

APSTIPRINĀTS  
ar Veselības ministrijas  
23.04.2018  
rīkojumu Nr. 82



Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

# **NEATLIEKAMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA PSIHIATRIJĀ: PIRMSSLIMNĪCAS ETAPS**

Rīga

2019

# ANOTĀCIJA

Mācību materiāla “Neatliekamā medicīniskā palīdzība psihiatrijā: pirmsslimnīcas etaps” mērķis ir sniegt priekšstatu par psihiskajiem un uzvedības traucējumiem, ar kuriem veselības aprūpes speciālisti var sastapties, sniedzot palīdzību slimniekiem pirmsslimnīcas posmā.

Mācību materiāla uzdevums ir sniegt priekšstatu par psihisko un uzvedības traucējumu dažādību un iespējamo rīcības taktiku, sastopoties ar tiem, atbilstoši tiesību aktu prasībām. Materiālā vienuviet apkopota informācija par tiesību aktiem, kas regulē psihiatriskās palīdzības sniegšanas kārtību Latvijā, kā arī par psihisko un uzvedības traucējumu diagnostiku un diferenciāldiagnostiku.

Mācību materiāla sagatavošanā izmantotas jaunākās Latvijas vadlīnijas psihiatrijas jomā un literatūras avoti par psihiskajiem un uzvedības traucējumiem. Tā saturs ir strukturēts trīs nodaļās: pirmajā aplūkoti tiesību akti, kas regulē neatliekamās medicīniskās sniegšanu psihiatrijā, otrajā sniegti psihisko traucējumu diagnostikas pamatprincipi un trešajā – psihisko un uzvedības traucējumu diferenciāldiagnostika un taktika pirmsslimnīcas etapā.

Iegūto zināšanu novērtēšanai palīdzēs kontroljautājumi. Materiāls var tikt izmantots veselības aprūpē nodarbināto tālākizglītības procesa atbalstam.

Mācību materiālu sagatavojusi VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža”” virsārste dr. Sandra Pūce, kura ikdienas darbā slimnīcas uzņemšanas nodaļā sastopas ar gadījumiem, kur pārklājas medicīniskās palīdzības sniegšana pirmsslimnīcas etapā un turpmāka ārstēšana psihiatriska profila stacionārā.

# SATURA RĀDĪTĀJS

Ievads.....	4
1. Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu psihiatrijā regulējošie tiesību akti .....	5
1.1. Pilngadīgi pacienti .....	5
1.2. Nepilngadīgi pacienti līdz 14 gadu vecumam.....	6
1.3. Nepilngadīgi pacienti no 14 gadu vecuma.....	6
2. Psihisko traucējumu diagnosticēšanas pamatprincipi .....	7
2.1. Pacienta psihiskā stāvokļa izvērtēšana .....	7
2.2. Pašnāvības riska izvērtēšana .....	8
3. Psihisko un uzvedības traucējumu diferenciāldiagnostika un taktika pirmsslimnīcas etapā.....	10
3.1. Suicidālas domas un uzvedība .....	10
3.2. Nesuicidāls paškaitējums .....	10
3.3. Akūta psihoze .....	11
3.4. Delīrijs .....	12
3.5. Alkohola vai citu psihotropo vielu pārdozēšana un abstinence .....	13
3.6. Zāļu mijiedarbība .....	13
3.7. Panikas lēkme un citi akūti trauksmes stāvokļi .....	14
3.8. Akūta reakcija uz smagu stresu .....	14
3.9. Uzvedības traucējumi .....	15
Izmantotās literatūras un avotu saraksts .....	16

# IEVADS

Pasaules Veselības organizācija definē veselību kā pilnīgu fizisku, garīgu un sociālu labklājību. Garīgās veselības stāvoklis savukārt ir cieši saistīts ar indivīda fizisko veselību un sociālās funkcionēšanas līmeni. Tādēļ, sniedzot medicīnisku palīdzību jebkurā veselības aprūpes līmenī, būtu jāizvērtē ne tikai slimnieka fiziskā veselība, bet arī garīgās veselības stāvoklis.

Mācību materiāls “Neatliekamā medicīniskā palīdzība psihiatrijā: pirmsslimnīcas etaps” palīdzēs gūt ieskatu par dažādiem psihiskajiem un uzvedības traucējumiem, ar kuriem ārstniecības personas var sastapties, sniedzot medicīnisko palīdzību arī ārpus psihiatriska profila ārstniecības iestādēm.

Pirmajā nodaļā ir sniegts priekšstats par tiesību aktiem, kas regulē medicīniskās palīdzības sniegšanu psihiatrijas jomā Latvijā, un iezīmēti galvenie pamatnoteikumi, kas jāievēro, sniedzot medicīnisku palīdzību slimniekam ar psihiskās veselības traucējumiem, kā arī atspoguļoti šādas palīdzības sniegšanas organizatoriskie un administratīvie aspekti dažādām vecuma grupām..

