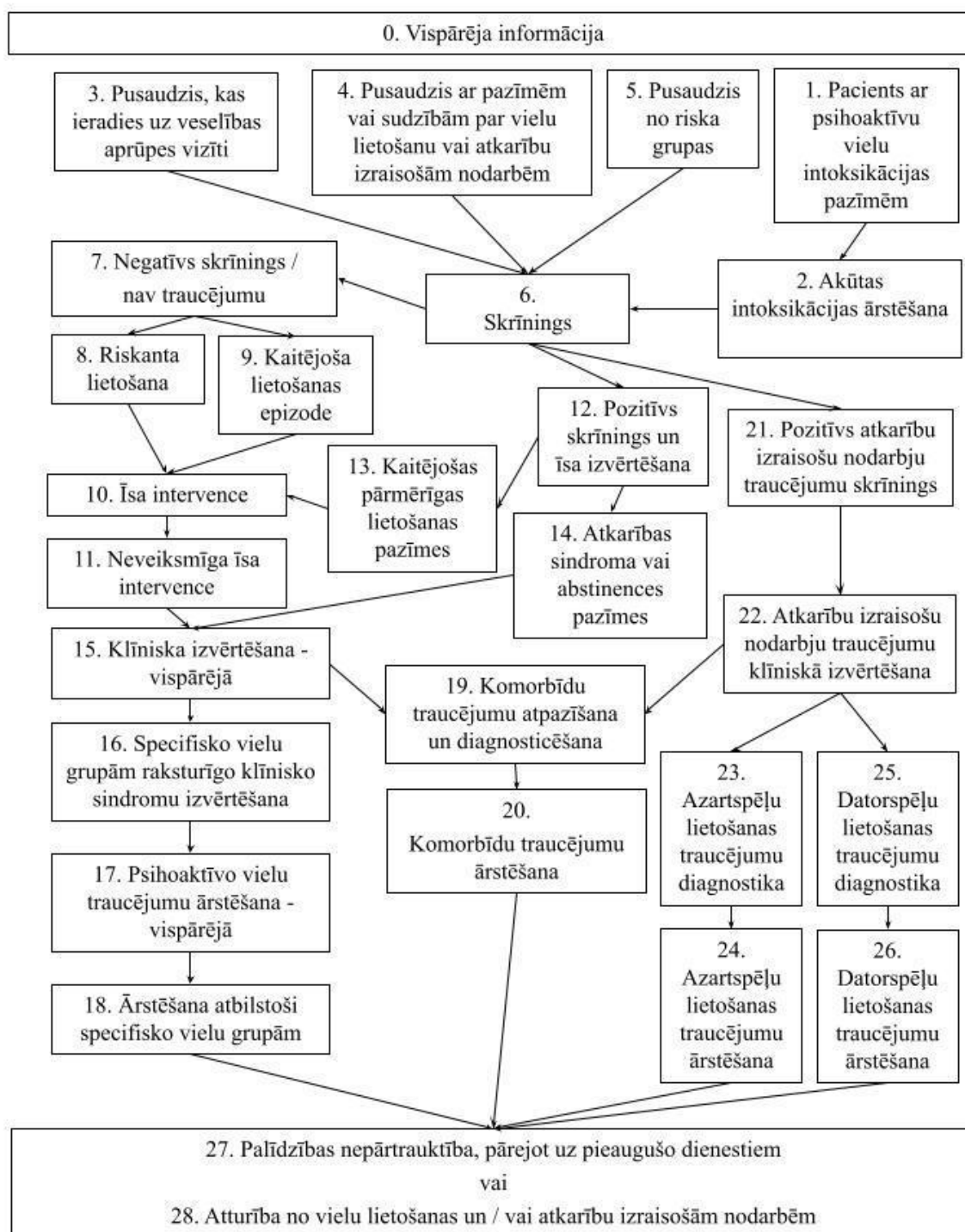
Saturs	2
Algoritma shēma	5
Lietotie saīsinājumi	6
Klīniskais algoritms	7
0. Vispārējā informācija	7
PAV lietošanas izplatība Eiropā un Latvijā	8
Tabaka un nikotīna produkti	9
Alkohols	10
Psihoaktīvās narkotiskās vielas	10
Vairāku PAV lietošana	11
Sekas	12
Bērnu un pusaudžu PAV lietošanas un to seku novēršana	12
Kas jāņem vērā darbā ar pusaudžiem, kas lieto PAV?	13
Atkarību izraisošu nodarbju traucējumi	13
Algoritma mērķi	15
Algoritma lietotāju mērķa grupas	15
Pamatprincipi, ieviešot algoritmu	16
Pacienta izvērtēšana visos aprūpes līmeņos	16
Ārstēšana un aprūpes koordinēšana	16
Starptautisko diagnožu klasifikatoru pielietojums algoritmā	18
1. Pacients ar psihoaktīvu vielu intoksikācijas pazīmēm	19
1.1. Alkohola intoksikācija	20
1.2. Marihuānas intoksikācija	21
1.3. Nikotīna intoksikācija	22
1.4. Stimulantu intoksikācija	22
1.5. Opioīdu intoksikācija	23
2. Akūtas intoksikācijas ārstēšana	24
2.1. Alkohola intoksikācija ārstēšana	24
2.2. Marihuānas (kanabinoīdu) intoksikācijas ārstēšana	24
2.3. Nikotīna intoksikācijas ārstēšana	25
2.4. Stimulantu intoksikācijas ārstēšana	25
2.5. Opioīdu intoksikācijas ārstēšana	26
3. Pusaudzis, kas ieradies uz veselības aprūpes vizīti	27
4. Pusaudzis ar pazīmēm vai sūdzībām par vielu lietošanu vai iesaisti atkarību izraisošās nodarbēs	27

5. Pusaudzis no riska grupas	29
6. Skrīnings	31
7. Negatīvs skrīnings/ nav traucējumu	33
8. Riskanta lietošana	33
9. Kaitējoša lietošanas epizode	34
10. Īsa intervence	35
11. Neveiksmīga īsa intervence	36
12. Pozitīvs skrīnings un īsa izvērtēšana	36
13. Kaitējošas pārmērīgas lietošanas pazīmes	37
14. Atkarības sindroma vai abstinences pazīmes	37
15. Klīniskā izvērtēšana - vispārējā	38
15.1. Klīniskie sindromi	38
15.2. Izmeklējumi	40
16. Specifisko vielu grupām raksturīgo klīnisko sindromu izvērtēšana	40
16.1. Alkohola lietošanas traucējumu izvērtēšana	40
16.1.1. Alkohola abstinences sindroms	41
16.1.2. Alkohola atkarība	42
16.2. Marihuānas, sintētisko kanabinoīdu lietošanas izvērtēšana	43
16.2.1. Marihuānas atkarība	43
16.2.2. Marihuānas abstinence	43
16.3. Opioīdu lietošanas izvērtēšana	43
16.4. Nikotīna lietošanas izvērtēšana	45
16.4.1. Nikotīna kaitējošas lietošanas epizode	45
16.4.2. Nikotīna kaitējoša pārmērīga lietošana	45
16.4.3. Nikotīna atkarība	45
16.4.4. Nikotīna abstinence	46
17. Psihoaktīvo vielu traucējumu ārstēšana	46
17.1. Motivācijas veicināšana	47
17.2. Kognitīvi biheiviorālās psihoterapijas metodes	47
17.3. Ģimenes atbalsts un intervences	47
17.4. Psihofarmakoterapija	48
17.5. Sociālā dienesta iesaiste	49
18. Ārstēšana atbilstoši specifisko vielu grupām	49
18.1. Alkohola lietošanas traucējumu ārstēšana	49
18.1.1. Abstinences ārstēšana	50
18.1.2. Vernikes ( <i>Wernicke</i> ) encefalopātija	51
18.1.3. Uzturošā terapija	51

18.1.4. Nemedikamentozā ārstēšana	52
18.2. Mariuhānas un sintētisko kanabinoīdu lietošanas traucējumu ārstēšana	53
18.2.1. Nemedikamentozā terapija	53
18.2.2. Medikamentozā terapija	54
18.3. Opioīdu lietošanas traucējumu ārstēšana	54
18.3.1. Opioīdu pārdozēšanas ārstēšana	54
18.3.2. Opioīdu atkarības un abstinences ārstēšana	55
18.4. Nikotīna lietošanas traucējumu ārstēšana	57
18.4.1. Medikamentozā ārstēšana	57
18.5. Psihostimulatoru lietošanas traucējumu ārstēšana	59
18.5.1. Amfetamīna grupas (un katinonu) psihostimulatoru abstinence	59
18.5.2. Ekstazī grupas psihostimulatoru abstinence	59
19. Komorbīdu traucējumu atpazīšana un diagnosticēšana	59
20. Komorbīdu traucējumu ārstēšana	60
21. Pozitīvs atkarību izraisīšu nodarbju traucējumu skrīnings	60
22. Atkarību izraisīšu nodarbju traucējumu klīniskā izvērtēšana	61
23. Azartspēļu lietošanas traucējumu diagnostika	61
24. Azartspēļu lietošanas traucējumu ārstēšana	65
25. Datorspēļu lietošanas traucējumu diagnostika	66
26. Datorspēļu lietošanas traucējumu ārstēšana	70
27. Palīdzības nepārtrauktība, pārejot uz pieaugušo dienestiem	71
28. Atturība no vielu lietošanas un/vai atkarību izraisīšām nodarbēm	72
Atsauces	73
Pielikumi	81
1. pielikums	81
2. pielikums	83
3. pielikums	84
4. pielikums	86
5. pielikums	88
6. pielikums	90
7. pielikums	92
8. pielikums	94
9. pielikums	97
10. pielikums	100

## Algoritma shēma

### Vielu un procesu atkarības diagnostika, terapija un uzraudzība bērniem un pusaudžiem. Klīniskais algoritms.



## Lietotie saīsinājumi

AA – Anonīmie alkoholiķi

BKUS – Bērnu klīniskā universitātes slimnīca

CNS – centrālā nervu sistēma

CRAFFT – “CRAFFT” aptauja

DSM-5 – Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmata, 5. izdevums

EKG – elektrokardiogramma

ESPAD – Eiropas skolu aptauja par alkohola un citu psihoaktīvu vielu lietošanu (*The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*)

FDA – Amerikas savienoto valstu pārtikas un zāļu pārvalde

IM – intramuskulāri

IV – intravenozi

IQ – intelektuālās attīstības koeficients

KBT – kognitīvi biheiviorālā terapija

LSD – lizergīnskābes dietilamīds

NAT – nikotīna aizstājterapija

OKT – obsesīvi kompulsīvie traucējumi

PAV – psihoaktīvas vielas

SC – subkutāni

SPKC – Slimību profilakses un kontroles centrs

SSK-10 – Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija

SSK-11 – Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 11. redakcija

THC – Tetrahidrokanabinols

UDHS – uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms

# Klīniskais algoritms

## 0. Vispārējā informācija

Pusaudža vecums ir pārejas periods no bērna uz pieaugušo, kas saistīts ar nozīmīgām hormonālām, psiholoģiskām un neirālām izmaiņām. Šis periods saistīts ar sociālo, emocionālo un kognitīvo iemaņu attīstību. Vecumā no 11 līdz 12 gadiem un līdz pat 19–20 gadu vecumam pusaudža organismā, nervu sistēmā un personības attīstībā notiek daudzas pārmaiņas, kuru pamatā ir šajā periodā gūtā pieredze attiecībās ar vienaudžiem, sevis un savu spēju un mērķu apzināšanās, kā arī pakāpeniski apgūta mērķtiecīga darbība savu mērķu sasniegšanai, piemēram, mācībās, sportā.

Vienlaicīgi šim periodam raksturīga arī paaugstināta jūtība pret stresu un riskantu, nepārdomātu uzvedību. Pusaudžu nenobriedusī smadzeņu struktūra un funkcija nosaka vājāku uzvedības aizturi, impulsivitāti un aizraujošu pieredzi meklēšanu, tai skaitā arī pieredzi alkohola, nikotīnu saturošu produktu un psihoaktīvo vielu lietošanu, pārmērīgi aizrautīgu datorspēļu spēlēšanu, zaudējot laika izjūtu, kā arī impulsīvi iesaistoties vienaudžu grupās, kurās var šādas pieredzes iegūt.

Turpretim spējas, kuras jānodrošina vēl nobriestošo priekšējo smadzeņu daļai (būt nosvērtam un kontrolēt savu uzvedību), pusaudžu vecumā ir pavājinātas, savukārt strauji nobriestošie apbalvojumu centri izraisa pastiprinātu vēlmi pēc tūlītēja apbalvojuma, ļaušanos tieksmēm.<sup>18</sup> Tādēļ pusaudži bieži eksperimentē ar psihoaktīvo vielu (PAV) lietošanu.

Pēc ESPAD pētījuma datiem 31 % Latvijas jauniešu līdz 13 gadu vecumam (salīdzinot ar Eiropas vidējo 18%) bija pamēģinājuši uzsmēķēt cigaretes un 4,4 % šajā vecumā jau smēķēja katru dienu (salīdzinot ar Eiropas vidējo 2,9%). Alkoholu bija lietojuši 48% (salīdzinot ar Eiropas vidējo 33%), marihuānu bija lietojuši 3,8% (salīdzinot ar Eiropas vidējo 2,4%).<sup>20</sup>

Jo agrāk bērns sāk lietot PAV, jo lielāks risks problemātiskai lietošanai vēlāk dzīvē. Kaitējoša pārmērīga alkohola un PAV lietošana un atkarības ir saistītas, un būtiski ietekmē jauniešu sociālo dzīvi, izglītības iegūšanu un nākotnes mērķu realizēšanu atbilstoši katra spējām, jo pusaudžu smadzenes ir īpaši neaizsargātas pret narkotiku, tostarp tabakas un nikotīnu saturošu produktu, kaitīgo ietekmi.

Šāda PAV lietošana arī saistīta ar netīšu vai tīšu mirstību 15–24 gadus veciem jauniešiem, kas ir viens no galvenajiem novēršamajiem priekšlaicīgas nāves cēloņiem. Piemēram, smaga marihuānas lietošana pusaudžu gados var izraisīt intelektuālo spēju

pazemināšanos pat ar vairāku IQ punktu zudumu, kas netiek atgūtas pat tad, ja marihuānas lietošana tiek pārtraukta pieaugušā vecumā.<sup>23</sup> PAV radītais apreibums smadzeņu apbalvojuma centrus pārpludina ar dopamīnu daudz vairāk nekā dabīgās patīkamās pieredzes, tādēļ rodas spēcīga tieksme vielu lietot atkal. Nenobriedušās pusaudžu smadzenes, kas jau cīnās ar impulsu un sevis kontrolēšanu, tiecas atkārtoti lietot PAV, neskatoties uz negatīvajām sekām. Ja PAV tiek lietota atkārtoti, smadzenēs izveidojas neironu ceļi, kas sasaista baudu ar PAV lietošanu, kas ar atkārtotu lietošanu tiek spēcīnāti.<sup>22</sup>

Tā kā šajā vecumā smadzenēs vēl aizvien notiek kritisku neironu tīklu veidošanās, pusaudžu smadzenes ir īpaši jutīgas pret PAV ietekmi. Lai izvairītos no ilgstošām sekām un samazinātu iespēju attīstīties vielu lietošanas traucējumiem, nepieciešama savlaicīga lietošanas risku pamanīšana un PAV lietošanas agrīna intervence.<sup>21</sup>

Tādēļ ir svarīgi savlaicīgi un mērķtiecīgi organizēt preventīvus pasākumus, lai mazinātu PAV, alkohola un nikotīna lietošanu pusaudžu vecumā, kā arī lai novērstu, ka lietošana attīstās par kaitējoši pārmērīgu lietošanu vai atkarību.

Faktori, kas veicina pārmērīgu PAV lietošanu bērnu populācijā, ir vairāki.<sup>13</sup>

To, vai pusaudzis pamēģina PAV, ietekmē daudzi faktori, tostarp psihoaktīvo vielu, arī narkotiku, pieejamība apkārtējā vidē, vietējā sabiedrībā un tas, vai skolā un pusaudžu draugu vidū tās lieto.<sup>21</sup>

Ļoti svarīga ir ģimenes vide: agresija, fiziska vai emocionāla vardarbība, psihiski traucējumi vai PAV lietošana mājās palielina iespēju, ka pusaudzis pats lieto PAV.<sup>21</sup>

Liela nozīme ir arī ģenētiskai predispozīcijai, piemēram, tādās personības iezīmes kā slikta impulsu kontrole vai izteikta tieksme uz stimulējošām pieredzēm, psihiskās veselības traucējumi, piemēram, depresija, trauksme vai UDHS var būt ģenētiskas, un atbilstošā vidē, kas veicina lietošanu, var pastiprināt vēlmi lietot PAV.

Pusaudžu un jauniešu vidū valdošais uzskats, ka PAV lietošana ir stilīga vai nekaitīga, palielina iespējamību, ka pusaudzis lieto PAV.<sup>21</sup>

Pusaudži, kas lieto alkoholu, biežāk nekā pieaugušie lieto to pārmērīgi (definēts kā 5 vai vairāk izdzerti dzērieni pēc kārtas vienā reizē).

### **PAV lietošanas izplatība Eiropā un Latvijā**

Eiropas skolu aptaujā par alkohola un citu psihoaktīvu vielu lietošanu tika aptaujāti 16 gadus veci jaunieši 35 Eiropas valstīs. Kopš šī apjomīgā pētījuma sākuma 1995. gadā bija vērojama smēķēšanas izplatības samazināšanās Eiropā, tomēr 2019. gada dati rāda, ka



cigarešu un elektronisko cigarešu lietošanas izplatība ir pieaugusi.<sup>20</sup> Latvijā tabakas produktu lietošana bērnu un pusaudžu vidū vēl aizvien ir plaši izplatīta. 2019. gadā vidēji 68% Latvijas skolēnu bija pamēģinājuši cigaretes vai e-cigaretes.<sup>20</sup>

Tabakas smēķēšana ir galvenais novēršamais priekšlaicīgas nāves un vairāku slimību cēlonis pasaulē.<sup>36</sup> Slimības, kuru galvenais riska faktors ir smēķēšana, iekļauj dažādas onkoloģiskās, kardiovaskulārās un plaušu saslimšanas. Smēķēšana ir uzvedība, kura tiek iemācīta un mācīšanās process parasti sākas pusaudžu vecumā.<sup>37</sup> Tabakas izstrādājumu lietošanas novēršana jauniešu vidū ir kritiska tabakas epidēmijas izbeigšanai.

Alkohola lietošana ir ļoti izplatīta. Centrālajā un Austrumeiropā, tajā skaitā Latvijā, alkohola lietošanas traucējumu izplatība kopumā ir zemāka, salīdzinot ar pārējo Eiropu. Kopumā no 1990. gada līdz 2019. gadam Eiropā alkohola lietošanas traucējumu izplatība ir samazinājusies par 7,5%.<sup>15</sup>

### **Tabaka un nikotīna produkti**

Nikotīns ir viena no spēcīgākajām atkarību izraisošajām un viena no visplašāk lietotajām psihoaktīvajām vielām pasaulē. Visi tabakas produkti satur nikotīnu, tostarp cigaretes, cigāri, ūdenspīpes tabaka, tabakas karsēšanas ierīces, bezdūmu tabakas izstrādājumi, kā arī lielākā daļa e-cigarešu. Jebkuru šo produktu lietošana var izraisīt nikotīna atkarību.

Atsevišķi produkti, kā cigaretes un nikotīna sāļu saturošas e-cigaretes, ir izstrādāti tā, lai nikotīns smadzenēs nonāktu dažu sekunžu laikā, tādējādi atvieglot atkarības veidošanu un apgrūtinot smēķēšanas pārtraukšanu. Citi tabakas produkti satur piedevas, kas var atvieglot nikotīna uzsūkšanos caur bioloģiskajām membrānām.<sup>38</sup>

Mūsdienās ir pieejami dažādi alternatīvi nikotīna produkti, kas ir plaši izplatīti jauniešu vidū.

- Bezdūmu tabakas izstrādājumi (šņaucamā tabaka, zelējamā tabaka, košļājamā tabaka).
- Tabakas karsēšanas ierīces (“IQOS”).
- Elektroniskās smēķēšanas ierīces (e-cigaretes, jeb “veipi”).
- Nikotīna spilventiņi.

Vairāk informācijas par katru no alternatīviem tabakas un nikotīna produktiem var atrast SPKC tīmekļvietnes sadaļā “Elektroniskās smēķēšanas ierīces”.

Pusaudžu smadzenes ir īpaši neaizsargātas pret narkotiku, tostarp tabakas un nikotīnu saturošu produktu, kaitīgo ietekmi. Nikotīns iedarbojas uz nikotīna acetilholīna receptoriem

(nAChR). nAChR ir plaši izplatīti cilvēka smadzenēs, un ir ļoti svarīgi citu neurotransmiteru regulācijā, smadzeņu nobriešanai, atalgojuma izjūtai un izziņai. Nikotīna iedarbība pusaudža gados traucē normālu nAChR attīstību un ekspresiju, mainot receptoru apakšvienību funkciju un farmakoloģiju, kas traucē ar atalgojuma/audas centra saistīto neurotransmiteru izdalīšanu.

Nikotīna ietekme ir ļoti atkarīga no tā, kādā vecumā notiek tā ietekme uz smadzenēm, jo tas veicina specifisku traucējumu veidošanos katrā smadzeņu attīstības fāzē. Pusaudžu smadzeņu nobriešanu fizioloģiski regulē acetilholīns (ACh), aktivizējot nikotīna acetilholīna receptorus (nAChR), un nikotīna iedarbība izraisa ievērojamu ilgtermiņa deficītu smadzenēs, kas attīstās, traucējot holīnerģiskos regulēšanas procesus. Dopamīnerģiskā sistēma dinamiski mainās pusaudža gados, un nikotīna stimulācija maina mezokortikolimbiskās sistēmas nobriešanu, ar nAChR ietekmi uz dopamīnerģiskiem neironiem un mikrogliju.<sup>39</sup>

Jauniešiem ir lielāks risks kļūt atkarīgiem no tabakas izstrādājumos esošā nikotīna nekā pieaugušajiem. Agrīnāks smēķēšanas uzsākšanas vecums nozīmē lielāku atkarību risku.<sup>38</sup> Tabakas izstrādājumu lietošana tiek uzsākta un nostiprināta galvenokārt pusaudža gados. Pēc pētījumu datiem vairāk nekā 80% atkarīgo pieaugušo smēķētāju ir sākuši smēķēt pirms 18 gadu vecuma, un agrīna smēķēšanas uzsākšana palielina priekšlaicīgas nāves risku.<sup>40</sup>

## **Alkohols**

Alkohola lietošana ir populāra daudzu pusaudžu vidū kā daļa no sociālās komunikācijas vienaudžu grupā. Jāatzīmē, ka daudzi bērni un pusaudži alkoholu pirmo reizi lieto ģimenes lokā un pieaugušo attieksme pret šo lietošanu ne vienmēr ir pietiekoši kritiska.

Jāņem vērā, ka Latvijā vispār ir plaši izplatīta alkohola lietošana.

Pēc SPKC 2015. gada datiem tikai 5,4% cilvēku Latvijā (15-64 gadus veci) dzīves laikā nav lietojuši alkoholu vispār; pēdējā mēneša laikā alkoholu lietojuši 54,6% Latvijas iedzīvotāju. Reizi nedēļā un biežāk alkoholu lietojis aptuveni katrs ceturtais (23,1%) Latvijas iedzīvotājs vecumā no 15 līdz 64 gadiem.<sup>19</sup>

## **Psihoaktīvās narkotiskās vielas**

Neskatoties uz likuma aizliegumu un iespēju vielas iegādāties tikai nelegāli, daudzas psihoaktīvās narkotiskās vielas ir pieejamas un tiek samērā plaši lietotas pusaudžu vidū.

Pēc SPKC 2015. gada datiem izplatītākā nelegālā psihotīvā viela Latvijā ir marihuāna vai hašišs un to pamēģinājuši bija 9,8% iedzīvotāju. Pēc marihuānas nākamās populārākās narkotikas ir ekstazī (pamēģinājuši 2,4%), amfetamīni (1,9%), kokaīns (1,5%)

un dažādi opioīdi, izņemot heroīnu (1,6%), LSD (1,1%) un citi halucinogēni (1,0%). Heroīns ir maz izplatīta viela – to pamēģinājis mazāk nekā 1% iedzīvotāju. Sintētiskos kanabinoīdus, piemēram, “*Spice*” produktus, pamēģinājuši 2,8% iedzīvotāji.<sup>19</sup>

Opioīdu kaitējošu lietošanu bieži raksturo kā ilgstošu, hronisku stāvokli ar remisijas un recidīva periodiem. Lai gan abstinence var būt viens no ilgtermiņa ārstēšanas mērķiem, tas ne vienmēr tiek sasniegts.

### **Vairāku PAV lietošana**

Marihuāna, nikotīns un alkohols ir vielas, ko bieži lieto kombinācijā un kopā ar vēl citām PAV.<sup>17</sup> Jaunieši, kas lieto vairākas PAV kopā, ir ar lielāku vielu lietošanas traucējumu risku. Veiktajos ģimenes dizaina (*family design*) pētījumos iegūtie dati liecina, ka alkohola lietošanas traucējumi novērojami vairākās paaudzēs. Arī narkotisko vielu lietošana ir biežāk sastopama tiem, kuriem ģimenes locekļu vidū ir vielu lietošanas traucējumi, salīdzinot ar kontroles grupu. Daži pētījumi liecina, ka bērni biežāk izvēlēsies tās vielas, ko lieto viņu vecāki.<sup>17</sup>

Pusaudžu vecumā PAV lietošana bieži ir saistīta ar riskantu uzvedību un tādiem traucējumiem, kas izpaužas ar impulsivitāti, uzmanības noturības grūtībām un uzvedības problēmām.<sup>18</sup>

Jaunu cilvēku, kas lieto narkotikas, proporcionālais daudzums pēdējo 20 gadu laikā nav mainījies, galvenokārt tādēļ, ka ir stabila kanabinoīdu lietošanas tendence.

ESPAD dati rāda, ka 2019.gadā Eiropā viens no sešiem 15–16 gadus veciem pusaudžiem savā dzīves laikā ir lietojis narkotikas.

Vielu lietošanas traucējumi ir reti sastopami pirms 10 gadu vecuma, to izplatība strauji pieaug pusaudžu vecumā ar pīķi apmēram 20 gadu vecumā, vēlākā vecumā strauji samazinās. Pēc 25 gadu vecuma vielu lietošanas traucējumi sākas reti, bet pusaudžu vecumā sākušies traucējumi bieži turpinās agrīnā pieaugušo vecumā. Tai cilvēku grupai, kam traucējumi turpinās pēc šī vecuma, vielu lietošana kļūst par vadošo nāves cēloni pieaugušo vecumā.<sup>18</sup>

### **Paaugstināts risks PAV lietošanai:**

- ja ģimenē ir PAV lietošana vai atkarība;
- pusaudžiem ar eksternalizējošiem mentālās veselības traucējumiem (dažādi uzvedības traucējumi, hiperkinētiski traucējumi, opozicionāri izaicinoši traucējumi, paškaitējums, augsta riska uzvedība);
- ja ir zems socioekonomiskais stāvoklis;

- institucionalizētiem pusadžiem;
- bērniem, kas ir vardarbības (emocionāla, fiziska, seksuāla) upuri;
- ja ir vecāku nevērība vai nepietiekama uzmanība audzināšanā;
- ielu bērniem.

*Sīkāk skatīt 5. punktu.*

### **Sekas**

- PAV vienkārša vai riskanta lietošana viegli var turpināties kā problemātiska lietošana un atkarība.
- Jo jaunāks bērns sāk lietot alkoholu un citas PAV, jo lielāks risks nopietnām veselības sekām un PAV lietošanai pieaugušo vecumā.
- Jauniešiem ar agrīnu kaitīgu PAV lietošanu ir novērojama samazināta spēja adekvāti kontrolēt savu uzvedību un emocijas atbilstoši situācijas prasībām.
- Hroniska PAV lietošana ne tikai izmaina cilvēka prioritātes, bet arī var mainīt tās smadzeņu daļas, kas nepieciešamas spriestspējai un paškontrolei, tālāk samazinot indivīda spēju kontrolēt vai pārtraukt savu PAV lietošanu.

### **Bērnu un pusaudžu PAV lietošanas un to seku novēršana**

Atkarības veidošanās ir kā apburtais loks: hroniska PAV lietošana ne tikai izmaina cilvēka prioritātes, bet arī var mainīt tās smadzeņu daļas, kas nepieciešamas spriestspējai un paškontrolei, tālāk samazinot indivīda spēju kontrolēt vai pārtraukt savu PAV lietošanu. Tāpēc, neskatoties uz plaši izplatīto uzskatu, ar gribasspēku vienu pašu bieži vien nepietiek, lai pārvarētu atkarību. PAV lietošana ir kaitējusi tām smadzeņu daļām, kas ļauj pateikt “nē” lietošanai.<sup>21</sup> Šī iemesla dēļ svarīgākais būtu atturēt bērnus un pusaudžus no PAV lietošanas uzsākšanas vispār (prevencija), un, ja konstatēta problemātiska lietošana, pēc iespējas agrāk jāuzsāk efektīva ārstēšana, neļaujot attīstīties atkarībai.

