emcdda.europa.eu

Co-morbidity

EMCDDA 2004 selected issue

In *EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

3. īpašā tēma

Saslimstība ar blakusslimībām

Ievads

Saslimstība vienlaicīgi ar psihiskajām slimībām un narkotiku radītiem traucējumiem, ko parasti dēvē par saslimstību ar blakusslimībām vai divkāršu diagnozi, nav jauna problēma. Tomēr pēdējos gados šim jautājumam pievērsts ļoti daudz uzmanības politiskās un profesionālās sarunās, jo ir kļuvis skaidrs, ka šī problēma skar ļoti daudzus cilvēkus, un šis skaits, iespējams, palielinās. Šajā nodaļā uzmanība ir vērsta uz psihisku un personības traucējumu kopesamību un uz nelegālo narkotiku lietošanu. Faktiski bieži vien ir lietderīgi runāt par saslimstību ar vairākām slimībām, jo šo problēmu skartās personas bieži slimo ar somatiskajām slimībām, piemēram, ar cilvēka imūndeficīta vīrusu (HIV) vai hepatīta C vīrusa infekciju, kā arī tiem ir sociālas problēmas, piemēram, problēmas ģimenē, bezdarbs, ieslodzījums vai bezpajumtniecība. Aprūpes un ārstniecības dienesti parasti ir nepietiekami apgādāti, lai ņemtu vērā šīs pacientu grupas vajadzības pēc diagnostikas un ārstēšanas, un tās ignorē un/vai nespēj atrisināt visas pacienta problēmas. Rezultāts bieži ir „virpuļdurvju" situācija, kad pacientus, kuriem ļoti vajadzīga ārstēšana, nosūta no vienas ārstniecības iestādes uz citu, kamēr viņu veselības stāvoklis nepārtraukti pasliktinās.

Jāņem vērā, ka īpašā saikne starp kaņepju lietošanu un psihiskiem traucējumiem ir sīkāk izklāstīta īzvēlētajā tēmā par kaņepēm (82. lpp.).

Definīcija

Blakusslimības jeb divkāršo diagnozi Pasaules veselības organizācija (PVO) definē kā „psihoaktīvas vielas izraisīta traucējuma un cita psihiska traucējuma kopesamību vienai personai" (PVO, 1995.). Saskaņā ar Apvienoto Nāciju Organizācijas Noziedzības un narkomānijas apkarošanas biroja (*UNODC*) definīciju persona, kurai ir divkārša diagnoze, ir „persona, kurai saskaņā ar diagnozi ir alkohola vai pārmērīgas narkotiku lietošanas problēma papildus kādai citai diagnozei, parasti psihiatriskai, piemēram, garastāvokļa maiņas, šizofrēnija" (*UNODCCP, 2000*). Citiem vārdiem sakot, saslimstība ar blakusslimībām šajā kontekstā attiecas uz divu vai vairāku psihiatrisku vai personības traucējumu kopesamību, no kuriem viens ir problemātisko narkotiku lietošana.

Etioloģija

Nosakot etioloģiju saslimstībai ar blakusslimībām, rezultāts parasti ir sarunas par vistu un olu – kas bija pirmais. Pašreizējā izpēte par cēloņsakarību starp psihiskiem un narkotisku vielu izraisītiem traucējumiem ir nepārliecinoša. Garīgu traucējumu un atkarības problēmu simptomi mijiedarbojas un viens otru savstarpēji ietekmē.

Pētījumā gūtie pierādījumi liecina, ka psihiski un personības traucējumi parasti rodas pirms narkotiku lietošanas izraisītiem traucējumiem, t.i., tie palielina personas jutību pret šādām problēmām (piemēram, *Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003*); tomēr psihiskus traucējumus var saasināt narkotiku lietošana (piemēram, depresiju: *McIntosh and Ritson, 2001*), vai arī tie rodas vienlaicīgi.

Narkotiku lietošanu var uztvert arī kā psihisku vai personības traucējumu daļu vai simptomu un kā mēģinājumu veikt pašārstēšanos (piemēram, *Williams et al., 1990; Murray et al., 2003*). Fakts, ka narkotisku vielu lietošana atvieglo sāpju simptomus, veicina atkarības attīstību. Tiklīdz narkotikas lietošanu pārtrauc, piemēram, ārstējot bez konkrētās narkotikas vai ar aizstājējvielām, simptomi var parādīties no jauna. Akūtas narkotiku izraisītas psihozes īpaši rodas kokaīna, amfetamīnu un halucinogēnu lietotājiem, un parasti tās salīdzinoši ātri norimst. Tomēr var būt ļoti grūti atšķirt simptomus, ko izraisījusi saindēšanās ar vielu, no nesaistītas psihozes gadījumiem.

Krausz (1996) ierosina izdalīt šādas četras divkāršās diagnozes kategorijas:

- primāra diagnoze – garīga slimība un papildu (divkāršā) diagnoze – vielas nepareiza lietošana, kas nelabvēlīgi ietekmē garīgo veselību;
- primāra diagnoze – atkarība no vielas un psihiski sarežģījumi, kas izraisa garīgu saslimšanu;
- diagnoze – vielas nepareiza lietošana un psihiski traucējumi vienlaicīgi;

- divkārša diagnoze – vielas nepareiza lietošana un garastāvokļa traucējumi, abus izraisījusi pamatā esoša traumatiska pieredze, pēctraumatiskais stress, piemēram, pēctraumatiskā stresa radītās psihiskās novirzes.

Līdzīgi arī Zviedrijas valsts ziņojumā ir minēta atšķirība starp psihiatrijas pacientiem, kuri slimo ar blakusslimībām, un pacientiem, kuri ir atkarīgi no narkotikas un kuriem ir personības traucējumi, ko veicina narkotiku lietošana un ko ne vienmēr pienācīgi diagnosticē.

Morel (1999) atšķir nespecifiskus psihiskus traucējumus, kas novēroti narkomāniem, no komplikācijām, kas īpaši saistītas ar narkotiku lietošanu. Traucējumi, ko bieži konstatē narkomāniem, ietver:

- trauksmi un depresīvus traucējumus;
- miega traucējumus, ko izraisa depresija, trauksme vai psihoze;
- agresīvu vai vardarbīgu uzvedību, kas liecina par antisociāliem, psihopātiskiem, šizofrēniskiem vai paranoiskiem personības traucējumiem.

Problēmas, kas jo īpaši saistītas ar narkotiku lietošanu, ietver:

- farmakopsihozes, ko izraisījušas halucinogēnās narkotikas vai amfetamīni;
- apjukuma sindromus.

Pateicoties nesenajiem neirofizioloģiskajiem un neirobioloģiskajiem pētījumiem un tam, ka ieviestas jaunas diagnostikas metodes, kuras izmantojot, smadzeņu darbības procesus var vizualizēt, ir iespējams izteikt hipotēzes par garīgu un fizisku traumu, smadzeņu attīstības, narkotiku iedarbības, stresa un garīgās attīstības mijiedarbību. Lai attīstītos atkarība, svarīga ir atgriezeniskā sistēma, un atkarība ir saistīta ar smadzeņu strukturālajām izmaiņām un adaptāciju mikro un makro līmeņos (*Nestler, 2001*).