Otrajā nodaļā ir sniegts ieskats slimnieka psihiskā stāvokļa izvērtēšanas metodikā un parādīti aspekti, kādi jāņem vērā, izvērtējot slimnieka iespējamo pašnāvības risku.

Trešajā nodaļā skaidroti dažādi psihiskie un uzvedības traucējumi, to diferenciāldiagnostika un taktika pirmsslimnīcas etapā. Psihofarmakoterapijas apskats ir ārpus šī mācību materiāla tvēruma, tādēļ netiek detalizēti aprakstīti medikamenti, kas tiek izmantoti šo psihisko un uzvedības traucējumu gadījumos.

Mācību materiāla galvenā mērķauditorija ir veselības aprūpes speciālisti, bet tas noderēs arī studentiem un ikvienam cilvēkam, kurš vēlas papildināt savas zināšanas psihiatrijā.

# 1. TIESĪBU AKTI, KAS REGULĒ NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS SNIEGŠANU PSIHIATRIJĀ

## 1.1. Pilngadīgi pacienti

Latvijā psihiatriskā palīdzība balstās uz brīvprātības principa, kas izpaužas kā personas brīva un apzināta vēršanās pie psihiatra pēc sev nepieciešamās palīdzības [1, 67. pants]. Tomēr vairākos tiesību aktos ir paredzēti izņēmumi no minētā brīvprātības principa.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde neatliekamo medicīnisko palīdzību slimniekam, kurš ir dzīvībai un veselībai kritiskā stāvoklī, sniedz notikuma vietā, kā arī transportēšanas laikā uz ārstniecības iestādi, ja pacientam ir pēkšņa slimība vai hronisku slimību paasināšanās, kas apdraud personas dzīvību, to vidū akūti psihiskās darbības traucējumi, kuriem raksturīga agresīva rīcība vai pašnāvības mēģinājums [6; 118. punkts]. No neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaucēja jāsaņem paša izsaucēja rakstveida apliecinājums par slimnieka agresiju, draudiem vai pašnāvības mēģinājumu [5].

Ja persona psihisko traucējumu vai psihiskās slimības dēļ pārkāpj sabiedrisko kārtību, tās aizturēšanu, nogādāšanu un uzraudzību pie psihiatra veic policijas darbinieki [1, 69. pants]. No minētā tiesiskā regulējuma izriet, ka policijas darbiniekiem ir jāsniedz palīdzība ārstniecības personām gadījumā, ja ārstniecības palīdzība ir sniedzama personai, kas, iespējams, ir psihiski slima. Jāņem vērā, ka slimnieks jāhospitalizē uz stacionāru tikai neatliekamās medicīniskās dienesta autotransportā [5]. Turklāt policijas darbiniekam jāsniedz psihiatram rakstveida ziņojums par slimnieka uzvedības pretsabiedrisko raksturu.

Policijas darbiniekam ir tiesības aizturēt personas, kurām ir nepārprotami psihiski traucējumi un kuras ar savām darbībām rada acīm redzamas briesmas sev vai apkārtējiem, un uzturēt tās policijas iestādē līdz nodošanai ārstnieciskajai iestādei vai nogādāšanai mājoklī [8, 12. pants]. Iepriekšminētajā tiesību normā lietotā vārdkopa “acīm redzamas briesmas sev vai apkārtējiem” nevar tikt interpretēta kā traucējums vai neērtība, bet gan kā nopietns dzīvības, ķermeņa vai mantas apdraudējums vai pietiekošs pamats uzskatīt, ka persona šādu apdraudējumu var radīt [2, 13. paragrāfs].

Sistēmiski interpretējot iepriekšminētās tiesību normas un Augstākās tiesas judikatūru, jāsecina, ka, lai pamatotu slimnieka nogādāšanu uz psihiatriska profila stacionāru, kur slimnieku izmeklēs ārsts psihiatrs, gan ārstniecības personām, gan policijas darbiniekiem pavaddokumentācijā pēc iespējas izvērstāk ir jāapraksta slimnieka simptomi un uzvedība, kas

var attaisnot atkāpi no brīvprātības principa psihiatriskās palīdzības saņemšanā (resp., jāatbild uz jautājumiem: Vai psihisko traucējumu dēļ slimnieks draud vai cenšas nodarīt miesas bojājumus sev vai citai personai? Vai psihisko traucējumu dēļ slimnieks izturas varmācīgi pret citām personām? Vai psihisko traucējumu dēļ slimnieks nespēj rūpēties par sevi vai savā aizbildnībā esošām personām? Vai psihisko traucējumu sekas varētu būt nenovēršama un nopietna personas veselības pasliktināšanās?).