Lai samazinātu smēķētāju īpatsvaru sabiedrībā un smēķēšanas biežumu, jāstrādā gan pie smēķēšanas preventīvo un ierobežojošo metožu attīstīšanas, gan arī pie valsts apmaksātu ārstniecības programmu ieviešanas, adaptējot kādu no efektīvām ārstniecības metodēm un nodrošinot to personām, kuras vēlas pārtraukt smēķēšanu.<sup>19</sup>

Uzvedības, emocionālos un vides faktorus, kas pakļauj bērnus riskam sākt pārmērīgi lietot PAV, var novērst, izmantojot profilakses un intervences programmas, kas izmanto uz

pētījumiem balstītas metodes, sociālās pretestības prasmju apguvi un normatīvo izglītību skolas mācību programmā.

Pusaudžu ārstēšanai jābūt piemērotai viņu vecumam, jāņem vērā ģimenes un sociālie apstākļi, izglītības situācija, iespējamie mentālās veselības traucējumi, fiziskās veselības traucējumi u. c.<sup>21</sup>

Kas jāņem vērā darbā ar pusaudžiem, kas lieto PAV?

- Pusaudžus, kam ir PAV lietošanas grūtības, ir grūti sasniegt.
- Atkarība veidojas sarežģītas mijiedarbības rezultātā – indivīds, viela (PAV vai alkohols) un vide (ģimene, skola, draugu grupa u. c.).
- Narkotisko vielu lietošanu pusaudžu vecumā veicina vairāki faktori – zems pašvērtējums, reliģiozitātes trūkums, sliktas sekmes skolā, vecāku noraidījums, disfunkcionāla ģimene, vardarbība, vecāki, kuri nerūpējas vai veic pārprūpi, šķiršanās.<sup>13</sup>

#### **Atkarību izraisošu nodarbju traucējumi**

Jaunajā SSK-11 versijā SSK-10 kategorija “Paradumu un dziņu traucējumi” tiek sadalīta divās jaunās sadaļās, no kurām viena sadaļa ir “Nodarbes ar atkarību potenciālu” (*Disorders due to addictive behaviours*), kurā iekļauti traucējumi, kas saistīti ar atkarību izraisošām nodarbēm. Diagnoze F63.0 “Patoloģiska tieksme uz azartspēlēm” (*Pathological gambling*) ir nomainīta uz kategoriju 6C50 “Azartspēļu lietošanas traucējumi” (*Gambling disorder*), un tiek iekļauta jauna diagnoze 6C51 “Datorspēļu lietošanas traucējumi” (*Gaming disorder*), kas ietver gan tiešsaistes, gan bezsaistes spēlēšanu.<sup>14</sup> Datorspēļu traucējumu diagnoze pievienota SSK-11, balstoties uz klīnisku un sabiedrības veselības pierādījumu bāzi, kas liecina, ka datorspēļu spēlēšana var kļūt disfunkcionāla, radot ciešanas, funkcionēšanas traucējumus un dažkārt ietekmi uz veselību. Arī Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 5. izdevumā (DSM-5) tika iekļauta diagnoze “Interneta spēļu traucējumi” (*Internet gaming disorder*) ar līdzīgiem diagnostiskajiem kritērijiem.

Azartspēļu un datorspēļu lietošanas traucējumi ir atpazīstami un klīniski nozīmīgi sindromi, kuros radušās ciešanas vai tiek traucēta personiskā funkcionēšana saistībā ar atkārtotu iesaisti šajās darbībās. Šo traucējumu pamata pazīmes ir impulsivitāte un kontroles zudums, nepārvarama tieksme pirms darbības veikšanas un izteikta atvieglojuma vai baudas sajūta pēc darbības veikšanas.<sup>14</sup> Azartspēļu vai datorspēļu spēlēšana sākotnēji personai ir

patīkama aktivitāte, bet ar laiku izraisa ciešanas vai traucējumus svarīgās dzīves sfērās vai izraisa citas negatīvas sekas.

Nespēja regulēt iesaistīšanos azartspēlēs ir saistīta ar traucējumiem neirālajos ceļos, kas saistīti ar atalgojuma apstrādi un vadīšanas funkciju.<sup>68,69</sup> Azartspēļu spēlēšana var radīt nelabvēlīgas sekas azartspēļu spēlētājam un viņa ģimenei – var novest pie vardarbības, finansiālām problēmām un problēmām ģimenē, pie noziegumiem, piemēram, zādzībām. Azartspēlēm ir finansiālas sekas ne tikai jauniešiem, tā ģimenei, bet arī plašākas sabiedrības līmenī – ar ievērojamām izmaksām veselības aprūpes pakalpojumiem (galvenokārt psihiskās veselības), sociālās labklājības un bezdarba pabalstu izmaksai un izmaksām tieslietu sistēmā.

Azartspēļu problēmu mūža prevalence pasaulē un Eiropā svārstās no 1,6 līdz 5,6 % ar līdzīgu izplatību arī pusaudžiem. Pašlaik problemātiska azartspēļu spēlēšana vairāk notiek internetā.<sup>71</sup> Lai gan azartspēļu spēlēšana un likmju likšana pirms 18 gadu vecuma ir aizliegta, tā ir samērā izplatīta pusaudžu vidū. ESPAD 2019. gada pētījums rāda, ka Latvijā 28% zēnu un 17% meiteņu iepriekšējā gada laikā nodarbojušies ar azartspēlēm. Problemātiska iesaiste azartspēlēs tiek lēsta 12% pusaudžu un pārmērīga – 4% pusaudžu, kas ir tuvu Eiropas vidējiem rādītājiem.<sup>20</sup>

Pētījumi rāda, ka daļai cilvēku datorspēļu spēlēšana var būt regulāra un samērā bieža aktivitāte, kas nav saistīta ar būtiskām negatīvām sekām.<sup>64</sup> Datorspēļu lietošanas traucējumu izplatība pasaulē ir 2-3%. Kopumā epidemioloģisko pētījumu dati dažādos pētījumos ļoti atšķiras, kas lielā mērā ir atkarīgs no tā, kāda skrīninga skala tiek izmantota. Augstāka izplatība tiek minēta pētījumos, kur aptaujāti pusaudži, ir mazāk dalībnieku un zemāks skalas traucējumu robežsliekšnis.<sup>63</sup> Pētījumu bāze par datorspēļu lietošanas traucējumu gaitu un bioloģisko, ģenētisko pamatojumu pagaidām ir agrīnā stadijā<sup>70</sup>, tomēr pētījumos sāk parādīties pierādījumi, ka neirālo ceļu traucējumi datorspēļu lietošanas traucējumu gadījumā ir līdzīgi alkohola un citu vielu atkarībām<sup>72</sup>.

Atkarību izraisīto nodarbjumu mazināšanai ļoti nozīmīga ir populācijas līmeņa un mērķētā prevencija uz augsta riska personām, mazinot azartspēļu pieejamību un redzamību. Valsts veselības aprūpes līmenī jākoncentrējas uz mērķētiem preventīviem pasākumiem, kā, piemēram, pusaudžu no augsta riska grupas laicīga atpazīšana un palīdzības pakalpojumu pieejamības uzlabošana.

## **Algoritma mērķi**

- Uzlabot bērnu un pusaudžu ar PAV lietošanas traucējumu atpazīšanu un diagnostiku visos veselības aprūpes posmos.
- Uzlabot bērnu un pusaudžu ar atkarību izraisošu nodarbju traucējumiem atpazīšanu un diagnostiku visos veselības aprūpes posmos.
- Uzlabot bērnu un pusaudžu ar PAV lietošanas traucējumiem vai atkarību izraisošu nodarbju klīnisku vadīšanu, psihosociālu rehabilitāciju un ārstēšanu primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes līmenī.
- Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku šo pacientu virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu jomu speciālistiem, dažādiem rehabilitācijas dienestiem, sociālajiem dienestiem, mazinot vēlīnas diagnostikas un negatīvo sociālo un veselības seku attīstīšanās riskus.
- Racionāli izmantot ārstniecības un aprūpes iespējas un iekļaut uz pierādījumiem balstītas intervences.
- Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un rehabilitācijas plānu.

## **Algoritma lietotāju mērķa grupas**

- Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas.
- Klīniskie, veselības un izglītības psihologi.
- Funkcionālie un rehabilitācijas speciālisti.
- Sociālo un citu iesaistīto valsts un pašvaldību dienestu speciālisti.
- Pusaudžu aprūpes namu, ieslodzījuma un audzināšanas vietās strādājošie ārstniecības un rehabilitācijas speciālisti.
- Jaunieši, kas lieto PAV vai iesaistās atkarību izraisošās nodarbēs, viņu radnieki un aprūpētāji.

## **Pamatprincipi, ieviešot algoritmu**

### **Pacienta izvērtēšana visos aprūpes līmeņos**

- Pēc iespējas ātrāk ir jāatpazīst PAV lietošana un jāiesaista pusaudzis atbilstošā intervencē vai ārstēšanā. PAV lietošana atstāj sekas uz smadzeņu attīstību, rada nopietnus veselības riskus, var traucēt veselīgām attiecībām ar ģimeni un vienaudžiem, kā arī mācībām skolā.
- PAV lietošana skar ne tikai pašu indivīdu, bet arī ģimenes locekļus un apkārtējā atbalsta sistēmā iesaistītos. Svarīgi izvērtēt PAV lietošanas ietekmi uz personas ģimenes locekļiem, citiem bērniem ģimenē, kā arī piedāvāt vecāku vai aprūpētāju personīgo, sociālo un psihiskās veselības vajadzību izvērtēšanu un sniegt attiecīgu intervenci vai rekomendācijas vēršties attiecīgos palīdzības dienestos.
- Katrā atpazīšanas un klīniskas novērtēšanas posmā jāveic riska izvērtēšana, kas ietver jautājumu par vardarbību pret citiem, vardarbību no citiem un pusaudža pašnāvības risku. Daudzi PAV vielu lietotāji ir piedzīvojuši fizisku, emocionālu un/vai seksuālu vardarbību vai citu traumatisku pieredzi, tāpēc, identificējot risku, primārās aprūpes speciālistiem pacients jānosūta pie attiecīgā speciālista (sociālā dienesta darbinieka vai bērnu psihiatra). Sekundārajā un terciārajā aprūpes līmenī jāsniedz atbilstoša riska mazināšanas intervence sadarbībā ar sociālo dienestu, ja nepieciešams.
- Atkarību izraisošu nodarbju (azartspēļu vai datorspēļu lietošanas traucējumu) gadījumā svarīgi atpazīt pazīmes augsta riska pusaudžiem.

### **Ārstēšana un aprūpes koordinēšana**

- Pusaudžu un pieaugušo PAV lietošana un ārstēšanas vajadzības atšķiras. Pusaudži PAV lieto biežāk nekā pieaugušie, vielu izvēle mēdz atšķirties no pieaugušajiem, kā arī atkarības sindroms jauniešiem novērojams retāk. PAV traucējumi sākas tieši pusaudžu vecumā, progresējot no epizodiskas lietošanas uz kaitējoši pārmērīgu lietošanu līdz atkarībai agrīnā pieaugušo vecumā.
- Strādājot ar PAV lietotājiem, ārstniecības un ārstniecības atbalsta personālam ir jāiesaista pusaudzis, cieši jāsadarbojas un vienmēr jāizskaidro pusaudzīm rekomendētā un pieejamā ārstēšana.
- Ņemot vērā to, ka pusaudži ar vielu lietošanas problēmām bieži uzskata, ka viņiem palīdzība nav vajadzīga, pusaudžu iesaistīšana ārstēšanā bieži vien prasa īpašas prasmes un pacietību.<sup>21</sup>
- PAV un procesu pārmērīgiem lietotājiem jāsniedz tāda pati aprūpe, cieņa un privātums kā jebkurai citai personai.<sup>8</sup>



- Vielu lietošanas traucējumu ārstēšanai ir jābūt pielāgotai pusaudža individuālajām vajadzībām. Ārstēšanas plānošana sākas ar visaptverošu novērtējumu, lai noteiktu personas stiprās puses un trūkumus, ar ko būs jāstrādā. Atbilstoša ārstēšana ņem vērā pusaudža psiholoģiskās attīstības līmeni, dzimumu, attiecības ar ģimeni un vienaudžiem, grūtības skolā, plašākas kopienas, kultūras un etniskos faktorus un jebkādu īpašu fiziskus vai uzvedības faktorus.<sup>21</sup>
- Ārstēšanā jāpievērš uzmanība personas vajadzībām kopumā, nevis tikai jākoncentrējas uz vielu, azartspēļu vai datorspēļu spēlēšanu. Labākā pieeja ārstēšanai ir sniegt atbalstu pusaudža vispārējām dzīves vajadzībām, piemēram, tām, kas saistītas ar medicīnisko, psiholoģisko un sociālo labklājību, kā arī ar mājokli, skolu, transportu un juridiskām problēmām. Nespēja apmierināt šīs vajadzības var traucēt pusaudža veiksmīgam ārstēšanas procesam.<sup>2</sup>
- PAV lietošanas traucējumu ārstēšanā svarīgi, lai būtu izveidota efektīva pacienta koordinēšanas sistēma, kas palīdz sasniegt labākus rezultātus. Gadījuma vadītāja vai koordinatora galvenais pienākums ir organizēt aprūpi un veidot terapeitisko sadarbību ar pacientu.<sup>8</sup>
- Probācijas dienesta iejaukšanās, sankcijas un vecāku spiediens var būt svarīgs faktors, lai panāktu, ka jaunieši uzsāk ārstēšanos. Pusaudži ar vielu lietošanas traucējumiem reti domā, ka viņiem nepieciešama ārstēšana un gandrīz nekad nemeklē palīdzību paši. Pierādījumi rāda, ka ārstēšana strādā pat tad, kad tas ir piespiedu kārtā.<sup>24</sup>
- Ārstniecības personālam svarīgi pārrunāt ar PAV lietotāju par ģimenes un aprūpētāju iesaisti ārstniecības procesā, saglabājot arī konfidencialitāti.
- Ģimenes locekļu atbalsts ir svarīgs elements atveseļošanās procesā. Ģimenes intervence attiecību stiprināšanai pusaudža ģimenē ir uz pierādījumiem balstīta intervence. Uzlabojot komunikāciju un ģimenes locekļu spēju sniegt atbalstu, var veicināt pusaudža atturību no PAV lietošanas.
- Arī citi apkārtējie cilvēki (piemēram, skolas darbinieki, vienaudži un mentori) var iedrošināt jauniešus, kuriem nepieciešama palīdzība, iet ārstēties un atbalstīt viņus šajā ceļā.<sup>21</sup>
- Ļoti svarīgi PAV lietošanu monitorēt ārstēšanās laikā, jo ir augsta varbūtība, ka viela tiks atsākta lietot. Svarīgi lietošanas atsākšanu identificēt agrīni, lai mazinātu nevēlamu seku iespējamību. Ja jaunietis ir atsācis lietot PAV, ārstēšana jāatsāk vai jāpārvērtē personas individuālās vajadzības, attiecīgi pielāgojot ārstēšanu. Personai var būt nepieciešami vairāki ārstēšanas cikli dzīves laikā.<sup>21</sup>

- Ārstēšanas turpināšana pietiekami ilgu laiku un aprūpes nepārtrauktība pēc ārstēšanas ir ļoti svarīgi faktori. Minimālais PAV traucējumu ārstēšanas ilgums ir atkarīgs no vielas un traucējumu smaguma, taču pētījumi liecina, ka rezultāti ir labāki, ja persona turpina ārstēties 3 mēnešus un ilgāk.<sup>25</sup>
- Lai efektīvi ārstētu vielu lietošanas traucējumus pusaudžiem, nepieciešams atpazīt, diagnosticēt un ārstēt komorbīdos traucējumus, kas, galvenokārt, ir tieši psihiskās veselības traucējumi. Tie jāārstē vienlaicīgi, nevis secīgi.
- Visas intervences jāveic kompetentam personālam ar piekļuvi atbilstošai supervīzijai jeb pārraudzībai.<sup>8</sup>
- Procesu atkarību atpazīšanā un ārstēšanas pārtraukšanā būtiska loma ir vecākiem, jo pusaudžu pašu motivācija ir zema, kā arī tas ir saistīts ar vispārēju normāla, vecumam atbilstoša dienas un aktivitātes režīma atjaunošanu un aktīvu pusaudža iesaisti nodarbēs, kas nav saistītas ar konkrēto procesu atkarību. Svarīgi vecākiem sniegt atbilstošu palīdzību un atbalstu.

### **Starptautisko diagnožu klasifikatoru pielietojums algoritmā**

Šinī algoritmā līdzas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas, 10. redakcijas (SSK-10) kategorijām izmantotas jaunās 11. redakcijas (SSK-11) kategorijas, lai atvieglotu gaidāmo pāreju uz jauno redakciju. Kategorijās, kas saistītas ar psihoaktīvu vielu lietošanas un atkarību izraisītu nodarbju traucējumiem starp abām redakcijām ir vērā ņemamas izmaiņas, kas algoritmā tiek aprakstītas.

## 1. Pacients ar psihoaktīvu vielu intoksikācijas pazīmēm

Pēc SSK-10 un SSK-11 PAV intoksikācija ir pārejoši un klīniski nozīmīgi apziņas, domāšanas spēju, uztveres, afekta, uzvedības vai koordinācijas traucējumi, kas sākas vielu lietošanas laikā vai drīz pēc tam. Šie traucējumi ir pārejoši un beidzas, vielas ietekmei organismā beidzoties. PAV intoksikācija var tikt klasificēta kā viegla, vidēja vai smaga, un to var noteikti klīniskas izvērtēšanas rezultātā, nevis tikai nosakot vielu vai tās līmeni analīzēs.<sup>88,14</sup>

Mediķim, kurš nonāk saskarē ar nepilngadīgu pacientu jebkuru PAV reibumā, par šo faktu ir jāziņo policijai.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības kontekstā nepieciešama informācija par lietotajām PAV, to daudzumu un laiku kopš pēdējās vielas/-u uzņemšanas, lai varētu izvērtēt, vai intoksikācijas simptomi tuvāko stundu laikā pastiprināsies vai vājināsies<sup>77</sup>. Ja jauniešis nespēj komunicēt un nosaukt lietoto vielu/-as, jāveic urīna skrīninga tests uz dažādām PAV un alkometrija (izelpas gaisā), un/vai asins parauga nosūtīšana uz laboratoriju alkohola klātbūtnes pierādīšanai. Ja urīna skrīninga tests ir negatīvs, bet pastāv aizdomas par PAL lietošanu, jānosūta urīna un asins paraugs uz ķīmiski toksikoloģisko laboratoriju.

**Vieglas intoksikācijas** gadījumā ir klīniski atpazīstami traucējumi psihofizioloģiskajā funkcionēšanā un reakcijās (piem., motorā koordinācija, uzmanības noturība un spriestspēja), bet apziņa nav vai ir maz traucēta.<sup>14</sup>

**Vidējas intoksikācijas** gadījumā ir izteikti traucējumi psihofizioloģiskajā funkcionēšanā un reakcijās. Šinī gadījumā apziņa ir nedaudz traucēta.<sup>14</sup>

**Smagas intoksikācijas** gadījumā tiek novēroti neapšaubāmi psihofizioloģiskās funkcionēšanas traucējumi ar izteiktiem apziņas traucējumiem. Traucējumi ir tik nopietni, ka persona var nespēt iesaistīties komunikācijā vai sadarboties izvērtēšanas un ārstēšanas laikā.<sup>14</sup>

Toksidromi

Simptomi	Iespējamais toksiskais aģents
Tahikardija	Amfetamīns, kofeīns, kokaīns
Bradikardija	Nikotīns
Hipertensija	Amfetamīns, kokaīns

Hipotensija	Opiāti, sedatīvie līdzekļi
Hipotermija	Alkohols, sedatīvie līdzekļi
Koma	Opiāti, sedatīvie līdzekļi
Mioze	Nikotīns
Midriāze	Stimulanti (amfetamīns, kokaīns)
Bradipnoja	Alkohols, opiāti

### 1.1. Alkohola intoksikācija

Alkohola intoksikācijas pazīmes vieglos un vidēji smagos gadījumos:

- pieaugoši runas, atmiņas, uzmanības, koordinācijas un balansa traucējumi;
- pozitīva efekta sajūta, piemēram, atbrīvotības sajūta;
- var sākties miegainība;
- paaugstināts agresijas risks.

Risks saindēties ar alkoholu ir ikvienam, kurš lieto alkoholu pārāk ātri, pārāk lielā daudzumā. Šādi alkoholu īpaši bieži lieto pusaudži un jaunieši, līdz ar to alkohola pārdozēšanas risks šajā vecumā ir paaugstināts, to veicina arī ieradumi un kultūras īpatnības, piemēram, iedzert pirms došanās uz pasākumu, ballīti. Strauji pieaugot alkohola koncentrācijai asinīs, būtiski pasliktinās smadzeņu un citu orgānu funkcijas.<sup>49</sup>

Alkohola intoksikācijas pazīmes bīstamos gadījumos:<sup>49</sup>

- apjukums, stupors;
- samaņas zudums vai nespēja pamosties;
- vemšana;
- krampji;
- palēnināta elpošana (mazāk nekā 8 ieelpas minūtē);
- neregulāra elpošana (10 sekundes vai vairāk starp ieelpām);
- lēna sirdsdarbība;
- mikla āda;
- pavājināti refleksi, piemēram, nestrādā rīstīšanās reflekss (kas novērš aizrīšanos);

- hipotermija, zilgana ādas krāsa vai bālums.

Alkohols var izraisīt dzīvībai bīstamus metabolos efektus, piemēram, pieaugušajiem hipoglikēmija attīstās reti, bet bērniem un jauniešiem tās risks ir lielāks. Citi iespējamie metabolie traucējumi – acidoze, hipokaliēmija, hipomagnezēmija, hipoalbuminēmija. Kardiovaskulārie simptomi – tahikardija, perifēra vazodilatācija, hipovolēmija, kas var inducēt hipotermiju un hipotensiju.<sup>77</sup>

Laboratoriskie izmeklējumi – alkohola klātbūtnes pierādīšana obligāti jāveic krimināltraumu, ceļu satiksmes negadījumu un darba traumu gadījumos. Nepilngadīgajiem alkohola klātbūtnes pierādīšanai pietiek ar tā noteikšanu izelpas gaisā – jāveic alkometra rādījuma izdruka, ko paraksta 2 mediķi. Ja jaunieša stāvoklis ir tāds, ka viņš nespēj sadarboties un veikt alkometriju izelpas gaisā, tad jāveic alkohola noteikšana asinīs. (BKUS asins paraugus nosūta “Alkohola, narkotisko un psihotropo vielu reibuma ekspertīzes nodaļas” (ANPREN) laboratorijai.)

## **1.2. Marihuānas intoksikācija**

Marihuānas intoksikācija ir klīniski nozīmīgs pārejošs stāvoklis, kas attīstās lietošanas laikā vai neilgi pēc tās un kam raksturīgi apziņas, uztveres, garastāvokļa, uzvedības vai koordinācijas traucējumi. Traucējumus izraisa zināmā marihuānas farmakoloģiskā iedarbība, un to intensitāte atkarīga no devas. Traucējumi ir ierobežoti laikā un izzūd, jo marihuānas PAV tiek izvadītas no organisma.

Intoksikācijas pazīmes var ietvert<sup>14</sup>:

- eiforiju;
- uzmanības traucējumus;
- izmainītas spriestspējas;
- uztveres izmaiņas (izmainīta laika, telpas uztvere, krāsas kļūst skaidrākas un košākas);
- socializēšanās spēju izmaiņas;
- palielinātu apetīti;
- trauksmi;
- pastiprinātas emocijas pie ierastām pieredzēm un aktivitātēm;
- īstermiņa atmiņas traucējumus un gausumu;
- fiziskās pazīmes:
  - injicētas konjunktīvas (sarkanas vai “asiņainas” acis);
  - tahikardija;

- posturāla hipotensija un sinkope;
- vai hipertensija, sausa mute, nistagma, neskaidra runa.

Reizēm jauniešiem, kuri ir īpaši trauksmaini, psiholoģiski ievainojamāki vai nepieredzējuši marihuānas lietotāji, vēro izteiktu nemieru, disforiju un panikas lēkmes.

### 1.3. Nikotīna intoksikācija

Nikotīna pārdozēšana ir pieaugoša problēma, jo plaši ir pieejamas e-cigaretes un nikotīnu saturoši šķidrums, kas nodrošina ievērojami augstāku nikotīna līmeni asinīs.<sup>43</sup>

Cits nikotīna intoksikācijas avots var būt bezdūmu nikotīna produkti, kas satur augstas nikotīna koncentrācijas. Ja ir aizdomas par iespējamu nikotīna pārdozēšanu, jāpievērš uzmanība vairākiem simptomiem.

Simptomi pirmajās 15 minūtēs (līdz stundai) pēc iedarbības:

- gastrointestinālie – slikta dūša, vemšana, sāpes vēderā, siekalošanās;
- kardiovaskulārie – tahikardija, hipertensija;
- respiratorie – elpas trūkums, bronhu obstrukcija, sēkšana;
- neiroloģiskie – apjukums, trauksme, fascikulācijas, krampji.

30 minūšu līdz četru stundu laikā simptomi mainās un attīstās:

- kardiovaskulārie – bradikardija, aritmija, hipotensija un šoks;
- respiratorie – hipopneja, apnoja;
- neiroloģiskie – letarģija, nespēks, muskuļu vājums, stupors, koma.<sup>41,78</sup>

### 1.4. Stimulantu intoksikācija

**Kokaīns** – efekta sākums, intensitāte un ilgums atkarīgs no lietošanas veida. Smēķēšana vai injicēšana sniedz intensīvāku, bet īsāku efektu. Ieelpošanai (“šņaukšana”) efekts ir vājāks, bet ilgāks.

Neatliekamo palīdzību biežāk meklē psiholoģisko un kardiālo efektu dēļ.

Biežākie psiholoģiskie simptomi ir aizrautība, eiforija, augsta pašapziņa, bet lielākas devas izraisa satraukumu, nemieru, aizkaitināmību, paranoīdus simptomus un izteiktu vēlmi pēc atkārtotas lietošanas.

Kardiālie efekti – devas atkarīga tahikardija, hipertensija un vazokonstrikcija, palielinās nepieciešamība pēc koronārās apasiņošanas, kas rezultējas išēmijā, var attīstīties ventrikulāra un supraventrikulāra aritmija.

Termoregulācija – paaugstinās ķermeņa temperatūra, samazinās perspirācija un perifērā cirkulācija, iestājas smaga hipertermija.

Centrālā nervu sistēma – galvassāpes, fokāli neiroloģiski simptomi, krampji (lielas devas gadījumā), smadzeņu išēmija vai hemorāģija.

Pulmonārie efekti – *pneumothorax*, *pneumomediastinum* vai *pneumopericardium*, kas attīstās kā Valsalva manevra sekas (lai izvairītos no vielas izelpošanas vai panāktu ātrāku efektu).

Asinsrece – pastiprinās un reizē ar vazokonstrikciju var izraisīt ne tikai sirds un smadzeņu išēmiju un infarktu, bet arī citu orgānu – plaušu, nieru, liesas un zarnu.

Lietojot vienlaikus ar alkoholu, palielinās komplikāciju risks un smagums.

### **Metamfetamīns (*ecstasy*)**

- Psiholoģiskie efekti – eiforija, bezmiegs, nemiers, sensorās uztveres izmaiņas (halucinācijas, pastiprināta taktilā stimulācija, pastiprināta krāsu uztvere), panikas lēkmes, var attīstīties psihoze.
- Hipertermija.
- Kardiovaskulārie simptomi – hipertensija, tahikardija.
- Elektrolītu izmaiņas – svīšana, hiponatriēmija.
- Muskuļu saspringums, bruksisms.

Iedarbības efekta pīķis apmēram 2 h pēc uzņemšanas, pussabrukšanas periods aptuveni 8 h.

### **1.5. Opioīdu intoksikācija**

Intoksikācija ar opioīdiem var izraisīt nāvi to iedarbības uz elpošanas regulācijas centru dēļ. Pārdozēšanas atpazīšanai izmantojama simptomu triāde:

- ļoti šauras zīlītes;
- bezsamaņa;
- lēna, vāja elpošana vai tās apstāšanās.

Citi/agrīni simptomi:

- eiforija, sedācija, miera sajūta;
- nespēja staigāt, runāt, palikt nomodā, arī tad, kad tiek uzrunāts vai aiztikts;
- pelēkas vai cianotiskas lūpas un nagi;
- auksta, mikla āda;
- reibonis, apjukums;

- izteikta miegainība;
- rīstīšanās, gārgšanas vai krākšanas skaņas;
- dūrienu pēdas vai mīksto audu infekcija;
- paaugstināts sfinkteru tonuss (urīna retence).