Saskaņā ar citām teorijām īpašas narkotikas ir saistītas ar īpašiem garīgiem traucējumiem, piemēram, ir bijuši pieņēmumi, ka heroīns mazina stresu, atvieglo sāpes un šizofrēnijas un strīdīgos šizofrēnijas gadījumos novērš draudošas balsis, tomēr pacienti ar smagām garīgām slimībām heroīnu nelieto. Kokaīnu iesaka, lai atvieglotu depresīvu stāvokli, atraisītu sasaistītu uzvedību un ļautu vaļu personas narcistiskajām īpašībām. Kaņepes it kā mazina saspringumu, bet ekstazī mazina sociālo aizturi (*Verheul, 2001; Berthel, 2003*).

Īrijas 2002. gada ziņojumā īpaši ir izpētīta depresija narkomānu vidū, pamatojoties uz vairāku pētījumu rezultātiem, un secinājums ir tāds, ka ir cieša saikne starp narkotiku, īpaši opiātu un benzodiazepīnu, lietošanu un pārmērīgu depresiju. Vācijā veica pētījumu par saikni starp narkotiku radītiem traucējumiem, depresiju un pašnāvību, un tajā secināja, ka pašnāvības risks ir ievērojami lielāks to lietotāju vidū, kuriem ir depresīvi traucējumi (*Bronisch and Wittchen, 1998*). Iespējams, ka daži cilvēki, kuriem ir depresija, var uzsākt pašārstēšanos ar opiātiem un benzodiazepīniem – pacientiem, kuri izmanto ārstēšanās programmu, saslimstība ar depresiju ir mazāka nekā pacientiem, kuri izmanto zema sliekšņa ārstniecības pakalpojumus (*Rooney et al., 1999*) vai tikai uzsāk ārstēšanos (*McIntosh and Ritson, 2001*).

Pētījumā, kas veikts Norvēģijā (n = 2 359), secināts, ka ļoti daudzi narkotiku lietotāji ir saskārušies ar nopietnām ģimenes problēmām bērnībā vai pusaudža gados. Septiņdesmit procentiem ir bijušas mācību un uzvedības problēmas skolā, 38 % ir cietuši no vecāko skolasbiedru pazemojumiem un 21 % bērnībā vai pusaudža gados ir bijusi vajadzīga psihiatriskā ārstēšanās (*Lauritzen et al., 1997*). Narkotiku lietotājas sievietes, kuras slimojušas ar psihiskām blakusslimībām, bieži ir bijušas traumatiskas seksuālas izmatošanas upuris (e.g. *Beutel, 1999*).

Diagnoze

Psihisku un personības traucējumu regulāra novērtēšana ne vienmēr ir daļa no standarta diagnozes procedūrām, ko veic, uzsākot ārstēšanos narkomānijas ārstēšanas iestādēs. Izņemot dažas īpaši zinošas un/vai specializētas iestādes, garīgos simptomus un traucējumus narkomānijas ārstēšanas iestādēs pēta reti.

Jebkurā gadījumā ir vispārzināms, ka saslimstību ar blakusslimībām ir grūti diagnosticēt. Atkarība no narkotikām un tās izraisītā graujošā uzvedība bieži vien dominē klīniskajā ainā un maskē psihiskus simptomus. Turklāt atkarība no vielas var izraisīt psihiskus simptomus, ko ar grūtībām var atšķirt no psihisku traucējumu simptomiem (*Berthel, 2003*), savukārt vielas lietošanas pārtraukšanu vai akūtu saindēšanos var arī maldīgi uzskatīt par jebkādu šādu traucējumu (*Liappas, 2001*). Turklāt depresiju un trauksmi var uzskatīt par saindēšanās un vielas lietošanas pārtraukšanas cikla raksturīgiem simptomiem; simptomi, kurus parasts mazināt ar narkotikām, kļūst nepārprotami abstinences laikā vai ārstējoties ar aizstājējvielām.

Arī metodoloģiskie sasniegumi ir uzlabojuši psihisku traucējumu un narkotisko vielu izraisītu traucējumu diagnosticēšanu. Pašlaik ir pieejami daudzi standartizēti un apstiprināti instrumenti, ar kuriem novērtē psihiskos simptomus un personības traucējumus, kā arī dažādi

instrumenti, ar kuriem novērtē narkotiku lietošanas modeļu un atkarības līmeni. Atkarības smaguma indekss (ASI) ir daudzfunkcionāls instruments, ko var izmatot diagnostikā, ārstēšanas plānošanā un kontrolē, un izpētē. ASI priekšrocība ir tā, ka tas ir daudzdimensionāls un to izmanto bijušo un pašreizējo problēmu novērtēšanā septiņās jomās – veselības stāvoklis, nodarbinātība un pašpalīdzība, alkohola lietošana, narkotiku lietošana, juridiskais statuss, ģimenes un sabiedriskās attiecības un psihiski simptomi (*Krausz, 1999a; Öjehagen and Schaar, 2003*). Tas ir standartizēts un pārtulkots no angļu valodas lielākajā daļā Eiropas valodu (*EuroASI*)([172]). *Trimbos* institūts ir izveidojis un pārbaudījis protokolus par to pacientu diagnosticēšanu un ārstēšanu, kuri ir atkarīgi no kādas vielas un kuriem ir uzmanības deficīta un hiperaktivitātes traucējumi (*ADHD*) (*Eland and Van de Glint, 2001*).

Izplatība

Ir veikti vairāki pētījumi, lai novērtētu psihisku un personības traucējumu izplatību, kā arī narkotiku lietošanas modeļus iedzīvotāju vidū, psihiatrijas pacientu vidū un ārpus ārstēšanas iestādēm. Rezultāti gan skaitļu, gan diagnozes ziņā ievērojami atšķiras, un tie ir atkarīgi no iedzīvotāju pieejamības un izlases, paraugu ņemšanas metodēm, diagnostikas prasmes un kompetences, izmantoto diagnostikas instrumentu derīguma un uzticamības, kā arī izpētes perioda.

Pārskatos par dažādiem pētījumiem *Uchtenhagen and Zeiglgänsberger* (2000) secināts, ka visizplatītākā psihiatriskā diagnoze narkomāniem ir personības traucējumi, ka skar 50 līdz 90 %, nākamās visizplatītākās diagnozes ir afektīvie traucējumi (20–60 %) un psihiskie traucējumi (20 %). No 10 % līdz 50 % pacientu ir vairāk nekā viens psihisks vai personības traucējums.

Pārskatā par starptautiskiem pētījumiem, kuros pētīta no narkotikām atkarīgo personu psihopatoloģija, *Fridell* (1991, 1996) izklāstījis saslimstības ar blakusslimībām klīnisko ainu narkomānijā, kas apstiprināta ar viņa paša pētījumiem Lundā, Zviedrijā. Var identificēt šādas trīs galvenās traucējumu grupas: personības traucējumi (65–85 %), depresija un trauksmes stāvoklis (30–50 %) un psihozes (15 %). *Verheul* (2001) savā pārskatā par sešiem pētījumiem, kuros pētīti no narkotikām atkarīgie pacienti, kuri ārstējas, secināja, ka īpaši izplatīti bija antisociāli (23 %), robežlīnijas (18 %) un paranoiski (10 %) personības traucējumi.