## **1.2. Nepilngadīgi pacienti līdz 14 gadu vecumam**

Līdz 14 gadu vecuma sasniegšanai pacienta ārstniecība pieļaujama tikai ar viņa likumiskā pārstāvja (vecāku, aizbildņa) piekrišanu [7, 13. pants]. Tomēr nepilngadīgam pacientam ir tiesības tikt uzklautam un atbilstoši savam vecumam un briedumam piedalīties ar ārstniecību saistītā lēmuma pieņemšanā. Būtu vēlams, lai ārstniecības personai izdotos noskaidrot abu vecāku viedokli.

Ja nepilngadīgā pacienta likumiskais pārstāvis atsakās dot savu piekrišanu ārstniecības uzsākšanai vai likumiskie pārstāvji nespēj vienoties par ārstniecības uzsākšanu, vai ārstam nav zināma nepilngadīgā pacienta likumisko pārstāvju atrašanās vieta, bet viņš uzskata, ka ārstniecības uzsākšana ir šā pacienta interesēs, atļauju ārstniecībai var dot bāriņtiesa vai ārstu konsīlijs, par to ziņojot bāriņtiesai (ja ārstniecība ir uzsākama nekavējoties) [7, 14. pants].

## **1.3. Nepilngadīgi pacienti no 14 gadu vecuma**

No 14 gadu vecuma nepilngadīga pacienta ārstniecība ir pieļaujama, ja saņemta viņa paša piekrišana, izņemot gadījumus, kad vilcināšanās apdraud pacienta dzīvību un nav iespējams saņemt piekrišanu ārstniecībai. Ja 14 gadu vecumu sasniedzis nepilngadīgs pacients atsakās dot savu piekrišanu ārstniecībai, bet ārsts uzskata, ka ārstniecība ir šā pacienta interesēs, piekrišanu ārstniecībai dod nepilngadīgā pacienta likumiskais pārstāvis [7, 13. pants].

## 2.PSIHISKO TRAUCĒJUMU DIAGNOSTICĒŠANAS PAMATPRINCIPI

### 2.1. Pacienta psihiskā stāvokļa izvērtēšana

Psihiatrijā detalizētam psihiskā stāvokļa izvērtējumam ir centrālā loma diagnostikā un terapijas izvēlē. Dati psihiskā stāvokļa aprakstīšanai tiek iegūti sarunā un novērojot slimnieku. Anamnēzes datus savāc no paša pacienta (subjektīvā anamnēze) un apkārtējiem, kuri var sniegt vajadzīgās ziņas (objektīvā anamnēze). Sarunā nav vēlams izjautāt slimnieku nopratināšanas stilā, jo tas neveicina kontaktu ar slimnieku [4]. Ja slimnieks pats uztur sarunu, būtu vēlams viņam ļaut brīvi runāt, jo tas veicina atklātību, kā arī ļauj izvērtēt slimnieka iespējamās domāšanas traucējumus. Aprakstot psihisko stāvokli un simptomus, jāizvairās no specifiskas terminoloģijas lietošanas, atstājot tos tikai slēdziena sadaļai. Proti, lai, lasot šo aprakstu, arī persona bez medicīniskas izglītības spētu aptvert slimnieka stāvokli. Jānoskaidro paša slimnieka attieksme pret savu stāvokli, vajadzības gadījumā aprakstā tieši citējot viņa teikto.

Shēma psihiskā stāvokļa aprakstam ir sniegta 2.1. tabulā.

2.1. tabula

**Psihiskā stāvokļa apraksta shēma [4, 8. lpp.]**

<b>Sfēra</b>	<b>Piezīmes</b>
1.	2.
Apziņa	Orientācija personā, vietā, laikā, situācijā. Vai ir skaidra apziņa.
Uzvedība, āriene	Uzbudināts vai mierīgs. Vai ārēji izskatās kārtīgs.
Kontakts	Kā iesaistās sarunā (labprāt, nelabprāt), vai uztur sarunas iniciatīvu, ir atklāts vai rezervēts, formāls, aizdomīgs, bailīgs.
Uzmanība	Noturīga vai nenoturīga; izklaidība; uzmanības pārslēdzamība, apjoms un nogurdināmība.
Uztvere	Senestopātijas, ilūzijas, halucinācijas. Slimnieka attieksme pret uztveres traucējumiem, vai novērtē tos kritiski.
Atmiņa	Spēja iegaumēt tekošus notikumus; spēja atcerēties agrākus, senākus notikumus. Amnēzija (retrogrāda, anterogrāda). Atmiņas maldi (konfabulācijas).
Emocionālā sfēra	Garastāvoklis: labs, slikts, nomākts, grūtsirdība, īgnums, dusmas, trauksme, bailes, sūdzības par apātiju, pacilātība, vienaldzība. Emocionālā attieksme pret citiem cilvēkiem (līdzjūtība, vienaldzība, neiecietība). Emociju mīmiskās izpausmes, balss intonācija.
Gribas un kustību sfēra	Dziņas un tieksmes (paaugstinātas, pazeminātas, patoloģiskas). Katatoniski simptomi. Manierība (nedabiska mīmika, manieres).