## 2. Akūtas intoksikācijas ārstēšana

### 2.1. Alkohola intoksikācija ārstēšana

Alkohola klātbūtni izelpas gaisā var noteikt atkārtoti, lai varētu prognozēt simptomu progresēšanu, piem., CNS nomākumu, bet tikai gadījumos, kad pusaudzis ir spējīgs sadarboties un pildīt komandas.

Bērnu/jaunietu pozicionē uz sāniem, lai samazinātu aspirācijas risku.

Vēlams nodrošināt intravenozu pieeju, lai nepieciešamības gadījumā varētu nodrošināt šķidrums un medikamentu ievadi.

Kopumā terapija vērsta uz esošiem simptomiem – hipoglikēmijas korekcija, elektrolītu korekcija, sasildīšana un nemiera mazināšana. Izteiktam nemieram izvēles preparāti ir antipsihotiskie medikamenti, piem., haloperidols, jo tam ir mazāka mijiedarbības iespēja ar alkoholu.

Kuņģa satura aspirācijas risku var mazināt, nozīmējot antiemētiskus, piem., ondansetronu.

Jāseko elpceļu caurlaidībai atkarībā no intoksikācijas smaguma.

### 2.2. Marihuānas (kanabinoīdu) intoksikācijas ārstēšana

Marihuānas intoksikācijas ārstēšana ir simptomātiska. Lielākā daļa vieglu intoksikācijas gadījumu ir pašlimitējoši dažu stundu laikā, var palīdzēt atrašanās aptumšotā, klusā telpā.

Izteikta uzbudinājuma gadījumos var nozīmēt benzodiazepīnus, piemēram, diazepāmu perorāli.

Kardiālu vai respiratoru komplikāciju gadījumos ārstē konkrēto patoloģiju (šādas komplikācijas, piem., miokarda infarkts, aritmijas, dispneja, bērniem un jauniešiem nav raksturīgas).

Aktivētās ogles lietošana marihuānas intoksikācijas gadījumā nav ieteicama.

Psihozes gadījumā izmanto antipsihotiskos medikamentus, vēlams atipiskos.<sup>77</sup>



### 2.3. Nikotīna intoksikācijas ārstēšana

Vecums un laiks pēc nikotīna uzņemšanas ir būtiskākie faktori, ārstējot intoksikāciju. Bērniem intoksikācijas galvenokārt ir nejaušas, pārsvarā gadījumu arī zema riska, tāpēc ārstēšana ir simptomātiska.

Augsta riska intoksikācijas gadījumā jāveic:

Rīcība augsta riska intoksikācijas gadījumā.

- Atdzīvināšana – vitālo funkciju atbalsts un monitorēšana. Hipotensija, simptomātiska bradikardija un elpošanas mazspēja jāārstē pēc standarta atdzīvināšanas protokoliem kopā ar intensīvas terapijas speciālistiem.
- Dekontaminācija:
  - gastrointestinālā – aktivētā ogle ir nepieciešama retos gadījumos, ja augsta riska pacients nonāk medicīnas iestādē agrīni pēc ekspozīcijas, ir asimptomātisks, modrs, sadarbojas (deva ir 1 g/kg);
  - ādas – skarto ādu mazgā ar ziepēm un ūdeni.
- Simptomātiska terapija – benzodiazepīnu krampju gadījumā.<sup>42,78</sup>

Turpmākā aprūpe un novērošana – asimptomātiskus pacientus vai tos, kuriem bijuši tikai gastrointestināli simptomi, observē 4 h līdz izrakstīšanai.

Stacionēšana vai ilgāka monitorēšana nepieciešama tiem pacientiem, kam bijuši smagas intoksikācijas simptomi un nepieciešami atdzīvināšanas pasākumi un kuri veikuši apzinātu pārdozēšanu/paškaitējumu.<sup>78</sup>

### 2.4. Stimulantu intoksikācijas ārstēšana

- **Kokaīns**

Biežāk nepieciešamie izmeklējumi - EKG, sirds bojājuma marķieri asinīs un datortomogrāfija galvas smadzenēm.

Ārstēšana ir simptomātiska un uzturoša, prioritizējama atkarībā no simptomu smaguma.

- Nemieru, satraukumu mazina ar benzodiazepīniem (piem., diazepam), pēc iespējas vēlams izvairīties no fiziskas fiksēšanas.
- Hipertermiju mazina, izmantojot dzesēšanu, vēlams 30 minūšu laikā.
- Insults, infarkts – pēc spēkā esošiem algoritmiem.

Smagas intoksikācijas gadījumā:

- atdzīvināšanas algoritmi, vitālo funkciju monitorēšana, skābeklis;
- intravenoza pieeja;
- glikēmijas monitorēšana.

Kokaīna efekts parasti ir īslaicīgs, pacientus var izrakstīt pēc tam, kad pāriet tahikardija, hipertensija un nemiers.

- **Metamfetamīns (*ecstasy*)**

Ārstēšana simptomātiska un uzturoša.

- Hipertermija – vērā ņemams simptoms, ko pastiprina lietošanas apstākļi (silta vide un fiziskas aktivitātes (ballītes)); izmanto ārējās dzesēšanas metodes.
- Nemiers, krampji – benzodiazepīni (nevajadzētu lietot antipsihotiskos medikamentus, jo tie pazemina krampju sliekšni)
- Kardiovaskulārie efekti – beta blokatori.
- Elektrolītu disbalanss – koriģē atkarībā no laboratorajiem rezultātiem.<sup>77</sup>

## 2.5. Opioidu intoksikācijas ārstēšana

Nāve opiātu intoksikācijas dēļ ir novēršama.

- Pamatatdzīvināšanas algoritms.
- Naloksons – opiātu antagonists, kas strauji novērš respiratoro nomākumu. Ja pēc vairākām devām nav novērojams efekts, jāapsver cits bezsamaņas cēlonis.
  - ≤ 20 kg vai < 5 gadi – 0.1 mg/kg reizes deva IV/IM/SC, atkārto ik pēc 2 – 3 minūtēm, pēc vajadzības, nepārsniedzot 2 mg vienā devā.

- > 20 kg vai  $\geq$  5 gadi – 2 mg IV/IM/SC; ja nepieciešams - atkārtoti ik pēc 2 - 3 minūtēm, pēc vajadzības.
- Endotraheālās ievades optimālā deva nav precizēta, rekomendē divkārtu vai trīskārtu IV ievades devu.<sup>79</sup>

### 3. Pusaudzis, kas ieradies uz veselības aprūpes vizīti

PAV lietošana ir plaši izplatīta pusaudžu vidū. Piemēram, ar alkohola lietošanu saistītais “profilakses paradokss” ir tāds, ka lielākā daļa ar alkoholu saistīto problēmu populācijā noveļamas tieši uz tiem, kuri alkoholu lieto nedaudz vai vidēji daudz, tādēļ, ka šo cilvēku skaits ir ievērojami lielāks nekā to, kuri lieto lielā apmērā.<sup>31</sup> Tādēļ arī Latvijā jāvirzās uz universālu pieeju skrīningam pusaudžu populācijā.

Lai mazinātu atkarību veidošanās risku un kaitīgo ietekmi, kā arī identificētu tos, kam nepieciešama specializēta ārstēšana, vēlams skrīningu veikt pēc iespējas plašākai pusaudžu daļai.

Jautājumus par PAV lietošanu vēlams iekļaut dzīvesveida un paradumu izvērtēšanā kopā ar fiziskās aktivitātes, uztura, svara regulēšanas novērtējumu. Šādi personai jautājums par PAV lietošanu būs pieņemamāks. Vispārējās veselības konsultācijas Latvijā pieejamas pie ģimenes ārsta reizi gadā. Jāņem vērā, ka PAV lietošanas izvērtēšanu var veikt jebkurā klīniskā situācijā, pusaudzim apmeklējot ārstniecības iestādi jebkurā veselības aprūpes līmenī (no ģimenes ārsta kabineta līdz neatliekamās medicīnas departamentam). Turpretī atkarību izraisošu nodarbjū (azartspēļu un datorspēļu lietošanas traucējumiem) skrīningam tik plašā populācijā pagaidām pārlicinošu pierādījumu nav.

### 4. Pusaudzis ar pazīmēm vai sūdzībām par vielu lietošanu vai iesaisti atkarību izraisošās nodarbēs

Pusaudži paši parasti nemeklē palīdzību saistībā ar PAV lietošanu. Visbiežāk ar sūdzībām pie ārstniecības personāla vēršas vecāki, aprakstot turpmāk šajā sadaļā minētās pazīmes. Šādās situācijās ārstniecības personām pusaudzis jāizjautā par PAV lietošanu un jāveic skrīnings. Šādas situācijas var rasties jebkurā veselības aprūpes līmenī, no ģimenes ārsta kabineta līdz intensīvās terapijas nodaļai.

Pazīmes, kas var liecināt par **PAV lietošanu** var liecināt šādas pazīmes.<sup>33</sup>

- Izmaiņas uzvedībā.

- Draugu maiņa un nevēlēšanās, lai vecāki/ģimene iepazītos ar jaunajiem draugiem.
- Neiesaistīšanās ierastajās ģimenes aktivitātēs, kopīgā laika pavadīšanā, ēdienreizēs.
- Sāk nākt mājās vēlāk par noteikto laiku.
- Izmaiņas komunikācijā – pārlietu noslēgts vai pārlietu runātīgs (vielu ietekmes rezultātā).
- Garastāvokļa izmaiņas (dusmu uzliesmojumi, aizkaitināmība, viegla aizvainojamība, depresijas pazīmes).
- Problēmas skolā (neapmeklē skolu, atzīmju pazemināšanās, piezīmes un aizrādījumi).
- Motivācijas trūkums un “man vienalga” attieksme (neiesaistīšanās agrākajos hobijs, maz enerģijas).
- Atstāj novārtā ārējo izskatu un personīgo higiēnu.
- Apsārtušas acis, paplašinātas vai ļoti šauras acu zīlītes.
- Fiziskas vai kognitīvas izmaiņas (atmiņas traucējumi, sliktas koncentrēšanās spējas, koordinācijas trūkums, neskaidra runa u. c.).
- Personības izmaiņas.
- Sāk melot un slēpt informāciju par savām aktivitātēm.
- Vielu, iepakojumu, ierīču (saistītu ar PAV vai alkoholu) atrašana jaunieša istabā vai personīgajās mantās.

Pazīmes, kas liecina par **tabakas produktu lietošanu** pusaudzīm.

- Personīgajās mantās ir veipošanas aprīkojums (e-cigaretes, smaržīgas pudelītes ar šķidrumu, mazi kārtidži, kas satur marihuānas/THC eļļu; tie var neatgādināt cigareti – var izskatīties kā pildspalva vai datora zibatmiņas ierīce).
- Mājās jūtat aromātu, kura avotu nevarat atrast.
- Pusaudzīm vairāk slāpst.
- Pieaug deguna asiņošana.
- Mazinās kofeīna patēriņš.

Visos veselības aprūpes līmeņos novērojot pazīmes, kas var liecināt par riskantu un pārmērīgu iesaisti procesos ar atkarības potenciālu, ārstniecības personām pusaudzis jāizvaicā par azartspēļu un datorspēļu spēlēšanu.

Par **azartspēļu lietošanas traucējumiem** var liecināt šādas pazīmes:

- apsēstība ar azartspēlēm, nespēj pārstāt spēlēt azartspēles vai likt likmes;
- slēpj azartspēļu spēlēšanu un melo par to;
- pasliktinās sekmes;
- azartspēļu spēlēšana pamazām pārņem dzīvi;
- turpina spēlēt azartspēles, neskatoties uz parādiem un slikto ietekmi uz dažādām dzīves sfērām;
- bieži lūdz aizdot naudu un izdomā attaisnojumus, kādēļ nevar atmaksāt;
- zog naudu vai mantas;
- pārdod savas vai citu mantas.

Par **datorspēļu lietošanas traucējumiem** var liecināt šādas pazīmes:

- apsēstība ar datorspēlēm, nespēj atturēties no tām un pārstāt tās spēlēt;
- vēlme pārstāt spēlēt, bet pēc neilga laika atsāk spēlēt;
- arvien ilgāks laiks tiek pavadīts, spēlējot datorspēles;
- datorspēļu spēlēšana pamazām pārņem dzīvi;
- vairs neapmeklē un nedara aktivitātes un hobiļus, kas iepriekš sagādāja prieku;
- pasliktinās sekmes;
- pasliktinās rūpes par sevi, higiēna;
- pazaudē draugus;
- melo par to, cik daudz laika tiek pavadīts pie datorspēlēm;
- miega traucējumi.

## 5. Pusaudzis no riska grupas

Tas, vai pusaudzis pamēģinās PAV, ir cieši saistīts ar to pieejamību apkārtējā vidē, bet svarīga ir arī predispozīcija uz vielu lietošanas traucējumiem. Riska faktori mēdz kombinēties, un to ietekme ir ļoti sarežģīta, tādēļ risināt vienu riska faktoru atsevišķi nebūs efektīvi. Pat ja personai ir vairāki no šiem riska faktoriem, ne vienmēr radīsies problēmas, lietojot apreibinošas vielas, jo vienlaicīgi var darboties arī aizsargfaktori, kas risku mazina vai pat izlīdzina riska faktorus.

Ģimenes riska faktori<sup>33</sup>:

- nepietiekama uzraudzība no vecāku puses\*;
- vājas sociālās komunikācijas prasmes

- saspīlējumi un konflikti ģimenē;
- nekonsekventa vai pārmērīgi stingra disciplīna no vecākiem
- vecāku šķiršanās\*\*;
- anamnēzē vecāku PAV lietošanas traucējumi.

#### Individuālie riska faktori<sup>33</sup>:

- negatīva un agresīva uzvedība jau no agras bērnības\*;
- piedzīvota fiziska vai seksuāla vardarbības;
- vīrieša dzimums\*;
- eiropēidā rase;
- vecāks pusaudža vecums;
- emocionālas, sociālas vai akadēmiskas grūtības\*;
- vājas impulsu kontroles\*\*/\*;
- emociju regulācijas grūtības\*;
- aizraujošu pieredžu meklēšana\*;
- ļoti vāja izpratne par narkotiku lietošanas radīto kaitējumu.

#### Citi faktori<sup>33</sup>:

- zems sociālekonomiskais stāvoklis\*\*;
- zemāks izglītības līmenis;
- dzīvošana apkaimē ar augstu noziedzības un PAV lietošanas līmeni;
- viegla narkotiku pieejamība;
- sociālais spiediens no vienaudžiem;
- anamnēzē psihiskās veselības traucējumi.

#### Azartspēļu lietošanas traucējumu riska faktori papildus iepriekš atzīmētajiem ar (\*) ir<sup>71,73</sup>:

- alkohola, tabakas un citu PAV lietošana;
- depresija\*\*;
- vecāki, kas iesaistās azartspēlēs;
- vienaudžu nesocializēta uzvedība.

#### Datorspēļu lietošanas traucējumu riska faktori papildus iepriekš atzīmētajiem ar (\*\*\*) ir:

- zems pašnovērtējums;
- UDHS diagnoze;

- introverta personība;
- trauksme;
- noteikumu pārkāpšana.

## 6. Skrīnings

Atkarību izraisošu nodarbju un PAV lietošanas skrīninga mērķis ir identificēt personas, kurām jau attīstījušies vai ir risks attīstīties vielu lietošanas traucējumiem, kā arī no šiem cilvēkiem identificēt tos, kuriem nepieciešams nosūtījums tālākai klīniskai izvērtēšanai un ārstēšanai.

**Skrīnings** neaizņem daudz laika, un to var veikt kopā ar vispārēju dzīvesveida izvērtēšanu jebkurā saskarsmes epizodē ar ārstniecības personām – visos veselības aprūpes līmeņos jebkuram pusaudzim. Veselības aprūpes speciālistiem ir jāprot veikt skrīningu, jāatpazīst ar vielu un atkarību izraisošu nodarbju lietošanu saistītās problēmas. Svarīgi, lai cilvēkiem, kam konstatētas šādas problēmas, būtu pieejama efektīva ārstēšana un tie saņem atbalstu vielu lietošanas izraisītās kaitīgās ietekmes mazināšanai un atlabšanai.

Vēlams lietot strukturētus skrīninga rīkus, kas veselības aprūpes speciālistiem palīdz īsā laikā izvērtēt nikotīna produktu, alkohola, medikamentu un citu psihoaktīvu vielu lietošanu. Latvijā algoritmu izdošanas brīdī nav adaptēta vai validēta neviena no turpmāk minētajām skrīninga skalām, bet arī tulkotas versijas var izmantot kā informatīvu un palīdzību materiālu.

### **Pasaulē plaši pielietotas un atzītas skalas**

#### **Alkohols (tikai)**

- AUDIT<sup>74</sup> (1. pielikums)

#### **Narkotikas**

- DAST 10<sup>27</sup> (4. pielikums)

#### **Alkohols, narkotikas un medikamenti**

- CRAFFT<sup>26</sup> (5. pielikums) angļu versija ir validēta pusaudžu populācijā

#### **Nikotīns, smēķēšana**

- Fagerstorma tolerances aptauja – izmainītā versija<sup>75</sup> (6. pielikums)
- Nikotīna atkarības tests (HONC)<sup>86</sup> (7. pielikums)

#### **Azartspēļu traucējumi**

- *South Oaks* azartspēļu skrīnings – pārskatīts pusaudžiem (SOGS-RA)<sup>28</sup> (8. pielikums)

### **Datorspēļu traucējumi**

- Interneta datorspēļu lietošanas traucējumu skala – īsā versija (IGDS9-SF)<sup>87</sup> (9. pielikums)

Katra konsultācija pie ģimenes ārsta, pediatra, neatliekamās medicīnas ārsta, psihiatra vai citām ārstniecības personām ir laba iespēja uzjautāt jauniešiem par vielu lietošanas paradumiem, izvērtēt lietošanas smagumu un sniegt īsu intervenci. Tāpat arī aprūpes namos, ieslodzījuma un audzināšanas vietās strādājošajiem ārstniecības un rehabilitācijas speciālistiem jāattīsta prasme atpazīt iespējamus traucējumus un veikt skrīningu.

Psihiskās veselības aprūpes speciālistiem un tiesu sistēmā strādājošajiem (zināms, ka šajās jomās psihoaktīvo vielu lietošana ir izplatīta pakalpojumu lietotāju vidū), regulāri jājautā pakalpojumu lietotājiem par neseno PAV lietošanu. Jājautā, vai persona ir lietojusi psihoaktīvās vielas, par lietošanas veidu, daudzumu un biežumu.<sup>8</sup>

Ja personas PAV lietošana nav izraisījusi specifisku diagnosticējamu kaitējumu, bet palielina kaitīgās ietekmes risku tik ļoti, ka nepieciešams ārstniecības personas padoms un rekomendācijas, pēc SSK-11 tā tiek klasificēta kā riskanta vielu lietošana. Ja vielu lietošanas kaitīgā ietekme uz somatisko un psihisko veselību ir identificējama vai arī vielu lietošanas ieradumi it tādi, kas, visticamāk, radītu kaitīgu ietekmi, pacientu nosūta uz klīnisko izvērtēšanu pie narkologa.

Lai gan, veicot skrīningu pusaudžiem, nav ieteicams regulāri izmantot urīna toksikoloģiju, ir svarīgi izņēmumi. Ja ir iemesls aizdomām par vielu lietošanas traucējumiem (piem., neseno sākušies emocionāli vai uzvedības traucējumi, sekmju pasliktināšanās vai neizskaidrojama nepieciešamība pēc lielas naudas summas), urīna analīzes var būt saprātīgs papildinājums skrīningam. Pusaudžus nedrīkst pārbaudīt bez viņu ziņas un piekrišanas, izņemot ārkārtas gadījumos. Zināšanas par to, ka tests tiks veikts, dažkārt mudina sniegt godīgākas atbildes, lai gan tas ne vienmēr tā notiek.<sup>29</sup>

## **7. Negatīvs skrīnings/ nav traucējumu**

Negatīva skrīninga gadījumā ārstniecības personai vēlams sniegt pusaudžiem informāciju par ieguvumiem no veselīga dzīvesveida un ar to saistītiem lēmumiem, lai izvairītos no traumām un saslimšanām. Vēlams pusaudzi uzslavēt un mudināt turpināt šādu pozitīvo uzvedību.



Ārstniecības persona var izmantot komentārus, kā, piemēram: “Tu esi izdarījis labu izvēli nelietot tabaku/alkoholu/marihuānu” un izcelt šīs izvēles pozitīvo ietekmi uz veselību. Vēlams uzjautāt: “Ja kāds Tev jautātu, kāpēc Tu nedzer vai nelieto narkotikas, ko Tu atbildētu?” Tas sniedz papildu iespējas uzslavēt pusaudža izvēli.

Skrīnings var likt pusaudžiem domāt, ka PAV lietošana ir izplatītāka, nekā tā patiesībā ir, tādēļ ārstniecības personai ir jāuzsver, ka jauniešiem atturas no vielu lietošanas “tāpat kā citi pusaudži”.<sup>29</sup>

Ja pusaudzis ir lietojis PAV vai spēlējis azartspēles, bet to darījis nelielā daudzumā, ārstniecības persona sniedz psihoeducāciju par PAV vielu ietekmi uz veselību un azartspēļu atkarību potenciālu, kā arī iesaka nelietot PAV vai nespēlēt azartspēles.

## 8. Riskanta lietošana

Saskaņā ar SSK-11 **riskanta psihoaktīvo vielu lietošana (QE10-QE1Z), riskanta azartspēļu lietošana (QE21) un riskanta datorspēļu lietošana (QE22)** ir kategorijas, kas iekļautas sadaļā “Veselības stāvokli ietekmējošie faktori”, kas nav slimību vai klīnisko traucējumu aprakstošas kategorijas. Tās apraksta uzvedību, kas manāmi palielina kaitīgu ietekmi uz somatisko vai psihisko veselību, vai kaitīgas ietekmes uz citiem risku līdžu līmenim, kad nepieciešama ārstniecības personāla uzraudzība un ieteikumi, bet kaitējums vēl nav radies.

**Riskantas psihoaktīvo vielu lietošanas** gadījumā paaugstināts risks var rasties no:

- vielu lietošanas biežuma;
- lietotā daudzuma konkrētā situācijā;
- no riskantas uzvedības, kas saistīta ar vielu lietošanu vai lietošanas kontekstu;
- no kaitīga ievadīšanas veida;
- vai no šo apstākļu kombinācijas.

Risks var būt saistīts ar vielas ietekmi īstermiņā vai kumulatīvu ietekmi uz fizisko vai garīgo veselību, vai funkcionēšanu ilgtermiņā. Riskanta vielu lietošana vēl nav sasniegusi līmeni, kad radies kaitējums lietotāja vai apkārtējo personu fiziskajai vai garīgajai veselībai. Vielu lietošanas uzvedība bieži saglabājas, arī cilvēkam apzinoties paaugstināto risku uz kaitējumu.<sup>14</sup>

**Riskantas azartspēļu lietošanas vai likmju likšanas derībās un riskantas datorspēļu lietošanas gadījumā risks var rasties no:**

- spēlēšanas, likmju likšanas biežuma;
- laika daudzuma, kas tiek pavadīts, spēlējot spēles vai iesaistoties derībās;
- citu aktivitāšu un prioritāšu atstāšanas novārtā;
- riskantas uzvedības, kas saistīta ar datorspēļu vai azartspēļu spēlēšanu, likmju likšanu vai kontekstu;
- nelabvēlīgas ietekmes, kas saistīta ar datorspēļu vai azartspēļu spēlēšanu, likmju likšanu;
- vai no šo apstākļu kombinācijas.<sup>14</sup>

Jāizvērtē citu psihisko, uzvedības vai neirālās attīstības traucējumu iespējamība (pēc attiecīgajiem klīniskajiem algoritmiem), kā arī citas psiholoģiskās, sociālās, veselības problēmas, kuru dēļ pusaudzim novērojamas iepriekš minētās pazīmes.

Riskantas PAV, azartspēļu vai datorspēļu lietošanas gadījumā ārstniecības persona sniedz īsu intervenci un izsniedz vai norāda, kur meklēt pašpalīdzības materiālus.

### **9. Kaitējoša lietošanas epizode**

Pēc SSK-11 kaitējoša psihoaktīvo vielu lietošanas epizode ir, kad PAV lietošana izsaukusi somatiskās vai psihiskās veselības traucējumus vai rezultējas uzvedībā, kas izraisa veselības traucējumus citiem. Ja kaitīgas vielu lietošanas epizodes ir vairākas, piemērotāka ir kaitējošas epizodiskas vielu lietošanas diagnoze. Situācijās, kad nav pieejama sīkāka informācija par lietošanas ieradumiem, piemēram, neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļā, var tikt lietota diagnoze – kaitīga lietošanas epizode.

Atsevišķas kaitīgas lietošanas epizodes gadījumā jānodrošina īsa intervence un pašpalīdzības materiāli. To nodrošina visu veselības aprūpes līmeņu spektrā, sākot no ģimenes ārsta praksēm līdz intensīvās terapijas nodaļām.

### **10. Īsa intervence**

Īsa intervence ir specifiska saruna ar personu, kas vērsta uz motivācijas veicināšanu, lai mazinātu PAV lietošanas traucējumu risku. Šī metode ir balstīta uz motivējošās intervijas principiem, izzinot pašas personas iekšējos motivatorus uzvedības maiņai. Sarunu veic

sadarbojoties ar personu, izrādot interesi par pacientu bez spriedumiem un vērtējumiem. Šī saruna ir strukturēta un balstīta uz trīs secīgiem soļiem:

- 1) personas viedokļa par PAV lietošanu izzināšana un motivācijas veicināšana;
- 2) informācijas un atgriezeniskās saites sniegšana;
- 3) mērķu izvirzīšana un padoma sniegšana.

Īsu intervenci var sniegt jebkura ārstniecības persona, kas iepazinusies ar metodes pamatprincipiem, arī bez iepriekšējas apmācības, tomēr apmācības un iepriekšēja pieredze veicinās metodes efektivitāti un kvalitāti.

Īsa intervence jāpiedāvā cilvēkiem, kuriem atklāj vai kuriem identificēta vielu vai procesu lietošana, kā arī, ja nav persona nesaņem jau speciālistu vai narkoloģisko palīdzību vai ja kontakts ar specializētajiem ārstniecības dienestiem notiek neregulāri un ierobežoti. Šī intervence jāsniedz vismaz vienu reizi un tā var ilgt no 10 līdz 45 minūtēm.

Veiksmīgas īsas intervences gadījumā to var būt nepieciešams atkārtot, ja situācija izmainās. Ja vieglu traucējumu gadījumā īsa intervence ir neveiksmīga, persona jānosūta uz speciālistu izvērtēšanu pie narkologa, bērnu psihiatra vai psihiatra.

Pašpalīdzības materiāli pieejami dažādās tīmekļvietnēs.

#### **Alkohols**

[www.veselapasaule.lv/lv/jauniesiem/atkaribas/vielu-atkaribas/alkohols#saistitas-diagnozes](http://www.veselapasaule.lv/lv/jauniesiem/atkaribas/vielu-atkaribas/alkohols#saistitas-diagnozes)  
[https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/infografika\\_alkohola\\_ietekme1.pdf](https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/infografika_alkohola_ietekme1.pdf)

#### **Atkarība**

<https://www.veselapasaule.lv/lv/enciklopedija/diagnoze/atkariba#celoni>

Ārstniecības personām regulāri jāsniedz informācija par pašpalīdzības grupām cilvēkiem, kuri pārmērīgi lieto psihoaktīvas vielas vai iesaistās procesos ar atkarību potenciālu. Pašpalīdzības grupas parasti balstītas uz 12 soļu principiem, kā, piemēram, “Latvijas anonīmie narkomāni”.

### **11. Neveiksmīga īsa intervence**

Neveiksmīgas īsas intervences gadījumā pacients jānosūta uz klīnisku izvērtēšanu.

### **12. Pozitīvs skrīnings un īsa izvērtēšana**

Pozitīva skrīninga gadījumā vēlams veikt īsu izvērtēšanu, kā pamatu ņemot skrīninga rīkā iekļautos jautājumus un lūdzot pastāstīt par katru no šīm tēmām sīkāk. Īsas izvērtēšanas

laikā jājautā par<sup>29</sup>:

- vielu lietošanas biežumu, daudzumu, raksturu;
- veselības, sociālām un tiesvedību problēmām;
- iepriekšējo vielu lietošanu un psihiskās veselības traucējumu anamnēzi;
- lietotiem medikamentiem, potenciālu grūtniecību un somatiskām saslimšanām.