Vairāki speciālisti narkotiku jomā uzskata, ka atkarība no narkotikām saistībā ar garīgiem traucējumiem izplatās arvien vairāk, kaut gan daži iebilst, ka tas notiek tādēļ, ka šim jautājumam tiek pievērsts vairāk uzmanības un/vai tādēļ, ka notiek izmaiņas diagnostikā un psihisko slimību klasificēšanā, un/vai tādēļ, ka tiek pārstrukturētas veselības aprūpes sistēmas. Somijā saskaņā ar Slimnīcas reģistru to ārstēšanās periodu skaits, kas saistīti ar vairāku narkotiku lietošanas izraisītām un citām garīgās veselības problēmām, palielinājās no 441 (1987. gadā) līdz 2 130 (2001. gadā). To ārstēšanās periodu skaits, kad lietotāji ārstējušies no opiātu lietošanas un psihiskiem traucējumiem, kopš 1996. gada ir trīskāršojies. Šis skaits palielinājies vienlaicīgi ar narkotiku lietošanas apjoma palielināšanos, kaut gan tieša cēloņsakarība nav novērota. Trijā to gadījumu skaits, kad narkomāni pirmo reizi sākuši ārstēties stacionārās psihiatriskajās iestādēs, laika periodā no 1990. gada līdz 2001. gadam palielinājās gandrīz četras reizes.

Spānijas valsts ziņojumā minēts, ka novērotais to gadījumu skaita palielinājums, kad reģistrēta saslimstība ar blakusslimībām, varētu būt daļēji palielinājies tādēļ, ka palielinājusies atkarība no psihostimulantiem.

Saslimstības ar blakusslimībām izplatība ārstniecības iestādēs

7. tabulā ir plašāka informācija par dažiem pētījumiem, kas attiecas uz saslimstību ar blakusslimībām dažādās narkomānijas ārstēšanas un psihiatriskajās iestādēs dalībvalstīs, kā par to ziņots valstu ziņojumos. Dati par narkotisku vielu izraisītiem traucējumiem psihiatriskajās iestādēs nav tik viegli pieejami kā dati par psihiskiem traucējumiem narkomānijas ārstēšanas iestādēs. Lai gan šajā ziņojumā minētie pētījumi nav salīdzināmi, tie norāda uz situāciju ES valstīs. Ir ievērojamas atšķirības starp izpētītajiem iedzīvotājiem, izvēlētajiem diagnostikas kritērijiem, izmantotajiem instrumentiem un diagnozes noteikšanas laiku. Iepriekšminēto iemeslu dēļ daudzos gadījumos diagnoze, iespējams, nav noteikta pienācīgi.

Salīdzinošā pētījumā, kas veikts Francijā un Grieķijā, secināts, ka, lai gan vispārējais psihopatoloģijas līmenis opiāta lietotāju vidū abās valstīs bija diezgan līdzīgs, psihopatoloģijas veidi bija dažādi – afektīvo traucējumu izplatība Francijas narkomānu vidū bija lielāka nekā Grieķijas narkomānu vidū (attiecīgi 19 % un 7 %), savukārt antisociāli personības traucējumi bija vairāk izplatīti Grieķijā (attiecīgi 20 % un 7 %). Pētījuma autori šīs atšķirības attiecināja uz narkomānijas mazāko izplatību Grieķijā – „jo vairāk ir ierobežota antisociāla uzvedība, jo lielāka iespēja, ka tajā iesaistītas sabiedrībai nepieņemamas personas" (*Kokkevi and Facy, 1995*).

([172]) Skatīt *EMCDDA* Novērtēšanas instrumentu banka (http://eib.emcdda.eu.int/).

7. tabula: Blakusslimību izplatība ārstniecības iestādēs dažādās ES valstīs

Valsts	Iestāde	Pacienti	*n*	Blakusslimību izplatība (%)	Diagnoze	Avots
Beļģija	Psihiatriskā slimnīca	Uzņemšana ārstēšanai no narkotiku lietošanas radītām problēmām (1996. līdz 1999. gads)	18 920	86	Šizofrēnija, paranoja, šizofrēnijas tipa slimības: 86 % Depresija: 50 % Personības traucējumi: 43 %	Obligāto psihiatrijas datu bāze*
Čehija	Terapeitiskās kopienas	Pacienti pastāvīgās uzturēšanās ārstniecības iestādēs (2001. līdz 2002. gads)	200	35	Personības traucējumi: 14 % Depresija: 7 % Neirotiski traucējumi: 6 % Ēšanas traucējumi: 5 %	Čehijas valsts ziņojums*
Vācija	Ārstniecības centri	Opiāta lietotāji	272	55	Stress un somatiski traucējumi: 43 % Afektīvie traucējumi: 32 % Fobija: 32 % Depresīvas noslieces: 16 %	*Krausz* (1999b)*
Grieķija	Cietumi un ārstniecības iestādes	No opioīdiem atkarīgi vīrieši	176	86	Trauksme: 32 % Afektīvie traucējumi: 25 % Šizofrēnija: 6 %	*Kokkevi* un Stefanis (1995)*
Spānija	Iestādes, kurās ārstē, izmantojot metadonu	No opiāta atkarīgas personas	150	n.p.	Robežlinijas personības traucējumi: 7 % Antisociāli traucējumi: 6 % Sociālā fobija: 6 % Depresija: 5 %	Spānijas valsts ziņojums*
Francija	Iestādes, kurās ārstē, izmantojot metadonu	No opiāta atkarīgas personas	3 936	n.p.	Trauksme: 4 % Depresija: 3 % Uzvedības traucējumi: 3 % Ēšanas traucējumi: 2 %	*Facy* (1999)*
Īrija	Stacionāri akūtās psihiatrijas dienesti	Personas, ko pirmoreiz uzņem ar diagnozi par atkarību no narkotikām (1996. līdz 2001. gads)	1 874	26	Depresija: 21 % Šizofrēnija un citas psihozes: 11 % Personības traucējumi: 19 %	Valsts psihiatrijas stacionārās ārstēšanas ziņošanas sistēma*
Itālija	Garīgās veselības aprūpes iestādes	Personas, kas narkotikas lietojušas mūža garumā	58	> 22	Garastāvokļa traucējumi: 22 % Trauksme: 21 % Šizofrēnija: 16 %	*Siliquini et al.* (2002)*
Luksemburga	Specializētas narkomānijas ārstēšanas iestādes	Pacienti, kas iepriekš kontaktējušies ar psihiatrijas dienestiem, izņemot detoksikācijas dienestus (1996. līdz 2002. gads)	380	32	n.p.	*AST/RELIS* (2002)*
Nīderlande	Holandieši	No narkotikām atkarīgās personas vecumā no 18 līdz 64 gadiem (1996. gads)	n.p.	n.p.	Depresija: 29 % Sociālā fobija: 29 % Bipolārie traucējumi: 24 % Distimija: 22 %	*Ravelli et al.* (1998)*
Austrija	Dažādas ārstniecības iestādes (pārskats)	Pacienti, kas ārstējas no narkomānijas	n.p.	41–96	Personības traucējumi, antisociālie traucējumi, robežlinijas personības traucējumi, narcisms	Austrijas valsts ziņojums*
Portugāle	*Xabregas CAT* ārstniecības centrs	Pacienti, kas ārstējas no narkomānijas	596	> 73	Nepārvarama apsēstība: 73 % Depresija: 72 % Somatizācija: 60 % Paranoiskas iedomas: 58 %	Portugāles valsts ziņojums*
Somija	Slimnīcas	Ar narkomāniju saistīts ārstēšanas laiks slimnīcā (2002. gads)	2 180	29	Paranoiskas iedomas: 58 % Psihiski traucējumi: 32 % Garastāvokļa traucējumi: 28 % Neurotiski traucējumi: 10 % Personības traucējumi: 29 %	Slimnīcas pacientu izrakstīšanas reģistrs
Zviedrija	Universitātes slimnīca Lundā	Pacienti detoksikācijas nodaļās (1977. līdz 1995. gads)	1 052	83	Antisociālie traucējumi: 23 % Jebkāda psihoze: 14 % Depresīvi traucējumi 11 %	*Fridell* (1996)*
Apvienotā Karaliste	Kopienas un pastāvīgās uzturēšanās atkarības ārstēšanas iestādes	No narkotikām atkarīgi pacienti, no kuriem 90 % atkarīgi no opiāta	1 075	> 33	Psihotisms Trauksme Depresija Paranoja	*Marsden et al.* (2000)*