1.	2.
Domāšana	Asociatīvo procesu traucējumi: domu gausums, paātrināta domāšana, domu skraidīšana, patoloģiski pamatīga domāšana, rezonēšana, neoloģismi. Pārvērtēšanas un murgu idejas. Kādā mērā patoloģiskās idejas nosaka domāšana, domu streipuļošana, un kā šīs idejas nosaka saraustīta un nesakarīga slimnieka uzvedību un rīcību.
Intelektss	Spriešanas spēju līmenis. Kritiska attieksme pret esošajiem traucējumiem. Vai slimnieks var pareizi izpildīt vienkāršas matemātiskas darbības. Nākotnes nodomi un plāni.

## 2.2. Pašnāvības riska izvērtēšana

Latvijā ir augsts pabeigtu pašnāvību skaits (ap 500 pašnāvību gada laikā) [13]. Salīdzinot kopējo standartizēto mirstību no pašnāvībām, Latvija atrodas 2. vietā Eiropas Savienības dalībvalstu vidū. Vērtējot atsevišķi pa dzimumu grupām, Latvijas vīrieši ieņem 2. vietu, bet sievietes 12. vietu Eiropas Savienības dalībvalstu vidū [12].

Latvijā ap 85 % pašnāvību tiek veiktas pakaroties, 5 % pašnāvību izdara nošaujoties, 4 % – lecot no augstuma. 2011. gadā bija reģistrēti 1777 izsaukumi pie pacienta sakarā ar pašnāvības mēģinājumu. Tomēr tiek uzskatīts, ka mēģinājumi netiek pietiekami precīzi reģistrēti un ka tie tiek izdarīti 10–20 reizu biežāk. Biežākie pašnāvības mēģinājumu veidi 2007. gadā bija indēšanās ar medikamentiem (44,4%), paškaitējums ar asu priekšmetu (26%), pakāršanās mēģinājumi (4,6%) [15].

Noteikti faktori var norādīt uz augstu vai arī uz relatīvi zemāku pašnāvības risku (*skat. 2.2. tabulu*).

2.2. tabula

### Pašnāvības riska izvērtējums [17; 32336. segm.]

Faktors	Augsts risks	Zems risks
1.	2.	3.
<b>Demogrāfiskais un sociālais profils</b>		
Vecums	- > 45 gadi	- < 45 gadi
Dzimums	- vīrietis	- sieviete
Ģimenes stāvoklis	- šķirts vai atraitnis	- precējies
Nodarbinātība	- bezdarbnieks	- nodarbināts
Starppersonālās attiecības	- konfliktējošas	- stabilas
Attiecības ģimenē	- haotiskas vai konfliktējošas	- stabilas



1.	2.	3.
<b>Veselība</b>		
Somatiskā	- hroniska slimība - hipohondrija - pārmērīga alkohola vai citu psihotropo vielu* lietošana	- laba veselība - jūtas vesels - nebūtiska alkohola vai citu psihotropo vielu* lietošana
Psihiskā	- smaga depresija - psihoze - smagi personības traucējumi - pesimisms	- viegla depresija - neuroze - normāla personība - optimisms
<b>Suicidalitāte</b>		
Suicidālas domas	- biežas, ilgstošas	- retas, pārejošas
Suicidāls mēģinājums	- vairāki mēģinājumi - plānots - izglābšana nav sagaidāma - noteikta vēlme mirt - letāla metode	- pirmais mēģinājums - impulsīvs - izglābšana ir sagaidāma - pamatā ir vēlme pēc pārmaiņām - neletāla metode
<b>Resursi</b>		
Personīgie	- nav sasniegumu dzīvē - bez kritikas - nav kognitīvas kontroles	- ir sasniegumi dzīvē - ar kritiku - ir kognitīva kontrole
Sociālie	- sociāli izolēts - ģimene neiesaistās	- sociāli integrēts - ģimene iesaistās

\* Citas psihotropās vielas – piemēram, trankvilizatori, miega līdzekļi vai narkotiskas vielas – tādas kā heroīns, kokaīns, amfetamīns.

### **3. PSIHISKO UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMU DIFERENCIĀLDIAGNOSTIKA UN TAKTIKA PIRMSSLIMNĪCAS ETAPĀ**

#### **3.1. Suicidālas domas un uzvedība**

Diemžēl nevar statistiski ticami un objektīvi paredzēt pašnāvības iespējamību, balstoties tikai uz viena riska faktora vai vairāku riska faktoru kopuma analīzi. Suicidālas domas un uzvedība ir jāvērtē kompleksi, jo šādu slimnieka rīcību var ietekmēt bioloģiskie, individuālie, sociālie, psiholoģiskie, kultūras un vides faktori, kā arī dažādas šo faktoru mijiedarbības [12]. Katrs gadījums jāvērtē individuāli un jāizvēlas piemērotākā ārstēšanas taktika.