<b>SSK10 kategorijas un diagnozes<sup>88</sup></b>				
<b>Kategorija</b>	Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ			
<b>Diagnozes nosaukums</b>	<b>Vielu kaitējoši pārmērīga lietošana</b>		<b>Psihiski un uzvedības traucējumi ** lietošanas dēļ, atkarības sindroms</b>	
<b>Kods</b>	F1*.1		F1*.2	
	<p>* vietā jāliek vielai atbilstošs skaitlis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 - alkohols</li> <li>• 1 - opioīdi</li> <li>• 2 - kanabinoīdi</li> <li>• 3 - sedatīvi un miega līdzekļi</li> <li>• 4 - kokaīns</li> <li>• 5 - citi stimulatori, ieskaitot kofeīnu</li> <li>• 6 - halucinogēni</li> <li>• 7 - tabaka</li> <li>• 8 - gaistoši organiski šķīdinātāji</li> <li>• 9 - daudzas narkotiskas un citas psihoaktīvas vielas</li> </ul> <p>** vietā jāliek atbilstošā viela</p>			
<b>SSK11 kategorijas un diagnozes<sup>14</sup></b>				
<b>Kategorija</b>	Veselības stāvokli ietekmējošie faktori	Psihoaktīvu vielu lietošanas traucējumi		
<b>Diagnozes nosaukums</b>	<b>Riskanta psihoaktīvo vielu lietošana</b>	<b>Kaitējoša lietošanas epizode</b>	<b>Kaitējoša pārmērīga vielu lietošana</b>	<b>Atkarība</b>
<b>Kods</b>	QE10-QE1Z	6C4*.0	6C4*.1	6C4*.2
	<p>* vietā jāliek vielai atbilstošs skaitlis vai burts:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6C40 - alkohols</li> <li>• 6C41 - marihuāna</li> <li>• 6C42 - sintētiskie kanabinoīdi</li> <li>• 6C63 - opioīdi</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 6C64 - sedatīvi</li> <li>● 6C65 - kokaīns</li> <li>● 6C66 - stimulantī, ieskaitot amfetamīnu, metamfetamīnu un metkatinonu</li> <li>● 6C47 - sintētiskie katinoni</li> <li>● 6C48 - kafēīns</li> <li>● 6C49 - halucinogēni</li> <li>● 6C4A - nikotīns</li> <li>● 6C4B - gaistoši organiski šķīdinātāji</li> <li>● 6C4C - ekstazī (MDMA) un saistītās vielas, ieskaitot, MDA</li> <li>● 6C4D - disociatīvas vielas, ieskaitot, ketamīns un fenciklidīns</li> <li>● 6C4E - specifiskas psihoaktīvas vielas, ieskaitot medikamenti</li> <li>● 6C4D - vairākas specifiskas psihoaktīvas vielas, ieskaitot medikamenti</li> <li>● 6C4G - nezināmas vai nenosakāmas psihoaktīvas vielas</li> <li>● 6C4H - vielas, kas nav psihoaktīvas</li> </ul>
--	--

1. tabula. Iespējamās SSK10 un SSK11 diagnožu kategorijas pie pozitīva skrīninga.

### 13. Kaitējošas pārmērīgas lietošanas pazīmes

Kaitējošas pārmērīgas lietošanas gadījumā jāsniedz īsa intervence. Ja tas neuzlabo situāciju, pusaudzis jānosūta uz klīnisku izvērtēšanu un specializētu narkoloģijas pakalpojumu.<sup>29</sup>

### 14. Atkarības sindroma vai abstinences pazīmes

Atkarības sindroma vai abstinences simptomu pazīmju gadījumā pusaudzis jānosūta uz konsultāciju pie narkologa, izvērtējot steidzamību atkarībā no lietotās PAV vielas.

### 15. Klīniskā izvērtēšana - vispārējā

Klīnisko izvērtēšanu nodrošina psihiatrs, bērnu psihiatrs, narkologs vai citas apmācītas ārstniecības personas, piemēram, narkoloģijas vai psihiatrijas māsa speciāliste.

**Klīniskajai intervijai** jābūt visaptverošai, izvērtējot pusaudža vajadzības daudzpusīgi. Vēlams izmantot strukturētas klīniskās intervijas.

Izvērtēšanā iekļaujamās sfēras.

- Vielu patēriņš, atkarības pazīmes un lietošanas raksturs.
- Kādas PAV tiek lietotas, tajā skaitā arī recepšu un bezrecepšu medikamenti, un ar katru saistītās problēmas.

- Psihiskās un fiziskās veselības problēmas.
- Attiecības ar vienaudžiem, sociālā funkcionēšana.
- Attiecības ģimenē.
- Attīstības un kognitīvās vajadzības, sekmes skolā un apmeklējums.
- Vardarbības un traumatisku pieredžu anamnēze.
- Paškaitējuma, pašnāvības risks un risks, kas vērsts uz citiem, piemēram, vardarbības risks.
- Gatavība, motivācija un ticība spējai mainīties.
- Jālūdz piekrišana tālākiem nosūtījumiem un ārstēšanai.
- Aprūpes plāna un riska vadības plāna formulēšana.

Somatiskās veselības izvērtēšana un laboratoriskie izmeklējumi parasti tiek veikti komorbīdo traucējumu vai vielu lietošanas izraisīto veselības traucējumu novērtēšanai. Skatīt sīkāk pie katras vielu grupas specifiskos izmeklējumus.

### 15.1. Kliniskie sindromi

Pēc SSK-11 ar katru vielu saistītie traucējumi var tikt kategorizēti pēc lietošanas paraduma un sekām. Šie traucējumu veidi atspoguļo lietošanas paradumu maiņu laika nogrieznī un nepārklājas – divi ar konkrētu vielu saistītie traucējumi nevar tikt identificēti vienlaikus.<sup>14</sup>

**Kaitējoša PAV lietošanas epizode** iekļauta tikai SSK-11 un par to domā, kad PAV lietošana izraisījusi somatiskās vai psihiskās veselības traucējumus vai rezultējas uzvedībā, kas izraisa veselības traucējumus citiem.

Ja **kaitējoši pārmērīga vielu lietošana** turpinās 12 mēnešus vai regulāras (katru vai gandrīz katru dienu) lietošanas gadījumā periods ilgst vismaz mēnesi, šos traucējumus var klasificēt kā kaitējošu PAV lietošanu. Šī diagnoze iekļauta gan SSK-10, gan SSK-11 klasifikatoros.

**Atkarība** iekļauta SSK-10 un SSK-11 klasifikatoros un tā ir PAV lietošanas regulēšanas traucējumi, ko var diagnosticēt, ja PAV tiek lietota regulāri, ir spēcīga iekšēja vēlme lietot vielu atkārtoti un ir novērojamas vismaz divas no trim pazīmēm:

- samazināta spēja kontrolēt lietošanas sākumu, intensitāti, ilgumu, beigšanu un biežumu vai apstākļus;

- pieaugoša priekšrokas došana vielas lietošanai, atsakoties no citām aktivitātēm, tai skaitā ikdienas nodarbēm, pienākumiem un veselības uzturēšanas; neskatoties uz kaitīgo ietekmi, lietošana turpinās vai palielinās;
- neiroadaptācijas pret PAV fizioloģiskās pazīmes, tajā skaitā tolerance vai nepieciešamība palielināt devu, lai sasniegtu vēlamo ietekmi, abstinences simptomi, samazinot devas vai pārtraucot lietošanu, vielu lietošana, lai atvieglotu abstinences simptomus; dažu psihoaktīvu vielu atkarības gadījumā fizioloģisku toleranci un abstinences pazīmes nenovēro, piemēram, halucinogēniem un disociatīvām vielām.<sup>14</sup>

Klīniski izvērtējot pacientu, katrai PAV grupai var tikt reģistrēts arī klīniskais sindroms, kas atspoguļo vielas lietošanas ietekmi konkrētajā laikā. Pēc SSK-11 tie ir vielas intoksikācija, abstinences stāvoklis, vielas izraisīti psihiski traucējumi. Šie stāvokļi SSK-11 netiek uzskatīti kā primāri ar psihoaktīvo vielu lietošanu saistīti klīniski sindromi.<sup>14</sup>

**Abstinences** stāvoklis var iestāties, kad cilvēki ar atkarību samazina vielas daudzumu vai pārtrauc lietošanu, vai kad viela lietota ilgstoši vai lielos daudzumos.<sup>14</sup>

**PAV izraisīti psihiski traucējumi** ir līdzīgi citām diagnozēm, bet tie ir psihoaktīvu vielu izraisīti, tajā skaitā:

- PAV izraisīts delīrijs;
- PAV izraisīti psihotiski traucējumi;
- PAV izraisīti garastāvokļa traucējumi;
- PAV izraisīta trauksme;
- PAV izraisīti obsesīvi kompulsīvi traucējumi;
- PAV izraisīti impulsu kontroles traucējumi;
- PAV vai medikamentu izraisīts amnēzijas sindroms;
- PAV vai medikamentu izraisīta demence;
- PAV vai medikamentu izraisīta katatonija.<sup>14</sup>

PAV izraisīti psihiski traucējumi attīstās vielu lietošanas laikā, drīz pēc lietošanas, abstinences stāvokļa laikā vai pārtraucot lietot psihoaktīvus medikamentus. Lai uzstādītu diagnozi, psihisku traucējumu simptomiem jābūt izteiktākiem par tiem, kas parasti novērojami attiecīgās vielas intoksikācijas vai abstinences stāvokļa gadījumā. Vielas daudzumam un lietošanas ilgumam jābūt atbilstošam, lai izraisītu šādus simptomus. Ja

simptomi bija novērojami pirms psihoaktīvās vielas lietošanas, tad šie traucējumi nevar tikt dēvēti par psihoaktīvu vielu izraisītiem.<sup>14</sup>

## 15.2. Izmeklējumi

**Asins analīzes** – apsveriet veikt asins analīzes, lai noteiktu veselības traucējumus, bet pašu PAV lietošanas traucējumu diagnostikā asins analīzes lielākoties nav nepieciešamas.<sup>50</sup>

**Vizuālā diagnostika** – Centrālās nervu sistēmas (CNS) strukturālo izmaiņu diagnostikā izvēles vizuālās diagnostikas metode ir magnētiskā rezonanse ar neirologa, narkologa vai psihiatra nosūtījumu.<sup>3</sup>

Indikācijas nosūtīšanai uz magnētiskās rezonanses izmeklējumu<sup>3</sup>:

- galvas trauma, ja datortomogrāfā izslēgts intraparenhimāls, smadzeņu apvalku saasiņojums un ir neiroloģiskā simptomātika;
- epilepsija;
- neiroloģiskā simptomātika, kas nāk no limbiskās sistēmas vai smadzeņu stumbra;
- neskaidras ģenēzes neiroloģiskā simptomātika;
- kognitīvi traucējumi.

## 16. Specifisko vielu grupām raksturīgo klīnisko sindromu izvērtēšana

### 16.1. Alkohola lietošanas traucējumu izvērtēšana

Alkohola lietošanas smaguma un abstinences simptomu izvērtēšanai vēlams lietot standartizētas skalas, kā, piemēram:

- AUDIT – var izmantot dinamiskai novērošanai, aizpildot atkārtoti (1. pielikums);
- SADQ – atkarības smaguma pakāpes izvērtēšanai (2. pielikums).

Laboratoriskos izmeklējumus nav nepieciešams veikt alkohola atkarības diagnozes precizēšanai<sup>50</sup>, bet tie jāveic somatiskā stāvokļa izvērtēšanai (pilna asins aina, *urea*, elektrolīti, aknu funkcijas rādītāji, recēšanas rādītāji (INR, PT)).

#### 16.1.1. Alkohola abstinences sindroms

Cilvēkiem ar alkohola atkarību centrālā nervu sistēma ir pieradusi pie alkohola klātbūtnes asinīs (neiroadaptācija), un, kad alkohola līmenis asinīs strauji samazinās, smadzenes paliek hiperuzbudinātā stāvoklī, izraisot abstinences simptomus. Tie var



parādīties, pat ja alkohola līmenis asinīs samazinās, bet pusaudzis joprojām vēl ir intoksikācijas stāvoklī.

**Abstinences simptomi** ir pašlimitējoši, rodas 3–12 stundas pēc pēdējā alkoholiskā dzēriena uzņemšanas un izpaužas ar<sup>52,14</sup>:

- autonomu hiperaktivitāti (piemēram, tahikardiju, hipertensiju, svīšanu);
- pastiprinātu roku trīci;
- sliktu dūšu;
- rīstīšanos vai vemšanu;
- galvas sāpēm;
- bezmiegu;
- trauksmi;
- psihomotorisku uzbudinājumu;
- nomāktu vai disforisku garastāvokli;
- pārejošām redzes, taustes vai dzirdes ilūzijām vai halucinācijām;
- spēju noturēt uzmanību;
- retāk abstinences stāvokļa gadījumā var būt ģeneralizēti toniski kloniski krampji.

Vidējas līdz spēcīgas atkarības rezultātā var rasties simptomi, kas var būt dzīvībai bīstami:

- krampju lēkmes;
- delīrijs tremens;
- Vernikes (*Wernicke*) encefalopātija (jauniešiem ļoti reti).

Ja, ārstējot abstinenci, sākas krampju lēkmes, svarīgi izslēgt organisku saslimšanu vai idiopātisku epilepsiju.

**Vernikes (*Wernicke*) encefalopātijas** klasiskā triāde ar oftalmoplēģiju, ataksiju un apjukumu novērojama reti. Par Vernikes encefalopātiju jādomā, kad pacientam alkohola abstinences laikā novēro:

- ataksiju;
- hipotermiju;
- hipotensiju;

- apjukumu;
- oftalmoplēģiju/ šķielēšanu;
- atmiņas traucējumus;
- samaņas zudumu, komu.

Abstinences stāvoklis var progresēt līdz **ļoti smagai delīrija formai**, ko raksturo:

- apjukums;
- dezorientācija;
- murgi;
- ilgstošas redzes, taustes vai dzirdes halucinācijas.

Šādos gadījumos ir jānosaka arī atsevišķa diagnoze<sup>14</sup>.

### **16.1.2. Alkohola atkarība**

Alkohola atkarības simptomi ir tipiski SSK-11 aprakstītajam atkarības sindromam (skatīt 15. sadaļu).

## **16.2. Marihuānas, sintētisko kanabinoīdu lietošanas izvērtēšana**

Marihuānas abstinences pazīmes var būt viegla aizkaitināmība, dusmas vai agresīva uzvedība, trīce, bezmiegs, nemiers, trauksme, nomākts vai disforisks garastāvoklis, samazināta ēstgriba un svara zudums, galvassāpes, svīšana vai drebuļi, vēdera krampji un muskuļu sāpes.<sup>14</sup>

Sintētisko kanabinoīdu abstinences pazīmes var būt aizkaitināmība, dusmas, agresija, trīce, bezmiegs un nepatīkami sapņi, nemiers, trauksme, nomākts garastāvoklis un izmainīta apetīte. Agrīnā abstinences fāzē var vēl novērot intoksikācijai raksturīgās pazīmes, piemēram, paranoju un dzirdes un redzes halucinācijas.<sup>14</sup>

### **16.2.1. Marihuānas atkarība**

Marihuānas atkarība ir tās lietošanas regulēšanas traucējumi, kas rodas atkārtotas vai nepārtrauktas lietošanas rezultātā. Raksturīga iezīme ir spēcīga iekšēja tieksme lietot marihuānu, kas izpaužas kā pavājināta spēja kontrolēt lietošanu, lietošanas prioritātes pieaugums pār citām aktivitātēm un lietošanas turpināšana, neskatoties uz kaitējumu vai negatīvajām sekām. Var būt arī atkarības fizioloģiskas pazīmes, tostarp tolerance pret marihuānas ietekmi, abstinences simptomi pēc lietošanas pārtraukšanas vai devas

samazināšanas vai atkārtota marihuānas vai farmakoloģiski līdzīgu vielu lietošana, lai novērstu vai atvieglotu abstinences simptomus. Atkarības pazīmes parasti izpaužas vismaz 12 mēnešu periodā, taču diagnozi var veikt, ja lietošana ir nepārtraukta (katru dienu vai gandrīz katru dienu) vismaz 3 mēnešus.<sup>14</sup>

### **16.2.2. Marihuānas abstinence**

Marihuānas abstinence ir klīniski nozīmīga simptomu, uzvedības un/vai fizioloģisko pazīmju kopa, kas atšķiras pēc smaguma pakāpes un ilguma, kas rodas pēc lietošanas pārtraukšanas vai devas samazināšanas personām, kurām ir izveidojusies atkarība, marihuānas ilgstošas lietošanas rezultātā lielos daudzumos. Abstinences pazīmes var būt aizkaitināmība, dusmas vai agresīva uzvedība, trīce, bezmiegs, nemiers, trauksme, nomākts vai disforisks garastāvoklis, samazināta ēstgriba un svara zudums, galvassāpes, svīšana vai drebuļi, vēdera krampji un muskuļu sāpes.<sup>14</sup>

### **16.3. Opioīdu lietošanas izvērtēšana**

Opioīdu abstinence var rasties arī tad, ja izrakstītie opioīdi ir lietoti standarta terapeitiskās devās.

Opioīdu abstinences pazīmes var būt disforisks garastāvoklis, izteikta tieksme lietot opioīdus, trauksme, slikta dūša vai vemšana, vēdera krampji, muskuļu sāpes, žāvāšanās, svīšana, karstuma un aukstuma viļņi, asaru un deguna tecēšana, hipersomnija (parasti sākotnējā fāzē) vai miegainība, caureja, zosāda un acu zīlīšu paplašināšanās.<sup>14</sup>

#### **Anamnēzes dati<sup>83</sup>**

Lai veiktu pilnīgu pacienta veselības stāvokļa izvērtēšanu, speciālists ambulatorā vai stacionārā etapā konsultācijas laikā veic pacienta slimības anamnēzes izvērtēšanu – cik bieži un kādās devās lieto opioīdus, cik ilgi tos lieto, kad pēdējo reizi ir lietojis opioīdus, kādā veidā lieto, kādu ārstēšanu iepriekš saņēmis, vai lieto citas psihoaktīvas vielas.

#### **Klīniskais izvērtējums<sup>83</sup>**

Kopējais pacienta psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā veselības stāvokļa novērtējums. Psihisko stāvokli nosaka, novērtējot:

- apziņu,
- kontaktu,
- uztveri,

- uzmanību,
- atmiņu,
- domāšanu,
- tieksmes,
- emocionālās un gribas sfēras.

Neiroloģisko stāvokli izvērtē, veicot:

- acu zīlīšu formas, lieluma, reakcijas uz gaismu, konverģences pārbaudi;
- akomodācijas traucējumu, nistagma pārbaudi;
- līdzsvara, koordinācijas, gaitas novērtēšanu;
- roku un kāju muskulatūras tonusa pārbaudi;
- cīpslu, ādas, periostālo, kā arī patoloģisko refleksu pārbaudi;
- vietējo un refleksīvo dermogrāfisko pārbaudi.

Somatisko stāvokli izvērtē, veicot:

- slimnieka ārējā izskata novērtēšanu (apģērbs, ķermenis, poza, gaita, mīmika, runas veids, mati, zobi);
- ādas (krāsa, turgors, tūska, brūces un rētas) un gļotādu apskati;
- vēnu un citu injekciju vietu apskati uz ķermeņa;
- pulsa novērtēšanu un arteriālā asinsspiediena mērīšanu;
- sirds auskultāciju;
- elpošanas ritma novērtējumu, plaušu auskultāciju;
- vēdera palpāciju.

## **16.4. Nikotīna lietošanas izvērtēšana**

### **16.4.1. Nikotīna kaitējošas lietošanas epizode**

Nikotīna kaitējošas lietošanas epizode ir nikotīna lietošanas epizode, kas ir nodarījusi kaitējumu personas fiziskajai vai garīgajai veselībai.

Kaitējums indivīda veselībai var būt:

- tieša vai sekundāra toksiska ietekme uz ķermeņa orgāniem un orgānu sistēmām;
- kaitīgs ievadīšanas veids.

Šo diagnozi nevajadzētu piemērot, ja kaitējums ir saistīts ar zināmu nikotīna lietošanas modeli.

### **16.4.2. Nikotīna kaitējoša pārmērīga lietošana**

Pēc SSK-11 un līdzīgi arī SSK-10 nikotīna kaitējoša pārmērīga lietošana ir epizodiskas vai periodiskas nikotīna lietošanas modelis, kas ir nodarījis kaitējumu personas fiziskajai vai psihiskajai veselībai. Epizodiskas nikotīna lietošanas modelis ir novērojams vismaz 12 mēnešu periodā.

Nepārtrauktas (ikdienas vai gandrīz ikdienas) nikotīna lietošanas modelis, kas ir nodarījis kaitējumu personas fiziskajai vai garīgajai veselībai. Nepārtrauktas nikotīna lietošanas modelis ir novērojams vismaz viena mēneša laikā.

### **16.4.3. Nikotīna atkarība**

Nikotīna atkarība ir nikotīna lietošanas traucējumi, kas rodas no atkārtotas vai nepārtrauktas nikotīna lietošanas. Raksturīga iezīme ir spēcīga iekšēja tieksme lietot nikotīnu, kas izpaužas kā traucēta spēja kontrolēt lietošanu, lietošanas prioritāte pār citām darbībām un lietošanas turpināšana, neskatoties uz kaitējumu vai negatīvām sekām.

Šo pieredzi bieži pavada subjektīva vēlmes sajūta jeb tieksme lietot nikotīnu. Ir novērojamas atkarības fizioloģiskas pazīmes, tostarp tolerance pret nikotīna ietekmi, abstinences simptomi pēc nikotīna lietošanas pārtraukšanas vai samazināšanas, atkārtota nikotīna vai farmakoloģiski līdzīgu vielu lietošana, lai novērstu vai mazinātu abstinences simptomus.

Atkarības pazīmes parasti izpaužas vismaz 12 mēnešu periodā, taču diagnozi var veikt, ja nikotīna lietošana ir nepārtraukta (katru dienu vai gandrīz katru dienu) vismaz 3 mēnešus.

### **16.4.4. Nikotīna abstinence**

Nikotīna abstinence ir klīniski nozīmīga simptomu, uzvedības un/vai fizioloģisko pazīmju kopa, kas variē pēc smaguma pakāpes un ilguma, kas rodas, pārtraucot vai samazinot nikotīna lietošanu personām, kurām ir nikotīna atkarība vai ilgstoša lielu devu nikotīna lietošana.

Nikotīna abstinences pazīmes var būt disforisks vai nomākts garastāvoklis, bezmiegs, aizkaitināmība, dusmas, nemiers, koncentrēšanās grūtības, motors nemiers, bradikardija, palielināta apetīte un tieksme lietot tabaku vai citus nikotīnu saturošus produktus. Citi fiziski simptomi var būt pastiprināts klepus un čūlas mutē.

## 17. Psihoaktīvo vielu traucējumu ārstēšana

Ambulatoros narkoloģiskās ārstēšanas pakalpojumus nodrošina narkologi specializētajās valsts vai privātajās ārstniecības iestādēs, un pakalpojumi parasti attiecas uz visām atkarību formām.<sup>83</sup>

Alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības diagnozi nosaka un ārstēšanu organizē speciālisti narkoloģijas multidisciplinārā komandā narkologa vadībā. Individuāls aprūpes plāns tiek veidots, sadarbojoties māsām, psihologiem, psihoterapeitiem, narkologiem un sociālajiem darbiniekiem, atbilstoši indivīda vajadzībām nodrošinot speciālistu uzraudzību un palīdzību.

Narkoloģiskā palīdzība Latvijā tiek organizēta vairākos līmeņos, ievērojot pēctecības principu (ambulatorā palīdzība, stacionārā palīdzība, rehabilitācija, pēcaprūpe). Ārstēšana tiek organizēta labprātīgi pēc slimnieku vēlēšanās<sup>3</sup>, izņemot situācijās, kad to nozīmē probācijas dienests.

Fizisku, psiholoģisku, izglītības un sociālu problēmu un/vai komorbīdu traucējumu gadījumā jauniem nepieciešams nosūtīt pie bērnu psihiatra vai klīniskā psihologa vispusīgai vajadzību novērtēšanai.

PAV lietošanas traucējumu un atkarību ārstēšanu pusaudžiem primāri jāpiedāvā ambulatori.<sup>21</sup> Ārstēšana stacionārā piemērota alkohola abstinences ārstēšanai un sarežģītā sociālā vai klīniskā situācijā, kad novērojami smagi komorbīdi traucējumi.

**Pusaudžiem ar mazu komorbīditāti un labu sociālo atbalstu** jāpiedāvā individuāla kognitīvi biheiviorālā terapija.

**Pusaudžiem ar lielu komorbīditāti un vāju sociālu atbalstu** jānodrošina daudzkomponentu programmas (piemēram, īsa stratēģiskā ģimenes terapija, funkcionālā ģimenes terapija vai multisistēmiskā terapija).

### 17.1. Motivācijas veicināšana

Farmakoloģiskā ārstēšana ir primārā izvēle opioīdu pārmērīgas un kaitīgas lietošanas gadījumā, bet arī psihosociālais atbalsts ir svarīgs ārstēšanas elements. Marihuānas un stimulantu kaitīgas lietošanas farmakoloģiskās ārstēšanas metodes nav labi attīstītas, tāpēc tieši psihosociālais atbalsts ir efektīvas ārstēšanas pamatā.<sup>8</sup>

## 17.2. Kognitīvi biheiviorālās psihoterapijas metodes

Individuāla (CBT, CM, DBT), grupu psihoterapija ir ar fokusu uz recidīva prevenciju, sociālo iemaņu veicināšanu, emociju kontroles veicināšanu, problēmu risināšanu.

Biheiviorālā terapija ir efektīva pusaudzū vielu lietošanas apkarošanā. To sniedz apmācīti speciālisti, lai palīdzētu pusaudzim izvairīties no PAV lietošanas, stiprinot viņa motivāciju mainīties. To var izdarīt, veicinot atturību, spēcino un trenējot prasmes pretoties un atteikties no vielu lietošanas un tikt galā ar pamudinājumiem vai spēcīgo tieksmi. PAV lietošanu mēģina aizstāt ar konstruktīvām un atalgojošām aktivitātēm, veicinot problēmu risināšanas prasmju uzlabošanu un palīdzot uzlabot savstarpējās attiecības.<sup>21</sup>

Pierādījumi liecina, ka biheiviorāla intervence, kas balstīta uz īsas informācijas un padomu sniegšanu, var palīdzēt novērst un ārstēt tabakas smēķēšanu bērnu un jauniešu vidū. Primārās aprūpes speciālistiem ieteicams apsvērt iespēju piedāvāt šādas intervences bērniem un jauniešiem vecumā no 5 līdz 18 gadiem.

## 17.3. Ģimenes atbalsts un intervences

Vairākas uz pierādījumiem balstītas intervences liek uzsvaru tieši uz attiecību stiprināšanu pusaudzū ģimenē, uzlabojot komunikāciju un uzlabojot ģimenes locekļu spēju sniegt atbalstu atturībā no PAV lietošanas. Arī citi apkārtējie cilvēki (piemēram, skolas darbinieki, vienaudži un mentori) var iedrošināt jauniešus, kuriem nepieciešama palīdzība, iet ārstēties un atbalstīt viņus šajā ceļā.<sup>21</sup>

Ja tiek identificētas ģimenes locekļu un aprūpētāju vajadzības, tiem:

- jāpiedāvā piekļuve vadītai pašpalīdzībai (*guided self-help*), kas parasti notiek vienas vizītes laikā, izsniedzot informatīvos materiālus;<sup>8</sup>
- jāsniedz informācija par atbalsta grupām un jāveicina saziņa ar tām, piemēram, pašpalīdzības grupām, kas īpaši vērstas uz ģimeņu un aprūpētāju vajadzību apmierināšanu;<sup>8</sup>
- ja pašpalīdzība un/vai atbalsta grupas nesniedz pietiekamu labumu vai, visticamāk, nesniegs labumu lietotāja ģimenes locekļiem un nopietnās problēmas saglabājas, jāapsver iespēja piedāvāt individuālas ģimenes vizītes;
- jāsniedz informācija un jāizglīto par psihoaktīvu vielu pārmērīgu un kaitīgu lietošanu;
- jāpalīdz identificēt trauksmi, kas slēpjas aiz vielu un procesu pārmērīgas lietošanas;
- jāpalīdz izziņāt un veicināt efektīvāku metožu izmantošanu trauksmes mazināšanai;
- parasti ir jānodrošina vismaz piecas vizītes reizi nedēļā.<sup>8</sup>

#### 17.4. Psihofarmakoterapija

Farmakoloģiskā iejaukšanās PAV lietošanas traucējumu gadījumā ir visnoderīgākā tieši atkarības gadījumā, un tā ir mērķēta uz šādiem ārstēšanas etapiem:

- abstinences sindroms;
- recidīvu profilakse un atturības uzturēšana;
- ar PAV lietošanu saistītā kaitējuma mazināšanai, izrakstot aizstājējzāles vai medikamentus (piemēram, metadona balstterapijas gadījumā mērķis var būt narkotiku injicēšanas pārtraukšana, heroīna devu samazināšana vai pārtraukšana un riskantas uzvedības samazināšana vai pārtraukšana);
- vielu lietošanas komplikāciju novēršana (piemēram, tiamīns, lai novērstu Vernikes encefalopātiju un Korsakova sindromu).<sup>51</sup>

Pētījumu par to, kā farmakoterapija iedarbojas uz bērniem un pusaudžiem, ir ļoti maz, un lielākā daļa veikti ASV ar nelielu pētījuma dalībnieku skaitu, lielākoties vīriešu kārtas dalībniekiem un uz īslaicīgas ārstēšanas vai novērošanas periodiem. Tādēļ ir maz pierādījumu, uz kuriem balstīt norādījumus un rekomendācijas, tomēr farmakoterapija ir jāapsver jauniešiem ar atkarības diagnozi<sup>51</sup>.