Piezīme: Šajā tabulā minētie dati attiecas uz dažādiem laika posmiem (piemēram, mūža vai pagājušā gada diagnozes).
n.p. – nav pieejami dati.
(*) Papildu informācija par šo pētījumu pieejama Gada ziņojuma tiešsaistes versijā 12. tabulā – Blakusslimību izplatības valstu tabulas.

Norvēģijas pētījumā tika izpētītas dzimumu atšķirības starp vairāku narkotiku lietotājiem (no kuriem 85 % bija heroīna lietotāji) un tiem, kuri lieto tikai alkoholu. Paraugos bija iekļauts ļoti liels to personu īpatsvars, kurām ir psihiski un personības traucējumi (93 %). Kopumā sievietes ievērojami vairāk slimoja ar depresiju, parasto fobiju un robežlīnijas personības traucējumiem nekā vīrieši. Antisociālu personības traucējumu kā sekundāru traucējumu esamība visizplatītākā bija to vīriešu vidū, kuri lietoja vairākas narkotikas (*Landheim et al., 2003*).

Izplatība – cietumi un obligātā ārstēšanās

Cietumniekiem jāpievērš īpaša uzmanība. Psihisku traucējumu izplatība tāpat kā narkomānijas izplatība ir daudz lielāka cietumnieku vidū nekā iedzīvotāju vidū vispār. Īrijas sniegtie dati liecina, ka 48 % vīriešu un 75 % sieviešu, kas atrodas ieslodzījumā, ir garīgi traucējumi, savukārt 72 % vīriešu un 83 % sieviešu, kas atrodas ieslodzījumā, ir ilgstoši lietojuši narkotikas (*Hannon et al., 2000*). 1999. gadā 23 % no problemātisko narkotiku lietotājiem, kurus aizturēja Vīnes policijas aizturēšanas iestādes, bija psihiskas problēmas (*Dialog, 2000*). Ļoti daudzi narkomāni, kuriem bijis piespriests cietumsods, atsākuši lietot narkotikas, un arvien vairāk ir redzams, ka ieslodzījums var veicināt garīgās veselības problēmu saasināšanos. Situācija ir vēl dramatiskāka ilgtermiņa cietumos un cietumos, kuros ir augsts apsardzības līmenis.

Zviedrijā 72 % līdz 84 % pieaugušo, kuri no narkomānijas ārstējās piespiedu kārtā, bija psihiskas problēmas papildus tam, ka viņi bija atkarīgi no narkotikām (*Gerdner, 2004*). No 46 meitenēm, kuras atkarīgas no narkotiskām vielām un kuras piespiedu kārtā ārstējās bērniem un jauniešiem paredzētās ārstniecības iestādēs, divām trešdaļām bija psihiska diagnoze vai personības traucējumi (*Jansson and Fridell, 2003*).

Šķēršļi blakusslimību ārstēšanai

Viens no galvenajiem šķēršļiem blakusslimību diagnosticēšanai un ārstēšanai ir fakts, ka psihiatrisko ārstniecības iestāžu personālam pārsvarā ir maz zināšanu par narkomānijas ārstēšanu, bet ārstēšanas personāla zināšanas par psihiatriju ir nelielas. Šo divu specialitāšu paradigmas ir diezgan atšķirīgas – viena pamatojas uz medicīnas un zinātnes disciplīnām, otra uz psihosociālām metodēm un teorijām. Turklāt garīgās veselības aprūpes iestāžu filozofija parasti ir saistīta ar atsevišķu personu un sabiedrības drošības uzturēšanu, savukārt atkarības ārstēšanas iestādes sagaida, ka pacienti zināmā mērā būs motivēti uzsākt ārstēšanos. Šie atšķirīgie uzskati bieži kavē vispārēju integrētu uztveri.

Kā minēts iepriekš, gan psihiatrijas darbiniekiem, gan narkomānijas ārstēšanas iestādēm pastāvīgi neizdodas identificēt ievērojamu skaitu pacientu, kuri slimo ar blakusslimībām. Kad pacienti ar divkāršu diagnozi vēršas ārstniecības iestādēs, viņu akūtos psihiskos sindromus bieži kļūdaini uzskata par narkotisku vielu izraisītiem simptomiem vai tieši otrādi – vielas lietošanas pārtraukšana vai saindēšanās ar to bieži tiek nepareizi interpretēta kā psihiska slimība. Pārāk bieži garīgās aprūpes iestāžu darbinieki tiecas cilvēkus, kuri slimo ar blakusslimībām, nosūtīt uz atkarības ārstēšanas iestādēm, un atkarības ārstēšanas iestāžu darbinieki viņus tūlīt nosūta atpakaļ vai otrādi. Medicīniskās palīdzības nepārtrauktība šādos apstākļos ir neiespējama. Pat ja saslimstību ar blakusslimībām diagnosticē, bieži neuzskata par vajadzīgu veikt turpmāku ārstniecisku iejaukšanos (*Krausz et al., 1999*). Tas pats attiecas uz pacientiem, kuriem diagnosticētas narkotisko vielu lietošanas radītas problēmas un kuri ārstējās psihiskās aprūpes centros, jo parasti attiecībā uz viņiem netiek veikta nekāda ar narkotikām saistīta iejaukšanās (*Weaver et al., 2003*). Protams, ka šie vispārinājumi neizslēdz faktu, ka dažas psihiatriskās un narkomānijas ārstēšanas iestādes, ārstējot pacientus, kuri slimo ar blakusslimībām, panāk ļoti labus rezultātus.