Suicidālu domu vai uzvedības gadījumā indikācijas neatliekamai hospitalizācijai ir:

- 1) pacienta psihotiski traucējumi, kad suicidālu uzvedību diktē uztveres traucējumi (piemēram, dzirdes halucinācijas) vai murgu idejas (piemēram, pašnoliegums, atteikšanās no ēdiena);
- 2) pacienta somatiskā un psihiatriskā anamnēze (suicīda mēģinājumi pagātnē, šizofrēnija, bipolārie afektīvie traucējumi, hroniskas sāpes un citas smagas somatiskas vai neiroloģiskas saslimšanas);
- 3) situatīvie apstākļi (ilgstošs un pārdomāts plāns, tikai nejaušības dēļ neizdevies vai pārtraukts pašnāvības mēģinājums, pašnāvības metode ir reāla un letāla, pastāv uzmācīgas domas par pašnāvību);
- 4) sociālie apstākļi (izteikta sociāla dezadaptācija, nesens tuvinieka zaudējums, vientulība, nav ģimenes atbalsta) [15].

#### **3.2. Nesuicidāls paškaitējums**

Saskaņā ar DSM-5 (Psihisko slimību diagnostikas un statistikas rokasgrāmata, 5. redakcija) nesuicidāls paškaitējums ir tāds ķermeņa virsmas bojājums, ko persona vismaz piecas dienas gadā apzināti nodara pati sev un kas skar ķermeņa virsmu, radot asiņošanu, skrāpējumu vai sāpes (piemēram, griežot, dedzinot, iedurot, sitot vai pārmērīgi berzējot) un sagaidot, ka šis ievainojums radīs tikai niecīgu vai mērenu fizisku kaitējumu (proti, personai nav suicidāla nodoma) [16].

Persona sev šādu kaitējumu nodara, lai gūtu atvieglojumu no negatīvām sajūtām (tādām kā emocionāls saspringums, trauksme vai pašpārmētumi), risinātu starppersonālas problēmas vai radītu sev patīkamas emocijas. Dažos gadījumos kaitējumu sev persona uztver kā pelnītu sodu. Bieži slimnieks stāsta, ka izjūt momentānu atvieglojumu, šādi rīkojoties. Kad šāda uzvedība ir bieža, to var pavadīt arī impulsivitāte un tieksme līdzīgi kā atkarību gadījumā. Sev nodarītās brūces nereti kļūst aizvien dziļākas un biežākas.

Kaitējums parasti tiek nodarīts ar nazi, adatu, žileti vai citu asu priekšmetu. Parasti kaitējums tiek nodarīts uz augšstilba un apakšdelma apvidū. Citas paškaitējuma metodes reizēm ir durstīšana ar adatu vai smailu nazi (parasti augšdelma apvidū), dedzināšana ar cigareti vai intensīva berzēšana ar dzēšgumiju.

Slimnieks ir jāizjautā, kādā nolūkā viņš ir sev nodarījis paškaitējumu, noskaidrojot, vai šis nolūks atbilst nesuicidāla paškaitējuma diagnozes definīcijai. Tomēr obligāti ir jāpārlicinās, vai slimniekam nav arī suicidālas domas un / vai pašnāvības mēģinājumi anamnēzē, izjautājot gan pašu slimnieku, gan arī viņa tuviniekus. Augstāks pašnāvības risks pastāv, ja slimnieks ir sev nodarījis paškaitējumu ar dažādām metodēm [16].

Citas diferenciāldiagnozes ir psihotiski traucējumi, delīrijs, alkohola vai citu psihotropo vielu (piemēram, kokaīna, amfetamīna vai citu psihostimulatoru) intoksikācija vai abstinence, robežpersonība, kā arī garīgās attīstības traucējumi ar stereotipijām.

### **3.3. Akūta psihoze**

Psihoze ir psihiski traucējumi, kuru gadījumā slimniekam izzūd saikne ar realitāti. Šādi psihiskie traucējumi izpaužas kā murgu idejas, halucinācijas, dezorganizēta domāšana (runa) un patoloģiska motorā uzvedība.

Murgi ir īstenībai neatbilstīgas idejas, kas nepadodas korekcijai, pat sniedzot slimniekam pierādījumus par to aplamību. To saturs var skart dažādas tēmas (piemēram, vajāšanas murgi, attiecību murgi, somatiska rakstura murgi, reliģiska rakstura murgi, lielummānija) [16].

Halucinācijas ir maldīgas slimnieka maņu sajūtas, nepastāvot ārējam kairinātājam. Tās var skart visas maņas, tomēr noteiktiem halucinācijas veidiem var būt diagnostiska nozīme – dzirdes halucinācijas visbiežāk novēro šizofrēnijas slimniekiem [16], savukārt redzes, garšas un taustes halucinācijas var liecināt par neiroloģisku saslimšanu vai intoksikāciju ar psihoaktīvām vielām [17].

Par dezorganizētu domāšanu (formāliem domāšanas traucējumiem) parasti liecina slimnieka runa: nav iespējams izsekot slimnieka domu gaitai, jo slimnieks “pārlec” no viena temata uz citu vai neatbild uz jautājumiem pēc būtības [16].

Dezorganizēta vai patoloģiska motorā uzvedība var izpausties dažādos veidos – sākot no bērnišķīgas “muļķošanās” līdz neprognozējamai ažitācijai (lielam nemieram). Katatona uzvedība izpaužas kā samazināta reakcija uz apkārtējo vidi, sākot no norādījumu nepildīšanas (negatīvisma) līdz pilnīgai verbālas un motoras reakcijas neesamībai (mutismam un stuporam). Tā var arī izpausties kā bezmērķīga un pārmērīga motora aktivitāte bez acīmredzama iemesla (katatons uzbudinājums). Citas pazīmes var būt stereotipiskas kustības, grimasēšana un eholālija (dzirdētā burtiska atkārtošana) [16, 88].

Slimnieki psihozes stāvoklī bieži izjūt bailes un jūtas apdraudēti – viņiem ir grūtības skaidri domāt un spriest. Turklāt sarunas laikā viņiem var būt aktīvas halucinācijas. Ja ir pamats domāt par dzirdes halucinācijām, jācenšas noskaidrot no slimnieka, vai šīm “balsīm” ir pavēlošs raksturs (vai tās liek kaitēt sev vai apkārtējiem) [17].

Runājot ar slimnieku psihozes stāvoklī, nevajag nedz piekrist slimnieka psihiskajiem pārdzīvojumiem, nedz noliegt to patiesumu. Tā kā psihozes stāvokli visbiežāk pavada stipra trauksme un bailes, vēlams empātiski piedāvāt palīdzību to mazināt, piemēram, ar zālēm, kas mazina trauksmi, vai aizvedot uz slimnīcu, kur slimnieks būs labāk pasargāts.

Slimnieks jāhospitalizē arī tādos gadījumos, kad netiek saņemta viņa piekrišanu, ja viņš apdraud sevi vai apkārtējos vai arī nespēj parūpēties par sevi vai apgādībā esošām personām (*skat. 1.1. nodaļu*).

Psihozes diferenciāldiagnostika ir plaša: akūti psihotiski traucējumi, šizofrēnija, šizoafektīvie traucējumi, afektīvie traucējumi, delīrijs, demence, sekundāra psihoze, medikamentu vai psihoaktīvu vielu inducēta psihoze.

### **3.4. Delīrijs**

Delīriju raksturo īsā laika periodā pieaugoši apziņas un kognitīvo funkciju traucējumi. Īpaši tiek skarta uzmanība: slimniekam ir samazināta spēja vērst, fokusēt, noturēt un pārslēgt uzmanību. Slimniekam ir traucēta apziņa: viņš ir dezorientēts laikā, telpā un situācijā [16]. Delīriju bieži pavada patoloģiska psihomatora aktivitāte un traucēts nomoda un miega cikls. Novēro arī neiroloģiskus simptomus: tremoru, nistagmu, koordinācijas traucējumus un urīna inkontinenci. Parasti delīrijam ir pēkšņš sākums (stundas vai dienas), tā gaita ir fluktuējoša, un novēro strauju uzlabošanos, ja tiek noskaidrots un novērsts tā cēlonis [17].

Delīrija cēlonis var būt centrālās nervu sistēmas slimības, metaboli traucējumi, sistēmiskas saslimšanas, medikamenti, sirds slimības, plaušu slimības, endokrīnas un hematoloģiskas slimības, audzēji un abstinence pēc psihoaktīvu vielu lietošanas [17].

Ja ir abstinence ar delīriju, sākumā novēro prodromu (pirms vairākām stundām līdz 3–4 dienām pārtraukts “plosts” vai psihoaktīvās vielas lietošana, sākumā miegs ar murgainiem sapņiem, tad arī pilnīgs bezmiegs ar baiļu sajūtām, veģetatīviem traucējumiem). Vēlāk pievienojas izvērsta abstinences simptomātika (*skat. 3.5. nodaļu*). Psihiskajā stāvoklī parādās ilūzijas, psihomotors uzbudinājums, emocionāla labilitāte, parādās fantastiska satura ilūzijas, redzes un taktilās halucinācijas (kukaiņi, zvēri, diegi, tīmekļi u.c.). Padziļinoties delīrijam, parādās arī dzirdes un ožas halucinācijas. Slimnieks reaģē un rīkojas atbilstoši šīm halucinācijām, bet iespējami arī lucīdi “logi”. Dominē arī vajāšanas un greizsirdības murgi, ir dezorientācija laikā un vietā [11].

### **3.5. Alkohola vai citu psihotropo vielu pārdozēšana un abstinence**

Alkohola abstinencei ir raksturīgi somatoveģetatīvi un neiroloģiski traucējumi. Somatiski novēro sejas hiperēmiju un pastozitāti; injicētas sklēras; tahikardiju ar ekstrasistolēm, sāpes sirds un epigastālajā rajonā; asinsspiediena svārstības; svīšanu, drebuļus; anoreksiju, sliktu dūšu, caureju. Neiroloģiski novēro paplašinātas acu zīlītes ar viegli pazeminātu reakciju uz gaismu, galvassāpes, roku pirkstu un mēles tremoru, neprecīzas kustības un gaitu, miega traucējumus, nespēku, vājumu. Psihisko stāvokli raksturo vidēji izteikta astēnija. Abstinences sindroma komplikācijas var būt krampju lēkmes [11].

### **3.6. Zāļu mijiedarbība**

Psihotropu zāļu lietošana monoterapijā vai kombinācijā ar citiem medikamentiem var radīt relatīvi retas, bet potenciāli fatālas blaknes – neiroleptisko maligno sindromu un serotonīna sindromu.

Neiroleptisko maligno sindromu parasti izraisa tipiskie antipsihotiķi (piemēram, haloperidols), un augstāks risks ir, ja tos nozīmē lielās devās, kombinējot ar depo antipsihotiķi. Šī sindroma klīniskās izpausmes ir hipertermija (38,5–40,0 °C), muskuļu rigiditāte, aptumšota apziņa, arteriāla hipertensija. Tas ir saistīts ar augstu mirstību no rābdomiolīzes un nieru bojājumiem. Terapija jānodrošina intensīvās terapijas nodaļā [14].

Serotonīnerģiski medikamenti, tādi kā noteiktu antidepresantu grupu medikamenti (piem., paroksetīns), pretmigrēnas zāles (piem., sumatriptāns), pretsāpju līdzekļi (piem., tramadols), medikamenti pret vemšanu un sliktu dūšu (piem., metoklopramīds, ondansetrons), kā arī psihoaktīvās vielas (piemēram, kokaīns, *ecstasy*), lietoti vienlaikus, var izraisīt serotīna

sindromu. Tas ir nopietns un potenciāli fatāls stāvoklis, ko raksturo caureja, nemiers, stipra ažitācija, hiperrefleksija, veģetatīvās nervu sistēmas nestabilitāte, krampji, hipertermija, muskuļu rigiditāte, delīrijs, koma un kardiovaskulārs kolapss. Terapija jānodrošina intensīvās terapijas nodaļā [17].

### **3.7. Panikas lēkme un citi akūti trauksmes stāvokļi**

Panika ir neprognozējamas trauksmes vai baiļu lēkme, kas sākas pēkšņi bez jebkāda konkrēta provocējoša faktora vai arī to nevar identificēt. Panikas lēkmi raksturo atsevišķas intensīvu baiļu un diskomforta epizodes, tā sākas pēkšņi, sasniedz savu maksimumu dažu minūšu laikā un ilgst ne vairāk par 30 minūtēm.

Diferenciālās diagnozes ir somatiski traucējumi (aritmijas, koronārā sirds slimība, tireotoksikoze), kā arī citi psihiski traucējumi (depresija, akūti psihotiski traucējumi). Terapijā izmanto trankvilizatorus, antidepresantus un beta blokatorus. Stacionēšanas indikācijas ir augsts pašnāvības risks vai būtiskas blakus slimības (psihoaktīvo vielu atkarība, nopietnas somatiskās veselības problēmas) [10].

### **3.8. Akūta reakcija uz smagu stresu**

Ārkārtējs psiholoģiskais vai fiziskais stresors var radīt akūtu reakciju, ko raksturo: veģetatīvās nervu sistēmas simptomi (tahikardija, svīšana u.c.); simptomi, kas skar krūšu kurvi un vēderu (grūtības elpot, slāpšanas sajūta, nelaba dūša u.c.); simptomi, kas skar smadzenes un psihi (reibonis, derealizācija, depersonalizācija u.c.), un saspringuma simptomi (muskuļu sasprindzinājums, nespēja atslābināties, nespēja koncentrēties, bezmiegs u.c.). Papildus iepriekšminētajiem simptomiem slimnieks sociāli izolējas, ir dezorientēts un var būt verbāli agresīvs.

Ja stresors ir pārejošs vai var tikt mazināts, akūtai stresa situācijai būtu jāmazinās ne vēlāk kā pēc astoņām stundām. Ja stresora iedarbība turpinās, simptomiem jāsāk mazināties, vēlākais, pēc 48 stundām [18].

### 3.9. Uzvedības traucējumi

Šiem traucējumiem raksturīgs atkārtots un persistējošs asociālas, agresīvas, izaicinošas uzvedības stereotips. Šāda uzvedība noved pie lieliem vecumam atbilstošu sociālo normu pārkāpumiem. Tādēļ šie gadījumi ir smagāki nekā parastu bērnu ļaunums vai pusaudžu nepakļāvība. Tam jābūt stabilam uzvedības stereotipam [3].

Uzvedības patoloģijas piemēri, uz kuriem balstās diagnoze, saistās ar pārmērīgiem kautiņiem, huligānismu, rupjību pret citiem cilvēkiem vai dzīvniekiem, būtiskiem mantas bojājumiem, dedzināšanu, zagšanu, atkārtotu melošanu, izvairīšanos no skolas vai bēgšanu no mājām, parasti ir smagi dusmu uzliesmojumi un nepaklausība. Ikviens no šiem traucējumiem ir pietiekams, lai noteiktu diagnozi, bet diagnozes noteikšanai nepietiek ar vienu izolētu asociālas rīcības gadījumu [3]. Protī, uzvedības traucējumus raksturo antisociālas, agresīvas vai izaicinošas rīcības pastāvīgums un atkārtotība, nevis viena epizode. Šāda uzvedība būtiski pārkāpj sociālos standartus, kas būtu sagaidāmi no konkrētā vecuma bērna vai pusaudža.

Uzvedības traucējumu gadījumā ir rūpīgi jāizvērtē hospitalizācijas medicīniskās indikācijas. Kā norāda Pārresoru koordinācijas centrs, psihiskie un uzvedības traucējumi, kam pamatā ir sociālās vides faktori, bieži tiek risināti veselības aprūpes sistēmā [9].

# IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

1. *Ārstniecības likums*: LR likums. Latvijas Vēstnesis: 01.07.1997.
2. *Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2009. gada 13. februāra spriedums lietā Nr. A42466905. SKA-13/2009.* Piejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2019. gada 13. martā].
3. Baltiņš, M. (2016). *Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
4. Caune M. (1984). *Slimības vēsture psihiatrijā*. Rīga: Rīgas Medicīnas institūts.
5. Meščerjakovs, A. (22.11.2013.). *Psihiski slimo pacientu aprūpe NMP etapā*. Lekcija. *Powerpoint prezentācija*. Rīga: Neatliekamās medicīnas asociācijas konference.
6. Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumi Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*.
7. *Pacientu tiesību likums*: LR likums. Latvijas Vēstnesis: 30.12.2009.
8. *Par policiju*: LR likums. Latvijas Republikas Augstākās Padomes un Valdības Ziņotājs: 15.08.1991.
9. Pārresoru koordinācijas centrs. (2018). *Starpnozaru darba pilnveide bērnu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem atbalstam*. Rīga: Pārresoru koordinācijas centrs. Pieejams: [https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/Berni%20risinajumi%202018\\_0.pdf](https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/Berni%20risinajumi%202018_0.pdf) [aplūkots 2019. gada 13. martā].
10. Rancāns, E., Tērauds, E., ... Taube, M. (2012). *Depresijas un neirotisko traucējumu diagnostikas un ārstēšanas rekomendācijas ģimenes ārstiem*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitātes Psihiatrijas un narkoloģijas katedra. Pieejams: [https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/Depresijas\\_un\\_neirot\\_trauc\\_rekomend\\_28092012.pdf](https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/Depresijas_un_neirot_trauc_rekomend_28092012.pdf)
11. Stirna, A., Skaida, S. (2013). *Rekomendācijas narkoloģisko pacientu terapijā*. Rīga: SIA "PS media". Pieejams: [https://white-medicine.com/files/books/NARKO\\_block\\_preview.pdf](https://white-medicine.com/files/books/NARKO_block_preview.pdf)
12. Šica, K., Pulmanis, T., Taube, M. (2017). *Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā. Tematiskais ziņojums*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs. Pieejams: [https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska\\_veseliba\\_faili/tz\\_pvl\\_2016\\_final.pdf](https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/tz_pvl_2016_final.pdf)



13. Tērauds E., Andrēziņa R., ... Zārde I. (2013). *Rekomendācijas psihiatrisko pacientu terapijā*. Rīga: SIA "PS media". Pieejams: [https://white-medicine.com/files/books/PSIHO\\_block\\_PRINT.pdf](https://white-medicine.com/files/books/PSIHO_block_PRINT.pdf)
14. Tērauds, E., Rancāns, E.,... Bezborodovs, Ņ. (2014). *Šizofrēnijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas*. 3. izdevums. Rīga: Latvijas Psihiatru asociācija. Pieejams: [https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/LPA\\_Sizofrenijas\\_vadlinijas\\_2014.pdf](https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/LPA_Sizofrenijas_vadlinijas_2014.pdf)
15. Tērauds, E., Rancāns, E., ... Bezborodovs, Ņ. (2015). *Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas*. 3. izdevums. Rīga: Latvijas Psihiatru asociācija. Pieejams: [https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/LPA\\_Depresijas\\_vadlinijas\\_2015.pdf](https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/LPA_Depresijas_vadlinijas_2015.pdf)
16. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
17. Sadock, B. J. 2015. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. Kindle edition. LWW.
18. World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.