Farmakokinētika un farmakodinamika bērniem/pusaudžiem un pieaugušajiem atšķiras, tādēļ zāļu devas jāpielāgo mazākas nekā pieaugušajiem rekomendētās. Vēlams farmakoterapiju lietot tikai pēc rūpīgas risku un ieguvumu izvērtēšanas, kā arī kā daļu no visaptveroša ārstēšanas plāna, kurā ņemtas vērā arī psihosociālās vajadzības<sup>51</sup>.

Ir vairāki medikamenti, kas ir efektīvi opioīdu, alkohola vai nikotīna atkarību ārstēšanā pieaugušajiem, bet neviens no tiem nav reģistrēts lietošanai pacientiem, kas jaunāki par 18 gadiem. Vairumā gadījumu ir pieejami tikai provizoriski pierādījumi par to efektivitāti un drošību pusaudžu vecumā. Nav pierādījumu par zāļu neirobioloģisko ietekmi uz smadzenēm, kas vēl attīstās. Tomēr, lai gan ir relatīvs pierādījumu trūkums, speciālisti turpina lietot medikamentus pusaudžu ārstēšanā (īpaši vecāku pusaudžu) no opioīdu, nikotīna vai (retāk) alkohola atkarībām. Tiek pētīti jaunāki medikamenti vielu lietošanas traucējumu ārstēšanai gan pieaugušajiem, gan pusaudžiem, tomēr neviens cits medikaments, izņemot iepriekš minētos, nav uzrādījis pārliecinošus pārliecinošu efektivitāti.<sup>21</sup>

#### 17.5. Sociālā dienesta iesaiste



Sociālā dienesta iesaiste un cieša sadarbība nepieciešama sarežģītu sociālu un ģimenes situāciju, vardarbības, aizdomām par vardarbību un novārtā atstāšanas gadījumā, kā arī situācijās, kad pusaudzis iesaistījies kriminālās aktivitātēs.

## **18. Ārstēšana atbilstoši specifisko vielu grupām**

### **18.1. Alkohola lietošanas traucējumu ārstēšana**

Alkohola atkarības ārstēšana pusaudžiem galvenokārt ir narkologa kompetencē. Ārstēšana jāpiedāvā atkarībā no traucējumu smaguma – viegli traucējumi var tikt ārstēti narkologa kabinetā, smagākus traucējumus vēlams ārstēt narkoloģijas multidisciplinārā komandā vai bērnu psihiatrijas multidisciplinārā komandā, kuras sastāvā ir narkologs. Komorbīdu traucējumu gadījumā ārstēšanu nodrošina bērnu psihiatru komanda.

#### **18.1.1. Abstinences ārstēšana**

Alkohola abstinences sindroms ir saistīts ar ievērojamu saslimstību un mirstību, ja netiek pienācīgi ārstēts. Pusaudžu skaits, kam izveidojusies atkarība no alkohola un nepieciešama farmakoterapija, ir pavisam neliels, tomēr svarīgi atpazīt šos pusaudžus un piedāvāt abstinences ārstēšanu stacionārā<sup>50</sup>, kur jābūt pieejamam arī somatiskās veselības un psihosociālam izvērtējumam un atbalstam.

Abstinences sindromu primāri ārstē ar benzodiazepīniem<sup>54</sup>, kā, piemēram, lorazepāmu vai hlordiazepoksīdu (vēlamais, mazāka atkarības potenciāla dēļ), bet var izmantot arī ilgākas darbības, kā, piemēram, diazepāmu, jo tiem ir krusteniskā tolerance ar alkoholu un tiem piemīt pretkrampju efekts. Pusaudžiem, iespējams, būs nepieciešamas mazākas devas, tāpat kā tiem, kam ir aknu funkciju traucējumi. Tomēr abstinences ārstēšanas pamatprincipi pusaudžiem ir tādi paši kā pieaugušajiem<sup>52</sup>.

Simptomu skalas, kā, piemēram, “Alkohola abstinences smaguma novērtējuma skala, pārskatītā (*CIWA-Ar*)” (3. pielikums) palīdz strukturēti noteikt simptomus un to smagumu dinamikā, tā novērtējot, vai izrakstītās devas ir pietiekamas un vai nav pārāk lielas<sup>53</sup>. Zāļu devas jāpielāgo, ņemot vērā pusaudža vecumu, augumu un svaru, kā arī attīstības stadiju. Bērniem un pusaudžiem ārstēšanas mērķim jābūt atturībai.

Stacionārā ārstēšanu var veikt, izmantojot fiksētas devas plānu vai simptomu regulētu medikamentozo plānu. Ja tiek izmantota simptomu regulēta shēma, apkalpojošam personālam jābūt kompetentam efektīvi uzraudzīt simptomus un komandā jābūt pietiekamiem resursiem, lai varētu novērtēt simptomus un pielāgot ārstēšanu gana bieži un droši.<sup>50</sup>

Fiksētas devas plāna gadījumā izrakstāmā benzodiazepīna doza tiek noteikta, izvērtējot alkohola atkarības smagumu (klīniskā izvērtēšana, lietoto alkohola vienību skaits un punktu skaits SADQ-C skalā)<sup>52</sup>.

Pusaudžu ar dekompensētu aknu slimību ārstēšanā jāiesaista speciālisti, kam ir pieredze aknu slimību pacientu ārstēšanā<sup>55</sup>.

Alkohola abstinences krampju lēkmju gadījumā jāizraksta benzodiazepīns (piemēram, lorazepāms), lai mazinātu turpmāku krampju iespējamību. Ja akūtās alkohola abstinences ārstēšanas laikā cilvēkam rodas alkohola abstinences lēkmes, pārskatiet viņa abstinences ārstēšanas protokolu<sup>55</sup>.

Garas darbības benzodiazepīni (piemēram, diazepāms) ir efektīvākais veids, kā izvairīties no abstinences krampju lēkmju sākšanās, ja tādas nekad nav bijušas,<sup>59</sup> kā arī mazināt tālāko lēkmju rašanos<sup>60</sup>.

### 18.1.2. Vernikes (*Wernicke*) encefalopātija

Vernikes encefalopātija tiek saistīta ar pieaugušiem alkohola atkarīgajiem, tomēr retos gadījumos tā var būt sastopama arī pusaudžiem.

Piedāvāriet profilaktisku perorālu tiamīnu (vitamīns B1) 100 mg/dn<sup>61,85</sup> pusaudžiem ar kaitējošu epizodisku lietošanu vai atkarību, ja novēro šādus riska faktorus Vernikes encefalopātijai<sup>55</sup>:

- nepietiekamu uzturu vai risku, ka uzturs bijis nepietiekams;
- dekompensētu aknu slimību;

Medikaments jālieto pirms vai plānotas abstinences ārstēšanas laikā. Abstinences ārstēšanu saņemot stacionārā, tiamīnu dod intramuskulāri 3–5 dienas, pēc tam pārejot uz perorālo formu.

#### **Somatisko simptomu ārstēšana**

- Dehidrācija – pārliecinieties, ka pacients uzņem šķidrumu pietiekamā daudzumā, lai nodrošinātu adekvātu hidrāciju un elektrolītu balansu.
- Sāpes – paracetamols (acetaminofēns).
- Slikta dūša un vemšana – metoklopramīds vai prochlorperazīns.
- Caureja – difenoksilāts *diphenoxylate* vai loperamīds.

- Ādas nieze var būt ne tikai pacientiem ar alkohola aknu slimību – lietojiet perorālos antihistamīnus.

### 18.1.3. Uzturošā terapija

Pusaudžiem kaitējošas epizodiskas lietošanas gadījumos un atkarību ārstēšanā primāri jāapsver psiholoģiskās intervences. Ja ir viegli traucējumi vai ja ir labs apkārtējo atbalsts, tā var būt individuāla KBT, bet smagāku traucējumu gadījumā un bez pieejama apkārtējo atbalsta jāsniedz multidimensionāla ārstēšana, piemēram, funkcionālā ģimenes terapija vai multisistēmu terapija.

Rūpīgi izvērtējot riskus un ieguvumus, speciālisti var apsvērt izrakstīt akamprosātu, perorālo naltreksonu vai disulfirāmu kombinācijā ar KBT pusaudžiem un psihosociālu intervenci vecumā no 16 līdz 17 gadiem, kuri nav iesaistījušies multiprofesionālā ārstēšanas programmā vai nav guvuši no tās labumu<sup>50,51</sup>. Šiem medikamentiem pierādījumu bāze attiecībā uz pusaudžiem lēnām pieaug<sup>51</sup>.

**Ārstēšanu ar akamprosātu** var piedāvāt vidēji līdz smagi alkohola atkarīgiem. Ārstēšana jāuzsāk pēc iespējas ātrāk pēc abstinences sasniegšanas, vēlams jau abstinences simptomu ārstēšanas laikā, jo tam ir potenciāls nervus pasargājošs efekts. Tas jāturpina vismaz 6 mēnešus līdz pat 12 mēnešiem ar regulāru novērošanu pie narkologa reizi mēnesī.<sup>62</sup> Pacientiem virs 60 kg deva ir 666 mg trīs reizes dienā. Tiem, kas sver mazāk par 60 kg, deva ir 444 mg trīs reizes dienā. Ārstēšana jāpārstāj, ja persona turpina lietot alkoholu 4–6 nedēļas pēc medikamenta lietošanas uzsākšanas.<sup>62</sup>

**Naltreksonu** var piedāvāt personām ar vidēju līdz smagu alkohola atkarību, lai palīdzētu izvairīties no lietošanas atsākšanas. To parasti uzsāk, kad alkohola atmešana vēl tikai plānota un alkohols tiek lietots vai līdz ar alkohola abstinences ārstēšanu. Tas jālieto līdz 6 mēnešiem vai ilgāk, ja medikamentam ir labs efekts. Deva ir 50 mg dienā. To nedrīkst lietot akūtas aknu mazspējas gadījumā.<sup>62</sup>

**Disulfirāmam** ir mazāk pierādījumu bāzes, un to var piedāvāt tiem, kas vēlas atmet alkohola lietošanu un akamprosāta vai naltreksona lietošana nav piemērota. Disulfirāms izraisa alkohola nepanesību, kas ir nepatīkama, tādā veidā mazinot alkohola lietošanu. Medikamenta lietošana uzraudzībā palīdz līdzestībai un medikamenta efektivitātei. Ārstēšana jāsniedz 24 stundas pēc pēdējā alkohola saturošā dzēriena lietošanas un jāuzsāk kāda uzraudzībā. Ārstēšanu sāk ar pirmo devu 800 mg, tālāk samazinot uz 100–200 mg dienā kā uzturošo devu. Disulfirāmam ir vairākas reakcijas un kontraindikācijas, kas jāpārbauda pirms izrakstīšanas.

**Benzodiazepīnus** drīkst lietot tikai alkohola abstinences ārstēšanai, nevis pastāvīgai alkohola atkarības ārstēšanai<sup>52</sup>.

Par ārstēšanas plānu jābūt labi informētam gan pusaudzim, gan atbalsta personām (piem., vecākiem), gan ģimenes ārstam.

#### **18.1.4. Nemedikamentozā ārstēšana**

##### **Pašpalīdzības grupas**

Ir vairākas pašpalīdzības programmas cilvēkiem, kuri ir nonākuši dažādās atkarībās un vēlas no tām atbrīvoties. Tās veidotas pēc 12 soļu programmas principiem un ievēro anonimitātes principu – Anonīmie Alkoholiķi (AA), Al-Anon (palīdzība alkoholiķu tuviniekiem un draugiem).<sup>3</sup>

Cilvēkiem jābūt motivētiem apmeklēt sanāksmes un kļūt par programmas daļu. Šīs programmas ir balstītas uz pārliecību, ka pilnīga atturēšanās ir vienīgais veids, kā atveseļoties. 12 soļu pašpalīdzības grupas ir brīvprātīgas un allaž atvērtas jauniem biedriem. Grupās nav ne iestāšanās, ne dalības maksas, grupa tiek uzturēta, pateicoties dalībnieku brīvprātīgiem ziedojumiem.<sup>3</sup>

#### **18.2. Marihuānas un sintētisko kanabinoīdu lietošanas traucējumu ārstēšana**

##### **18.2.1. Nemedikamentozā terapija**

Dažādas nefarmakoloģiskās pieejas pierādījušas savu efektivitāti marihuānas lietošanas traucējumu ārstēšanā. Visefektīvākās pieejas ir motivējoša terapija (*Motivational Enhancement Therapy, MET*), kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT), *Contingency management (CM)*, pusaudžu sabiedrības stiprināšanas pieeja (*Adolescent community reinforcement approach, ACRA*), ģimenes terapija.

Motivējošas terapijas mērķis ir veicināt indivīda izpratni par ilgstošas vielu lietošanas sekām un ieguvumiem; mērķis ir mazināt indivīda marihuānas lietošanas traucējumus pusaudža gados, palīdzot apzinoties, ka ieguvumi no lietošanas mazināšanas ir lielāki nekā ilgstošas lietošanas sekas.

Papildus KBT grupu mērķis ir palīdzēt indivīdam iegūt prasmes tikt galā ar galvenajām problemātiskajām jomām: atteikties no narkotiku piedāvājumiem, izveidot sociālo tīklu, kas atbalsta atveseļošanās procesu, izveidot alternatīvas aktivitātes, kas nav saistītas ar marihuānas lietošanu, izstrādāt preventīvu plānu, lai pārvaldītu un novērstu augsta

riska situācijas, recidīvus, kā arī apgūt vispārējās problēmu risināšanas prasmes, kas palīdz atturēties no vielu lietošanas.

Turklāt CM programmas kombinācijā ar MET-CBT ir parādījušas ievērojamus uzlabojumus atturēšanās / vielu lietošanas samazināšanā. CM ir intervences, kas izmanto dažādus moduljus, lai rosinātu pusaudzus, kuri reti meklē palīdzību vai pārtrauc ārstēšanu no vielu lietošanas traucējumiem, vairāku iemeslu dēļ, piemēram, vecāku atbalsta trūkums un vecāku neiesaistīšanu ārstēšanā, kaitējuma neapzināšana vai vispārēja ambivalence par vielu lietošanas pārtraukšanu.

ACRA izmanto trīs galvenās pieejas individuālajā sadarbībā ar pusaudzi. Pirmkārt, tiek identificēti vielu lietošanas iemesli un sekas, lai uzlabotu sociālo funkcionēšanu. Otrkārt, indivīds un terapeits strādā kopā, lai noteiktu vienkāršus, sasniedzamus un labi definētus terapijas mērķus. Treškārt, indivīds tiek mudināts izmantot vērtēšanas skalu, lai vērtētu dzīves kvalitāti, noteiktu jaunus mērķus, pastiprinātu sociālo funkcionēšanu un pilnveidotu prasmes recidīvu novēršanai un vispārējai problēmu risināšanai. Turklāt četras aprūpētāju/vecāku sesijas sniedz pārskatu par ACRA programmu, izglīto aprūpētāju/vecāku par prasmēm, lai atbalstītu pusaudžu atturību, un pēc tam divas sesijas ir veltītas visai ģimenei. Ģimenes sesiju laikā terapeits veicina un māca pozitīvas komunikācijas praksi starp ģimenes locekļiem, kā arī pilnveido problēmu risināšanas prasmes.<sup>56,57</sup>

### **18.2.2. Medikamentoza terapija**

Medikamentu efektivitāte mariuhānas un sintētisko kanabinoīdu lietošanas traucējumu ārstēšanai joprojām tiek pētīta, un zināšanas par medikamentu efektivitāti pusaudžu vecuma pacientu vidū ir ierobežotas. Papildus psihoterapeitiskajai pieejai marihuānas lietošanas traucējumu ārstēšanā var tikt apsvērta farmakoterapija abstinences sindroma novēršanai un marihuānas lietošanas samazināšanai. Zināma efektivitāte novērota šādiem medikamentiem:

- **N-acetilcisteīna (NAC)** 1200 mg lietošana marihuānas abstinences ārstēšanā 8 nedēļu laikā;
- **Gabapentīna** pielietošana, kopējo dienas devu titrējot līdz 1200 mg 4 dienu laikā un turpinot 12 nedēļas.

### **18.3. Opioīdu lietošanas traucējumu ārstēšana**

Opioīdu ārstēšanā jāiesaista narkologs. Ja psihiatram vai kādam citam ārstam nepieciešams izrakstīt opioīdu atkarības ārstēšanu, jāsaazinās ar narkologu, pirms uzsāk ārstēšanu.

! Opioīdu lietošana, arī metadona un buprenorfīna, var būt nāvējoša! Opioīdu abstinences sindroms nav nāvējošs.

Tajā pašā laikā, ja pacients atsakās no tālākas ārstēšanas neizturamu abstinences simptomu dēļ, tam arī ir savi riski, tādēļ jālieto neopioīdu medikamenti, lai atvieglotu abstinences simptomus, līdz brīdim, kad pieejama narkologa konsultācija.<sup>52</sup>

### 18.3.1. Opioīdu pārdozēšanas ārstēšana

**Naloksons** ir opioīdu receptoru antagonists, kas tiek lietots kaitējuma mazināšanai – to dod uz mājām tūlītējai neatliekamās terapijas lietošanai pie opioīdu pārdozēšanas vai aizdomām par pārdozēšanu. Tas mēdz būt pieejams sagatavotās vienas devas šļircēs vai deguna aerosola veidā. Sīkāk par ārstēšana pārdozēšanas gadījumā skatīt 2. sadaļā “Akūtas intoksikācijas ārstēšana”.

### 18.3.2. Opioīdu atkarības un abstinences ārstēšana

Abstinences un atkarības ārstēšana primāri notiek ambulatori, un to var nozīmēt tikai narkologs vai bērnu psihiatrs, psihiatrs pēc narkologa konsultācijas.

Opioīdu atkarības ārstēšana pamata metode ir opioīdu aizvietojošā terapija, ko var izmantot kā balstterapiju vai kā abstinences ārstēšanu. Ārstēšanas taktika būs saistīta ar<sup>52</sup>:

- valstī/reģionā pieejamo farmakoterapiju;
- pacienta iepriekšējo PAV lietošanas anamnēzi un ārstēšanu;
- pacienta pašreizējo narkotiku lietošanu un apstākļiem;
- pacienta lokāciju terapijas uzsākšanas brīdī.

Aizvietojošās terapijas mērķi ir<sup>52</sup>:

- samazināt vai novērst abstinences simptomus;
- samazināt vai izbeigt narkotiku vai patvaļīgu medikamentu lietošanu;
- stabilizēt narkotiku lietošanu un dzīvesveidu;
- samazināt ar narkotikām saistītu kaitējumu (it īpaši ar narkotiku injicēšanu saistītu uzvedību);
- iesaistīt un uzsākt sadarbību ar pacientu.

Lai droši izrakstītu aizvietojošo terapiju<sup>52</sup>:

- jālieto reģistrēti medikamenti opioīdu atkarības ārstēšanai (metadons un buprenorfīns);

- jāpārlicinās, ka pacients patiešām ir atkarīgs no opioīdiem (lieto SSK-10 vai SSK-11 kritērijus);
- jāuzsāk ar drošu sākuma devu un jāpaaugstina piesardzīgi;
- sākotnēji jānodrošina medikamenta lietošana uzraudzībā katru dienu pirmajos mēnešos vai līdz brīdim, kad tiek sasniegta stabilitāte;
- jāsamazina devas, ko ņem līdz uz mājām pirmajos ārstēšanās mēnešos, līdz sasniegta stabila fāze.

Opioīdu atkarības abstinences sindroma gadījumā vēlams izmantot strukturētu simptomu novērtēšanas metodi, kā, piemēram, “Objektīvā opioīdu abstinences sindroma skala (OOWS)” (*Objective opioid withdrawal scale*<sup>84</sup>, skatīt 10. pielikumu) objektīvu datu iegūšanai par abstinences sindroma smaguma pakāpi.<sup>83</sup>

**Metadons** (lieto perorāli, monitorējot abstinences sindroma simptomus) ir opioīdu receptoru agonists, kas personām ar atkarību novērš abstinences simptomus un mazina tieksmi uz opioīdiem. Metadons jau ilgstoši tiek lietots opioīdu atkarības ārstēšanai pieaugušajiem, un to izraksta narkologs specializētas rehabilitācijas programmas ietvaros. To var lietot 16–18 gadus veciem pusaudžiem, ja ir dokumentēti vismaz divi neveiksmīgi abstinences ārstēšanas vai atmešanas mēģinājumi.<sup>21</sup>

Metadons ir ar augstu atkarības potenciālu un zemu letālo devu, tādēļ tas tiek izrakstīts tikai specifisku rehabilitācijas programmu ietvaros.

! Visiem pacientiem, uzsākot metadona terapiju, jābūt informētiem par toksiskuma un pārdozēšanas risku un nepieciešamību metadonu glabāt bērniem (vai citiem, kas netīšām to varētu lietot) nepieejamā vietā.<sup>52</sup>

Uzsākšanas dienas deva pieaugušajiem mēdz būt 10–30 mg atkarībā no tolerances līmeņa. Uzsākot ārstēšanu pusaudžiem, jābūt īpaši piesardzīgiem ar devas izvēli.

EKG metadona terapijā rekomendēta situācijās, kad pacientam tiek novēroti faktori, kas var pagarināt QTc intervālu<sup>52</sup>:

- sirds un aknu saslimšana;
- elektrolītu izmaiņas;
- vienlaicīga ārstēšana ar CYP3A4 inhibitoriem vai medikamentiem ar potenciālu pagarināt QTc intervālu (piemēram, daži antipsihotiķi, eritromicīns);
- pacientiem, kas paralēli lieto kokaīnu;
- komorbīdi ēšanas traucējumi;

- HIV pozitīvs statuss.

**Buprenorfīns** ir sintētisks opioīdu receptoru daļējs agonists. Tas samazina vai novērš opioīdu abstinences simptomus, tostarp tieksmi pēc narkotikām, neizraisot reibumu vai bīstamas blakusparādības. Tas ir pieejams sublingvālai (zem mēles) ievadīšanai gan atsevišķa preparāta veidā, gan kombinācijā ar naloksonu. Šajā kombinētajā versijā naloksons pievienots, lai novērstu ļaunprātīgu izmantošanu, izraisot abstinences reakciju, ja medikaments tiek injicēts intravenozi.<sup>21</sup>

Uzsākot buprenorfīna terapiju, jāpieturas pie tādiem pašiem principiem, kā uzsākot metadona terapiju. Sākuma doza pacientam, kam novēro abstinences sindromu, ir 8 mg dienā, tomēr, ja pacientam vienlaicīgi ir riska faktori, kā, piemēram, somatiska saslimšana, daudzu PAV lietošana, viegla vai neskaidra smaguma atkarība vai psihiska saslimšana, sākuma devai jābūt 2–4 mg dienā.

Mazākas devas (piem., 2 mg) darbības ilgums ir īsāks –apmēram līdz 12 stundām. Lielāku devu (piem., 16–32 mg) medikamenta darbības ilgums ir 48–72 stundas.<sup>52</sup>

Svarīgi! Pacientam pirms buprenorfīna terapijas jāpārbauda laboratoriskie aknu rādītāji, jo lielas buprenorfīna devas var izraisīt aknu bojājumus.

Naltreksons tiek lietots recidīvu profilaksei pieaugušajiem pēc pilnīgas detoksikācijas no opioīdiem. Tas ir opioīdu antagonists, kas novērš opioīdu narkotisko vielu piestiprināšanos pie opioīdu receptoriem, tādā veidā neļaujot personai izjust reibumu, ko parasti persona justu narkotiku lietošanas laikā. To var lietot iekšķīgi tablešu veidā vai kā injekciju reizi mēnesī ārsta kabinetā.

#### **Citu abstinences simptomu ārstēšana**

<b>Simptoms</b>	<b>Ārstēšana</b>
Caureja	Loperamīds 4 mg, tad 2 mg pēc katras vēdera izejas, maksimums 16 mg dnn.
Slikta dūša, vemšana, vēdera krampji	Metoklopramīds 10 mg 3 x dienā ar maksimums 5 dienu kursu.
Vēdera krampji	Mebeverīns 135 mg 3 x dnn.
Trauksme, satraukums un bezmiegs	Diazepāms 5–10 mg 3 x dnn vai zopiklons 7,5 mg uz nakti pacientiem ar



	benzodiazepīna lietošanu anamnēzē.
Muskuļu sāpes un galvas sāpes	Paracetamols, aspirīns un nesteroīdie pretiekaisuma medikamenti.

## 18.4. Nikotīna lietošanas traucējumu ārstēšana

### 18.4.1. Medikamentozā ārstēšana

#### Nikotīnu aizvietojoša terapija (NAT)

Nikotīna aizstājterapija (NAT) var būt svarīgs līdzeklis, lai ārstētu nikotīna atkarību jauniešiem. Cilvēki, kuri ir jaunāki par 18 gadiem, NAT var lietot tikai tad, ja ārsts to ir rekomendējis.

Ārstam jāizvērtē katrs pacients individuāli, lai noteiktu NAT sākuma devu, kas palīdzētu viņiem veiksmīgi atmet smēķēšanu. Devas tiek noteiktas, pamatojoties uz pacienta nikotīna atkarības līmeni, ko var aptuveni izmērīt, izmantojot skrīninga testus, piemēram, Fagerstroma tolerances aptauju<sup>75</sup>.

Latvijas aptiekās pieejami dažādi NAT līdzekļi.

- Košļājamā gumija.
- Transdermāls plāksteris.
- Aerosols izsmidzināšanai mutes dobumā.

Devas un lietošanu skatīties katra līdzekļa aprakstā.

Ja nozīmētā deva šķiet nepietiekama, ir jānovērtē, vai pacients ir kompiants, un jāapsver lielāka deva, ilgāks lietošanas grafiks un ilgāka un pakāpeniska NAT atcelšana. Ārstam un pacientiem jāstrādā kopā, lai laika gaitā mazinātu NAT, kad pacients uzskata, ka vairs nav riska atgriezties pie tabakas vai citu nikotīna produktu lietošanas. NAT var aizņemt 8–10 nedēļas, un pēdējās 2–4 nedēļas nikotīna deva tiek pakāpeniski mazināta pirms atcelšanas.<sup>44</sup>

#### Buprions (*Bupropion*)

Buprions sākotnēji tika izstrādāts kā netipisks antidepresants. Tiek pieņemts, ka bupropiona pretsmēķēšanas efekts saistīts ar dopamīna un noradrenalīna atpakaļsaistes

inhibēšanu un nikotīna acetilholīna receptoru bloķēšanu, lai gan precīzs darbības mehānisms nav zināms. Bupropions ir visefektīvākais farmakoloģiskais ārstēšanas līdzeklis pusaudžu smēķētāju populācijā īstermiņā, bet trūkst pierādījumu par ilgtermiņa efektivitāti pusaudžiem.<sup>45</sup>

Bupropiona pielietošana nikotīna atkarības ārstēšanai bērniem un pusaudžiem ieteicama bērnu psihiatra vai narkologa uzraudzībā.

Bupropiona terapeitiskā deva parasti ir līdz 300 mg. 300 mg devu ieteicams dalīt divās lietošanas reizēs ik pēc 8 stundām. Ārstēšanas ilgums ir 8–12 nedēļas (līdz 6 mēnešiem pēc nepieciešamības). Pirms lietošanas pārtraukšanas ieteicams devu samazināt pakāpeniski (ja iespējams).<sup>46</sup>

### **Vareniklīns (*Varenicline*)**

Vareniklīns ir selektīvs alfa-4 beta-2 nikotīna receptoru daļējs agonists. Vareniklīns kā līdzeklis smēķēšanas atmešanai veicina tā daļēju agonista aktivitāti un konkurētspējīgu inhibīciju ar nikotīnu a4b2 receptoros, kas savukārt ietekmē CNS mezolimbisko dopamīna izdalīšanos. Rezultātā vareniklīns mazina tieksmes un abstinences simptomus.