Turklāt, kad narkotiku lietotājus identificē, psihiatriskās aprūpes iestādēs viņus var uzlūkot ar aizdomām un šīs iestādes var atteikties viņus uzņemt ārstēšanai, kas var notikt arī ar tiem lietotājiem, kuri pastāvīgi ārstējas ar aizstājējvielām. Tāpat arī pacientus var izslēgt no narkomānijas ārstēšanas iestādēm viņu garīgo problēmu dēļ. Piemēram, Spānijā lielākā daļa psihiatrisko ārstniecības iestāžu izslēdz pacientus, kuriem ir narkotisko vielu izraisīti traucējumi, un šo iestāžu personāls nav pienācīgi apmācīts. Pētījums, kurā aptaujāti Austrijas psihoterapeiti, liecina, ka tikai daži no viņiem vēlas narkomānus atzīt par pacientiem (*Springer, 2003*). No Itālijas tiek ziņots, ka tur nav skaidru noteikumu pacientu nosūtīšanai no narkomānijas ārstēšanas iestādēm uz garīgās veselības aprūpes iestādēm un ka garīgās veselības aprūpes iestādes nav pretimnākošas kompetences trūkuma dēļ. Norvēģijā nosūtīt pacientu no zema sliekšņa narkomānijas ārstēšanas iestādēm uz psihiatriskajām ārstniecības iestādēm ir sarežģīti.

Grieķijā 54 % narkomānijas ārstēšanas programmu neparedz uzņemt ārstēšanai narkomānus, kuriem ir psihiski traucējumi. Pastāvīgās uzturēšanās ārstniecības iestādēs, kurās ārstē bez narkotikām, Slovēnijā un arī citās valstīs ārstniecības programmas paredz, ka pacienti, lai tos uzņemtu ārstēšanai, nedrīkst lietot narkotikas. Attiecībā uz pacientiem, kuriem ir divkārša diagnoze, šī prasība ir nopietns šķērslis, jo, lai pilnībā atturētos no narkotisko

vielu lietošanas, jāpārtrauc arī cita veida ārstēšana, kas ne vienmēr ir iespējams.

Ārstēšanas struktūra

Starptautiskajā literatūrā ir aprakstīti trīs pakalpojumu sniegšanas modeļi, ko izmanto, ārstējot saslimstību ar blakusslimībām.

1. *Secīgā jeb pakāpeniskā ārstēšana.* Psihiskus un narkotisko vielu lietošanas radītus traucējumus ārstē secīgi, un ārstniecības iestādes savstarpēji maz sazinās. Pacientus vispirms parasti ārstē no vissmagākajām problēmām, un, kad šī ārstēšana ir pabeigta, viņus sāk ārstēt no pārējām problēmām. Tomēr šo modeli var piemērot arī pacientiem, kurus nosūta no vienas iestādes uz otru, un neviena no iestādēm neatbilst pacienta vajadzībām.
2. *Paralēlā ārstēšana.* Abu dažādo traucējumu ārstēšanu uzsāk vienlaicīgi, narkomānijas ārstēšanas un garīgās veselības aprūpes iestādēm sadarbojoties un vienlaikus sniedzot pakalpojumus. Abus traucējumus bieži ārstē, izmantojot dažādas terapeitiskas metodes, un psihiatriskās ārstēšanas modelis var būt pretrunā narkomānijas ārstēšanas psihosociālajai orientācijai.
3. *Integrētā ārstēšana.* Ārstēšanu veic psihiatriskās ārstniecības iestādes vai narkomānijas ārstēšanas iestāde, vai īpaša programma vai iestāde, kas ārstē saslimšanu ar blakusslimībām. Izvairās no pacientu savstarpējas nosūtīšanas uz citām iestādēm. Ārstēšana ietver iejaukšanās pasākumus motivācijas un uzvedības jomā, atkārtotu profilaksi, farmakoterapiju un sociālu pieeju (*Abdulrahim, 2001*).

Blakusslimību ārstēšanas faktisko situāciju ES, kā aprakstīts valstu ziņojumos, nav viegli iedalīt šajās trīs grupās. Integrēto ārstēšanu uzskata par labāko paraugu, taču tas ir standarts, ko ir grūti ievērot. Attiecīgu izpēti parasti veic ārpus Eiropas. Īstenojot Austrālijas valsts projektu par saslimstību ar blakusslimībām (Valsts veselības un novecošanas departaments, 2003. gads) un ņemot vērā literatūras pārskatu, ir secināts, ka pieeja to pacientu pārvaldībai un aprūpei, kuri slimo ar blakusslimībām, nav bijusi sistemātiski izpētīta vai precīzi novērtēta, daļēji tāpēc, ka ir sarežģīti izpētīt cilvēkus, kuriem vienlaicīgi ir garīgas slimības un vielu pārmērīgas lietošanas izraisīti traucējumi, ko papildus citiem iemesliem izraisa nepareizs dzīvesveids. Vēl kādā pētījumā secināts, ka ir pierādījumi par to, ka integrētā ārstēšana cilvēkiem, kuriem ir divkārša diagnoze, labvēlīgi ietekmē gan garīgo veselību, gan vielu lietošanas izraisītās sekas (*Drake et al., 1998*). Tikai vienā pētījumā ir salīdzināta integrētā un paralēlā ārstēšana, taču nav konstatēta ievērojama atšķirība, savukārt nevienā pētījumā nav salīdzināta integrētā un secīgā ārstēšanas metode.

Secīgā ārstēšana

Daži eksperti, piemēram, Dānijā (*Andreason, 2002*), Apvienotajā Karalistē (*Department of Health, 2002a*) un Norvēģijā (*Sosial- og helsedepartementet 1999*) uzskata, ka ārstniecības iestādēm, vismaz tām, kurās ārstē smagi garīgi slimus pacientus, kam ir narkotiku lietošanas izraisītas problēmas, jādarbojas, pamatojoties galvenokārt uz psihiatriju, pēc iespējas iesaistot ārējos narkomānijas ārstēšanas terapeitus. Dānijā ir oficiāli izveidota saikne starp psihiatriskajām slimnīcām un vietējām narkomānijas ārstēšanas iestādēm. Luksemburgā un Norvēģijā psihiatriskās ārstniecības iestādes ir uzsākušas īpašus pasākumus, lai apzinātu personas, kurām ir šizofrēnijas sākumstadija, no kurām daudzām ir nopietnas narkotiku pārmērīgas lietošanas izraisītas problēmas, jo izpēte liecina, ka agrīna ārstēšana uzlabo prognozes.

Čehijas valsts ziņojums liecina, ka atkarības problēmas parasti jāsāk risināt steidzīgāk nekā garīgas problēmas, jo ir daudz sarežģītāk ārstēt psihiskus traucējumus, ja atkarība izmaina klīnisko ainu. Tomēr pašlaik 10–20 % pacientu, kas Čehijā ārstējas no narkomānijas, lieto zāles, ko parakstījis psihiatrs – kaut kas tāds pirms dažiem gadiem nebija iedomājams. Arī Grieķijā narkomānu psihisko simptomu ārstēšana ar zālēm notiek reti. Tomēr saskaņā ar Grieķijas kriminālās tiesvedības sistēmu uzskata, ka garīgi traucējumi ir vairāk izplatīti nekā atkarība, un likumpārkāpējus, kas slimo ar blakusslimībām, ārstē psihiatriskajā slimnīcā, nevis tos nosūta uz cietumu vai kopienu (*K. Matsa*, personīgs paziņojums, 2004). Spānijā narkomānus parasti aprūpē narkomānijas ārstēšanas sistēma, un uz psihiatriskajām ārstniecības iestādēm narkomānus nosūta tikai tad, ja traucējumi ir tik nopietni, ka ir vajadzīga hospitalizācija.

Daži speciālisti ilgu laiku ir uzskatījuši, ka būtu jāizvairās personas, kuras atkarīgas no narkotikām, ārstēt, izmantojot farmakoterapiju apvienotās atkarības riska dēļ, piemēram, atkarība no heroīna un benzodiazepīniem, taču šo uzskatu sāk izvērtēt no jauna (piemēram, *Popov, 2003*). Dažos gadījumos ir tendence parakstīt psihofarmakoloģiskos medikamentus narkomāniem, tos īpaši nešķirojot, daļēji tādēļ, ka trūkst laika veikt vajadzīgo izmeklēšanu. Austrijas valsts ziņojumā ir uzsvērts, ka zemais saskaņas līmenis narkomānu psihiskā stāvokļa farmakoloģisko ārstēšanu padara sarežģītu, un turklāt vienlaicīga narkotisko vielu un zāļu lietošana, ja to pienācīgi neuzrauga, var izraisīt nelegālo narkotiku un izrakstīto zāļu mijiedarbību vai neitralizēt parakstītās zāles.

8. tabula: Integrētas ārstniecības iestādes dažādās Eiropas valstīs

Valsts	Integrētās ārstniecības iestādes.
Beļģija	Integrēto iestāžu attīstība īstenošanas stadijā.
Vācija	Pirmās iniciatīvas pirms 20 gadiem. Integrētas ārstēšanas pieejamība joprojām ir neatbilstoša.
Grieķija	Vienu integrēto programmu uzsāka 1995. gadā, un tā paredz divas dažādas ārstēšanas iespējas atbilstoši psihiskā traucējuma nopietnībai. Rezultāti bija pozitīvi.
Spānija	185 centri rūpējās par 4 803 blakusslimību pacientiem 2002. gadā. Viena specializēta vienība Katalonijā un viena terapeitiskā kopiena Kantabrijā pacientiem, kuri slimo ar blakusslimībām un kuriem vajadzīga ārstēšana pastāvīgās uzturēšanās ārstniecības iestādēs.
Nīderlande	Divas specializētas integrētas stacionārās ārstēšanas nodaļas. Tiek veikta procesa novērtēšana, lai attīstītu paraugpraksi.
Austrija	Sadarbība starp narkomānijas ārstēšanas iestādi un tuvējo psihiatrisko slimnīcu; daži no slimnīcas psihologiem strādā narkomānijas ārstēšanas iestādē. Pacienti uzturas narkomānijas ārstēšanas iestādē un uz slimnīcu tos nosūta tikai tad, ja psihiskie simptomi kļūst pārāk nopietni.
Apvienotā Karaliste	Vairākas integrētas iestādes dažādās kopienās. Ir izvirzīti vairāki praktizējošie ārsti, kas ārstē pacientus, kuriem ir divkārša diagnoze, un kas strādā atkarības ārstēšanas vai garīgās veselības aprūpes grupās.
Norvēģija	Viens integrēts projekts, kas saistīts ar psihiatrijas centru Oslo. Paveiktā darba kontrole un novērtēšana divu gadu garumā, galveno uzmanību pievēršot pamatvajadzībām, piemēram, izmitināšanai, darbam, sociālajiem sasniegumiem un sociālajām attiecībām.

Paralēlā ārstēšana

Dalīta atbildība par vienu pacientu garīgās veselības aprūpes iestāžu un narkomānijas ārstēšanas iestāžu vidū paralēlā ārstēšanas modelī praksē ir reta parādība. Tomēr vietējās darba grupas, kurās iesaistīti gan veselības aprūpes iestāžu, gan narkomānijas ārstēšanas iestāžu pārstāvji, bieži ir svarīgs apmaiņas, sadarbības un sakaru dibināšanas līdzeklis. Francijā, Itālijā un Nīderlandē oficiāli noteikumi vai protokoli paredz, ka narkomānijas ārstēšanas iestādēm cieši jāsadarbojas un vēlams jānoslēdz oficiāli reģionāli nolīgumi ar psihiatrijas dienestiem par nosūtīšanas procedūrām un klīniskās informācijas apmaiņu (*Olin and Plaisait, 2003*). Tomēr vairāk nekā puse no Nīderlandes pacientiem, kuriem ir divkārša diagnoze, uzskata, ka šādi nolīgumi neveicina aprūpes uzlabošanu (*Van Rooijen, 2001*).

Luksemburgā un Austrijā narkomānijas ārstēšanas iestāžu personāls var uzraudzīt savus pacientus, kuri ir nosūtīti uz psihiatriskajām slimnīcām. Apvienotās Karalistes noteiktajās pamatnostādnēs uzsvērts, ka gan atkarības ārstēšanas, gan garīgās aprūpes speciālistiem jāiesaistās to pacientu aprūpes plānošanā, kuriem ir divkārša diagnoze, lai noteiktu prioritātes aprūpes jomā (Veselības departaments, 2002a).

Integrētā ārstēšana

Saskaņā ar šo modeli viena grupa veic abu veidu traucējumu ārstēšanu. Priekšrocība ir tā, ka pacientam nav jāsaskaras ar divām pretrunīgām ārstēšanas metodēm. Dažās valstīs šādu integrāciju sarežģī atšķirīgas administratīvās sistēmas (piemēram, Spānijā) vai dažādās finanšu sistēmas (piemēram, Vācijā).

Lielākajā daļā valstu ir tikai dažas specializētas integrētas programmas vai vienības pacientiem, kas slimo ar blakusslimībām, un to pieejamība neatbilst pieprasījumam, kā redzams 8. tabulā, kurā norādīta pieejamā informācija.

Visizplatītākais integrētā ārstēšanas modeļa īstenošanas veids ir psihiatru nodarbināšana narkomānijas ārstēšanas iestādēs un/vai narkomānijas ārstēšanas personāla nodarbināšana garīgās veselības aprūpes iestādēs. Tas varētu būt praktiskākais risinājums nelielos reģionos, kur specializētas integrētas klīnikas nav ilgtermiņa risinājums. Spānijā kopš 2002. gada praktizējošajiem ārstiem, kuri ārstē narkomāniju, ir iespēja iegūt titulu „psihiatrijas speciālists", ja viņi noliek eksāmenu un var dokumentāri pierādīt, ka viņiem ir pieredze darbā ar pacientiem, kuriem ir garīgi traucējumi. Portugālē ārstniecības centram obligāti jābūt akreditētam un sertificētam, lai tajā varētu strādāt vismaz viens psihiatrs. Tomēr ne visiem psihiatriem, kuri strādā narkomānijas ārstēšanas iestādēs, ir speciālās zināšanas un apmācība, kas vajadzīga narkomānu ārstēšanai, kā arī var būt vajadzīga turpmāka īpaša apmācība.