Šo medikamentu lietoto 18 gadus veciem un vecākiem smēķētājiem, kas motivēti pārstāt smēķēšanu. Pusaudžiem to lietot nav rekomendēts.<sup>62</sup>

## **18.5. Psihostimulatoru lietošanas traucējumu ārstēšana**

Psihostimulatoru intoksikācijas ārstēšanu skatīt 2. sadaļā “Psihoaktīvo vielu intoksikācijas ārstēšana”.

### **18.5.1. Amfetamīna grupas (un kationu) psihostimulatoru abstinence**

Klīniski nozīmīgs uzvedības un/vai fizioloģisko pazīmju kopums, kas atšķiras pēc smaguma pakāpes un ilguma un rodas pēc amfetamīna grupas psihostimulatoru (un kationu) lietošanas pārtraukšanas vai seko devas samazināšanai personām, kurām ir izveidojusies atkarība no psihostimulatoriem, vai arī pēc ilgstošas vai lielu devu lietošanas. Abstinence var attīstīties arī personām, kuras lieto ārstu nozīmētus psihostimulatorus terapeitiskās devās. Abstinences pazīmes var būt nomākts garastāvoklis, aizkaitināmība, nogurums, bezmiegs vai (biežāk) hipersomnija, spilgti un nepatīkami sapņi, palielināta ēstgriba, psihomotors uzbudinājums vai gausums un tieksme pēc amfetamīna vai citiem psihostimulatoriem.<sup>14</sup>

### **18.5.2. Ekstazī grupas psihostimulatoru abstinence**

Klīniski nozīmīgs uzvedības un/vai fizioloģisko pazīmju kopums, kas atšķiras pēc smaguma pakāpes un ilguma un rodas pēc ekstazī grupas psihostimulatoru lietošanas pārtraukšanas vai seko devas samazināšanai personām, kurām ir izveidojusies atkarība no ekstazī grupas psihostimulatoriem, vai arī pēc ilgstošas vai lielu devu lietošanas. Abstinences pazīmes var būt nogurums, letarģija, hipersomnija vai bezmiegs, nomākts garastāvoklis, trauksme, aizkaitināmība, tieksme, grūtības koncentrēties un ēstgribas traucējumi.<sup>14</sup>

### **19. Komorbīdu traucējumu atpazīšana un diagnosticēšana**

Komorbiditāte starp vielu lietošanas traucējumiem un gandrīz visām psihisko traucējumu grupām ir zinātniski pierādīta daudzos pētījumos. Lielākajā daļā prospektīvo pētījumu, kuros pētīta komorbiditātes sākšanās secība, apstiprināts, ka vielu lietošanas traucējumi attīstās pēc psihiskiem traucējumiem.<sup>17</sup>

Pusaudžiem ar kaitējošu PAV lietošanu un atkarībām bieži novērojami komorbīdi psihiski traucējumi, tostarp depresijas, trauksmes, personības traucējumi, uzmanības deficīta hiperaktivitātes sindroms (UDHS), opozicionāri izaicinoši traucējumi, nesocializēti un socializēti uzvedības traucējumi.<sup>17</sup>

Azartspēļu traucējumu gadījumā novērojams augsts pašnāvības domu un pašnāvības mēģinājumu risks.<sup>76</sup>

## **20. Komorbīdu traucējumu ārstēšana**

### **Psihiatru iesaiste**

#### **Depresija vai trauksme**

Pacientiem ar kaitējošu PAV lietošanu vai atkarībām, kuriem ir depresija vai trauksme, vispirms nepieciešams ārstēt PAV lietošanas problēmas, jo tas var izraisīt ievērojamu depresijas un trauksmes mazināšanos. Ja depresija vai trauksme turpinās pēc 3 līdz 4 nedēļu ilgas PAV lietošanas pārtraukšanas, jāvērtē nepieciešamība ārstēt depresiju vai trauksmi.

#### **Psihiskās veselības traucējumi**

Jālūdz psihiatra konsultācija pacientiem ar kaitīgu PAV lietošanu vai atkarības sindromu, kuriem ir ievērojami psihiskās veselības traucējumi, ar lielu pašnāvības risku, nomākts garastāvoklis un citi depresīvi simptomi, miega traucējumi, trauksme, pasliktinās koncentrēšanās spējas, lai pārlicinātos, ka ārstēšanas un riska pārvaldības plāni ir efektīvi.

Daudzas psihiskas saslimšanas var paaugstināt predispozīciju uz pārmērīgu PAV lietošanu, un tā var pasliktināt psihiskās slimības gaitu un sarežģīt ārstēšanu. PAV lietošana var provocēt psihiatriskus traucējumus – personības, uzvedības, garastāvokļa traucējumus.

**Citu speciālistu piesaiste** (ģimenes ārsts, neirologs, infektologs, kardiologs, ginekologs u.c. specialitāšu ārsti) situācijās, ja novēro komorbīdas somatiskas saslimšanas.

### **21. Pozitīvs atkarību izraisīšu nodarbju traucējumu skrīnings**

Pozitīva skrīninga gadījumā vēlams veikt īsu izvērtēšanu, kā pamatu ņemot skrīninga rīkā iekļautos jautājumus un lūdzot pastāstīt par katru no jautājumā skartajām tēmām. Tas sniegs informāciju, kas jāiekļauj nosūtījumā narkologam, bērnu psihiatram vai psihiatram, lūdzot atkarību izraisīšu nodarbju traucējumu klīnisku izvērtēšanu.

### **22. Atkarību izraisīšu nodarbju traucējumu klīniskā izvērtēšana**

Klīnisku izvērtēšanu nodrošina psihiatrs, bērnu psihiatrs, narkologs vai citas apmācītas ārstniecības personas, piemēram, narkoloģijas vai psihiatrijas māsa speciāliste.

Klīniskajai intervijai jābūt visaptverošai, izvērtējot pusaudzņa vajadzības daudzpusīgi. Klīniskās intervijas mērķis ir novērtēt azartspēļu, likmju likšanas vai datorspēļu spēlēšanas ietekmi uz pusaudzi, novērtēt ar to saistītās grūtības un traucējumus funkcionēšanā. Intervējot var lietot iepriekš aizpildīto skrīninga skalu, lai par katru no skalas jautājumiem uzzinātu vairāk.

Izvērtēšanā iekļaujamās sfēras.

- Iesaiste datorspēļu un azartspēļu spēlēšanā, traucējumu pazīmes un lietošanas raksturs.
- Kādas datorspēles tiek lietotas, vai tām ir azartspēļu elementi.
- Finanšu avots azartspēļu spēlēšanai, finansiālas problēmas un parādi.
- Kriminālas aktivitātes naudas iegūšanai.
- Psihiskās un fiziskās veselības problēmas.
- Attiecības ar vienaudžiem, sociālā funkcionēšana.
- Attiecības ģimenē.
- Attīstības un kognitīvās vajadzības, sekmes skolā un apmeklējums.
- Vardarbības un traumatisku pieredžu anamnēze.

- Paškaitējuma, pašnāvības risks un risks, kas vērsts uz citiem, piemēram, vardarbības risks.
- Gatavība, motivācija un ticība spējai samazināt vai pārtraukt iesaisti azartspēlēs vai datorspēļu spēlēšanā.
- Jālūdz piekrišana tālākiem nosūtījumiem un ārstēšanai.
- Aprūpes plāna un riska mazināšanas plāna formulēšana.

### **23. Azartspēļu lietošanas traucējumu diagnostika**

SSK-11 **azartspēļu lietošanas traucējumu (6C50)** diagnoze var tikt piešķirta personai ar ilgstošu vai atkārtotu iesaisti azartspēļu spēlēšanā ar šādām pazīmēm<sup>14</sup>:

- traucēta kontrole pār azartspēlēm (piemēram, sākums, biežums, intensitāte, ilgums, pārtraukšana, konteksts);
- azartspēļu spēlēšanas prioritātes palielināšana tik lielā mērā, ka to spēlēšana vai likmju likšana kļūst svarīgāka par citām dzīves interesēm un ikdienas aktivitātēm;
- azartspēļu spēlēšanas turpināšana vai pastiprināšanās, neskatoties uz negatīvajām sekām;
- Azartspēļu spēlēšana var būt nepārtraukta vai epizodiska un atkārtota, bet tai jābūt ilgstošai (piem., 12 mēnešus);
- azartspēļu spēlēšana nav labāk izskaidrojama ar citiem psihiskās veselības traucējumiem (piem., maniakāla epizode), psihoaktīvu vielu vai medikamentu lietošanas ietekmi;
- azartspēļu spēlēšana rada ievērojamas grūtības vai ievērojamus traucējumus personīgajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, profesionālajā vai citās svarīgās dzīves jomās.

#### Specifikatori

6C50.1 Azartspēļu traucējumi, galvenokārt tiešsaistē

6C50.0 Azartspēļu traucējumi, galvenokārt bezsaistē

6C50.Z Azartspēļu traucējumi, neprecizēti

Papildu klīniskās pazīmes<sup>14</sup>

- Ja azartspēļu spēlēšana un sekas ir smagas (piemēram, spēlēšana turpinās vairākas dienas bez atelpas vai būtiski ietekmē funkcionēšanu vai veselību) un ir novērojami arī visi pārējie diagnozes kritēriji, datorspēļu lietošanas traucējumu diagnozi var uzstādīt, arī ja pazīmes ilgst īsāku laiku par 12 mēnešiem (piemēram, 6 mēnešus).

- Personas ar azartspēļu lietošanas traucējumiem var vairākkārt neveiksmīgi mēģināt kontrolēt vai būtiski mazināt spēlēšanu un likmju likšanu gan pēc pašu iniciatīvas, gan citu spiediena rezultātā.
  - Personām ar azartspēļu lietošanas traucējumiem var laika gaitā pieaugt naudas summa, kas tiek iztērēta azartspēlēs, lai saglabātu vai pārsniegtu iepriekšējo aizrautības līmeni vai mazinātu garlaicību. Var pieaugt azartspēļu spēlēšanas intensitāte, palielināties likmes apjoms vai citādi mainīties azartspēļu stratēģija, lai mēģinātu kompensēt naudas zaudējumus (t. i., “dzenoties pakal” saviem parādiem).
  - Personas ar azartspēļu lietošanas traucējumiem citu aktivitāšu laikā bieži alkst vai izjūt tieksmi spēlēt azartspēles.
  - Personām ar azartspēļu lietošanas traucējumiem var būt būtiski uztura, miega, fiziskās aktivitātes un citi ar veselību saistīti traucējumi, kas var radīt negatīvas sekas somatiskajai un psihiskajai veselībai.
  - Personas ar azartspēļu lietošanas traucējumiem dažkārt var melot, lai slēptu savu zaudējumu apmēru no tuviniekiem, vai mēģināt iegūt līdzekļus, lai atmaksātu savus parādus.
  - Personas ar azartspēļu lietošanas traucējumiem dažkārt var iesaistīties azartspēlēs, lai cīnītos ar depresiju, trauksmi, garlaicību, vientulību vai citiem ar nomāktu garastāvokli saistītiem stāvokļiem. Lai gan tas nav noteicošais faktors diagnozes noteikšanā, emocionālo un uzvedības pazīmju saistība ar azartspēļu spēlēšanu var palīdzēt, veidojot ārstēšanas plānu.
  - Azartspēļu traucējumiem bieži komorbīdi ir psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumi, garastāvokļa, trauksmes vai ar bailēm saistītie traucējumi un personības traucējumi.
- Personām, kas vēršas pēc palīdzības azartspēļu lietošanas traucējumu ārstēšanā, bieži sastopamas pašnāvības domas un pašnāvības mēģinājumi.
- Pieaugušajiem azartspēļu uzvedība ir saistīta ar hroniskām slimībām, aptaukošanos un sliktāku subjektīvo veselības stāvokli.

Kad traucējumi robežojas ar normu?<sup>14</sup>

- Azartspēļu traucējumu diagnozi nedrīkst uzstādīt, balstoties tikai uz ilgstošu vai atkārtotu iesaisti azartspēlēs (gan tiešsaistē, gan bezsaistē), piemēram, draugu lokā vai spēlējot azartspēles profesionāli, ja netiek novērotas citas aprakstītās traucējumu pazīmes.

- Ikdienišķa iesaiste azartspēlēs (piemēram, loterijas biļešu pirkšana) kā ikdienas paradumu sastāvdaļa vai azartspēļu izmantošana cīņai ar garastāvokļa maiņām, garlaicības mazināšanai vai kā līdzeklis sociālās mijiedarbības veidošanai, nav pamats azartspēļu diagnozes uzstādīšanai, situācijā, kad citas traucējumu pazīmes nenovēro.

#### Traucējumu gaita<sup>14</sup>

- Azartspēļu traucējumu gaita var būt dažāda ar biežu spontānu atveseļošanos (pat bez iejaukšanās), it īpaši pusaudžiem un jauniešiem. Tomēr daudziem azartspēļu lietošanas traucējumi saglabājas mūža garumā.
- Azartspēļu uzvedība var sekot nepārtrauktam vai epizodiskam modelim. Azartspēļu uzvedības intensitāte bieži svārstās saistībā ar stresu, depresijas simptomiem un vielu lietošanu.

#### Epidemioloģiskās īpatnības<sup>14</sup>

- Azartspēļu traucējumi parasti sākas pusaudža vai jauniešu vecumā. Agrāks sākums saistīts ar augstāku impulsivitāti. Azartspēļu traucējumi mēdz būt izplatītāki pusaudžu vidū, salīdzinot ar pieaugušajiem.
- Azartspēļu traucējumu parādīšanās vecāka gadagājuma cilvēkiem ir reta.
- Azartspēļu traucējumu izplatība dzīves laikā vīriešiem ir augstāka. Pusaudža gados vīriešu un sieviešu attiecība, kam diagnosticēti azartspēļu lietošanas traucējumi, ir 4:1, salīdzinot ar pieaugušo vecumu, kad attiecība ir 2:1. Tas saistīts ar zēnu tendenci sākt spēlēt azartspēles agrāk.
- Sievietēm ar azartspēļu lietošanas traucējumiem biežāk nekā vīriešiem novēro komorbīdus garastāvokļa traucējumus vai trauksmi, vai ar bailēm saistītus traucējumus, kurpretim vīriešiem biežāk ir problēmas ar PAV lietošanu un eksternalizējošu uzvedību.

#### Saistība ar diferenciāldiagnozēm<sup>14</sup>

**Azartspēļu traucējumi un riskanta azartspēļu spēlēšana vai likmju likšana.** SSK-11 riskanta azartspēļu spēlēšana ir kategorija, kas iekļauta sadaļā “Veselības stāvokli vai saziņu ar veselības aprūpes dienestiem ietekmējošie faktori”, un to var piešķirt personām, kurām novēro problemātisku azartspēļu spēlēšanu bez citām azartspēļu lietošanas traucējumu pazīmēm. Kategorija “Riskanta iesaiste azartspēlēs” attiecas uz azartspēļu spēlēšanu vai likmju likšanu tiktāl, ka šī uzvedība manāmi palielina kaitīgu ietekmi uz somatisko vai

psihisko veselību vai kaitīgas ietekmes uz citiem risku līdz līmenim, kad varētu būt nepieciešama iejaukšanās vai uzraudzība, bet šī uzvedība nesasniedz traucējumu līmeni.

**Azartspēļu traucējumi un datorspēļu lietošanas traucējumi.** Atšķirībā no azartspēļu lietošanas traucējumiem, datorspēļu lietošanas traucējumu gadījumā netiek liktas likmes uz naudu vai citām vērtīgām lietām ar cerību iegūt ko vērtīgāku. Ja datorspēļu spēlēšana saistīta ar derību slēgšanu vai likmju likšanu (piemēram, pokers tiešsaistē), piemērotāka diagnoze būs azartspēļu lietošanas traucējumi.

**Datorspēļu traucējumi un bipolāri afektīvi un saistītie traucējumi.** Maniakālu, jauktu vai hipomānisku epizožu laikā var rasties pastiprināta mērķtiecīga aktivitāte, tostarp arī pavājināta spēja kontrolēt azartspēļu spēlēšanu. Azartspēļu traucējumu diagnozi var uzstādīt tikai tad, ja pazīmes liecina, ka likmes tiek liktas un azartspēles tiek spēlētas ilgstoši un uzvedība atbilst visiem traucējumu diagnozes kritērijiem, kas nav saistīti ar garastāvokļa traucējumu epizodēm. Dažiem cilvēkiem ar azartspēļu lietošanas traucējumiem, spēlējot azartspēles, uzvedība var atgādināt maniakālas epizodes (piemēram, eiforisks garastāvoklis un paaugstināts enerģijas līmenis), tomēr garastāvokļa traucējumu epizodēs šādi simptomi novērojami arī ārpus azartspēļu konteksta.

**Azartspēļu traucējumi un obsesīvi kompulsīvi traucējumi.** Nespeciālisti un dažkārt arī veselības aprūpes speciālisti azartspēļu spēlēšanu var raksturot kā “kompulsīvu”. Obsesīvi kompulsīvu traucējumu gadījumā novērotā kompulsīvā rīcība gandrīz nekad netiek izjusta kā patīkama un tā parasti rodas kā reakcija uz uzmācīgām, nevēlamām un parasti trauksmi izraisošām obsesīvām domām, kas nesaskan ar to, kā jūtas personas ar azartspēļu lietošanas traucējumiem azartspēļu spēlēšanas laikā.

**Azartspēļu traucējumi un personības traucējumi.** Daži pacienti, kuriem ir personības traucējumi ar izteiktām nesociālām pazīmēm vai disinhibīciju, var iesaistīties problemātiskā azartspēļu spēlēšanā. Azartspēļu traucējumu diagnozi var piešķirt kopā ar personības traucējumu diagnozi, ja tiek novēroti abu traucējumu diagnostiskie kritēriji.

**Azartspēļu traucējumi un psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumi.** Azartspēļu un PAV lietošana bieži tiek novērota kopā, it īpaši ar alkohola lietošanu. Dažu vielu izraisīta intoksikācija var saasināt problemātisku azartspēļu uzvedību. Gan azartspēļu lietošanas



traucējumu, gan PAV lietošanas traucējumu diagnozi var uzstādīt vienlaicīgi, ja tiek novēroti abu traucējumu diagnostiskie kritēriji.

**Azartspēļu traucējumi un PAV un medikamentu ietekme.** Dažu recepšu medikamentu vai narkotisku vielu (piem., dopamīna agonistu – pramipeksola, Parkinsona slimības vai nemierīgo kāju sindroma gadījumā vai narkotiku – metamfetamīna) lietošana dažkārt var radīt kontroles pavājināšanos pār azartspēļu spēlēšanu to tiešās ietekmes uz centrālo nervu sistēmu dēļ. Šādā gadījumā traucējumu sākums sakrīt ar PAV vai medikamenta lietošanas sākumu. Azartspēļu traucējumu diagnozi šādos gadījumos nedrīkst diagnosticēt.

#### **24. Azartspēļu lietošanas traucējumu ārstēšana**

Azartspēļu traucējumu ārstēšana ir joma, kur pierādījumu bāze vēl tikai aug. Šeit iekļautās rekomendācijas ir jāizmanto ar piesardzību, jo tās balstītas uz pētījumiem, kas veikti pieaugušo populācijā. Pētījumi, kas koncentrētos uz ārstēšanu tikai pusaudžu populācijā, nav pieejami.<sup>65</sup>

Azartspēļu traucējumu ārstēšana ir primāri psiholoģiska, bet arī farmakoterapija ir uz pierādījumiem balstīta, tomēr jālieto ar piesardzību, uzmanīgi izvērtējot katra pacienta vajadzības.

Lai mazinātu iesaisti azartspēlēs, traucējumu smagumu un psiholoģiskās ciešanas cilvēkiem ar azartspēļu lietošanas traucējumiem, jānozīmē individuāla vai grupas KBT. Speciālistiem, kas sniedz šīs terapeitiskās metodes, ir jābūt atbilstoši kvalifikācijai un kompetencei. Vēlams pieturēties pie terapijas instrukcijas.<sup>65</sup>

Azartspēļu traucējumu medikamentozai ārstēšanai pierādījumu bāze ir ļoti maza, un nav pētījumu, kas koncentrējas uz pusaudžu vecumu, līdz ar to šīs rekomendācijas jāizmanto ar piesardzību.

Personai bez komorbīdiem psihiskiem traucējumiem, antidepresantus (selektīvos serotonīna atpakaļsaistes inhibitorus (SSAI)) lietot nevajadzētu, jo tie nemazina azartspēļu lietošanas traucējumu smagumu cilvēkiem ar azartspēļu problēmām.<sup>65</sup>

Opioīdu antagonisti (naltreksons, nalmefēns) un otrās paaudzes neiroleptiķi (olanzapīns) var īslaicīgi uzlabot azartspēļu simptomu smagumu, bet šo medikamentu ietekme uz citiem azartspēļu lietošanas traucējumu aspektiem, kā, piemēram, psiholoģisko funkcionēšanu, nav zināma.<sup>67</sup>

Jāņem vērā, ka pētījumi veikti pieaugušo populācijā, līdz ar to medikaments jāizraksta ar piesardzību. Speciālistam, kas izraksta šo medikamentu, ir jābūt ar atbilstošu kvalifikāciju

un prasmēm.<sup>65</sup> Pētījumu bāze citiem antidepresantiem (bez SSAI) un citām medikamentu grupām nav pietiekama, lai tos rekomendētu azartspēļu lietošanas traucējumu lietošanai.<sup>66,67</sup>

## 25. Datorspēļu lietošanas traucējumu diagnostika

SSK-11 datorspēļu lietošanas traucējumu diagnoze (6C51) var tikt piešķirta personai ar ilgstošu vai atkārtotu iesaisti datorspēļu (gan tiešsaistē, gan bezsaistē) spēlēšanā ar šādām pazīmēm<sup>14</sup>:

- traucēta kontrole pār datorspēļu spēlēšanu (piemēram, sākums, biežums, intensitāte, ilgums, pārtraukšana, konteksts);
- datorspēļu spēlēšanas prioritātes palielināšana tik lielā mērā, ka to spēlēšana kļūst svarīgāka par citām dzīves interesēm un ikdienas aktivitātēm;
- datorspēļu spēlēšanas turpināšana vai pastiprināšanās, neskatoties uz negatīvajām sekām;
- datorspēļu spēlēšana var būt nepārtraukta vai epizodiska un atkārtota;
- datorspēļu spēlēšana rada ievērojamas grūtības vai ievērojamus traucējumus personīgajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, profesionālajā vai citās svarīgās dzīves jomās;
- datorspēļu spēlēšanas uzvedība nav prioritāri saistīta ar citiem psihiskās veselības traucējumiem (piem., maniakāla epizode), psihoaktīvu vielu vai medikamentu lietošanas ietekmi.

Lai uzstādītu šo diagnozi, pazīmes jānovēro vismaz 12 mēnešus, lai gan nepieciešamais ilgums var būt īsāks, ja tiek novērotas visas diagnozes pazīmes un simptomi ir smagi.

Specifikatori

6C51.0 Datorspēļu traucējumi, galvenokārt tiešsaistē

6C51.1 Datorspēļu traucējumi, galvenokārt bezsaistē

6C51.Z Datorspēļu traucējumi, neprecizēti

Papildus var būt dažādas klīniskās pazīmes<sup>14</sup>.

- Ja datorspēļu spēlēšana un sekas ir smagas (piemēram, spēlēšana turpinās vairākas dienas bez atelpas vai būtiski ietekmē funkcionēšanu vai veselību) un ir novērojami arī visi pārējie diagnozes kritēriji, datorspēļu lietošanas traucējumu diagnozi var uzstādīt, arī ja pazīmes ilgst īsāku laiku par 12 mēnešiem (piemēram, 6 mēnešus).

- Personas ar datorspēļu lietošanas traucējumiem var vairākkārt neveiksmīgi mēģināt kontrolēt vai būtiski mazināt spēlēšanu gan pēc pašu iniciatīvas, gan citu spiediena rezultātā.
- Personām ar datorspēļu lietošanas traucējumiem var laika gaitā pieaugt spēlēšanas ilgums vai biežums vai viņi var izjust tieksmi iesaistīties spēlēs ar pieaugošu sarežģītības līmeni vai nepieciešamību izmantot arvien lielākas prasmes vai stratēģiju, lai saglabātu vai pārsniegtu iepriekšējo aizrautības līmeni vai mazinātu garlaicību.
- Personas ar datorspēļu lietošanas traucējumiem citu aktivitāšu laikā bieži alkst vai izjūt tieksmi spēlēt datorspēles.
- Pārtraucot vai samazinot datorspēļu spēlēšanu, kas bieži notiek apkārtējo spiediena rezultātā, personas ar datorspēļu lietošanas traucējumiem var just neapmierinātību, uzvesties opozicionāri, lamāties vai kļūt fiziski agresīvas.
- Personām ar datorspēļu lietošanas traucējumiem var būt būtiski traucējumi uzturā, miegā, fiziskās aktivitātēs un citu ar veselību saistītu uzvedību, kas var radīt negatīvas sekas somatiskajai un psihiskajai veselībai, it īpaši, ja spēlēšanas periodi ilgst ļoti ilgi.
- Izteikti intensīva spēlēšana var parādīties spēlējot tiešsaistes datorspēles, kurās sarežģītu uzdevumu veikšana jākoordinē starp vairākiem lietotājiem. Šādos gadījumos dinamika vienaudžu grupā var kalpot kā faktors, kas veicina intensīvas spēļu spēlēšanas turpināšanu. Pat, ja vienaudžu ietekme saistāma ar uzvedību, spēļu traucējumu diagnozi joprojām var piemērot, ja ir novērojami visi diagnozes kritēriji.
- Datorspēļu traucējumiem biežas komorbiditātes ir psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumi, garastāvokļa, trauksmes vai ar bailēm saistītie traucējumi, UDHS, OKT un miega un nomoda ritma traucējumi.

! Datorspēļu spēlēšana pasaulē kļuvusi par plaši izplatītu nodarbi. Svarīgi atšķirt pastiprinātas, bet ne problemātiskas datorspēļu lietošanas paradumus no datorspēļu lietošanas traucējumiem, lai izvairītos no datorspēļu, kas tiek spēlētas izklaides nolūkos, pārlietu lielas patoloģizēšanas un stigmatizācijas.

Kad traucējumi robežojas ar normu?<sup>14</sup>:

- Datorspēļu traucējumu diagnozi nedrīkst uzstādīt, balstoties tikai uz ilgstošu vai atkārtotu iesaisti datorspēļu (gan tiešsaistē, gan bezsaistē) spēlēšanā, ja netiek novērotas citas aprakstītās traucējumu pazīmes.
- Regulāra datorspēļu spēlēšana kā ikdienas rutīnas sastāvdaļa ar mērķi uzlabot spēlēšanas prasmes un labāk pārvaldīt spēli vai kā metode garastāvokļa maiņu

regulācijai, garlaicības mazināšanai vai kā līdzeklis sociālai mijiedarbībai nav pamats datorspēļu lietošanas traucējumu diagnozes uzstādīšanai situācijā, kad citas traucējumu pazīmes nenovēro.

- Intensīva un ilgstoša spēļu spēlēšana (tiešsaistē vai bezsaistē) biežāk sastopama noteiktām vecuma un sociālajām grupām (piemēram, pusaugu zēniem), it īpaši skolas brīvlaikā vai kā daļa no organizētām spēļu aktivitātēm izklaides nolūkos. Šādās situācijās, ja netiek novērotas datorspēļu lietošanas traucējumu pazīmes, traucējumi nevar tikt diagnosticēti. Nosakot diagnozi, jāņem vērā kultūras, subkultūras un vienaudžu grupas normas.

#### Traucējumu gaita<sup>14</sup>

- Datorspēļu traucējumu gaita parasti ir progresējoša, jo persona arvien lielāku prioritāti piešķir datorspēļu spēlēšanai citu nodarbjū vietā.

#### Epidemioloģiskās īpatnības<sup>14</sup>

- Pēc pašreizējiem datiem datorspēļu lietošanas traucējumi visvairāk izplatīti pusaudžu un jauniešu vidū vecumā no 12 līdz 20 gadiem un zemāks izplatības līmenis ir pieaugušajiem.
- Pusaudžiem datorspēļu lietošanas traucējumi saistīti ar eksternalizējošām (piemēram, nesocializētu uzvedību, dusmu kontroli) un internalizējošām (piemēram, emocionālas grūtības, zemāka pašapziņa) grūtībām. Pieaugušajiem savukārt datorspēļu lietošanas traucējumi ir saistīti ar paaugstinātiem depresijas un trauksmes simptomiem.
- Pusaudžiem ar datorspēļu lietošanas traucējumiem var rasties grūtības mācībās, izslēgšana no skolas, kā arī psihosociālas un miega problēmas.
- Zēnus un vīriešus šie traucējumi skar biežāk nekā meitenes un sievietes.
- Lai arī meitenēm datorspēļu lietošanas traucējumus novēro retāk nekā pusaugu zēniem, meitenēm, kam novēro visus atbilstošos diagnostiskos kritērijus, mēdz būt paaugstināts emocionālu vai uzvedības problēmu risks.