Lietu pārvaldība

Lietu pārvaldība kā metode, ko izmanto pacientu ārstēšanas koordinēšanā, lai nodrošinātu individuālu secīgu vai vienlaicīgu aprūpi, kā arī palīdzot pacientiem atrast savu ceļu ārstēšanas sistēmā, ES ir sastopama reti. Francija ziņo, ka sadarbību starp narkomānijas ārstēšanas iestādēm un psihiatrijas dienestiem izveido, lai organizētu kopīgu uzņemšanu ārstēšanai un lietu pārvaldību attiecībā uz pacientiem, kuriem ir psihiski traucējumi un atkarība, tomēr šāda sadarbība bieži vien notiek tikai īpašos gadījumos. Luksemburgā un Nīderlandē speciālistiem jāatzīst, ka lietu pārvaldība ir visefektīvākā metode, kā

ārstēt pacientus, kuriem ir divkāršā diagnoze, taču tā ir dārga un laikietilpīga, un, lai to veiktu, ir vajadzīgas īpašas profesionālās zināšanas. Tomēr dažās valstīs īsteno lietu pārvaldībai līdzīgu pasākumu, kas zināms kā „uzstājīgā kopienas ārstēšana" (skatīt turpmāk tekstā).

Ārstēšanas metodes un paraugprakse

Parasti, ārstējot pacientus no blakusslimībām, rodas daudzas problēmas, un šāda veida ārstēšana ļoti daudz prasa no personāla un bieži vien ir bez rezultātiem. Pacientus bieži vien ir grūti kontrolēt to graujošās un antisociālās uzvedības dēļ, jo īpaši šāda uzvedība ir pacientiem, kuriem ir „dramatiskāki" personības traucējumi, kā arī to emocionālās nestabilitātes dēļ. Pretestība ārstēšanās noteikumiem un prasībām vai to neievērošana, piemēram, tikšanās ar apmeklētājiem vai zāļu lietošana, ir plaši izplatīta, un šādas uzvedības izraisītu vilšanos pastiprina nepateicīgas personiskās attiecības. Panākumi pārsvarā ir nelieli, bet pacientu atsijāšanās līmenis ir augsts, kas ārstēšanu padara laikietilpīgu un dārgu, kā arī nepievilcīgu darbiniekiem, kuriem bieži jāsaskaras ar nepacietību, apspiestu agresiju un „pārdegšanas" simptomiem. Pārraudzības procedūru un pēcaprūpes trūkums veicina pacientu atkalatgriešanās gadījumu skaita palielināšanos, un gan garīgi, gan narkotisku vielu lietošanas izraisīti traucējumi bieži kļūst hroniski. No otras puses, pacientiem bieži ir bijuši daudzi nepatīkami konflikti ar atbalsta dienestiem, un tādēļ viņi nelabprāt vēlas ārstēties.

Lai gan situācija ir sarežģīta, speciālisti pastāvīgi mēģina rast un attīstīt efektīvākas pieejas. Regulāras starpnozaru apspriedes par gadījumiem un intensīva sadarbība varētu kompensēt personāla savstarpējo izpratnes trūkumu. Šādi centieni ikvienam iesaistītajam nodrošina detalizētāku informāciju par pacientiem un veicina aprūpes paraugprakses vai stratēģiju attīstību. Ārstēšanas kvalitāte ir vissvarīgākais faktors pozitīvu rezultātu sasniegšanā.

Tāpat kā vairākās ar narkotikām saistītās jomās, arī blakusslimību jomā dokumentācija, novērtēšana un izpēte ir nožēlojami zemā līmenī. Nav skaidra zinātniska pamatojuma attiecībā uz to, kāda veida ārstēšanai ir vislabākie rezultāti. *Cochrane Collaboration* speciālisti ir pārskatījuši psihosociālās ārstēšanas programmas (*Ley et al., 2003*). Pārskata materiāls bija ierobežots – seši pētījumi, no kuriem četri bija nelieli, un visi projekti pārsvarā bija zemas kvalitātes gan projekta, gan paziņojumu sniegšanas ziņā. Galvenais secinājums bija tāds, ka „nav skaidru pierādījumu, kas attaisnotu iespēju īstenot jebkāda veida programmu par vielu nepareizu lietošanu attiecībā uz pacientiem, kuriem ir smaga garīga slimība, ja šāda programma paredz aprūpi, kas ir pārāka par standarta aprūpi". Tika secināts, ka „jaunu specializētu ar narkotiku nepareizu lietošanu saistītu pakalpojumu īstenošana attiecībā uz pacientiem, kuriem ir smagas garīgas slimības, jāveic vienkāršas, labi pārdomātas, kontrolētas klīniskās izpētes kontekstā".

Veicot vērienīgu pārskatu par starptautisku alkoholisma un narkomānijas ārstēšanas izpēti, secināts, ka veikti tikai astoņi pētījumi pēc nejaušības principa par to narkomānu ārstēšanu, kuriem ir nopietni psihiski traucējumi (*Jansson and Fridell, 2003*). Narkomānu atsijāšanas līmenis bija ārkārtīgi augsts jau pirms ārstēšanas uzsākšanas. Veicot īstermiņa papildu pasākumus, atklājās, ka, pacientus ārstējot dzīvojamos centros, īpaši terapeitiskās kopienās, bija labāki rezultāti dzīves apstākļu un narkotiku lietošanas ziņā, bet ne psihisko simptomu ziņā.

Dažas iezīmes ir raksturīgas visām ārstēšanas situācijām. Turpmāk minētie ieteikumi ir ņemti no pārskatiem un metaanalīzes par starptautiski publicētiem pēc nejaušības principa veiktiem kontrolētiem pētījumiem par narkomānijas ārstēšanu (*Berglund et al., 2003*):

1. jāpievērš pastāvīga uzmanība narkotiku lietošanas paraduma(-u) maiņai;
2. jābūt augstam iejaukšanās struktūras līmenim;
3. iejaukšanās jāturpina pietiekami ilgi, lai būtu ietekme;
4. iejaukšanās jāturpina vismaz trīs mēnešus, vēlams ilgāk.

Apvienotajā Karalistē Veselības departamenta pamatnostādnēs (Veselības departaments, 2002b) un izpētes projektos, un literatūras pārskatos (piemēram, *Crawford, 2001*) divkārša diagnoze ir iekļauta darba kārtībā. Tomēr zinātniskais pamats pārsvarā ir Ziemeļamerikas pieredze, un mazāk nekā 10 % no *Crawford* rezumējumiem ir veikti, pamatojoties uz pētījumiem Apvienotajā Karalistē.