#### Saistība ar diferenciāldiagnozēm<sup>14</sup>

**Datorspēļu lietošanas traucējumi un riskanta datorspēļu spēlēšana.** SSK-11 riskanta datorspēļu spēlēšana ir kategorija, kas iekļauta sadaļā “Veselības stāvokli vai saziņu ar veselības aprūpes dienestiem ietekmējošie faktori”, un to var piešķirt personām, kurām novēro problemātisku datorspēļu spēlēšanu bez citām datorspēļu lietošanas traucējumu

pazīmēm. Riskanta datorspēļu spēlēšana attiecas uz spēlēšanas uzvedību, kas manāmi palielina kaitīgu ietekmi uz somatisko vai psihisko veselību, vai kaitīgas ietekmes uz citiem risku līdz līmenim, kad varētu būt nepieciešama iejaukšanās vai uzraudzība, bet tā netiek uzskatīta par traucējumiem.

**Datorspēļu lietošanas traucējumi un azartspēļu lietošanas traucējumi.** Atšķirībā no datorspēļu lietošanas traucējumiem, azartspēļu lietošanas traucējumu gadījumā prasība ir, ka tiek liktas likmes uz naudu vai citām vērtīgām lietām ar cerību iegūt ko vērtīgāku. Ja datorspēļu spēlēšana saistīta ar derību slēgšanu vai likmju likšanu (piemēram, pokers tiešsaistē), piemērotāka diagnoze būs azartspēļu lietošanas traucējumi.

**Datorspēļu traucējumi un bipolāri afektīvi un saistītie traucējumi.** Maniakālu, jauktu vai hipomānisku epizožu laikā var rasties pastiprināta mērķtiecīga aktivitāte, tostarp arī pavājināta spēja kontrolēt datorspēļu spēlēšanu. Datorspēļu traucējumu diagnozi var uzstādīt tikai tad, ja pazīmes liecina, ka datorspēles tiek spēlētas ilgstoši un uzvedība atbilst visiem traucējumu diagnozes kritērijiem, kas nav saistīti ar garastāvokļa traucējumu epizodēm.

**Datorspēļu traucējumi un obsesīvi kompulsīvi traucējumi.** Nespeciālisti un arī dažkārt veselības aprūpes speciālisti datorspēļu spēlēšanu var raksturot kā “kompulsīvu”. Obsesīvi kompulsīvu traucējumu gadījumā novērotā kompulsīvā rīcība gandrīz nekad netiek piedzīvota kā patīkama un tā parasti rodas kā reakcija uz uzmācīgām, nevēlamām un parasti trauksmi izraisošām obsesīvām domām, kas nesaskan ar datorspēļu spēlēšanas pieredzi datorspēļu lietošanas traucējumu gadījumā.

**Datorspēļu traucējumi un psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumi.** Datorspēļu un PAV lietošana bieži tiek novērota kopā. Dažu vielu izraisīta intoksikācija var saasināt problemātisku datorspēļu uzvedību. Gan datorspēļu lietošanas traucējumu, gan PAV lietošanas traucējumu diagnozi var uzstādīt vienlaicīgi, ja tiek novēroti abu traucējumu diagnostiskie kritēriji.

**Datorspēļu traucējumi un PAV un medikamentu ietekme.** Dažu recepšu medikamentu vai narkotisku vielu (piem., dopamīna agonistu – pramipeksola, Parkinsona slimības vai nemierīgo kāju sindroma gadījumā vai narkotiku – metamfetamīna) lietošana dažkārt var radīt kontroles pavājināšanos pār datorspēļu spēlēšanu to tiešās ietekmes uz centrālo nervu sistēmu dēļ. Šādā gadījumā traucējumu sākums sakrīt ar PAV vai medikamenta lietošanas sākumu. Datorspēļu traucējumu diagnozi šādos gadījumos nedrīkst diagnosticēt.

## 26. Datorspēļu lietošanas traucējumu ārstēšana

Zinātniskais pamatojums datorspēļu lietošanas traucējumu ārstēšanai ir agrīnā attīstības stadijā, jo, lai gan pēdējā desmitgadē pētījumu skaits strauji pieaudzis, to kvalitāte nav augsta. Pētījumi koncentrējas uz psiholoģisko (primāri KBT un psiholoģisko atbalstu) un farmakoloģisko ārstēšanas efektivitāti pierādījumiem, ka KBT ir efektīvāka par farmakoloģisko terapiju. Tomēr pētījumos KBT saturs, struktūra un nodarbību skaits atšķiras un nepieciešami tālāki pētījumi<sup>80</sup>, kā arī pētījumu kvalitāte un jauda vēl aizvien ir nepietiekama, lai pārliecinoši rekomendētu kādu metodi<sup>81</sup>.

Farmakoterapija tiek izmantota viena vai kombinācijā ar psihosociālu palīdzību. No medikamentiem bupropions (150–300 mg) ir visvairāk pētīts, tomēr nevienam medikamentam (ieskaitot bupropionu) nav pietiekamas pētījumu bāzes, lai veiktu rekomendācijas.<sup>80</sup>

Joprojām nav skaidrības, vai, līdzīgi kā alkohola atkarības gadījumā, abstinence ir mērķis vai arī datorspēļu lietošanas traucējumu gadījumā mērķim būtu jābūt pilnīgai atturībai no spēlēšanas? Pašlaik pētījumi koncentrējas uz simptomu mazināšanos. Pētījumi saistībā ar impulsu kontroli piedāvā jaunus ārstēšanas veidus, kuru pētījumiem vērts sekot līdzī un izvērtēt to efektivitāti nākotnē. Jāņem vērā, ka daļai datorspēļu parādījušies elementi, kas pielīdzināmi azartspēlēm – monetizācijas sistēma, kas veicina pirkšanu un maskē vai aiztur darbības patiesās ilgtermiņa izmaksas, līdz spēlētāji jau ir finansiāli un psiholoģiski iesaistījušies.<sup>82</sup>

## 27. Palīdzības nepārtrauktība, pārejot uz pieaugušo dienestiem

Pusaudzim, kam tuvojas pilngadība, ārstēšanas pāreja uz pieaugušo veselības dienestiem ir jāplāno un jākoordinē laicīgi, apmēram 3–6 mēnešus pirms pilngadības sasniegšanas.

Situācijās, kad pusaudzim nav rekomendēta novērošana dinamikā psihiatrijas vai narkoloģijas speciālistu komandā, ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām jāsniedz informācija par to, ko sagaidīt un kur vērsties veselības stāvokļa pasliktināšanās gadījumā. Informācijai jābūt viegli saprotamai, atbilstoši pusaudža izpratnes līmenim.

To dara ārstēšanā iesaistītie speciālisti, un process ietver šādus elementus:

- pārejas plānošana, ņemot vērā personas individuālās vajadzības;
- pieejamās palīdzības noskaidrošana pieaugušo veselības dienestā;

- laicīga nosūtījuma veikšana;
- aprūpes pārņemšanas procesa atrunāšana ar saņēmēj institūcijas speciālistiem;
- aprūpes nodošanas sapulce;
- informācijas par ārstēšanās plānu un individuālajām vajadzībām efektīva nodošana ārstniecības iestādei, kas pārņem pacienta ārstēšanu.

Ja remisija iestājas tuvu pilngadības sasniegšanai, speciālista rekomendācijām jāietver skaidras norādes ģimenes ārstam vai saņēmēj dienestam par to, cik bieži jaunietis jānovēro dinamikā recidīva laicīgai identificēšanai un jaunietis kur jānosūta atkārtotai ārstēšanas epizodei.

Lai samazinātu līdzestības zudumu, kad psihoaktīvo vielu vai procesu lietotājs pāriet no viena ārstniecības vai palīdzības dienesta uz citu, personālam jānodrošina skaidrs un saskaņots plāns, lai veicinātu aprūpes efektīvu tālāk nodošanu.<sup>8</sup>

## **28. Atturība no vielu lietošanas un/vai atkarību izraisošām nodarbēm**

Sasniedzot atturību no PAV lietošanas vai atkarību izraisošām nodarbēm, svarīgi turpināt dinamisku novērošanu un recidīva novēršanu.

## Atsauces

1. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Klīniskais algoritms. Alkohola atkarības pacientu uzturošā terapija, vadīšana, ārstēšana un aprūpe.*
2. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Klīniskais algoritms. Akūtas alkohola intoksikācijas un abstinences stāvokļa atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe.*
3. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Klīniskais algoritms. Ar alkohola lietošanu saistīto veselības traucējumu atpazīšana, vadīšana, ārstēšanas principi un aprūpe.*
4. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Klīniskais algoritms. Opioīdu atkarības agrīna atpazīšana, diagnostika, novērtēšana un aprūpe.*
5. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Klīniskais algoritms. Dubultdiagnozes psihiatrijā un narkoloģijā bērnu un pusaudžu vecumā, agrīna atpazīšana, vadīšana, diferenciāldiagnostika, ārstēšana un aprūpe.*
6. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Ieteikumi bērnu un pusaudžu atkarību izraisīto vielu lietošanas un procesu atkarības pazīmju agrīnai atpazīšanai, profilaksei un palīdzības iespējām.*
7. Nova Scotia Department of Health and Wellness, 2013. *Nova Scotia Adolescent Withdrawal Management Guidelines.*
8. NICE (National Institute for Health and Care Excellence), 2007. *Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions.* <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>
9. NICE (National Institute for Health and Care Excellence), 2007. *Drug misuse in over 16s: opioid detoxification.*
10. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
11. Williams RJ, Chang SY. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical psychology: Science and practice.* 2000 Jun;7(2):138-66.
12. Bukstein OG. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry.* 2005 Jun 1;44(6):609-21.
13. Belcher HM, Shinitzky HE. Substance abuse in children: prediction, protection, and prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 1998;152(10):952–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.152.10.952>
14. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and*



- related health problems* [Internet]. 11th edition. 2019. Available from: <https://icd.who.int/>
15. Castelpietra G, Knudsen AK, Agardh EE, Armocida B, Beghi M, Iburg KM, Logroscino G, Ma R, Starace F, Steel N, Addolorato G. The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health-Europe*. 2022 May 1;16:100341.
  16. *Atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū 2020. gadā* [Tiešsaiste]. Slimību profilakses un kontroles centrs; [citēts 2021]. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/15536/download>
  17. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Human genetics*. 2012 Jun;131(6):779-89.
  18. Thapar A. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell; 2018.
  19. *Atkarību izraisīto vielu lietošana iedzīvotāju vidū*. Analītisks pārskats. [Tiešsaiste]. Slimību profilakses un kontroles centrs; [citēts 2016]. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/petijumi/atkaribu-izraisoso-vielu-lietosana-iedzivotaju-vidu-2015.pdf>
  20. Mokinaro S, Vincente J, Benedetti E, Cerrai S, Colasante E, Arpa S, Chomynova P, Kraus L, Monshouwer K, Spika S, Arnarsson AM. ESPAD Report 2019: *Results from European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*.
  21. *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide* [Internet]. National Institute on Drug Abuse; 2014 [cited 2022 Nov 29]. Available from: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/podat-guide-adolescents-508.pdf>
  22. Andersen SL, Teicher MH. Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2009;33(4):516–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.09.009>
  23. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RSE, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2012;109(40):E2657-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1206820109>
  24. Miller NS, Flaherty JA. Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research. *Journal of substance abuse*

- treatment*. 2000 Jan 1;18(1):9-16.
25. Hser YI, Grella CE, Hubbard RL, Hsieh SC, Fletcher BW, Brown BS, Anglin MD. An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of general psychiatry*. 2001 Jul 1;58(7):689-95.
  26. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002 Jun 1;156(6):607-14.
  27. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of substance abuse treatment*. 2007 Mar 1;32(2):189-98.
  28. Chiesi F, Donati MA, Galli S, Primi C. The suitability of the South Oaks Gambling Screen–Revised for Adolescents (SOGS-RA) as a screening tool: IRT-based evidence. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2013 Mar;27(1):287.
  29. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration’s (SAMHSA) Advisory. Screening and Treatment of Substance Use Disorders Among Adolescents [Internet]. 2021. Available from: [https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA\\_Digital\\_Download/PEP20-06-04-008.pdf](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-06-04-008.pdf)
  30. Mitchell SG, Gryczynski J, O’Grady KE, Schwartz RP. SBIRT for adolescent drug and alcohol use: Current status and future directions. *Journal of substance abuse treatment*. 2013 May 1;44(5):463-72.
  31. Danielsson AK, Wennberg P, Hibell B, Romelsjö A. Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply? *Addiction*. 2012 Jan;107(1):71-80.
  32. Kelly SM, Gryczynski J, Mitchell SG, Kirk A, O’Grady KE, Schwartz RP. Validity of brief screening instrument for adolescent tobacco, alcohol, and drug use. *Pediatrics*. 2014 May;133(5):819-26.
  33. Ali S, Mouton CP, Jabeen S, Ofoemezie EK, Bailey RK, Shahid M, Zeng Q. Early detection of illicit drug use in teenagers. *Innovations in clinical neuroscience*. 2011 Dec 1;8(12):24.
  34. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA, Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine*. 1998 Sep 14;158(16):1789-95.

35. Tobacco [Internet]. Who.int. [cited 2022. Dec. 11]. Pieejams: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
36. Tobacco [Internet]. Who.int. [cited 2022 Dec 11]. Pieejams: <https://www.who.int/europe/health-topics/tobacco>
37. Rose JS, Chassin L, Presson CC, Sherman SJ. Prospective predictors of quit attempts and smoking cessation in young adults. *Health Psychology*. 1996 Jul;15(4):261.
38. Center for Tobacco Products. Nicotine is why tobacco products are addictive [Internet]. U.S. Food and Drug Administration. FDA; [cited 2022. Dec. 11]. Pieejams: <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/nicotine-why-tobacco-products-are-addictive>
39. Mahajan SD, Homish GG, Quisenberry A. Multifactorial Etiology of Adolescent Nicotine Addiction: A Review of the Neurobiology of Nicotine Addiction and Its Implications for Smoking Cessation Pharmacotherapy. *Frontiers in Public Health*. 2021 Jul 5;9:664748.
40. CDCTobaccoFree. Youth and tobacco use [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [cited 2022 Dec 11]. Pieejams: [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/youth\\_data/tobacco\\_use/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm)
41. American Lung Association. What it means to be Nic-sick [Internet]. Lung.org. [cited 2022. Dec. 11]. Pieejams: <https://www.lung.org/blog/nic-sick>
42. Henstra C, Dekkers BG, Olgers TJ, Ter Maaten JC, Touw DJ. Managing intoxications with nicotine-containing e-liquids. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*. 2022 Mar 30:1-7.
43. Duell AK, Pankow JF, Peyton DH. Free-base nicotine determination in electronic cigarette liquids by 1H NMR spectroscopy. *Chemical research in toxicology*. 2018 May 18;31(6):431-4.
44. American Academy of Pediatrics. *Nicotine Replacement Therapy and Adolescent Patients* [Internet]. 2022 Nov. Available from: <https://www.aap.org/en/patient-care/tobacco-control-and-prevention/youth-tobacco-cessation/nicotine-replacement-therapy-and-adolescent-patients/>
45. Yan T, Goldman RD. Bupropion for smoking cessation in adolescents. *Canadian Family Physician*. 2021 Oct 1;67(10):743-5.
46. How to use bupropion SR [Internet]. Cdc.gov. 2022 [cited 2022. Dec. 11]. Pieejams: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/quit-smoking/quit-smoking-medications/>

- how-to-use-quit-smoking-medicines/how-to-use-bupropion-sr.html
47. European Medicines Agency. Direct Healthcare Professional Communication - CHAMPIX (varenicline) - lots to be recalled due to presence of impurity N-nitroso-varenicline above the acceptable intake limit [Internet]. Europa.eu. [cited 2022. Dec. 11]. Pieejams: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/dhpc/direct-healthcare-professional-communication-dhpc-champix-varenicline-lots-be-recalled-due-presence\\_en-0.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/dhpc/direct-healthcare-professional-communication-dhpc-champix-varenicline-lots-be-recalled-due-presence_en-0.pdf)
  48. FDA Updates and Press Announcements on Nitrosamine in Varenicline (Chantix) [Internet]. U.S. Food and Drug Administration. FDA; [cited 2022. Dec. 11]. Pieejams: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-updates-and-press-announcements-nitrosamine-varenicline-chantix>
  49. Understanding the dangers of alcohol overdose [Internet]. Nih.gov. [cited 2022. Dec. 11]. Pieejams: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-dangers-of-alcohol-overdose>
  50. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. 2011 gada 23. februāris.
  51. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ, British Association for Psychopharmacology, Expert Reviewers Group. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2012;26(7):899–952. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269881112444324>
  52. Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry*. 12th ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2015.
  53. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA - Ar). *British journal of addiction*. 1989 Nov;84(11):1353-7.
  54. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(3).
  55. NICE (National Institute for Health and Care Excellence), 2010. *Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications*.
  56. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus

- JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of substance abuse treatment*. 2004 Oct 1;27(3):197-213.
57. Sherman BJ, McRae-Clark AL. Treatment of cannabis use disorder: current science and future outlook. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2016 May;36(5):511-35.
  58. Simpson AK, Magid V. Cannabis use disorder in adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2016 Jul 1;25(3):431-43.
  59. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane database of systematic reviews*. 2010(3).
  60. Bråthen G, Ben-Menachem E, Brodtkorb E, Galvin R, Garcia-Monco JC, Halasz P, Hillbom M, Leone MA, Young AB. EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of an EFNS task force. *European journal of neurology*. 2005 Aug;12(8):575-81.
  61. BNF for Children (online). Paediatric Formulary Committee BNF for Children.
  62. Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry*. 12th ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2018.
  63. Stevens MW, Dorstyn D, Delfabbro PH, King DL. Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2021 Jun;55(6):553-68.
  64. Király O, Tóth D, Urbán R, Demetrovics Z, Maraz A. Intense video gaming is not essentially problematic. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2017 Nov;31(7):807.
  65. Thomas S, Merkouris S, Radermacher H, Dowling NA, Misso M, Anderson C et al. Australian guideline for treatment of problem gambling: an abridged outline. *The Medical Journal of Australia*. 2011;195(11/12):664 - 665. <https://doi.org/10.5694/mja11.11088>
  66. Bartley CA, Bloch MH. Meta-analysis: pharmacological treatment of pathological gambling. *Expert review of neurotherapeutics*. 2013 Aug 1;13(8):887-94.
  67. Dowling N, Merkouris S, Lubman D, Thomas S, Bowden-Jones H, Cowlshaw S. Pharmacological interventions for the treatment of disordered and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022(9).
  68. Slutske WS, Eisen S, True WR, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of general psychiatry*. 2000 Jul 1;57(7):666-73.

69. Potenza MN, Leung HC, Blumberg HP, Peterson BS, Fulbright RK, Lacadie CM, Skudlarski P, Gore JC. An FMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*. 2003 Nov 1;160(11):1990-4.
70. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Compton WM, Crowley T, Ling W, Petry NM, Schuckit M. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*. 2013 Aug;170(8):834-51.
71. Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of gambling studies*. 2017 Jun;33(2):397-424.
72. Kühn S, Romanowski A, Schilling C, Lorenz R, Mörsen C, Seiferth N, Banaschewski T, Barbot A, Barker GJ, Büchel C, Conrod PJ. The neural basis of video gaming. *Translational psychiatry*. 2011 Nov;1(11):e53-.
73. Menchon JM, Mestre-Bach G, Steward T, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S. An overview of gambling disorder: from treatment approaches to risk factors. *F1000Research*. 2018;7.
74. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993 Jun;88(6):791-804.
75. Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, Ding L, Niaura R. Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. *Addictive behaviors*. 1996 Jan 1;21(1):117-27.
76. Petry NM, Kiluk BD. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002 Jul;190(7):462.
77. Pianca TG, Sordi AO, Hartmann TC, von Diemen L. Identification and initial management of intoxication by alcohol and other drugs in the pediatric emergency room☆. *Jornal de Pediatria*. 2017;93:46-52.
78. The Royal Children's Hospital Melbourne. Nicotine Poisoning. Clinical Practice Guidelines [Internet]. Last updated January 2019. Pieejams: [https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline\\_index/Nicotine\\_Poisoning/](https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Nicotine_Poisoning/)
79. Zimhi (naloxone) dosing, indications, interactions, adverse effects, and more

- [Internet]. <http://reference.medscape.com>. 2021 [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://reference.medscape.com/drug/zimhi-naloxone-343741>
80. King DL, Delfabbro PH, Wu AM, Doh YY, Kuss DJ, Pallesen S, Mentzoni R, Carragher N, Sakuma H. Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*. 2017 Jun 1;54:123-33.
  81. Zajac K, Ginley MK, Chang R, Petry NM. Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2017 Dec;31(8):979.
  82. King DL, Delfabbro PH. *Predatory monetization schemes in video games (eg 'loot boxes') and internet gaming disorder*.
  83. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Klīniskais algoritms. Opioidu atkarības agrīna atpazīšana, diagnostika, novērtēšana un aprūpe*.
  84. Handelsman L, Cochrane KJ, Aronson MJ, Ness R, Rubinstein KJ, Kanof PD. Two new rating scales for opiate withdrawal. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 1987 Jan 1;13(3):293-308.
  85. Lallas M, Desai J. Wernicke encephalopathy in children and adolescents. *World Journal of Pediatrics*. 2014 Nov;10(4):293-8.
  86. DiFranza, J.R., Savageau, J.A., Fletcher, K., Ockene, J.K., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Coleman, M. and Wood, C., 2002. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(4), pp.397-403.
  87. Pontes HM, Griffiths MD. Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in human behavior*. 2015 Apr 1;45:137-43.
  88. Pasaules veselības organizācija. Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija [Internets]. 10. redakcija. 1993. Pieejams: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk>
  89. González-Bueso V, Santamaría J, Fernández D, Merino L, Montero E, Ribas J. Association between Internet Gaming Disorder or Pathological Video-Game Use and Comorbid Psychopathology: A Comprehensive Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Apr 3;15(4):668.
  90. Lorains FK, Cowlshaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem

and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*. 2011 Feb 7;106(3):490–8.



## 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 type="checkbox"/></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 type="checkbox"/></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 type="checkbox"/></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 type="checkbox"/></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 type="checkbox"/></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 type="checkbox"/></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 type="checkbox"/></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 type="checkbox"/></p>

<p>5. Cik bieži pēdējā gada laikā jūs nepaveicāt to, ko jūs citā gadījumā būtu veicis/kusi dzeršanas dēļ?</p> <p>(0) nekad  (1) retāk kā reizi mēnesī  (2) reizi mēnesī  (3) reizi nedēļā  (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10. Vai kāds no radniekiem, ārsts vai cits medicīnas darbinieks ir izrādījis bažas par jūsu dzeršanu un ieteicis jums to samazināt?</p> <p>(0) nē  (2) jā, bet ne pēdējā gada laikā,  (4) jā, pēdējā gada laikā</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Atzīmējiet punktu kopsummu <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p>	

- 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

### “Alkohola atkarības smaguma novērtējuma skala” (SADQ-C)

\*Tulkojums ņemts no SPKC “Klīniskais algoritms. Ar alkohola lietošanu saistīto veselības traucējumu atpazīšana, vadīšana, ārstēšanas principi un aprūpe.”

Pacients: \_\_\_\_\_

Vecums: \_\_\_\_\_

Datums: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lūdzu, atcerieties tipisku alkohola lietošanas periodu pēdējos 6 mēnešos.

Kad tas bija? Mēnesis: ..... Gads .....

Lūdzu, atbildiet uz visiem turpmāk minētajiem jautājumiem par savu alkohola lietošanu, apliecot vistuvāk pareizai atbildei.

**Šajā pārmērīga alkohola lietošanas periodā**

**1. Alkohola lietošanas periodā es pamostoties jutos nosvīdis.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**2. Dienu pēc alkohola lietošanas manas rokas no rīta trīcēja.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**3. Dienu pēc alkohola lietošanas mans ķermenis no rīta spēcīgi trīcēja, ja man nebija ko iedzert.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**4. Dienu pēc alkohola lietošanas es pamodos pilnīgi izmircis sviedros**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**5. Smagā dzeršanas periodā es baidījies no rīta pamosties.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**6. Smagā dzeršanas periodā es baidījies no rīta satikt cilvēkus.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**7. Smagā dzeršanas periodā es no rīta jutos uz izmisuma robežas.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**8. Smagā dzeršanas periodā kad es pamodos, es jutos ļoti nobijies.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**9. Smagā dzeršanas periodā man patīka rīta dzēriens.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**10. Smagā dzeršanas periodā es vienmēr iedzēru pirmo rīta dzērienu cik ātri iespējams.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**11. Smagā dzeršanas periodā es vienmēr iedzēru no rīta, lai atbrīvotos no trīces.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**12. Smagā dzeršanas periodā, kad pamodos, man bija ļoti spēcīga vēlšanās dzert.**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**13. Smagā dzeršanas periodā, es dzēra vairāk nekā 1/4 pudeles degvīna dienā (vai 4 pudeles (500 ml) alus / 1 vīna pudele).**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**14. Smagā dzeršanas periodā, es dzēra vairāk nekā 1/2 pudeles degvīna dienā (vai 8 pudeles (500 ml) alus / 2 vīna pudele).**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**15. Smagā dzeršanas periodā, es dzēra vairāk nekā 1 pudeli degvīna dienā (vai 15 pudeles (500 ml) alus / 3 vīna pudele).**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

**16. Smagā dzeršanas periodā, es dzēra vairāk nekā 2 pudeles degvīna dienā (vai 30 pudeles (500 ml) alus / 4 vīna pudele).**

Gandrīz nekad (0)    Dažreiz (1)    Bieži (2)    Gandrīz vienmēr (3)

### 3. pielikums

#### „Alkohola abstinences smaguma novērtējuma skala” (CIWA-Ar)

\*Tulkojums ņemts no SPKC “Klīniskais algoritms. Ar alkohola lietošanu saistīto veselības traucējumu atpazīšana, vadīšana, ārstēšanas principi un aprūpe.”

Pacients: \_\_\_\_\_  
Datums: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Laiks: \_\_\_\_\_  
Pulss: \_\_\_\_\_ Asinsspiediens: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vērtējums no 0-7

<p><b>Slikta dūša/vemšana</b> 0- nav 1 -Viegla slikta dūša, bez vemšanas 2 3 4 -Pa laikam uznāk slikta dūša un vemšana 5 6 7- Pastāvīga slikta dūša un bieža vemšana</p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Trauksme/nemiers</b> Jautājums: „Vai tu jūties nervozs?” 0 -bez trauksmes, mierīgs 1 -nedaudz nemierīgs 2 3 4 – diezgan nemierīgs vai saspringts (noliedz nemieru) 5 6 7- nemiers atbilst akūtai panikas lēkmei, ko novēro smagā delīrijā vai akūtā šizofrēnijas stāvoklī.</p> <input type="checkbox"/>
<p><b>Trīce - paceļot izstieptas rokas un izvēršot pirkstus.</b> 0 - Nav tremora 1 - Nav redzams, bet to var sajust pirkstu galos 2 3 4 – Izteikta, pacientam rokas izstiepjo 5 6 7 –spēcīga, pat tad, ja rokas ir nolaistas</p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Uzbudinājums</b> 0- normāla aktivitāte 1- nedaudz nemierīgs 2 3 4 - diezgan nemierīgs un uzbudināts 5 6 7 –staigā šurpu turpu gandrīz visu intervijas laiku vai nepārtraukti uzbudināti kustas</p> <input type="checkbox"/>
<p><b>Svīšana</b> 0 - svīšana nav redzama 1 –tik tikko manāma svīšana, mitras delnas 2 3 4 -redzamas sviedru lāsītes uz pieres 5 6 7 – sevišķi stipra svīšana</p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Orientācijas un apziņas traucējumi - jautājiet:</b> „Kāda šodien diena? Kur tu esi? Kas es esmu? Saskaiti, lūdzu!” Vērtējums no 0 – 4 0-orientējas un spēj saskaitīt. 1- nespēj saskaitīt vai nav pārliecināts, kur atrodas. 2 –kļūdās datumā ne vairāk kā par divām dienām. 3- kļūdās datumā vairāk kā par divām dienām. 4- nezina, kas šī par vietu vai personu</p> <input type="checkbox"/>

**Taktilie traucējumi** - jautājiet: „Vai tev kut? Dursta? Niez? Tirpst? Vai tev liekas, it kā skudriņas staigātu pa ādu vai zem ādas?

0-nav sajūtu traucējumi

1- pavisam nedaudz kut, dursta, niez, vai tirpst.

2- nedaudz kut, dursta, niez, vai tirpst.

3- diezgan stipri kut, dursta, niez, vai tirpst.

4- vidēji spēcīgi sajūtu maldī.

5- spēcīgi sajūtu maldī.

6- ļoti spēcīgi sajūtu maldī

7- nepārtrauktas sajūtu halucinācijas

**Dzirdes traucējumi, halucinācijas.** Jautājiet: „Vai jūs dzirdiet kaut kādas īpašas balsis? Vai tās ir stipras? Vai tās jums traucē, vai ir bail no tām? Vai jūs dzirdiet neesošas balsis?

0-balsu nav

1- balsis ir pavisam nedaudz, tās neko daudz nebedē.

2- nedaudz balsu, nedaudz biedē

3- diezgan izteiktas un diezgan biedējošas balsis

4- spēcīgākas nekā vidējas dzirdes halucinācijas

5- spēcīgas dzirdes halucinācijas

6- sevišķi spēcīgas dzirdes halucinācijas

7- nepārtrauktas dzirdes halucinācijas

**Redzes traucējumi, halucinācijas.** - jautājiet: „Vai gaisma šķiet spilgta? Vai krāsas ir neredzētas? Vai gaisma padara sāpīgas jūsu acis? Vai jūs redzat kaut ko, kas jums traucē? Vai jūs redziet neesošas lietas?

0- redzes halucinācijas nav

1- pavisam nelielas redzes halucinācijas

2- nelielas redzes halucinācijas

3- diezgan izteiktas redzes halucinācijas

4- spēcīgākas nekā vidējas redzes halucinācijas

5- spēcīgas redzes halucinācijas

6- ļoti spēcīgas redzes halucinācijas

7- nepārtrauktas redzes halucinācijas

**Galvassāpes, spiedoša sajūta galvā** - jautājiet: „Vai jums sāp galva? Vai jūtat, ka ap galvu ir stīpa? Šeit nav nozīme reibonim.

0- nesāp

1- pavisam nedaudz

2- nedaudz

3- diezgan stipri

4- stiprāk nekā vidēji

5- stipri

6- ļoti stipri

7- neizturami

Kopējais **CIWA-Ar** rezultāts: \_\_\_\_\_

Vērtētāja paraksts: \_\_\_\_\_

### Vērtēšana:

Maksimālais punktu skaits 67, punktu skaits vairāk kā 20 nozīmē, ka abstinences simptomi ir spēcīgi.

1. Novērtēt katru no 10 CIWA skalas kritērijiem. Katrs kritērijs ir novērtēts skalā no 0 līdz 7, izņemot *Orientācijas un apziņas traucējumi*, kas ir novērtēta skalā no 0 līdz 4.

Atzīmējiet un saskaitiet punktus par visiem desmit kritērijiem.

2. CIWA-Ar novērtējumu ir jādokumentē. Tas ir kopējais CIWA-Ar rādītājs pacientam izmeklēšanas laikā.

3. Visiem pacientiem, kuriem kopējais CIWA-Ar rādītājs ir 8 vai lielāks, nepieciešama agrīna iejaukšanās un jāuzsāk ārstēšana, lai novērstu abstinences simptomu progresēšanu.

Ja ārstēšana ir jau uzsākta un kopējais CIWA-Ar punktu skaits ir 15 vai vairāk, tad jānozīmē papildus medikamenti.

#### 4. pielikums

### “Narkotiku lietošanas traucējumu skrīninga tests (DAST 10)”

*Drug Abuse Screening Test (DAST-10) NIDA Clinical Trials Network<sup>27</sup>*

#### Vispārīgi norādījumi

Ar “narkotisko vielu lietošanu” domāta (1) recepšu vai bezrecepšu medikamentu lietošana ārpus rekomendētā un (2) jebkuru narkotiku un nemedicīnisku psihoaktīvu vielu lietošana.

Dažādās narkotiku kategorijās var ietilpt kaņepes (marihuāna, hašišs), šķīdinātāji (piemēram, krāsas šķīdinātājs), trankvilizatori (piemēram, diazepāms), barbiturāti, kokaīns, stimulantī (piemēram, amfetamīni), halucinogēni (piemēram, LSD) vai narkotiskās vielas (piemēram, heroīns). Jautājumi neattiecas uz alkoholiskiem dzērieniem.

Lūdzu, atbildiet uz visiem jautājumiem! Ja Jums ir grūtības atbildēt uz izteikto apgalvojumu, izvēlieties atbildi, kas visvairāk atbilst patiesībai.

Izvērtējuma datums: (mm/dd/gggg) \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Šie jautājumi attiecas uz narkotisko vielu lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā.

Lūdzu, atbildiet ar “Jā” vai “Nē”.

1. Vai esat lietojis medikamentus ārpus medicīniskiem nolūkiem?  
 Jā  Nē
2. Vai esat lietojis vairāk nekā vienu narkotisku vielu vienā reizē?  
 Jā  Nē
3. Vai vienmēr varat pārstāt lietot narkotiskās vielas, kad pats to vēlaties?  
 Jā  Nē
4. Vai Jums ir gadījies “atslēgties” vai “atmiņas uzplaiksnījumi” narkotiku lietošanas rezultātā?  
 Jā  Nē
5. Vai Jūs kādreiz jūtaties vainīgs par narkotisko vielu lietošanu?  
 Jā  Nē
6. Vai Jūsu partneris/-e (vai vecāki) kādreiz ir sūdzējušies par Jūsu aizraušanos ar narkotisko vielu lietošanu?  
 Jā  Nē
7. Vai esat atstājis novārtā savu ģimeni narkotisko vielu lietošanas dēļ?  
 Jā  Nē
8. Vai esat iesaistījies nelikumīgās darbībās, lai iegūtu narkotiskās vielas?  
 Jā  Nē
9. Vai esat kādreiz izjutis abstinences simptomus – juties slims (“pohas”, “lomkas”), kad pārtraucāt lietot narkotiskās vielas?  
 Jā  Nē
10. Vai Jums šo vielu lietošanas dēļ ir bijušas medicīniskas problēmas (piem., atmiņas zudums, hepatīts, krampji, asiņošana u. c.)?  
 Jā  Nē

**Komentāri:**

Skaitiet 1 punktu par katru atbildi “Jā”, izņemot 3. jautājumu, kuram par atbildi “Nē” skaita 1 punktu.

DAST rezultāts: \_\_\_

Rezultātu interpretācija

<b>Rezultāts</b>	<b>Saistībā ar narkotisko vielu lietošanu radīto problēmu pakāpe</b>	<b>Ieteicamā rīcība</b>
0	Nav problēmu	Šobrīd nav
1–2	Zema pakāpe	Monitorēt, izvērtēt pēc laika
3–5	Vidēja pakāpe	Tālāka izvērtēšana
6–8	Būtiskas problēmas	Padziļināta izvērtēšana
9–10	Augsta pakāpe	Padziļināta izvērtēšana

Skinner HA (1982). The Drug Abuse Screening Test. Addictive Behavior. 7(4):363-371. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. J Subst Abuse Treatment. 32:189-198.

[https://cde.drugabuse.gov/sites/nida\\_cde/files/DrugAbuseScreeningTest\\_2014Mar24.pdf](https://cde.drugabuse.gov/sites/nida_cde/files/DrugAbuseScreeningTest_2014Mar24.pdf)

## 5. pielikums

### “CRAFFT” skrīninga skala

## CRAFFT intervija (versija 2.0)

Ārstniecības personai jāizjautā mutiski

Sāciet ar: "Es jums uzdošu dažus jautājumus, kurus uzdodu visiem saviem pacientiem.  
Lūdzu esiet godīgs/a. Mūsu saruna būs konfidenciāla."

### A sadaļa

**PĒDĒJO 12 MĒNEŠU laikā, cik dienās jūs:**

1. Izdzerāt vairāk kā dažus malkus alus, vīna vai jebkura **alkoholiska** dzēriena? Sakiet "0", ja nevienā.   
Dienu skaits
2. Lietojāt jebkāda veida **marihuānu** (zāļiti, hašišu, ēdamo marihuānu u.t.m.l.) vai "sintētisko marihuānu" (piemēram, "Spaisu")? Sakiet "0", ja nevienā.   
Dienu skaits
3. Lietojāt **jebko citu, lai apreibinātos** (piemēram, citas nelegālās narkotikas, receptšu vai bezreceptšu medikamentus, un vielas, ko šņauc vai ieelpo)? Sakiet "0", ja nevienā.   
Dienu skaits

Vai pacients atbildēja ar "0" uz visiem A sadaļas jautājumiem?

Jā   
↓

Nē   
↓

Uzdodiet jautājumu tikai par CAR, pēc tam apstājieties

Tālāk uzdodiet visus sešus CRAFFT\* jautājumus

### B sadaļa

Nē Jā

- |          |  |                          |                          |
|----------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>C</b> | Vai esat kādreiz braucis ar <b>AUTO</b> , kuru vadīja kāds (arī Jūs pats), kurš bija apreibinājies vai lietojis alkoholu vai narkotikas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>R</b> | Vai jūs kādreiz lietojat alkoholu vai narkotikas, lai <b>ATPŪSTOS</b> , justos labāk vai iejustos?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>A</b> | Vai jūs kādreiz lietojat alkoholu vai narkotikas, esot <b>VIENS</b> pats?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>F</b> | Vai jūs kādreiz esat <b>AIZMIRSIS</b> , ko darījāt, alkoholu vai narkotiku reibumā?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>F</b> | Vai jūsu <b>ĢIMENE</b> vai <b>DRAUGI</b> kādreiz jums saka, ka jums vajadzētu samazināt alkohola vai narkotiku lietošanu?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>T</b> | Vai esat kādreiz nonācis <b>PROBLĒMĀS</b> alkohola vai narkotiku reibumā?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

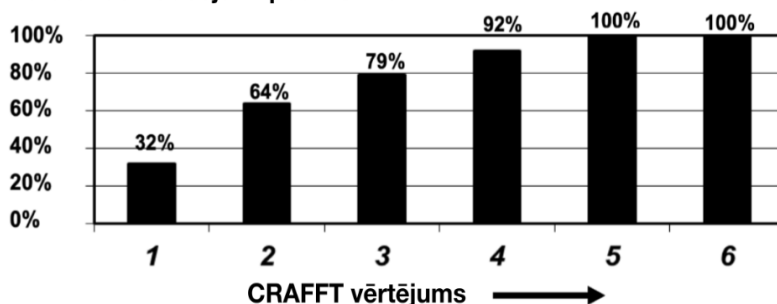
\*Divas vai vairākas atbildes **JĀ** liecina par nopietnu problēmu un nepieciešamību pēc tālākas rīcības un nosūtījuma uz klīnisku izvērtēšanu. Skatiet otrā pusē, lai iegūtu papildu norādījumus





**1. Parādiet pacientam iegūto punktu skaitu šajā diagrammā un pārrunājiet risku uz vielu lietošanas traucējumiem.**

Procenti, cik cilvēkiem ar šādu CRAFFT vērtējuma ir vielu lietošanas traucējumi pēc DSM-5\*



\*Avots: Mitchell SG, Kelly SM, Gryczynski J, Myers CP, O'Grady KE, Kirk AS, & Schwartz RP. (2014). The CRAFFT cut-points and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: a reevaluation and reexamination. Substance Abuse, 35(4), 376-80.

**2. Izmantojiet šos sarunu punktus īsai konsultācijai.**



1. **PĀRSKATIET** skrīninga rezultātus  
Katrai atbildei "jā": "Vai varat man pastāstīt vairāk par to?"



2. **IESAKIET** nelietot  
"Kā jūs ārsti (māsa/veselības aprūpes darbinieks), mans ieteikums ir nelietot ne alkoholu, ne marihuānu ne citas narkotikas, jo tās var: 1) kaitēt jūsu smadzeņu attīstībai; 2) traucēt mācībās un atmiņai un 3) likt jūs nokļūt apkaunojošās vai bīstamās situācijās."



3. **AUTO VADĪŠANAS/BRAUKŠANAS** riska konsultācija  
"Automašīnu avārijas ir vadošais nāves cēlonis jauniešiem. Es visiem saviem pacientiem lūdzu mājās apspriest ar vecākiem/aizbildņiem plānu, kā jūs droši nokļūsiat mājās."



4. **ATBILDES** - pamani pašmotivējošus izteikumus  
Atturībniekiem: "Ja kāds jums jautātu, kāpēc jūs nedzerat vai nelietojat narkotikas, ko jūs atbildētu?" Lietotājiem: "Kādi būtu ieguvumi, ja jūs nelietotu?"



5. **NOSTIPRINI** iekšējo motivāciju  
"Ticu, ka jums iekšēji ir viss, kas nepieciešams, lai panāktu, ka alkohols un narkotikas nekļūst par traucēkli savu mērķu sasniegšanai."

## 6. pielikums

### “Fagerstorma tolerances aptauja – izmainītā versija” *Modified Version of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire*<sup>75</sup>

Izlasiet jautājumus un atzīmējiet atbildi, kas vistuvāk raksturo Jūsu situāciju.

1. Cik cigaretes Jūs izsmēķējat dienā?
  - Virs 26 cigaretēm dienā (2)
  - Apmēram 16–25 cigaretes dienā (1)
  - Apmēram 1–15 cigaretes dienā (0)
  - Mazāk nekā 1 dienā (0)
2. Vai Jūs ieelpojat smēķējot?
  - Vienmēr (2)
  - Bieži (1)
  - Reti (1)
  - Nekad (0)
3. Cik drīz pēc pamošanās Jūs izsmēķējat savu pirmo cigareti?
  - 30 minūšu laikā pēc pamošanās (1)
  - Vairāk nekā 30 minūšu laikā pēc pamošanās, bet pirms pusdienlaika (0)
  - Pēcpusdienā (0)
  - Vakarā (0)
4. No kuras cigaretes jums būtu visgrūtāk atteikties?
  - Pirmās rīta cigaretes (1)
  - Jebkuras cigaretes pirms pusdienlaika (0)
  - Jebkuras cigaretes pēcpusdienā (0)
  - Jebkuras cigaretes vakarā (0)
5. Vai Jums ir grūti atturēties no smēķēšanas vietās, kur tas ir aizliegts (piemēram, baznīcā, kinoteātrī)?
  - Jā, ļoti grūti (1)
  - Jā, nedaudz grūti (1)
  - Nē, parasti nav grūti (0)
  - Nē, nepavisam nav grūti (0)
6. Vai Jūs smēķējat pat tad, kad esat tik slimis, ka dienas lielāko daļu jāpavada gultā?
  - Jā, vienmēr (1)
  - Jā, bieži (1)
  - Nē, parasti nē (0)
  - Nē, nekad (0)
7. Vai Jūs pirmajās stundās pēc pamošanās smēķējat biežāk nekā pārējā dienas laikā?
  - Jā (1)
  - Nē (0)

Komentāri:

Instrukcijas: klīniskais personāls, pamatojoties uz Jūsu atbildēm, izmantos standarta punktu skaitu, lai aprēķinātu rezultātu.

Jūsu rezultāts ir: (Jūsu nikotīna atkarības līmenis) ir: \_\_\_\_\_

### **Punktu skaitīšana**

Kopējais punktu skaits tiek iegūts, summējot iekavās norādītos punktus.

Atkarības līmenis pēc kopējā punktu skaita:

0–2 = nav atkarības

3–5 = mērena atkarība

6–9 = būtiska atkarība

*Atsauce: Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, Ding L, Niaura R. Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. Addictive behaviors. 1996 Jan 1;21(1):117-27.*

[https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/mftq\\_questionnaire.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/mftq_questionnaire.pdf)

## 7. pielikums

### “Nikotīna atkarības tests (HONC)” *The Hooked on Nicotine Checklist (HONC)*

	JĀ	NĒ
1) Vai esat kādreiz mēģinājis atmest, bet nevarējāt?	_____	_____
2) Vai Jūs turpināt smēķēt, jo ir ļoti grūti atmest?	_____	_____
3) Vai esat kādreiz jutis, ka esat atkarīgs no tabakas?	_____	_____
4) Vai Jums kādreiz rodas spēcīga vēlme uzsmēķēt?	_____	_____
5) Vai kādreiz ir bijusi sajūta, ka Jums ir ļoti vajadzīga cigarete?	_____	_____
6) Vai ir grūti atturēties no smēķēšanas vietās, kur tas nav pieļaujams, piemēram, skolā?	_____	_____
Kad mēģinājāt atmest smēķēšanu... (vai, kad kādu laiku neesat smēķējis)		
7) vai Jums bija grūti koncentrēties, jo nevarējāt smēķēt?	_____	_____
8) vai jutāties vairāk aizkaitināms, jo nevarējāt smēķēt?	_____	_____
9) vai jutāt spēcīgu vēlmi vai vajadzību uzsmēķēt?	_____	_____
10) vai Jūs jutāties nervozs, nemierīgs vai uztraukts, jo nevarējāt smēķēt?	_____	_____

Rezultāta izvērtēšana:

Kopējo punktu skaitu aprēķina, summējot pozitīvo atbilžu skaitu. Pozitīvo atbilžu skaits atspoguļo atkarības smagumu.

*DiFranza, J.R., Savageau, J.A., Fletcher, K., Ockene, J.K., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Coleman, M., & Wood, C. (2002). Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 156, 397-403.*

Pärtulkots no

<https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/measures-guide/hooked-on-nicotine-checklist>

## 8. pielikums

### “South Oaks azartspēļu skrīnings – pusaudžu versija (SOGS-RA)”

*South Oaks Gambling Screen–Revised for Adolescents (SOGS-RA)*

Īsākai versijai dodiet aizpildīt tikai B daļu (šauro kritēriju aprēķināšanai). Pilna skala (A un B daļa) dos iespēju aprēķināt plašākus kritērijus.

#### A daļa (papildjautājumi)

1. Atzīmē, cik bieži veici šādas aktivitātes pēdējos 12 mēnešos un dzīves laikā.	<u>Dzīves laikā</u>		<u>Pēdējos 12 mēnešos</u>				
	Nekad	Vismaz vienu reizi	Nekad	Mazāk nekā reizi mēnesī	Reizi mēnesī	Reizi nedēļā	Reizi dienā
a. Spēlēja kārtis uz naudu							
b. Meti monētu uz naudu							
c. Liki likmes uz prasmju sacensībām, piem., biljardu, golfu vai boulingu							
d. Liki likmes uz sporta sacensībām							
e. Liki likmes uz zirgiem, suņiem vai citiem dzīvniekiem							
f. Spēlēja bingo uz naudu							
g. Spēlēja kauliņu spēles (piem., <i>craps</i> , “Virs/zem”)							
h. Spēlēja spēļu automātus							
i. Piedalījies momentloterijā ar nokasāmu biļeti							
j. Piedalījies loterijā izvēloties skaitļus (piem., <i>Latloto</i> )							
k. Spēlēja azartspēles kazino							
l. Derēji uz datorspēlēm							
m. Spekulēji ar akcijām, nākotnes līgumiem biržā.							
n. Derēji vai liki likmes citā, šeit neminētā veidā							

2. Pēdējo 12 mēnešu laikā, kas ir lielākā naudas summa, ko esi iztērējis araztspēlēs vienā piegājienā?

- Līdz 1 €
- 1 € līdz 10 €
- 10 € līdz 49 €
- 50 € līdz 99 €
- 100 € līdz 199 €
- Virs 200 €

3. Vai kāds no Taviem vecākiem (vai aizbildņiem) spēlē azartspēles uz naudu?

- Jā
- Nē
- Nezinu

Ja jā, kurš no viņiem?

- Māte
- Tēvs
- Abi
- Cits (norādi) \_\_\_\_\_

4. Vai Tev šķiet, ka kāds no Taviem vecākiem (vai aizbildņiem) azartspēles spēlē pārāk daudz?

- Jā
- Nē
- Nezinu

Ja jā, kurš no viņiem?

- Māte
- Tēvs
- Abi
- Cits (norādi) \_\_\_\_\_

## **B daļa (oriģinālā SOGS-RA skala)**

Pēdējos 12 mēnešos ....

- a. **Cik bieži Tu mēdz citā dienā atgriezties, lai mēģinātu atgūt azartspēlēs zaudēto naudu?**  
Katru reizi                      Bieži                      Dažreiz                      Nekad
- b. **Vai Tu kādreiz esi stāstījis citiem, ka derībās laimēji naudu, kaut arī Tu to zaudēji?**  
Jā      Nē
- c. **Vai Tava derībās/azartspēlēs tērētā nauda ir bijusi strīdu iemesls ar ģimeni, draugiem vai problēmu iemesls skolā vai darbā?**  
Jā      Nē
- d. **Vai esi kādreiz spēlējis vairāk, nekā plānoji?**  
Jā      Nē
- e. **Vai kāds ir Tevi kritizējis par azartspēļu spēlēšanu vai teicis, ka Tev ar to ir problēmas (neatkarīgi no tā, vai Tu tam piekrīti vai nē)?**  
Jā      Nē
- f. **Vai esi kādreiz juties slikti par naudas summu, par kuru veici likmes, vai par to, kas notiek, ja spēlē uz naudu?**  
Jā      Nē
- g. **Vai Tev kādreiz ir šķitis, ka vēlētos pārtraukt derības (spēlēt uz naudu), bet nedomā, ka varēsi?**  
Jā      Nē
- h. **Vai esi kādreiz slēpis no ģimenes vai draugiem derību biļetes, parādzīmes, loteriju biļetes, laimēto naudu vai citas azartspēļu pazīmes?**  
Jā      Nē
- i. **Vai Tev ir bijuši strīdi par naudu ar ģimeni vai draugiem, kas saistīti ar azartspēlēm?**  
Jā      Nē
- j. **Vai Tu esi aizņēmis naudu priekš derībām un neesi to atdevis?**  
Jā      Nē
- k. **Vai esi kādreiz neaizgājis uz skolu vai darbu azartspēļu dēļ?**  
Jā      Nē
- l. **Vai esi aizņēmis naudu vai kaut ko zadzis, lai varētu likt likmes vai nosegtu azartspēļu aktivitātes vai parādus?**  
Jā      Nē



## SOGS-RA vērtēšanas noteikumi

Katrs jautājums tiek novērtēts ar 1 (apstiprinošs) vai 0 (neapstiprinošs). Jautājumam "a" tiek piešķirts 1 punkts, ja respondents norāda "katru reizi" vai "bieži", pārējās atbildes novērtē ar 0.

Pēc *Winters, Stinchfield un Kim* (1995. gads) var veikt šauru un plašo rādītāju (*broad and narrow rates*) aprēķinu.

Šauru kritēriju aprēķins (B daļa)	Plašo kritēriju aprēķins (A un B daļa)
0. līmenis = nav azartspēļu iepriekšējā gadā	0. līmenis = nav azartspēļu iepriekšējā gadā
1. līmenis = SOGS-RA rezultāts _ 1	1. līmenis = azartspēles mazāk nekā katru dienu un SOGS-RA rādītājs = 0, VAI retāk nekā reizi nedēļā azartspēles un SOGS-RA rezultāts _ 1
2. līmenis = SOGS-RA rezultāts 2 vai 3	2. līmenis = vismaz iknedēļas azartspēles un SOGS-RA rezultāts _ 1 VAI azartspēles mazāk nekā nedēļas un SOGS-RA rezultāts _ 2
3. līmenis = SOGS-RA rezultāts _ 4	3. līmenis = vismaz iknedēļas azartspēles + SOGS RA rezultāts _ 2 VAI ikdienas azartspēles

**0. līmenis** = Nav problemātiskas azartspēļu spēlēšanas

**1. līmenis** = Riskanta azartspēļu spēlēšana

**2. līmenis** = Problemātiska azartspēļu spēlēšana

Winters, K.C., Stinchfield, R.D., & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 63-84.

*\*Skala tulkota 2023. gadā ar pielāgojumiem Latvijas kultūrvidei; skala nav aprobēta un validēta Latvijā.*

<https://ipgap.indiana.edu/documents/southoaksgamblilngscreen-adolescents.pdf>

## 9. pielikums

**“Interneta datorspēļu lietošanas traucējumu skala – īsā versija  
(IGDS9-SF)”**

*Internet Gaming Disorder Scale–Short-Form (IGDS9-SF) (Pontes & Griffiths, 2015)\**

Instrukcija: šie jautājumi ir par Jūsu datorspēļu spēlēšanu pēdējā gada laikā (t. i., pēdējo 12 mēnešu laikā). Ar “datorspēļu spēlēšanu” domāta jebkāda ar datorspēlēm saistīta aktivitāte, kas notiek datorā / portatīvajā datorā vai uz spēļu konsoles, vai cita veida ierīcēm (piem., mobilā tālrunā, planšetes ) gan tiešsaistē, gan bezsaistē.

	Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Ļoti bieži
1. Vai Jūs jūtaties pārņemts ar spēlēšanu? (Daži piemēri: Vai Jūs domājat par iepriekšējās spēles gaitu vai gaidiet nākamās spēles gaitu? Vai Jūs domājat, ka spēlēšana ir kļuvusi par dominējošo nodarbi Jūsu ikdienā?)					
2. Vai Jūs jūtat aizkaitinājumu, satraukumu vai pat skumjas, kad mēģināt samazināt vai pārtraukt spēlēšanu?					
3. Vai Jūs jūtat nepieciešamību pavadīt aizvien vairāk laika spēlējot, līdz tas sniedz apmierinājumu vai prieku?					
4. Vai Jums sistemātiski neizdodas mēģinājumi kontrolēt vai izbeigt spēlēšanu?					
5. Vai Jūs esat zaudējis interesi par iepriekšējiem hobijiem un citām izklaides aktivitātēm spēlēšanas rezultātā?					
6. Vai esat turpinājis savu spēlēšanu, neskatoties uz to, ka apzinājāties, ka tas radījis problēmas starp Jums un citiem cilvēkiem?					
7. Vai esat maldinājis kādu no saviem ģimenes locekļiem, terapeitu vai citus cilvēkus savas spēlēšanas dēļ?					

8. Vai Jūs spēlējat, lai uz laiku izvairītos no vai atvieglotu sliktu garastāvokli (piem., bezpalīdzības sajūtu, vainas sajūtu, trauksmi)?					
9. Vai ir tikušas apdraudētas vai esat zaudējis svarīgas attiecības, darba vai izglītības, vai karjeras iespējas spēlēšanas dēļ?					

### Rezultāta aprēķināšana

Kopējos punktus var iegūt, summējot visas atbildes, kas sniegtas uz visiem deviņiem IGDS9-SF jautājumiem, un tas var būt no 9 līdz maksimāli 45 punktiem, kur augstāki rādītāji liecina par nopietnākiem interneta datorspēļu lietošanas traucējumiem.

Lai atšķirtu spēlētājus ar traucējumiem no spēlētājiem, kuriem traucējumu nav, pētniekiem jāpārbauda, vai dalībniekam ir apstiprināti vismaz pieci kritēriji no deviņiem, ņemot vērā, ka kritērijs apstiprinās, ja ir piecas atbildes "ļoti bieži".

Pontes HM, Griffiths MD. Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in human behavior*. 2015 Apr 1;45:137-43.

*\*Tulkota no angļu valodas. Nav adaptēta Latvijas populācijai. Lietot ar piesardzību.*

[https://uploads-ssl.webflow.com/5ce6e8564551082c8675806b/5d4ddb3526147a284b80ca2c\\_IGDS9-SF\\_EN.pdf](https://uploads-ssl.webflow.com/5ce6e8564551082c8675806b/5d4ddb3526147a284b80ca2c_IGDS9-SF_EN.pdf)

## 10. pielikums

### “Objektīvā opioīdu abstinences sindroma skala (OOWS)”

The objective opiate withdrawal scale (OOWS)

(Handelsman L. at all., 1987)

Datums: \_\_\_\_\_ Laiks: \_\_\_\_\_

Pacients: \_\_\_\_\_

Novēro pacientu 5 minūtes un novērtē katru opioīdu abstinences sindroma pazīmi (no 1 līdz 13). Kopējo vērtējumu iegūst, saskaitot visus iegūtos punktus kopā.

Datums								
Laiks								
1.	Žāvāšanās 0 = nav žāvu 1 = $\geq 1$ žāvas							
2.	Tekošs deguns 0 = < 3 šņaukāšanās, šķaudīšanas epizodes 1 = $\geq 3$ šņaukāšanās, šķaudīšanas epizodes							
3.	“Zosāda” uz rokām 0 = nav 1 = ir							
4.	Svīšana 0 = nav 1 = ir							
5.	Acu asarošana 0 = nav 1 = ir							
6.	Roku tremors 0 = nav 1 = ir							
7.	Paplašinātas zīlītes 0 = nav 1 = ir							
8.	Aukstuma/karstuma viļņi 0 = nav 1 = trīcēšana, “tīstīšanās” siltās							

	drēbēs							
9.	Nemiers 0 = nav 1 = dīdīšanās							
10.	Vemšana 0 = nav 1 = ir							
11.	Muskuļu raustīšanās 0 = nav 1 = ir							
12.	Vēdergraizes 0 = nav 1 – pat “saķer” vēderu							
13.	Trauksme 0 = nav 1 = no vieglas līdz izteiktai							
Kopā								

Objektīvā opioīdu abstinences sindroma skala (OOWS) mēra opioīdu abstinences simptomu smagumu. Šo skalu var lietot sākotnējam simptomu novērtējumam un pastāvīgi izvērtējot medikamentu (piem., buprenorfīna) efektu.