Saskaņā ar Nīderlandē veiktu pārskatu par starptautiskiem pētījumiem iespējami efektīvs lietu pārvaldības modelis ir uzstājīga kopienas ārstēšana, kas ietver strukturālus (lietu skaits, kopīgs darbs, sadarbība ar citiem veselības aprūpes speciālistiem), organizatoriskus (precīzi formulēti iekļaušanas kritēriji, ierobežota jaunu pacientu uzņemšana, 24 stundu krīzes iejaukšanās) un satura (atbalsts un aprūpe ikdienas situācijās, aktīva pieeja, bieža saziņa) aspektus (*Wolf et al., 2002*). Birmingemā, Apvienotajā Karalistē, uzstājīgas kopienas ārstēšanas komandas tiek apmācītas, izmantojot ar rokasgrāmatām pamatotu pieeju, kognitīvas uzvedības integrētu ārstēšanu. Komandām piedāvā pastāvīgu atbalstu, lai veiktu iejaukšanos, kā arī novērtē iejaukšanās procesu un rezultātu (Karaliskās psihiatru koledžas Vielu nepareizas lietošanas fakultātes un Pasaules psihiatru asociācijas kopīgā

sanāksme, 2003. gads). Norvēģijā testē dažas integrētas komandas, kas pamatojas uz uzstājīgu kopienas ārstēšanu.

Turpmāk minētais pārskats ietver pierādījumus par paraugpraksi, par kuriem ziņojuši *Reitox* tīkla valstu koordinācijas centri:

- papildu pētījums, kurā izpētīti 219 pacienti, kas ārstējas no opiātu atkarības Hamburgas narkomānijas ārstēšanas iestādēs, liecina, ka divu gadu laikā samazinājies heroīna un kokaīna lietošanas apjoms. Četrdesmit septiņiem procentiem pacientu bija vērojamas pozitīvas psihisko traucējumu izmaiņas (*Krausz et al., 1999*);
- Itālijā veiktā pētījumā secināts, ka ārstēšanas rezultāti, izmantojot metadonu, nebija ievērojami atšķirīgi attiecībā uz pacientiem, kuriem ir nopietni vai nelieli psihiski simptomi, gan pacientu paturēšanas, gan heroīna lietošanas ziņā. Tomēr šķiet, ka pacientiem, kuriem ir nopietnāki psihiski traucējumi, bija vajadzīga lielāka vidējā metadona deva (*Pani et al., 2003*);
- dialektiskā uzvedības terapija ([173]) ir ārstēšanas metode, kas šķiet īpaši piemērota sievietēm – narkotiku lietotājām, kurām ir nopietni robežlīnijas personības traucējumi un/vai tieksme uz pašnāvību. Tomēr pierādījumi pieejami tikai par dažiem pētījumiem. Nīderlandes kontrolētā dialektiskās uzvedības terapijas izpētē secināts, ka gan eksperimentālās, gan „parastās ārstēšanas" grupās bija vērojami pozitīvi rezultāti, jo mazinājās pašiznīcinošas uzvedības tendences. Eksperimentālajā grupā bija vērojams ievērojami lielāks alkohola patēriņa samazinājums, taču attiecībā uz narkotiku lietošanu nekonstatēja nekādas izmaiņas (*Van den Bosch et al., 2001*);
- Zviedrijā veiktā pētījumā par narkotiku lietošanas atsākšanu saskaņā ar ASI aptauju visā ārstēšanas periodā atklājās, ka divus gadus pēc ilgas ārstēšanās 46 % no izrakstītajiem pacientiem nebija lietojuši narkotikas. Pacienti, kuriem bija divkārša diagnoze, bija nopietnākas problēmas saskaņā ar ASI nekā pacientiem, kuriem nebija psihozes. Kopumā bija vērojamas nelielas personības un simptomu izmaiņas, taču vairāku pacientu uzraudzības laikā viņu dzīves kvalitāte bija augstākā līmenī un dzīvesveids bija stabilāks (*Jonsson, 2001*);
- Apvienotajā Karalistē *Barrowclough et al.* (2001) secināja, ka motivējošas intervēšanas, kognitīvas uzvedības terapijas un ģimenes intervences pasākumu apvienojums veicināja to pacientu veselības stāvokļa uzlabojumus, kuriem bija šizofrēnija un narkotiku nepareizas lietošanas izraisīti traucējumi;
- pārskatā par Norvēģijā veiktiem pētījumiem saistībā ar to pacientu ārstēšanu, kuri slimoja ar blakusslimībām, tika secināts, ka agresīvu, impulsīvu uzvedību vissekmīgāk varēja novērst, izmantojot konfrontējošu, strukturētu grupu terapiju vienlaicīgi ar ģimenes terapiju. Pacientus, kuri slimo ar depresiju vai trauksmi, vislabvēlīgāk ietekmē individuāla psihoterapija un atbalsta grupas terapija (*Vaglum, 1996*).

Izpēte

Nesen ir sācies izpētes projekts par divkāršu diagnozi saistībā ar Eiropas Kopienas Piekto izpētes un attīstības programmu. Šis perspektīvais, vairākās vietās veiktais pētījums, ieskaitot Angliju, Dāniju, Franciju, Poliju, Skotiju un Somiju, ir plānots tā, lai tajā būtu aprakstīta pakalpojumu sniegšana pacientiem, kuriem ir divkārša diagnoze, septiņās Eiropas psihiatriskajās iestādēs un lai 12 mēnešu ilgā laika periodā salīdzinātu saslimstības līmeni un pakalpojumu izmantošanu to pacientu vidū, kuriem ir divkārša diagnoze. Pētījuma rezultāti aptvers atkarības smagumu, psihiskos simptomus, ārstēšanas principu ievērošanu, psihosociālo darbību, sociālo tīklu, pacientu atgriešanos ārstniecības iestādēs un mirstību. Sagaidāms, ka rezultāti būs 2005. gadā ([174]).

Apmācība

Lielākajā daļā valstu ārsti un medmāsas, kuras apmāca, saņem ļoti maz norādījumu par narkomāniju un vēl mazāk par saslimstību ar blakusslimībām. Itālijā garīgās veselības aprūpes un narkomānijas ārstēšanas iestāžu personāla kopīgu apmācību rīko arvien biežāk. Nīderlandē *Trimbos* Institūts organizē apmācības kursus gan atkarības ārstēšanas, gan garīgās veselības aprūpes iestāžu speciālistiem, kas iesaistīti to pacientu ārstēšanā, kuriem ir divkārša diagnoze. Citās valstīs rīko kvalifikācijas celšanu darba vietā un kursus, taču tos īsteno reti un juceklīgi.

Apvienotajā Karalistē Karaliskā psihiatrijas koledža ir uzsākusi apmācības vajadzību analīzi (*Mears et al., 2001*), pētot vairākas profesionāļu grupas gan no garīgās veselības aprūpes, gan narkomānijas ārstēšanas iestādēm. Piecdesmit pieci procenti no speciālistiem atzina, ka viņi jutās nepienācīgi sagatavoti, lai strādātu ar pacientiem, kuriem ir blakusslimības, un izteica vajadzību pēc papildu apmācības.

([173]) Dialektiskā uzvedības terapija *(DBT)* ir vairāku izziņas un uzvedības terapijas stratēģiju piemērošana robežlīnijas personības traucējumu izraisītām problēmām *(BPD)*, ieskaitot uz pašnāvību tendētu uzvedību.
([174]) Skatīt http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf