



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

Velga Sudraba

NARKOLOGISKO PACIENTU TERAPIJA
UN PSIHOSOCIĀLĀS
FUNKCIONĒŠANAS SPĒJU IZMAIŅAS
DINAMIKĀ

Promocijas darbs
Medicīnas zinātņu doktora grāda iegūšanai

Specialitāte – veselības aprūpe

Darba zinātniskie vadītāji:
Dr. med., profesora p.i. Inga Millere
Dr. med., profesors Elmārs Rancāns

Rīga, 2012.gads



Promocijas darbs veikts ar Eiropas sociālā fonda projekta „Atbalsts doktorantiem studiju programmas apguvei un zinātniskā grāda ieguvei Rīgas Stradiņa universitātē” finansiālu atbalstu, vienošanās Nr.2011/0056/1DP/1.1.2.1.2/11/IPIA/VIAA/006.

Promocijas darbs izstrādāts: Rīgas Stradiņa universitātes Psihiatrijas un narkoloģijas katedrā

Oficiālie recenzenti:

Dr. habil. med., profesors Jānis Vētra (RSU)

Dr. med., asoc.profesors Vladimirs Kuzņecovs (Latvijas Universitāte)

Dr.habil.paed., *Dr.habil.psych.*, profesors Aleksejs Vorobjovs (Daugavpils Universitāte)

Promocijas darba aizstāvēšana notiks 2013. gada 22. aprīlī plkst.15.00 Rīgas Stradiņa universitātes Teorētiskās medicīnas Promocijas padomes atklātā sēdē Rīgā, Dzirciema ielā 16, Hipokrāta auditorijā.

Ar promocijas darbu var iepazīties RSU bibliotēkā un RSU mājas lapā: www.rsu.lv

Promocijas padomes sekretāre:

Dr. habil. med., profesore Līga Aberberga -Augškalne

ANOTĀCIJA

Promocijas darba tēma „Narkoloģisko pacientu terapija un psihosociālās funkcionēšanas spēju izmaiņas dinamikā”. Pētījums veikts ar mērķi izvērtēt, aprakstīt ārstu, pacientu viedokli un pieredzi par narkoloģiskās palīdzības metodēm, kā arī pacientu psihosociālās funkcionēšanas spēju (emocionālā un sociālā intelekta spēju) izmaiņas dinamikā pēc detoksikācijas un Minesotas programmas saņemšanas.

Pētījuma izlasi veido: (1) 586 dažādu specialitāšu ārsti no dažādiem Latvijas reģioniem vecumā no 24 līdz 74 gadiem, vidējais vecums – 46,8 (SD±10,8), 78% no respondentiem bija sievietes. (2) 620 narkoloģiskā profila pacienti vecumā no 18 līdz 69 gadiem, vidējais vecums –39,7 (SD±11,2), no tiem 67,1% bija vīrieši; pēc atkarības: 133 alkohola atkarīgie (61,9%), 82 narkotiku atkarīgie (38,1%). No tiem 405 stacionāra pacienti, kuri piedalījās atkārtotos mērījumos 6 mēnešus pēc ārstēšanās. (3) kontrolgrupu veidoja 110 augstskolu respondenti.

Darba teorētiskajā daļā analizēta zinātniskā literatūra un pētījumi par psihoaktīvo vielu (PAV) atkarību epidemioloģiju, to radītām sekām, kā arī izvērtētas narkoloģiskās ārstēšanas iespējas. Tāpat analizēta zinātniskā literatūra un pētījumi par emocionālo intelektu (EI) un sociālo intelektu (SI), par PAV atkarību izpausmēm psihosociālajā funkcionēšanā. Lai sasniegtu pētījumā izvirzīto mērķi un pārbaudītu pētījuma hipotēzes, tika pielietotas kvantitatīvās pētniecības metodes, izmantojot vairākus pētniecības instrumentus: Ārstu aptaujas anketu, Pacientu aptaujas anketu, Bar-Ona Emocionālā intelekta aptauju (Bar-On, 1997), Tromso Sociālā intelekta aptauju (Silvera et al., 2001).

Iegūtie rezultāti liecina, ka (1) no narkoloģiskās palīdzības metodēm ārsti biežāk pacientiem iesaka detoksikāciju un Minesotas programmu (MP), (2) pacienti biežāk izvēlas detoksikāciju un suģestīvās metodes, (3) ārsti izjūt informācijas nepietiekamību par narkoloģiskās palīdzības iespējām un efektivitāti, (4) narkoloģisko pacientu emocionālais un sociālais intelekts ir zemāks nekā kontrolgrupai, (5) 6 mēnešus pēc ārstēšanās MP nodaļā EI un SI rādītāji palielinās statistiski nozīmīgi, salīdzinot ar detoksikācijas pacientiem.

Promocijas darbā ievietota 37 tabulas, 26 attēli, izmantoti 349 literatūras avoti. Darba apjoms bez literatūras avotiem un pielikumiem ir 138 lappuses, pielikumi 24 lappuses.

ABSTRACT

The Doctoral Dissertation „The treatment for substance use disorder patients and their changes of psychosocial functioning in dynamic” has been conducted with the aim to assess and describe the doctors and patients experience and viewpoint about the position of substance use disorders (SUD) treatment methods, and the psychosocial functionality of patients (their emotional and social intelligence ability) in a changing dynamic following detoxification and treatment after Program of Minnesota model (MP).

The research sample contains: (1) 586 medical doctors specializing in various fields from different regions in Latvia aged 24 to 74, average age – 46,8 (SD±10,8); 78% of the respondents were female. (2) 620 SUD patients aged from 18 to 69, average age –39,7 (SD±11,2); 67,1% of them were male; according to type of addiction: 133 were alcoholics (61,9%), 82 were drug addicts (38,1%); 405 in-patients participants took part in repeated test-measurements six months after the treatment. (3) The control group consisted of 110 university student respondents.

Scientific literature and researches were analyzed about SUD epidemiology and its consequences in the theoretical part of the dissertation. The feasibility of treatment for SUD was also evaluated. Literature and researches were also analyzed according to emotional intelligence (EI), social intelligence (SI) referring to SUD manifestations in psychosocial functionality. In order to achieve the research aim and to test its hypothesis, quantitative research methods were implemented using several research instruments: Questionnaire for Doctors, Questionnaire for Patients, Bar-On Emotional Quotient Inventory (Bar-On, 1997), The Tromso Social Intelligence Scale (Silvera, et al., 2001).

The research results indicate that (1) doctors most often recommended Detoxification and the MP, (2) patients themselves more often chose the detoxification and suggestive methods; (3) doctors experienced a lack of information in the areas of SUD treatment possibilities and effectiveness; (4) the emotional and social intelligence of SUD patients was lower than that of the control group; (5) the EI un SI indicators had a statistically significant increase after six month past the treatment in the MP department, when compared to detoxification patients.

DARBĀ IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI

AA– Anonīmie Alkoholikļi (*Alcoholics Anonymous*)

AN– Anonīmie Narkomāni (*Narcotics Anonymous*)

AS– Anonīmie Spēlmaņi (*Gambler Anonymous*)

ASV– Amerikas Savienotās Valstis

EI– Emocionālais intelekts

EMCDDA– Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (*European Monitoring Centre of Drug and Drug Addiction*)

IeM– Iekšlietu ministrija

i/v– intravenozi

M– vidējais aritmētiskais (*Mean*)

MK– Ministru kabinets

MP– Minesotas programma

NVD– Nacionālais veselības dienests

PAV– psihoaktīvas vielas

PVA– psihoaktīvo vielu atkarība

PVO– Pasaules veselības organizācija

RPNC– Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs

s/c– subkutāni

SD– standartnovirze (*Standart Deviation*)

SI– Sociālais intelekts

SPKC– Slimību profilakses un kontroles centrs

SVA– Sabiedrības Veselības aģentūra

Tehnoloģijas– medicīniskās tehnoloģijas narkoloģijā

UNODC– Apvienoto Nāciju Narkotiku un Noziedzības birojs (*United Nations Office on Drugs and Crime*)

VEC– Veselības ekonomikas centrs

VNC– Veselības norēķinu centrs

VSIA– valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību

SATURS

ANOTĀCIJA	3
ABSTRACT.....	4
DARBĀ IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI.....	5
IEVADS	9
Pētījuma zinātniskā novitāte	11
Darba mērķis	11
Darba uzdevumi	12
Darba hipotēzes	12
Ētiskie apsvērumi	12
1. LITERATŪRAS APSKATS	14
1.1. Psihoaktīvo vielu atkarību epidemioloģija.....	14
1.1.1. Alkohola atkarības epidemioloģija	14
1.1.2. Narkotiku atkarības epidemioloģija.....	16
1.2. Psihoaktīvo vielu atkarību atšķirības pēc lietotās vielas	18
1.2.1. Alkohola radītie efekti un izraisītie traucējumi	18
1.2.2. Narkotiku radītie efekti un izraisītie traucējumi	20
1.3. Psihoaktīvo vielu atkarību atšķirības pēc dzimuma	22
1.4. Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vispārējs apraksts	24
1.5. Narkoloģiskās ārstēšanas metodes	28
1.5.1. Detoksikācija	30
1.5.2. Suģestiju izmantojošās metodes	30
1.5.3. Aizvietojošā terapija jeb ilgtermiņa farmakoterapija	35
1.5.4. Stacionārā izmantotās psihoterapeitiskās metodes (Minesotas programma un rehabilitācijas kopienas)	38

1.5.5. Ambulatori izmantotā individuālā un grupu psihoterapija un pašpalīdzības grupas	42
1.6. Narkoloģisko pacientu attieksme pret ārstēšanos	44
1.7. Psihoaktīvo vielu atkarību ārstēšana no ārstu viedokļa.....	46
1.8. Narkoloģisko pacientu psihosociālā funkcionēšana.....	48
1.8.1. Vispārējs psihoaktīvo vielu atkarīgo psihosociālais raksturojums	49
1.8.2. Emocionālais intelekts	53
1.8.3. Emocionālais intelekts un dzimumatšķirības.....	57
1.8.4. Emocionālais intelekts un psihoaktīvo vielu atkarības	58
1.8.5. Sociālais intelekts	61
1.8.6. Sociālais intelekts un psihoaktīvo vielu atkarības	64
2. PĒTĪJUMA MATERIĀLS UN METODES.....	68
2.1. Pirmais pētījuma posms– pilotpētījums	68
2.1.1. Pētījuma norises procedūra.....	68
2.1.2. Izmantotais instrumentārijs.....	69
2.1.3. Pētījuma dalībnieki	70
2.2. Otrais pētījuma posms– pamatpētījums.....	71
2.2.1. Pētījuma norises procedūra.....	71
2.2.2. Izmantotais instrumentārijs.....	74
2.2.3. Pētījuma dalībnieki	76
2.3. Statistiskā datu analīze	76
3. REZULTĀTI	77
3.1. Pētījumā iesaistīto ārstu aptauju izpētes rezultāti.....	77
3.1.1. Ārstu sociāldemogrāfiskie dati	77
3.1.2. Ārstu aptauju izpētes rezultāti pa specialitātēm un darba reģioniem	79

3.1.3. Ārstu viedoklis par trūkumiem narkoloģiskajā palīdzībā un nepieciešamiem uzlabojumiem	87
3.2. Pētījumā iesaistīto pacientu aptauju izpētes rezultāti.....	89
3.2.1. Pacientu sociāldemogrāfiskie dati	89
3.2.2. Pacientu dati saistībā ar psihoaktīvo vielu lietošanu	93
3.2.3. Dati par pacientu saņemtām narkoloģiskās palīdzības metodēm	95
3.2.4. Pacientu emocionālā intelekta rādītāji	97
3.2.5. Pacientu sociālā intelekta rādītāji	108
4. DISKUSIJA	115
4.1. Skatījums uz atkarību un ārstēšanas metodēm pēc ārstu aptauju datiem.....	116
4.2. Skatījums uz atkarību un ārstēšanas metodēm pēc pacientu aptauju datiem	124
4.3. Narkoloģisko pacientu emocionālais intelekts.....	125
4.4. Narkoloģisko pacientu sociālais intelekts	134
5. SECINĀJUMI.....	137
IZMANTOTIE AVOTI	139
PUBLIKĀCIJAS UN ZIŅOJUMI PAR PĒTĪJUMA TĒMU	170
PATEICĪBAS	175
PIELIKUMI	176

IEVADS

Psihoaktīvo vielu (alkohols, narkotikas, medikamenti) atkarības (PVA) ir aktuāla problēma sabiedrībai kopumā visā pasaulē. Alkohols ir trešais svarīgākais riska faktors Eiropas Savienībā starp 24 veselības riskiem aiz tabakas un paaugstināta asinsspiediena, kas izraisa saslimstību vai nāvi (Anderson et al., 2012). Alkohols, kā riska faktors, kas ietekmē slimību slogu, Latvijā ir 15,4%, savukārt pasaulē tas ir 4% (WHO, 2002; Rehm et al., 2009). Alkohola lietošana Latvijā un Baltijas valstīs ir plaši izplatīta (Ginter, Simko, 2010). Latvijā 2011.gadā iedzīvotāji vecumā no 15 līdz 64 gadiem alkoholu lietoja vidēji 54 dienas gadā un izdzēra 5,83 litrus absolūtā alkohola, savukārt, tikai alkoholu lietojošo vidū viens iedzīvotājs gadā izdzēra 6,82 litrus absolūtā alkohola (NVD, 2012).

Ne mazāk nopietna problēma Latvijā un Eiropā ir narkotiku izplatība. Pēc Eiropas narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (angl. – *European Monitoring Center of Drug and Drug Abuse, EMCDDA*) aprēķiniem Latvijā 210 tūkstoši iedzīvotāju ir lietojuši narkotikas, bet 2011.gada laikā tās lietojuši aptuveni 64 tūkstoši iedzīvotāju (EMCDDA, 2011). EMCDDA pētījumā (EMSDDA, 2010) par 2010.gada situāciju narkomānijas jomā Eiropā konstatēts, ka 4,7% Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem ilgstoši lieto "ecstasy". Savukārt amfetamīnu Latvijā vecuma grupā no 15 līdz 34 gadiem lieto 6,1% iedzīvotāju. Abi šie rādītāji ir ceturtie lielākie Eiropā.

Pēc Centrālās statistikas pārvaldes (CSP, 2011) un Slimību profilakses un kontroles centra datiem (SPKC, 2012a) pieauguši vairāki nozīmīgi ar alkohola un narkotiku lietošanu saistīti rādītāji, pat tie, kuriem iepriekšējos gados bija tendence samazināties (skat. 1.pielikumu). Atkarīgo ģimenēs arī pēcnācēji bieži vien kļūst atkarīgi (Johnson, Left, 1999; Lieberman, 2000). Tas neizbēgami atstās būtisku iespaidu uz Latvijas sabiedrības veselības stāvokli nākotnē, kā arī valsts turpmāko sociālekonomisko attīstību.

Atkarības problēma skar arvien jaunākus cilvēkus, sievietes, arī bērnus. Iespējams, tas ir saistīts arī ar narkoloģisko pakalpojumu pieejamības pasliktināšanos, ar ekonomiskās krīzes radītu cilvēku psihoemocionālo reakciju saasināšanos, depresivitāti, īpaši atkarības pacientu vidū, un pastiprinātu alkohola un narkotisko vielu lietošanu, kā arī ar palīdzības sniegšanas problēmām – ārstniecības iestāžu darba kvalitāti, problēmām atkarības diagnostikā, medicīnas darbinieku grūtībām saskarsmē ar atkarību pacientiem. Kā liecina

pētījumi, ārstiem ir grūtības kontaktēties ar atkarību pacientiem, kā arī izvēlēties piemērotas metodes atkarību ārstēšanai (Tang et al., 2005; Kelleher, Cotter, 2009). Kā norāda Vācijas pētnieki, tikai 5% PVA pacientu saņem atbilstošu, uz slimības biopsihosociālo būtību vērstu ārstēšanu (Heinz et al., 2003). Visbiežāk ārsti iesaka narkoloģiskiem pacientiem izmantot detoksikācijas metodi, kura neparedz tālāku psihoterapeitisku ārstēšanu, un lielākā daļa narkoloģisko pacientu PVA akūtā stāvoklī izmanto šo metodi, tālāk neturpinot ārstēties (Sudraba, Rancāns, Millere, 2010). Ņemot vērā slimības biopsihosociālo etioloģiju un ietekmi uz visām dzīves sfērām, kā arī pacientu personības īpatnības, slimnieku ārstēšanai un rehabilitācijai būtu nepieciešams ilgstošs laika posms un kombinēta ārstēšana, kas vērsta uz pacientu domāšanas un uzvedības mainīšanu, lai attīstītu pacientu psihosociālo funkcionēšanu un uzlabotu dzīves kvalitāti. Minesotas programma (MP) balstās uz slimības biopsihosociālo modeli un ietver intensīvu grupu psihoterapijas metodes izmantošanu ārstēšanas procesā. Tomēr Latvijā bieži vien tiek piedāvātas tādas palīdzības metodes, kas sola remisiju vienas dienas laikā un 1–2–5 gadu garantiju, kas liecina, ka ārsti noliedz slimības biopsihosociālo būtību. Viss iepriekš nosauktais rada nepieciešamību noskaidrot ārstu viedokli par narkoloģisko palīdzību, viņu pieredzi profesionālajā darbā, saskaroties ar PVA pacientiem, informētību par ārstēšanas metodēm narkoloģijā, to ieteikšanu pacientiem un iespējamo praktizēšanu savā darbā. Vienlaikus uz slimību un ārstēšanu ir svarīgi palūkoties ne tikai no ārstu, bet arī no pacientu viedokļa, tāpēc nozīmīgi ir izanalizēt pacientu pieredzi attiecībā uz narkoloģiskās palīdzības saņemšanu. Šādi pētījumi Latvijā līdz šim nav veikti, tomēr iepriekš rakstītais liecina par šādu pētījumu nepieciešamību.

Kopumā Latvijā netiek veikti plaši pētījumi par atkarības problēmām. Līdz šim veikti pētījumi, galvenokārt, par atkarības izplatību, bet nav veikti pētījumi par terapijas iespējām, to aspektiem ārstu un pacientu skatījumā, kā arī nav izvērtēta narkoloģisko pacientu psihosociālā funkcionēšana un tās dinamika saistībā ar narkoloģiskās palīdzības metodēm. Pētījumu rezultāti neatspoguļo PVA pacientu ārstēšanas metodes, to efektivitāti, pacientu dzīves kvalitātes izmaiņas pēc ārstēšanās, tāpēc tie nevar kalpot par bāzi turpmākai PVA pacientu ārstēšanas sistēmas pilnveidošanai.

Zinātniskajā literatūrā aprakstītas ne tikai PAV atkarību pacientu fiziskās veselības problēmas, bet arī radītie psihosociālie traucējumi (Hser et al., 2001; Miller, Hester, 2003;

Thorberg, Lyvers, 2006; Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006), kas apgrūtina pacientu ikdienas funkcionēšanu, saskarsmi ar apkārtējiem, sasniegumus dzīvē un darbā, izraisa grūtības adekvāti un kritiski uztvert savu saslimšanu un nepieciešamo ilgstošo ārstēšanos (Kernberg, Caligor, 2005; Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006; Lesch et al., 2011). Negatīva psihosociālā funkcionēšana rada pārmaiņas tādās cilvēka kompetencēs, kā emocionālais (Brackett et al., 2004; Kun, Demetrovics, 2010; Nehra et al., 2012) un sociālais intelekts (Scheier et al., 1999; Foran, O’Leary, 2008; Ham, Garcia, 2010; McCutcheon et al., 2011). Pētījumos ir atklāta cieša saistība ar PVA un emocionālā un sociālā intelekta pazemināšanos, līdz ar to atkarību pacientiem var būt pazeminātas spējas veidot konstruktīvas attiecības, pielāgoties mainīgām dzīves situācijām un saprast sevi. Kaut arī pasaulē par šiem psihosociālo spēju konstruktiem PAV atkarību pacientiem veikti plaši pētījumi, Latvijā tādi nav īstenoti, tāpēc būtu svarīgi noskaidrot PAV atkarību pacientu psihosociālās funkcionēšanas rādītājus. Pētījuma autorei nav izdevies atrast pētījumus, kuros emocionālais un sociālais intelekts atkarību pacientiem būtu pētīts vienlaicīgi, tātad šis pētījums būtu unikāls. Pie tam emocionālā un sociālā intelekta rādītāju salīdzinājums dinamiskā veiktā detoksikācijas kursa un MP pacientiem šo abu metožu atšķirīgo ārstēšanas fokusu dēļ.

Pētījuma zinātniskā novitāte

1. Pirmo reizi Latvijā veikts pētījums par ārstu pieredzi un viedokli par narkoloģisko palīdzību un par pacientu pieredzi izmantojamo narkoloģisko metožu ziņā.
2. Pirmo reizi Latvijā un pasaulē veikts pacientu psihosociālās funkcionēšanas rādītāju (emocionālā un sociālā intelekta) novērtējums PVA pacientiem, kā arī šo rādītāju izvērtējums dinamiskā pēc detoksikācijas kursa saņemšanas un ārstēšanas MP.

Darba mērķis

Izvērtēt un sistematizēt ārstu viedokli un pieredzi par narkoloģiskās palīdzības metodēm, pacientu izvēles attiecībā uz narkoloģisko palīdzību, kā arī pacientu emocionālā un sociālā

intelekta rādītāju izmaiņas dinamikā pēc detoksikācijas un Minesotas programmas saņemšanas.

Darba uzdevumi

1. Noskaidrot dažādos Latvijas reģionos strādājošu dažādu specialitāšu ārstu pieredzi un viedokli par narkoloģisko palīdzību, analizēt iegūtos datus.
2. Noskaidrot un analizēt narkoloģisko pacientu pieredzi attiecībā uz narkoloģiskās palīdzības metodēm, kā arī pašpalīdzības grupu un psihoterapijas apmeklēšanu.
3. Izmantojot Emocionālā intelekta un Sociālā intelekta aptauju, iegūt datus par psihosociālās funkcionēšanas spējām detoksikācijas un MP pacientiem dinamikā.

Darba hipotēzes

1. Ārstu informētība par narkoloģiskām palīdzības metodēm, šo metožu ieteikšana pacientiem un praktizēšana atšķiras dažādu specialitāšu ārstiem, strādājošiem dažādos Latvijas reģionos.
2. Aptaujātie pacienti biežāk izvēlas suģestīvās metodes un detoksikāciju, salīdzinot ar psihoterapeitiskās palīdzības metodēm.
3. Narkoloģisko pacientu emocionālā un sociālā intelekta rādītāji ir zemāki, salīdzinot ar kontrolgrupu.
4. Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības EI un SI rādītājos starp alkohola un narkotiku atkarīgiem un statistiski nozīmīgas izmaiņas dinamikā EI un SI rādītājos detoksikācijas kursa un MP pacientiem.

Ētiskie apsvērumi

Pozitīvu atzinumu par pētījuma sagatavošanu un izstrādi devusi Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komiteja (skat. 2. pielikumu).

Pirms iekļaušanas pētījumā pacienti tika iepazīstināti ar informāciju par pētījumu un brīvprātīgi apstiprināja piekrišanu dalībai tajā. Pētījuma gaitā tika saglabāta respondentu konfidencialitāte un anonimitāte. Atteikšanās no dalības pētījumā neietekmēja pacientu ārstēšanās gaitu un kvalitāti.

Promocijas darba struktūra

Promocijas darbs ir uzrakstīts latviešu valodā. Tam ir klasiska uzbūve, ietverot ievadu, literatūras apskatu, materiālu un metožu aprakstu, rezultātu daļu, diskusiju, secinājumus un literatūras avotu sarakstu – kopā 199 lappuses. Darba apjoms bez literatūras avotiem un pielikumiem ir 138 lappuses, pielikumi 24 lappuses. Promocijas darbā ievietotas 37 tabulas, 26 attēli, izmantoti 349 literatūras avoti.

1. LITERATŪRAS APSKATS

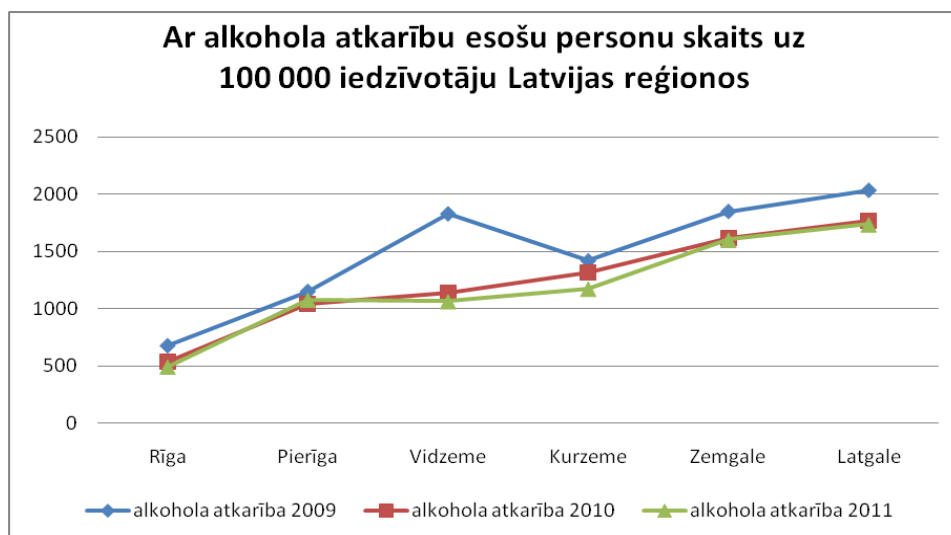
1.1. Psihoaktīvo vielu atkarību epidemioloģija

1.1.1. Alkohola atkarības epidemioloģija

Alkohola atkarība ir nopietna problēma gan pašam atkarīgajam, viņa tuviniekiem, gan sabiedrībai kopumā. Lielāks riskantas alkohola lietošanas īpatsvars ir iedzīvotājiem vecumā no 25 līdz 54 gadiem (46–48%), salīdzinot ar jaunākiem (42%) vai vecākiem (32%) respondentiem (NVD, 2012). Iepriekšējos pētījumos ir konstatēts, ka vīrieši alkoholu lieto biežāk (Anderson, Baumberg, 2006; Wilsnack et al., 2009) un lielākos daudzumos (Leon et al., 2009) nekā sievietes. Arī Latvijā konstatētas izteiktas dzimumatšķirības alkohola lietošanā – alkoholu lietojošais vīrietis vidēji gada laikā izdzer 11,4 litrus absolūtā alkohola, savukārt sieviete – 2,4 litrus absolūtā alkohola. Pie tam vīriešu vidū riskanta alkohola lietošana (60 un vairāk gramu absolūtā alkohola vienā iedzeršanas reizē) 2011.gada laikā ir bijusi 62%, turpretī sievietēm – 26% (NVD, 2012). Pētījumi liecina, ka sievietes uzsāk alkohola lietošanu vēlāk nekā vīrieši (Keyes et al., 2010), tomēr dažu pētījumu dati liecina par pretējo (Zilberman et al., 2003). NVD (2012) dati rāda, ka pastāv alkohola lietošanas atšķirības ne tikai dzimumu, bet arī reģionu griezumā. Riskanta alkohola lietošana vairāk raksturīga Latgalē, Kurzemē un Rīgā dzīvojošiem, salīdzinot ar Pierīgas un Zemgales iedzīvotājiem. Kaut arī vīrieši agrākā dzīves posmā uzsāk alkohola lietošanu un lieto to biežāk, sievietes arvien vairāk lieto alkoholu un kļūst atkarīgas arvien jaunākā vecumā (Osis, 2006; Keyes et al., 2008; Keyes et al., 2010).

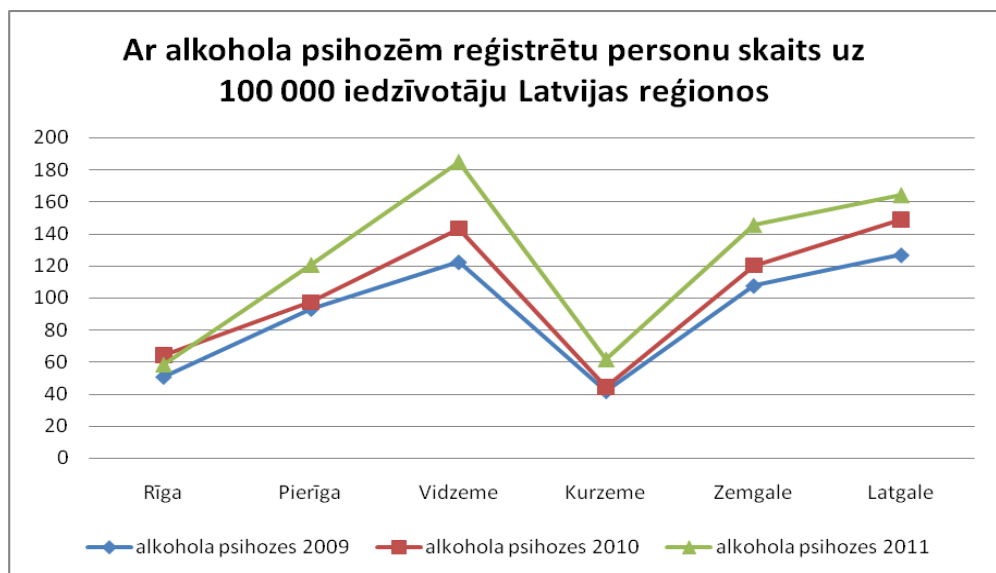
Alkohola atkarība ir viens no rādītājiem, ko izmanto, lai identificētu alkoholu pārmērīgi lietojošo īpatsvaru sabiedrībā, kā arī ar alkohola lietošanu saistīto problēmu apjomu valstī. Kā liecina Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) dati un Veselības ekonomikas centra (VEC) „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas” (turpmāk– Reģistrs) dati, 2011.gada beigās ar alkohola atkarības (F10.2,3 pēc SSK–10) diagnozi uzskaitē atradās 21887 personas (1072 uz 100 000 iedzīvotāju), tai skaitā 4756 sievietes jeb 21,7%. Salīdzinot ar 2009. un 2010. gadu, uzskaitē esošo alkohola atkarības pacientu skaits ir samazinājies (2010.–24 988 personas jeb 1121 uz 100 000 iedzīvotāju;

2009.– 30103 personas jeb 1335 uz 100 000 iedzīvotāju). Redzams, ka visvairāk samazinājies uzskaitē esošo personu skaits Vidzemes reģionā, pārējos reģionos šis samazinājums noticis diezgan līdzīgi (skat. 1.1. att.).



1.1. att. Ar alkohola atkarības diagnozi Reģistra uzskaitē esošas personas dažādos Latvijas reģionos, salīdzinot 2009., 2010. un 2011. gada datus

Toties ir pieaudzis ar alkohola psihozi (F10.4–9) reģistrēto pacientu skaits, un 2011.gadā tie bija 2260 jeb 111 uz 100 000 iedzīvotāju (salīdzinot ar 2010.– 2151 jeb 97 uz 100 000 iedzīvotāju; 2009.– 1885 un 84 uz 100 000 iedzīvotāju) (VEC, 2010a; SPKC, 2012b). Lielāko daļu no uzskaitē esošām personām veido personas vecuma grupā no 30 līdz 49 gadiem.



1.2. att. Ar alkohola psihozēm Reģistra uzskaitē reģistrēto personu skaits dažādos Latvijas reģionos, salīdzinot 2009., 2010. un 2011.gada datus

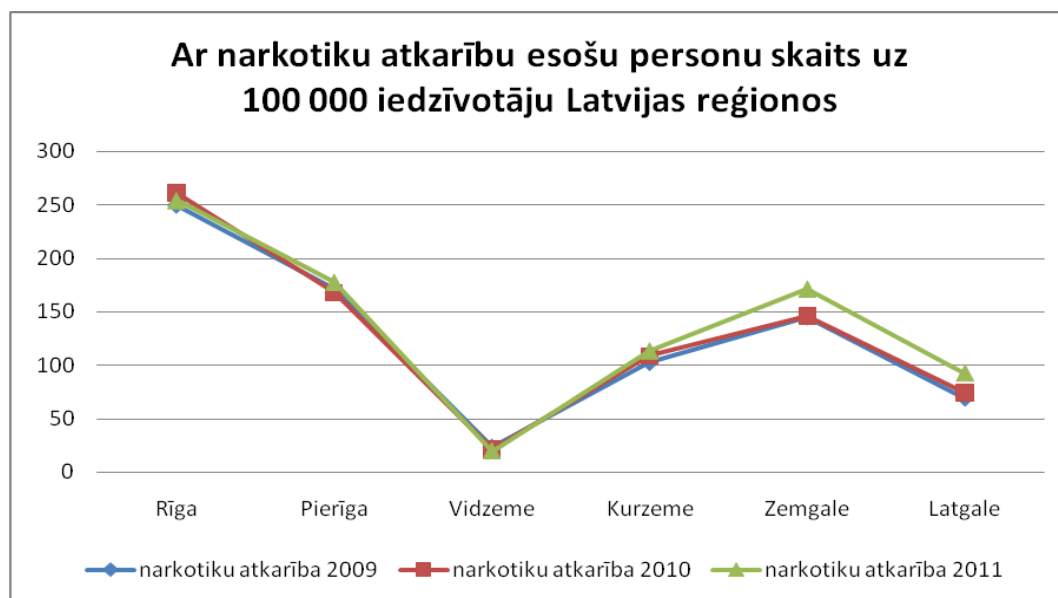
Pie tam atšķiras ar atkarību un ar psihozēm uzskaitē esošu personu sadalījums pa reģioniem (skat. 1.2. attēlu). Redzams arī, ka Latgalē un Zemgalē alkohola atkarīgo personu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem ir krietni augstāks nekā citos reģionos. Tai pat laikā pieaudzis ar psihozi reģistrēto pacientu skaits visos reģionos, īpaši, Vidzemē un Latgalē (1.2.att.).

1.1.2. Narkotiku atkarības epidemioloģija

Pēc NVD (2012) datiem visbiežāk narkotikas pamēģinājuši un lieto Rīgas iedzīvotāji (24% iedzīvotāju 15–64 gadu vecumā). Vīrieši narkotikas pamēģinājuši gandrīz trīs reizes biežāk (21%) nekā sievietes (8%). Visbiežāk tie ir jauni cilvēki. 15–34 gadu vecumā 23% ir pamēģinājuši lietot narkotikas. 35 un vairāk gadu vecumā narkotiku lietošana ir retums (8% pamēģinājuši narkotikas) (NVD, 2012).

Ar narkotisko vielu atkarības diagnozēm (F11–19.2–9) Reģistra uzskaitē (VEC, 2010a) 2011.gada beigās bija 3390 personas (166/100 000), no tām 728 sievietes jeb 21%. Salīdzinot ar 2010. un 2009.gadu (attiecīgi –3538 personas, 159/100 000; 3468

personas, 154/100 000), uzskaitē esošo narkotiku atkarības pacientu absolūtais skaits ir samazinājies, bet ir palielinājusies incidence. Skatoties sadalījumu reģionos (1.3. attēls), atšķirības gadu griezumā ir nelielas.



1.3. att. Ar psihoaktīvo vielu, izņemot alkoholu, atkarības diagnozi Reģistra uzskaitē esošās personas dažādos Latvijas reģionos, salīdzinot 2009., 2010. un 2011.gada datus

Lielāko daļu (1701) no uzskaitē esošiem sastāda personas ar opioīdu atkarību, no kuriem 348 ir sievietes (20,5%). Nozīmīga daļa (59,6%) uzskaitē esošo personu ir daudzu narkotisku un psihoaktīvu vielu atkarību (F19. 2–9) – 1014 personas, no kurām 189 (18,6%) ir sievietes (SPKC, 2012b). Veicot pētījumu analīzi un aprēķinus, kas balstīti uz vairāku gadu laikā veiktiem kohortas pētījumiem, VEC pētnieks M. Trapencieris secinājis, ka Latvijā varētu būt 19706 – 24130 problemātisko narkotiku lietotāju¹, no kuriem 9853 – 12065 dzīvo Rīgā (EMCDDA, VEC, 2010).

Narkotiku lietošanas risks ir lielāks personām ar zemāku izglītības līmeni, zemiem ienākumiem, bezdarbu, zemāku apmierinātību ar dzīvi un degradētām attiecībām (Lee, Pang, 2008; Fergusson, Boden, 2008). Sievietēm ar PVA un līdzīgu izglītības līmeni kā vīriešiem nodarbinātības līmenis ir zemāks. Nav dzimuma atšķirību PAV lietošanas

¹Tās personas, kas izmanto dažādus ārstniecības, juridiskos, neatliekamās palīdzības un sociālos pakalpojumus, kas nepieciešami narkotisko vielu lietošanas seku mazināšanai.

uzsākšanas vecuma ziņā (Hernandez-Avila et al., 2004). Gados jauni respondenti (līdz 44g.) biežāk atbilst narkotiku atkarības kritērijiem, un vīrieši trīs reizes biežāk nekā sievietes ir narkotiku atkarīgi (Teesson et al., 2006; Fergusson, Horwood, 2000; Ogborne, Smart, 2000). Sievietes atšķiras no vīriešiem ar to, ka viņām ir mazāks ļaunprātīgas narkotiku lietošanas ilgums, un retāk ir diagnosticēta vairāku narkotisko vielu atkarība, salīdzinot ar vīriešiem. Kaut arī narkotiku lietošanas traucējumi ir mazāk izplatīti sievietēm, tomēr smaguma ziņā tie ir pietiekami smagi un negatīvi ietekmē sieviešu dzīvi. Sievietēm vairāk attīstās kokaīna, halucinogēnu atkarība, bet vīriešiem – marihuānas atkarība, vienlīdz vienādi – amfetamīna atkarība (Holdcraft, Iacono, 2004).

Apkopojot iepriekšminēto informāciju, redzams, ka pastāv dzimumatšķirības alkohola lietošanas uzsākšanā, lietošanas daudzumā un ilgumā. Pastāv arī alkohola lietošanas atšķirības reģionu ziņā. Samazinās uzskaitē esošo alkohola atkarības personu skaits, bet pieaug alkohola psihožu gadījumu skaits, pie tam visos Latvijas reģionos, izņemot Rīgu. Lielāko daļu no uzskaitē esošiem pacientiem veido indivīdi darba spējīgā vecumā. Piektā daļa no alkohola un narkotiku atkarīgiem ir sievietes. Palielinās narkotiku atkarīgo incidence. Gandrīz 60% no narkotiku atkarīgiem veido personas ar daudzu narkotisko vielu atkarības diagnozi.

1.2. Psihoaktīvo vielu atkarību atšķirības pēc lietotās vielas

1.2.1. Alkohola radītie efekti un izraisītie traucējumi

Nesen Lielbritānijā veiktais pētījums, kurā tika klasificētas psihoaktīvās vielas pēc to kaitējuma rādītājiem, uzrādīja alkoholu kā viskaitīgāko gan pašam lietotājam, gan citiem cilvēkiem (Nutt et al., 2010). Alkohols ir toksiska viela, kas izraisa vai sekmē vairāk nekā 60 dažādu slimību ar īstermiņa un ilgtermiņa sekām (Anderson, Baumberg, 2006; WHO, 2004; Stirna, 2008; Osis, 2006), piemēram, epilepsiju, cukura diabētu, gastrointestinālas saslimšanas (akūts, hronisks pankreatīts, barības vada varikozes, aknu ciroze), ļaundabīgos audzējus (mutes, rīkles, barības vada, aknu, balsenes, plaušu), kardiovaskulāras saslimšanas (hipertensiju, kardiomiopātiju, aritmiju, infarktu), prenatalā perioda

traucējumus (spontānus abortus, zemu jaunpiedzimušā svaru, intrauterīnās attīstības aizturi, priekšlaicīgas dzemdības) u.c. (skat. 3. un 4. pielikumu). Tātad praktiski visu specialitāšu ārstiem pastāv liela iespējamība sastapt PVA pacientus ikdienas darbā. Turklāt alkohola reibumā pastāv paaugstināta varbūtība iesaistīties seksuālās attiecībās, riskējot iegūt nevēlamu grūtniecību, seksuāli transmisīvās saskrimšanas, ieskaitot HIV/AIDS (Rice, Dolgin, 2008), kā arī iesaistīties impulsīvās, savu un citu cilvēku veselību un dzīvību apdraudošās darbībās (Donald et al., 2007), kas var novest pie likumpārkāpumiem vai pat nāves.

Smadzenes ir viens no galvenajiem alkohola iedarbības mērķa orgāniem. Alkohola lietošana var novest pie izmaiņām smadzeņu struktūrās un funkcijās, dažos gadījumos – pie neirodeģenerācijas. Kā norādīts pārskata rakstā, alkohola lietošanas visbojājošākās sekas ir alkohola atkarība un kognitīvais deficīts (Alfonso-Loeches, Guerri, 2011). Klīniskie un eksperimentālie pētījumi (Crego et al., 2009; Ceccarelli et al., 2007; Crews et al., 2007) ir pierādījuši, ka smadzenes attīstības periodā ir īpaši jutīgas un neaizsargātas pret alkohola iedarbību. Grūtniecības laikā mātes alkohola lietošana var novest pie bērna fiziskiem, mācīšanās un uzvedības defektiem (fetālie alkohola spektra traucējumiem), no kuriem visdramatiskākais ir fetālais alkohola sindroms (Sokol et al., 2003). Smaga prenatalā alkohola iedarbība saistīta ar neiropsiholoģisku deficītu bērnam vairākās jomās, ieskaitot vispārējā intelekta, atmiņas, valodas, uzvedības, mācīšanās, vizuāli telpiskās uztveres, motoro prasmju, sociālo un adaptīvo funkcionēšanu (Alfonso-Loeches, Guerri, 2011), bet uzmanības deficīta hiperaktivitātes traucējumi (angl. – *attention deficit hyperactivity disorder, ADHD*) ir visbiežāk diagnosticētā komorbidā saslimšana alkohola ietekmētiem bērniem (Fryer et al., 2007). Latvijā šī problēma var pastiprināties, ņemot vērā iepriekš minētos datus par alkoholu ļaunprātīgi kaitējoši lietojošo sieviešu īpatsvara pieaugumu. Veiktie pētījumi (Gogtay et al., 2004; Crews et al., 2007) liecina, ka pusaudžu vecums ir smadzeņu nobriešanas laiks, un alkohola lietošana šajā periodā var būtiski negatīvi ietekmēt smadzeņu struktūras un funkcijas, izraisot nozīmīgas īstermiņa vai ilgtermiņa kognitīvās vai uzvedības konsekvences. Pie tam pastāv dzimumatšķirības alkohola ietekmē uz pusaudžiem. Pusaudzes ir mazāk aizsargātas pret alkohola ietekmi nekā pusaudži; pusaudzēm pastāv lielāka iespējamība, ka notiek frontālās daivas pelēkās vielas samazinājums, salīdzinot ar pusaudžiem (Spear, 2002). Alkohola ietekme uz visām

smadzeņu struktūrām nav vienāda, daži smadzeņu apgabali ir neaizsargātāki nekā citi. Prefrontālā garoza, hipokamps, smadzenītes, baltās vielas un glijas šūnas ir sevišķi jūtīgas pret alkohola iedarbību (Coles et al., 2010). Hipokamps saistīts ar mācīšanās un atmiņas funkciju, ir konstatēts, ka šī smadzeņu struktūra ir mazāka tiem pusaudžiem, kuri agrākā vecumā sākuši lietot alkoholu (Nagel et al., 2005). Pēcnāves pētījumos ar alkohola atkarīgo cilvēku smadzenēm ir pierādīts, ka atkarīgiem ir samazināts smadzeņu svars un tilpums, galvenokārt uz baltās vielas zuduma fona, īpaši frontālajā daivā, salīdzinot ar alkohola neatkarīgu cilvēku smadzenēm (Alfonso-Loeches, Guerri, 2011). Ar alkohola lietošanu saistītie aknu darbības traucējumi un tiamīna deficīts, ietekmē smadzeņu bojājumus un kognitīvo disfunkciju, veicinot, piemēram, Vernikes encefalopātiju, Vernikes-Korsakova sindromu, Korsakova psihozes un citu traucējumu rašanos (Harper, 2009), bet neuroiekaisuma attīstība, savukārt, sekmē Parkinsona vai Alcheimera slimības attīstību (Glass et al., 2010).

1.2.2. Narkotiku radītie efekti un izraisītie traucējumi

Narkotisko vielu lietošana rada nozīmīgus veselības traucējumus (skat.4.pielikumu). Literatūras pārskatā (Degenhardt, Hall, 2012) minēts, ka daudzos pētījumos konstatē sakarību starp nelegālo narkotiku lietošanu (īpaši amfetamīna, heroīna, kokaīna) un veselības problēmām, invaliditāti, kā arī priekšlaicīgas nāves gadījumu skaitu. Citu pētnieku veiktais literatūras pārskats (Gillet et al., 2001) liecina par narkotisko vielu lietošanas saistību ar agresivitāti, kokaīna lietošanas saistību ar agresīvu uzvedību, un to apliecina vielas iedarbība uz CNS. Hroniska kokaīna lietošana izraisa „limbisko diskontroles sindromu”, kas balstās uz limbiskās sistēmas struktūru darbības izmaiņām. Tai pat laikā nav pierādījumu par cēloņsakarību starp kaņepju, *ecstasy* lietošanu un agresīvu uzvedību, jo kaņepju lietotāji meklē eiforisko un relaksējošo efektu. Agresija kaņepju lietotājiem novērojama, kombinējot lietošanu ar citām vielām vai predisponētiem indivīdiem. Citā pētījumā autori norāda, ka kaņepju lietošana saistīta ar psihotiskiem traucējumiem, bet nav saistīta ar trauksmi un depresiju (Chen, Lin, 2009), var provocēt šizofrēnijas attīstību vai arī šizofrēnijas gadījumā kaņepju lietošana ir kā pašārstēšanās

veids (MacLeod et al., 2004; Degenhardt, Hall, 2012). Cits autors savukārt literatūras apskatā norāda, ka kaņepju lietošana var izraisīt abstinences sindromu, kas iekļauj trauksmi, miegainību, apetītes zudumu un depresiju (Hall, 2006). Risks saslimt ar marihuānas atkarību nav liels – apmēram katram desmitajam lietotājam, tomēr tas palielinās, ja indivīdam ir bijušas uzvedības problēmas bērnībā un pusaudža gados, mazāki akadēmiskie sasniegumi, distress, nespēja adaptēties, sliktas attiecības ar vecākiem, kā arī vecāki ir alkohola vai narkotiku lietotāji. Marihuānas hroniska lietošana saistīta ar amotivācijas sindromu, kas ietver apātiju, efektivitātes zudumu, samazinās spējas realizēt sarežģītus vai ilgstošus plānus, mazinās koncentrēšanās spēja, grūtības sekot rutīnai (WHO, Lexicon). Pētījumi (Morral et al., 2002; Wagner, Anthony, 2002; Lynskey et al., 2003) norāda, ka marihuāna ir „vārti” uz citu narkotiku lietošanu, un regulārie marihuānas lietotāji turpina lietot citas narkotikas, piemēram, kokaīnu vai heroīnu. Marihuāna, kokaīns un heroīns iedarbojas uz *nucleus accumbens* dopamīnerģisko atlīdzības centru (Hall, 2006). Marihuānas lietošana pasliktina sekmes, palielina risku pārtraukt izglītošanos un otrādi – zemas sekmes var būt riska faktors marihuānas lietošanai (Hall, 2006). *Ecstasy* lietošana var izmainīt neironu funkcionēšanu cilvēka CNS, radot psihiatriskus traucējumus. Longitudinālo pētījumu sērija atklāj ilgstošas marihuānas un kokaīna lietošanas nelabvēlīgo ietekmi grūtniecības laikā uz bērna fizisko, kognitīvo un valodas attīstību (Chen, Lin, 2009). Heroīna lietotājiem ir lielāks pārsvars A, B, C hepatīta koinfekciju (Chen, Lin, 2009). Amfetamīna, metamfetamīna un *ecstasy* lietotājiem ir liels risks saslimt ar Parkinsona slimību (Büttner, 2011). Amfetamīna hroniskas lietošanas gadījumā rodas personības un uzvedības izmaiņas, piemēram, impulsivitāte, agresivitāte, uzbudināmība, aizdomīgums (WHO, 2004). Kā secina Krievijā veikti pētījumi (Рохлина, Козлов, 2001), narkotiku atkarīgiem, neatkarīgi no narkotiskās vielas veida, narkotizācijas dēļ nonivelējas individuālās rakstura iezīmes, atkarīgie kļūst līdzīgi viens otram, viņiem formējas savdabīgs narkomāniskais defekts. Tam ir raksturīgi pieaugoši afektīvie traucējumi ar disforisku vai apātiski-abulisku depresiju; afektīva labilitāte; histērisku uzbudinājuma reaģēšanas formu pārsvars; psihosociāla disfunkcija ar pakāpenisku interešu zudumu; gribas sfēras traucējumi, tai skaitā, seksuāls neizvēlīgums; morāli ētiskās sfēras izteikts pazeminājums; tranzistora rakstura intelektuāli mnestiskie traucējumi (Рохлина, Козлов, 2001).

Vājas kognitīvās spējas un nelabvēlīgas personības iezīmes, iespējams, traucē efektīvu sociālo prasmju attīstību problēmu risināšanā. Piemēram, impulsivitāte, īpaši savienojumā ar zemu intelektu un zemām verbālām iemaņām, var radīt šķēršļus efektīvu problēmu risināšanas iemaņu attīstīšanā. Savukārt, sociālo problēmu risināšanas prasmju deficīts rada un pastiprina sociālās problēmas. Tas var atspoguļoties pacientu emocionālā intelekta Problēmu risināšanas, Impulsu kontroles, Starppersonu attiecību un Stresa tolerances skalu rādītājos, kā arī Sociālā intelekta Sociālo prasmju faktora rādītājos.

Apkopojot informāciju, redzams, ka alkohola un narkotiku lietošana būtiski ietekmē smadzeņu darbību, atstājot negatīvas sekas uz indivīda dzīvi, funkcionēšanu ģimenē un sabiedrībā, kas var atspoguļoties personas psihosociālās funkcionēšanas (emocionālā un sociālā intelekta) rādītājos. Par atkarīgu personu psihosociālo funkcionēšanu detalizētāk skat. 1.8. apakšnodaļā.

1.3. Psihoaktīvo vielu atkarību atšķirības pēc dzimuma

Veicot pētījumus par atkarībām, jāņem vērā, ka sievietēm un vīriešiem ir vērojamas atšķirības alkoholisma un narkomānijas norisē. Narkotiku lietošanas līmenis augstāks ir vīriešiem, salīdzinot ar sievietēm (Fergusson, Horwood, 2000; Ogborne, Smart, 2000; Teesson et al., 2006). Narkotiku atkarība rada traucējumus gan personu fiziskajā, gan psihiskajā veselībā, radot sociālas un attiecību problēmas (Haug et al., 2005). Autori (Hernandez-Avila et al., 2004) secina, ka kaut arī narkotiku un alkohola atkarības smagums neatšķiras pēc dzimuma, sievietes tomēr ziņo par smagākām psihiatriskām, medicīniskām un nodarbinātības komplikācijām. Autori (Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006) pārskata visbiežāk pētītos bioloģiskos un psihosociālos faktorus, kuriem var būt kāda nozīme dzimumu atšķirībās attiecībā uz alkohola lietošanu un ar to saistītām problēmām. Starp bioloģiskiem faktoriem, sievietēm ir mazāks ģenētiskais risks iegūt alkohola atkarību un lielāka tendence ciest no alkohola lietošanas negatīvām bioloģiskām konsekvencēm, salīdzinot ar vīriešiem. Attiecībā uz psihosociāliem faktoriem, vīrieši biežāk nekā sievietes uzrāda noteiktus alkohola lietošanas un radīto problēmu riska faktorus (vājāka reakcija un uztvere attiecībā uz sociālām sankcijām par dzeršanu,

pozitīvas gaidas no alkohola lietošanas, tādas personības iezīmes kā, piemēram, impulsivitāte) un viņiem ir mazāk aizsargfaktoru (Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006).

Vīriešiem līdz 20 gadu vecumam alkoholisms var noritēt slēpti un parādīties tikai pēc 30 gadu vecuma, sievietēm, savukārt, raksturīgs vēlāks sākums (Kaplan et al., 2007; Osis, 2006; Keyes et al., 2010). Vīriešiem spontānās remisijas iespējamās ap 50-60 gadiem, sievietēm šādas remisijas ir ļoti reti (Kaplan et al., 2007; Osis, 2006). Sievietēm parādās somatiski traucējumi jau pēc dažiem ļaunprātīgas lietošanas gadiem, kamēr vīriešiem neparādās pat pēc desmit gadu ļaunprātīgas lietošanas (Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006; Lesch et al., 2011). Pētījumi ziņo, ka sievietēm ar alkohola atkarību ir vairāk medicīnisku problēmu nekā vīriešiem, ieskaitot lielāku kopējo mirstību (Walter et al., 2003; Batty et al., 2009), aknu cirozi, aknu, krūts vēzi (Diehl, 2002; Key et al., 2006; Horie et al., 2012), miokarda infarktu (Key et al., 2006) un neiroloģiskus traucējumus (Hommer et al., 2001). Alkohola atkarīgas sievietes biežāk ir nomāktas, vairāk lieto psihoaktīvās vielas un vairāk pauž ar ģimeni saistītās problēmas nekā alkoholiskie vīrieši (Walter et al., 2003). Sievietēm ātrāk parādās smadzeņu atrofija nekā vīriešiem (Hommer et al., 2001; Mann et al., 2005; Maurage et al., 2008). Tomēr daži pētījumi (Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006) par alkohola lietošanu un problēmām ir parādījuši daudz biežākus alkohola lietošanas traucējumus vīriešiem, salīdzinot ar sievietēm.

Pētījumi rāda, ka respondentu biežāk atzīmētās sekas ir attiecību, veselības un finansiālā jomā (Plant et al., 2009; NVD, 2012). Biežāk sekas uzrāda personas ar zemāku izglītības līmeni (Grittner et al., 2012). Pie tam vīrieši vienlīdz bieži ziņo par internālām un eksternālām problēmām, kamēr sievietes biežāk norāda uz eksternālām problēmām. NVD dati rāda, ka alkohola lietošanas radītās problēmas vīriešu vidū ir biežāk izplatītas nekā sieviešu vidū – ar vismaz vienu problēmu pēdējo 12 mēnešu laikā saskārušies attiecīgi 40% vīriešu un 16% sieviešu (NVD, 2012). Savukārt, autori (Hernandez-Avila et al., 2004) norāda, ka sievietēm bijušas smagākas sekas nekā vīriešiem veselības un nodarbinātības jomā.

Nemot vērā to, ka pastāv atšķirības dzimumu ziņā, arī, ārstējot pacientus, būtu jāvērs uzmanība iepriekš nosauktajam, respektīvi, nepieciešams izglītēt pacientus, lai mazinātu viņu ierasto eksternālo iemeslu vainošanu savās ar atkarību saistītajās problēmās, ļautu viņiem atpazīt savas uzvedības negatīvos, atkarību pastiprinošos paternus, būtu

jāpievērš lielāka uzmanība veselības problēmām, kā arī svarīgi būtu nepalaist garām šo saistību.

1.4. Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vispārējs apraksts

Atkarība ir hroniska, bieži recidivējoša saslimšana (McLellan et al., 2000; Van den Brink et al., 2003). Taču atkarību ārstēšana bieži vien notiek tā, it kā tā būtu akūta saslimšana (McLellan et al., 2000). Medicīnā tiek piedāvātas daudzas ārstēšanas metodes, kuras nav apstiprinātas randomizētos pētījumos (Steinberg, Luce, 2005).

Latvijā narkoloģisko slimnieku ārstēšanu nosaka Ārstniecības likuma 10. nodaļas „Alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības slimību ārstniecība” 61. – 64. pants (Ārstniecības likums) un 2012. gada 24. janvāra Ministru kabineta noteikumi Nr. 70 „Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība” (MK noteikumi). Minētie normatīvie akti nosaka, ka pacienti jāārstē saskaņā ar apstiprinātām medicīniskām tehnoloģijām. Detalizētāks Latvijā lietoto metožu apraksts sekos 1.5. nodaļā „Narkoloģiskās ārstēšanas metodes”.

MK noteikumos ir aprakstīta ambulatora un stacionāra ārstēšana. Ambulatorā ārstēšana tiek veikta 2 etapos: (1) akūto psihopatoloģisko un neiroloģisko traucējumu ārstēšana (detoksikācija) un (2) ja pacientam nav nepieciešama detoksikācija, ārstēšanu uzsāk ar uzturošo terapiju, izmantojot psihoterapeitiskas un medikamentozas ārstēšanas metodes. MK noteikumos no 30 punktiem par ambulatoro ārstēšanu, 20 punkti tiek veltīti ilgtermiņa farmakoterapijas aprakstam, nepieskaroties nevienai citai medicīniskai tehnoloģijai narkoloģijā, neskatoties uz to, ka valstī uz 2011. gada beigām bija 25277 PAV atkarīgas personas, no kurām 1701 (6,7%) bija opioīdu atkarīgas, uz kurām attiecas ilgtermiņa farmakoterapija, pie tam 2011. gadā to izmantoja 277 pacienti (SPKC, 2012b) – tas ir 1,1% no visiem PAV atkarīgajiem un 16,3% no opioīdu atkarīgajiem.

Stacionārai ārstēšanai ir atvēlēti 4 punkti un rehabilitācijai – 2, nosakot, ka narkoloģiskā ārstēšana stacionārajā ārstniecības iestādē notiek, izmantojot apstiprinātās medicīnas tehnoloģijas, un ietver šādus ārstēšanas posmus: (1) psihopatoloģisko,

neiroloģisko un somatisko traucējumu ārstēšanu (detoksikāciju) un (2) ārstēšanu psihoterapeitiskajās programmās (MK Noteikumi).

Alkoholisma un narkomānijas slimnieku ārstēšana Latvijā notiek labprātīgi un pēc viņu vēlēšanās narkoloģiskajās ārstniecības iestādēs. Tomēr ir izdarīti vairāki grozījumi Krimināllikuma 55.pantā (Krimināllikums), kas paredz, ka tiesa ar notiesātā piekrišanu var uzlikt likumpārkāpējam par pienākumu ārstēties no alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu atkarības, ja noziegums izdarīts PAV iespaidā. Ārstniecības likuma izmaiņas paredz, ka var tikt pielietoti piespiedu līdzekļi, ja cilvēks apdraud sevi, tuvākos cilvēkus vai sabiedrību kopumā.

Ambulatoros narkoloģiskās palīdzības pakalpojumus 2010.gadā par valsts budžeta līdzekļiem sniedza 55 ārsti un 38 ambulatorās ārstniecības iestādes, kurām bija līgumi ar Veselības norēķinu centru (VNC), un tie ir pieejami visos Latvijas reģionos. Valsts apmaksāto stacionāro narkoloģisko pakalpojumu minimumu (neatliekamo un plānveida palīdzību) pacienti var saņemt 4 narkoloģiskajās slimnīcās (Rīgā, Jelgavā, Daugavpilī, Straupē) un 3 slimnīcu narkoloģiskajās nodaļās (Liepājā, Rēzeknē, Rīgā). 2011. gadā valstī vidējais narkoloģiskā profila gultu skaits bija 261, tas samazinājies par 89 gultām, salīdzinot ar 2009. gadu, kad vidējais gultu skaits bija 350 (VEC, 2010b; NVD, 2011; SPKC, 2012c). Valsts statistikas pārskata informācija liecina, ka stacionāros ar narkoloģiskā profila gultām ar alkohola atkarības diagnozi 2011.gadā kopā bija ārstējušies 6701 pacients, no tiem 1172 sievietes jeb 17%; ar alkohola psihozēm – attiecīgi 1902 un 322. Ar PAV, izņemot alkoholu, diagnozi stacionāros ārstējušies 407 pacienti (107 sieviete) (SPKC, 2012b). Ar alkohola akūtas intoksikācijas un kaitējoši pārmērīgas lietošanas (F10. 0-1) diagnozi stacionēti bija 6503 pacienti (984 sievietes). Ar narkotiku akūtas intoksikācijas un kaitējoši pārmērīgas lietošanas (F11.-19. 0-1) diagnozi stacionēti bija 226 pacienti (66 sievietes).

Valstī ierobežota finansējuma apstākļos pamatā narkoloģiskā profila stacionārās gultās tiek nodrošināta detoksikācija (EMCDDA, NVD, 2011). Narkoloģiskiem pacientiem atrodies stacionārā vidēji 4,4 dienas (NVD, 2010b), pastāv liels slimības recidīvu risks, un pašreiz pastāvošā ambulatorā aprūpes sistēma nevar piedāvāt pacientam adekvātu turpmāko terapiju, nodrošinot kvalitatīvu recidīva novēršanas programmu. Saīsinoties ārstēšanās laikam, pacienti pēc paātrinātas izrakstīšanas no stacionāra un

nesaņemot nepieciešamo psihoterapijas programmu, biežāk atkārtoti atgriežas akūtās narkoloģiskās palīdzības (detoksikācijas) nodaļās, pat vairākas reizes gadā (IeM, 2011). Narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšana Latvijā pamatā vērsta uz ārstēšanas jēdzienu šaurākā izpratnē, nevis kā tas ir pieņemts citās ES dalībvalstīs. Pēc citās ES dalībvalstīs pieņemtās definīcijas ārstniecība ietver sevī strukturētas intervences, izmantojot specifiskas medicīniskas un/vai psihosociālas tehnikas (IeM, 2011).

Narkoloģisko pacientu aprūpes uzlabošanai tiek izstrādātas arvien jaunas programmas un projekti Eiropas Savienībā, tai skaitā arī Latvijā. Latvijas MK 2005.gadā apstiprināja „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programmu 2005. – 2008. gadam” (turpmāk – Valsts programma). Tā paredzēja globālu starpnozaru integrētu un līdzsvarotu stratēģiju narkotisko un psihotropo vielu piedāvājuma un pieprasījuma samazināšanai, pilnveidojot rehabilitācijas programmas un to pieejamību (tajā skaitā ieslodzījuma vietās), starpnozaru un biopsihosociālās (uz bioloģisko, psiholoģisko un sociālo seku vienlaicīgu novēršanu orientētas) ārstniecības pieeju, kā arī izstrādāt un paplašināt dažādas alternatīvas (it īpaši narkomānijas izraisīto sociālo un bioloģisko seku mazināšanas) programmas (MK, 2005). Kaut arī kā politisks dokuments līdz 2008.gadam darbojās Valsts programma, tomēr par prioritāru politikas plānošanas dokumentu faktiski tika izmantots „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plāns 2005.–2010.gadam”², kurā, savukārt, atsevišķi nebija iezīmēta narkoloģisko dienestu attīstība (IeM, 2011). Latvijā programma netika un arī netiek īstenota. Atšķirīgas attīstības programmas, atšķirīgi norādījumi, iespējams, rada valstī pretējus procesus – tika aizslēgtas divas narkotiku atkarīgo rehabilitācijas iestādes. Tika apvienotas motivācijas un Minesotas programmas nodaļas VSIA ”Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrā”, tādā veidā samazinot gultu skaitu no 30 uz 12, atlaižot visu personālu, faktiski iznīcinot motivācijas nodaļu.

Šobrīd spēkā esošās Ministru kabineta 2011.gadā apstiprinātās „Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.– 2017.gadam” (IeM, 2011), kaut arī paredz piesaistīt psihologus, paplašināt rehabilitācijas un psihosociālo intervenču iespējas, vienlaicīgi arī norāda, ka, „ņemot vērā

²Apstiprināts ar MK 2004.g.20.decembra rīkojumu Nr.1003

pašreizējā veselības budžeta iespējas, šobrīd šādu uzdevumu nav iespējams realizēt līdz finansiālās situācijas uzlabošanai valstī”. Tāpēc paredzēts izstrādāt „sabiedriskās drošības piespiedu līdzekļu koncepciju, paredzot piespiedu līdzekļus sabiedriski bīstamu atkarīgo personu pievēršanai narkomānijas ārstniecības programmām”. Tas sasaucas ar 19.gadsimtā ASV radušos Atturības kustību, kura sludināja rakstura stiprināšanu ar morālu sludināšanu un ticēja, ka var mainīt atkarīgo turpmāko uzvedību ar juridisku sankciju draudiem (Burns, 2004; Roizen, 2004). Un atgādina PSRS laikus par atkarīgo personu „piespiedu ārstēšanu” (Niedre, Strazdiņš, 1990; Rjazancevs, 1989).

Šādas aktivitātes valstī draud ar PAV atkarīgo skaita pieaugumu, īpaši, jauniešu vidū. Bez efektīvas un mērķtiecīgas iejaukšanās, atkarības problēma turpinās progresēt (Rehm et al., 2006). Pētot alkohola ārstēšanas efektivitāti, ASV (Miller et al., 2001) noskaidroja, ka tikai viena trešdaļa no klientiem izvairās no alkohola lietošanas gada laikā pēc ārstēšanas, bet pārējās divas trešdaļas atgriežas pie dzeršanas. Ņemot vērā, ka Latvijā uzskaitē ir 21887 alkohola atkarīgo (SPKC, 2012b), provizoriski rēķinot, ka 20% saņem ārstēšanos (Booth et al., 2001), t.i., 4377 alkohola atkarīgo, no tiem tikai 1/3 pārtrauc alkohola lietošanu gada laikā, t.i., vēl 1459 alkohola atkarīgo, tad, kas notiek ar pārējiem 20428 alkohola atkarīgiem mūsu valstī, kādā veidā viņi ārstējas un risina savas hroniskās slimības radītās sekas, nav zināms.

Kā citu hronisku saslimšanu gadījumā, arī PVA ārstēšana būs efektīvāka, ja ietvers sociālas, psiholoģiskas un farmakoterapeitiskas stratēģijas (Kiefer, Mann, 2005). Klīniskajā praksē farmakoloģiskā iejaukšanās ir plaši izmantota alkohola abstinences simptomu ārstēšanai, savukārt, psihosociālās stratēģijas tiek izmantotas, lai novērstu slimības recidīvu un mazinātu tieksmi (Kiefer, Mann, 2005). Līdz ar to ārstēšanai jāparedz 3 etapi: (1) abstinences mazināšana (1–2 nedēļas); (2) recidīva profilakse (3–6 mēneši); (3) pēcaprūpe (1 gads). Kombinējot ambulatorās un stacionārās terapijas pieejas, ieskaitot motivējošās intervences, kvalificētu detoksikāciju, farmakoloģiskas un psihoterapeitiskas recidīva novēršanas ārstēšanas metodes (Miller, Wilbourne, 2002), var sasniegt atturību vairāk nekā 1 gadu 60–70% gadījumu (Kiefer, Mann, 2007). Farmakoloģiskā ārstēšana nepieciešama pirmajos mēnešos pēc detoksikācijas, kad recidīvu risks ir ļoti augsts, tomēr tā nevar aizvietot psihosociālu ārstēšanu, kas būtu jāpapildina ar konsultācijām un pašpalīdzības grupām (Smolka et al., 2003). Atturība pirmajos 6 mēnešos pēc ārstēšanās

var prognozēt atturību 5 gadus pēc ārstēšanās (Weisner et al., 2003a). Tas nozīmē, ka pastiprināta uzmanība jāvērs tieši pirmajā pusgadā, jo šinī laikā ir iespējami 60–80% recidīvu. Tāpēc respondentu pacientu atkārtota aptauja tiks veikta 6 mēnešus pēc ārstēšanās beigām.

Pētnieki (Witkiewitz, Marlatt, 2004) norāda, ka alkohola atkarības recidīvs attiecināms gan uz intrapersonāliem, gan interpersonāliem faktoriem, un tas varētu rasties, ja indivīds sastopas ar saspringtām stresa situācijām, ar kurām viņš nav sagatavots tikt galā (t.i., prasmju deficīts), piedzīvo afektīvus traucējumus (piemēram, trauksmi), kas, savukārt, samazina iespējamību, ka tiks realizēta efektīva rīcība (alkohola lietošanas atteikuma prasmes).

Ņemot vērā iepriekš aprakstīto, svarīgi ir noskaidrot, kādas ārstēšanas metodes piedāvā Latvijā, kādas rekomendē ārsti, kādas biežāk izvēlas pacienti, kā arī svarīgi izpētīt, kā mainās pacientu psihosociālās funkcionēšanas rādītāji, izmantojot dažādas narkoloģiskās palīdzības metodes.

1.5. Narkoloģiskās ārstēšanas metodes

NVD mājas lapā (NVD, Tehnoloģijas) atrodamas ar LR Veselības ministrijas 04.11.2004.g. rīkojumu Nr.239 apstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas narkoloģijā (turpmāk – Tehnoloģijas). Tās ir:

1. Sociāli nelabvēlīgā kontingenta narkoloģiskā uzskaitē un dinamiskā novērošana.
2. Sugestīvā terapija – iedvesma nomodā, autogēnais treniņš, hipnoterapija.
3. Psihoterapija ģimenē.
4. Narkoloģisko slimnieku izvērsta izmeklēšana ar psiholoģisko un psihodiagnostisko testu palīdzību.
5. Motivāciju izstrādāšana.
6. Recidīva novēršanas terapija:
 - 6.1. Disulfirama implantācija.
 - 6.2. Recidīva novēršana, izmantojot psihoterapiju, sugestīvo terapiju un sensibilizējošus medikamentus medicīniskā tehnoloģijā

7. Atkarības slimību ārstniecības un medicīniskās rehabilitācijas pēc Minesotas 12 soļu programmas medicīniskā tehnoloģija.
8. Atkarības vielu intoksikāciju ārstēšana.
9. Atkarības vielu abstinences stāvokļu kupēšana.
10. Psihotisko traucējumu pēc psihoaktīvo vielu lietošanas ārstēšana.
11. Alkohola koncentrācijas noteikšana izelpojamā gaisā.
12. Metadona aizvietojošās terapijas programmas medicīniskā tehnoloģija.
13. Atkarīgo pacientu rehabilitācijas medicīniskās tehnoloģijas:
 - 13.1. No narkotiskām un psihotropām vielām atkarīgo pacientu medicīniski – psihosociālās narkoloģiskās Rehabilitācijas medicīniskā tehnoloģija;
 - 13.2. No narkotiskām un psihotropām vielām atkarīgo pacientu psihosociālās rehabilitācijas tehnoloģija pilsētas apstākļos.
14. Azartspēļu un jauno tehnoloģiju atkarīgo pacientu ārstēšanas medicīniskā tehnoloģija.
15. Buprenorfīna pielietošanas medicīniskā tehnoloģija opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanā.
16. Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu ietekmes noteikšanas medicīniskās tehnoloģijas.

Netiks aplūkotas 1., 4., 5., 11., 16. tehnoloģijas, jo tās nav saistītas ar PAV pacientu ārstēšanu; tāpat netiks aplūkota 14. tehnoloģija, jo valsts neapmaksā azartspēļu atkarības ārstēšanu, ar tās ārstēšanu nodarbojas ārsti privātprakses ietvaros, izmantojot dažādas tehnoloģijas un metodes. Psihoterapija ģimenē (3.tehnoloģija) arī nav valsts apmaksāto pakalpojumu grozā, tā tiks aprakstīta apakšnodaļā par psihoterapiju. 2. un 6. tehnoloģija tiks aprakstīta apakšnodaļā par suģestīvām metodēm. Apakšnodaļā par stacionārā izmantotām psihoterapeitiskām metodēm tiks aprakstīta 7. un 13. tehnoloģija. Apakšnodaļā par detoksikāciju 8., 9., 10. tiks aprakstīta tehnoloģija. Aizvietojošās terapijas apakšnodaļā tiks aprakstīta 12., 15. tehnoloģija.

1.5.1. Detoksikācija

Narkoloģiskā simptomātiskā ārstēšana ietver sevī psihopatoloģisko, neiroloģisko un somatisko traucējumu ārstēšanu jeb detoksikāciju (MK noteikumi), ko pielieto atkarības vielu intoksikāciju ārstēšanai (8.tehnoloģija), atkarības vielu abstinences stāvokļu kupēšanai (9.tehnoloģija) un psihoaktīvo vielu lietošanas radītu psihotisko traucējumu ārstēšanai (10.tehnoloģija).

Intoksikācija saistīta ar alkohola šķelšanās produktu (acetaldehīda un etiķskābes) toksisko iedarbību uz organismu, tāpēc detoksikācijas uzdevums ir atvieglot pacienta akūto stāvokli, pārtraukt plostveida dzeršanu, mazināt krampju risku un mazināt tieksmi reibumā (Osis, 2006; Stein et al., 2009). Šim nolūkam terapija ir vērsta uz šķidrums un elektrolītu līdzsvara atjaunošanu, tiamīna rezervju papildināšanu, krampju sliekšņa pazemināšanu, arteriālā asinsspiediena pazemināšanu (Stirna, 2008). Tomēr detoksikācija nav atkarības ārstēšana (Raistrick et al., 2006). Kā raksta ukraiņu psihiatrs V.Ļitviņenko, valsts narkoloģiskā palīdzība Ukrainā tradicionāli orientēta uz medikamentozu ārstēšanu, galvenokārt, reducējot palīdzību līdz detoksikācijai (Литвиненко, 2000). Līdzīga situācija ir Latvijā (EMCDDA, NVD, 2011). Daļa pacientu, stāvoklim uzlabojoties, turpina lietot alkoholu vai narkotikas. Detoksikācija bez papildu terapijas parasti nav pietiekama, lai veicinātu ilgtermiņa atveseļošanos (Malcolm et al., 2000; Gossop, 2006), tā var būt tikai priekšnoteikums, lai uzsāktu atveseļošanos.

Daudzi cilvēki pēc akūtās palīdzības saņemšanas saistībā ar abstinenci vai psihozēm neturpina ārstēties, lai gan tas būtu nepieciešams, jo PVA ir hroniskas saslimšanas, kad galvenais uzsvars būtu jāliek uz psihosociālo atveseļošanu un radīto seku mazināšanu.

1.5.2. Suģestiju izmantojošās metodes

Šajā apakšnodaļā tiks aplūkota 2. un 6. tehnoloģija. Vairākas narkoloģiskās palīdzības metodes, kuras bija izplatītas Latvijā jau kopš pagājušā gadsimta 50-tiem gadiem, tiek izmantotas joprojām. Tās ir saistītas ar pacientu suģestēšanu, sākot no suģestijas bez medikamentu ievadīšanas līdz suģestijai ar medikamentu ievadīšanu

intravenozi vai subkutāni. Šādi ārstēšanas paņēmieni īpaši populāri un izplatīti bija padomju un pēcpadomju medicīnā, kad intelektuālā un institucionālā politika apstrīdēja zināšanas par prātu un smadzenēm (Менделевич, 2005; Иванец, 2001; Софронов, 2003).

Tehnoloģijās ir norādīts, ka suģestija ir mērķtiecīga vārdiska iedarbība uz pacienta psihi terapeitiskos nolūkos, „kura biežāk notiek ne uz loģisku pierādījumu pamata, bet gan uz neapdomātu pakļaušanos darbībai, kaut gan arī pārliecināšanas process satur sevī arī iespaidojamības elementus; paaugstināta iespaidojamība var būt, kā kritikas nosacīts vājums un spriešanas sekas” (NVD, Tehnoloģijas).

Liela daļa narkologu apraksta suģestiju, kā sava veida psihoterapiju un sauc to par emocionālo-stresa psihoterapiju jeb „kodēšanu” (Рожнов, Бурно, 1987), par ekspres-stresopsihoterapiju jeb „kodēšanu pēc Dovženko” (Мирошниченко, Пелипас, 2001), pie tam tā tiek pasniegta kā maģiska izārstēšana (Мирошниченко, Пелипас, 2001; Raikhel, 2010). To pagājušā gadsimta 70-jos gados izstrādāja padomju ārsts A.R.Dovženko (Мирошниченко, Пелипас, 2001), un 1984.gadā pat tika izdota PSRS Veselības Ministrijas pavēle „Par A.R.Dovženko darba pieredzes ieviešanu praksē”. Metodes pamatā (Мирошниченко, Пелипас, 2001, 78.–79.) ir 3 etapi: (1) sagatavošanas etaps, kas ietver netiešo pakārtoto suģestiju (no pacientiem, kas jau saņēmuši ārstēšanas kursu, no piederīgiem un personāla); (2) ārstnieciskais etaps, kas satur 2–2,5 stundu garu „kolektīvu-grupas nodarbību, kurā racionālās psihoterapijas elementi mijas ar emocionālām-gribas imperatīvām suģestijām ar dramatizācijas un rituālo darbību elementiem”; (3) fizisku manipulāciju izdarīšana un „kodēšanas” psihoterapeitiskā rituāla veikšana. Ārsts ar savu plaukstu aizsedz pacientam acis, strauji atmet galvu atpakaļ (iedarbojoties uz vestibulāro aparātu), enerģiski spiež uz trijzaru nerva izejas punktiem līdz spēcīgu sāpju sajūtai. Tad liek atvērt muti, iepūš hloretilu (0,2–0,3 ml 1–2 sek. laikā). Ārsts stingrā balsī paziņo, ka pacienta smadzenēs ieliek kodu, brīdina par nāves briesmām, ja lietos alkoholu. Kā metodes semantiskais kodols tiek norādīta suģestijas formula, kas nosaka, ka nevis pacienta griba, bet ārsta–psihoterapeita griba atbrīvo pacientu no likstas (krievu val.–недуг). Pacientam iedveš, ka viņa smadzenes būs nokodētas tik ilgu laiku, kādu viņš izvēlas – 1, 2, 5 gadus vai visu dzīvi (Мирошниченко, Пелипас, 2001). Vecāka gadagājuma cilvēki jeb *Homo Sovieticus* ir aprakstīti kā vairāk ietekmējami, suģestējami, konformistiski un manipulācijām pakļauti nekā gados jaunāki cilvēki (Oushakine, 2000).

Pie tam pastāv ne tikai „kodēšana”, bet arī „atkodēšana”, un pacienti tic, ka viņu smadzenēs kaut kas ir izdarīts (Чепурная, Эткинд, 2006; Raikhel, 2010). Šāda attieksme pret pacientu liecina par viņa kā cilvēka ignorēšanu un baidīšanu ar nāvi, ja atsāks dzert (Чепурная, Эткинд, 2006). Ukrainā, kas arī ir bijusī PSRS valsts, direktīvās psihoterapijas metodes (hipnoze, “kodēšana”) to efektivitātes trūkuma dēļ netiek lietotas (Литвиненко, 2000). Slabunovs, savukārt, uzsver, ka to efektivitāte krītas, jo darbojas fenomens – jo plašāk izmanto ārstniecisko intervenci, jo mazāka to efektivitāte (Слабунув, 2001). Tas rada pārdomas par to, kāpēc tā notiek. Ja metodes efektivitāte ir atkarīga no izmantošanas skaita, pie tam metodes efektivitāte krītas, palielinot tās izmantošanas gadījumu skaitu, tad tas liek domāt par metodes nedrošumu, mānīgu efektivitāti utt.

Tehnoloģijā (6.2.) teikts, ka „narkoloģisko slimību recidīva novēršana, izmantojot psihoterapiju, suģestīvo terapiju un sensibilizējošus medikamentus” ir „alkohola atkarības ārstēšanas metode, kas vērsta uz ilglaicīgas atturības nodrošināšanu” (NVD, Tehnoloģijas). Norādīts, ka terapijā pielietotā netiešā suģestija notiek „caur noteikta faktora iedarbību uz pacientu, kuram iespaidojamības laikā tiek noteikta speciāla nozīme; paralēli psihoterapijai un suģestīvai terapijai pacientam tiek ievadīti medikamenti, kuri sensibilizē organismu pret etanolu saturošiem dzērieniem, kā arī medikamenti, kuru īpašība strauji paplašināt asinsvadus, izsaucot nepatīkamas izjūtas, un ir nozīmīgs faktors suģestīvās terapijas laikā” (NVD, Tehnoloģijas).

Tehnoloģijā (6.2.) uzsvērts, ka sensibilizējošas terapijas un negatīva nosacījuma refleksa izstrādei visefektīvāk izmantot: (1) nitrofurāna grupas medikamentus (ar i/v infūza palīdzību tiek ievadīts *Sol. Furagini* 0,1% līdz 100 ml); (2) vitamīnus (negatīvas nosacījuma refleksa reakcijas izstrādei visbiežāk izmanto *Ac. Nicotini* 1% 0,5–2,0 ml i/v īpašību strauji paplašināt asinsvadus, izsaucot pacientam ādas hiperēmiju un karstuma sajūtu. Šī provokācijas reakcija tiek pastiprināta ar netiešo suģestiju); (3) ksantinola grupas preperātus (*Sol. Xantini nicotinas* 15% – 2,0 ml) (NVD, Tehnoloģijas; Osis, 2006). Nevienam no nosauktiem medikamentiem nepiemīt pret alkoholu sensibilizējošas īpašības, tātad tās paredzētas „negatīva nosacījuma refleksa izstrādei”. Rodas pamatots jautājums, vai refleksu var izstrādāt ar vienreizēju medikamenta pielietojumu.

Skatoties *PubMed*, *ScienceDirect*, *ProQuest*, *EBSCO* datu bāzēs, autoriem nav izdevies atrast nevienu publikāciju par furagīna un ksantinola pielietojumu alkoholisma

ārstēšanā. Nikotīnskābes lietošana norādīta vairākos (30) rakstos, saistībā ar alkoholismu, bet – kā alkoholisma izraisītās avitaminozes un encefalopātijas seku mazināšanas līdzeklis, nevis kā paša alkoholisma ārstēšanas līdzeklis. Vienā rakstā (Smith, 1974) minēta nikotīnskābes izmantošana ilgākā laika periodā alkoholisma ārstēšanai, uzlabojot tādā veidā miegu, garastāvokli, psiholoģisko labsajūtu, mazinot citu medikamentu devas.

Dotās metodes ietvaros, psihoterapija tiek pastiprināta ar suģestīvu terapiju. Tomēr nav norādīts, kāda psihoterapijas metode tiek pielietota, cik ilgi, cik bieži un kas to veic, jo kā metodes pielietošanai nepieciešamie resursi ir minēti ārsts–narkologs (ārsts–narkologs–psihiatrs) un medicīnas māsa. Pamatoti rodas jautājums, kurš tad veic psihoterapiju un kādu psihoterapijas pieeju izmanto, cik ilgi to dara un kādā veidā. Tāpat netiek norādīts, kādā veidā tiek panākta ilglaicīgas atturības nodrošināšana.

Disulfirama lietošana ir norādīta tā implantācijas medicīniskajā tehnoloģijā (6.1.) (NVD, Tehnoloģijas), norādot, ka disulfīrāms izmaina alkohola metabolizācijas procesu organismā. Kā pirmā šāda viela 1946. gadā tika radīts antabuss (teturams, disulfīrāms), sintezēja Dž. Helds (J. Hald) (Мирошниченко, Пелипас, 2001). Tā darbība saistīta ar aldehīddehidrogenāzes aktivitātes bloķēšanu, kas rada alkohola sadales produkta – acetaldehīda uzkrāšanos. Alkohola lietošanas gadījumā tas izraisa virkni nepatīkamu sajūtu un reakciju (karstuma sajūtu sejā un ķermeņa augšējā daļā, spiediena sajūtu krūtīs, elpošanas grūtības, troksni galvā, baiļu sajūtu, drebuļus u.c.). Alkoholisma ārstēšanā antabusu pirmo reizi lietoja E. Jacobsen, O. Martensen-Larsen (1949), PSRS – И.В.Стрельчук (1951) (pēc Мирошниченко, Пелипас, 2001). Tā aprakstīta kā aversīva terapija: pacients centīsies izvairīties no alkohola, lai nepiedzīvotu aversīvo efektu (Pettinati, Rabinowitz, 2005), bet neietekmē tieksmi pēc alkohola (Johnson, 2008). Disulfirama implantāciju pielieto alkohola atkarības pacientiem ar labu motivāciju uz atturību no alkoholu saturošiem dzērieniem (NVD, Tehnoloģijas). Medikamenta izgatavošanas forma ir 10 sterilas tabletes aizvalkotā pudelītē ar kopējo devu 100mg (0,1g). Operāciju veic sertificēts ārsts–ķirurgs. Kā metodes pielietošanai nepieciešamie resursi ir minēti ārsts–narkologs–psihiatrs, ārsts–ķirurgs un medicīnas māsa. Disulfirāma implantācija zemādas tablešu formā nodrošina pacienta organisma jutību pret alkoholu vairākus mēnešus bez nepieciešamības katru dienu perorāli lietot šo preparātu (Osis, 2006; NVA, 2005). Pacientam jābūt iestrādnei uz to, ka implantēto tablešu darbības laikā

nedrīkst lietot alkoholiskos dzērienus. Šajā gadījumā tiek pielietota suģestīvā psihoterapija, sagatavojot pacientu šai metodei un turpmākai atturībai. Disulfirama implantāciju parasti izdara 2–4 nedēļas pēc pēdējās alkohola lietošanas, pēc abstinences simptomu, patoloģiskās tieksmes kupēšanas un intensīvas psihoterapijas (NVD, Tehnoloģijas). Tomēr nav atrunāti, kādi ir kritēriji, kas liecina par „labu motivāciju uz atturību no alkoholu saturošiem dzērieniem”. Tāpat nav paskaidrots, ko nozīmē intensīva psihoterapija, nav norādīts, cik bieži un kāda veida psihoterapija tiek lietota, kas to veic. Skatoties datu bāzēs, var atrast informāciju, ka intensīva psihoterapija ir no psihoanalīzes atvasināta disciplīna, ar ierobežotākiem mērķiem, ierobežotu dziļumu un procedūru plašumu, tomēr kā mērķis saglabājas iekšējo zemapziņas konfliktu risināšana, pacients ierodas 2–3 reizes nedēļā ilgā laika periodā (Chessik, 1981).

Lielākā daļa pētījumi par disulfirama implantāciju ir pagājušā gadsimta 70.–90.gados, tikai nedaudzi – šinī gadsimtā. Daži autori norāda, ka nav nozīmīgas atšķirības, cik liela deva (800, 1200 vai 1600mg) bijusi implantam (Wilson et al., 1984). Vairāki pētījumi norāda, ka disulfirama implantācija efektivitātes ziņā neatšķiras, salīdzinot ar placebo (Johnsen, Mørland, 1991; Blanc, Daeppen, 2005), tikai rada pēcoperācijas komplikācijas, salīdzinot ar placebo (Johnsen, Mørland, 1991), neefektīvs pacientu sliktās piekrišanas dēļ (Anton et al., 2008), kopā ar alkoholu var radīt akūtu aknu nepietiekamību (Meier et al., 2005), jo preparāts ir hepatotoksisks (O’Shea, 2000). Daži autori norāda, ka nav efektīvs ilgtermiņa atturībai, dod īstermiņa atturību, pie tam pacientam jābūt ļoti motivētam saglabāt atturību (Johnson, 2008); biežāk vecākiem un sociāli stabiliem cilvēkiem, bet tikai kopā ar vienlaicīgu pacienta izglītošanu, konsultēšanu (Krampe, Ehrenreich, 2010). Ir pētījumi, kas norāda, ka disulfirams varētu būt efektīvs kokaīna atkarības gadījumā (O’Shea, 2000; Suh et al., 2006).

Pētījumā (Raikhel, 2010) norāda, ka uz suģestiju balstītā disulfirama lietošana (vai pat placebo lietošana) Krievijas narkoloģijā balstīta uz narkologu izpratni par disulfirāmu kā par uzvedības ārstēšanas veidu, nevis kā par farmakoloģisku līdzekli, izslēdzot zināšanas par prātu un smadzeņu darbību, bet nostiprinot hierarhiskās ārsta – pacienta attiecības. Indivīds tiek uztverts, kā lietošanas vērme, izvēle, un ka viņam atliek tikai vienkārši negribēt lietot PAV (Miller, Hester, 2003). Krievijā medicīnas kultūra lielā mērā paļaujas uz farmakoterapiju, bet Krievijas veselības aprūpes sistēma nodrošina tikai

ierobežotu piekļuvi uz pierādījumiem balstītas farmakoterapijas saņemšanai (Shin et al., 2012). Par Latviju šādus pētījumus autorei nav izdevies atrast.

Implantācijai izmanto arī *Naltrexone* s. *Revia*, to lieto gan alkohola, gan narkotiku atkarīgo ārstēšanā. Tas gan nav aprakstīts Tehnoloģijās. Ir pētījumi par naltreksona efektivitāti opioīdu atkarīgajiem (Hulse et al., 2010), droši un ievērojami samazina opioīdu lietošanu motivētu pacientu populācijā (Kunøe et al., 2009). Jāatzīmē, ka implanta forma nodrošina opioīdu receptoru blokādi līdz 2 mēnešiem, bet, ņemot vērā to, ka blokē tikai opioīdos receptorus un citu grupu narkotiku iedarbību tas neietekmē, tas nav efektīvs polinarkomānijas gadījumā (Osis, 2006; NVA, 2005). Daži autori norāda, ka naltreksons efektīvs tikai nelielai pacientu grupai (Anton et al., 2008), novērš mirstību, kas varētu rasties, pārdozējot opiātus, salīdzinot ar perorāliem naltreksona lietotājiem (Kelty, Hulse, 2012). Citi autori norāda, ka implanta formas dod smagas komplikācijas, tāpēc apšaubā metodes efektivitāti (Lintzeris et al., 2008). Vairāki veiktie pētījumu pārskati norāda, ka naltreksons ir mazefektīvs (Kirchmayer et al., 2002; Roozen et al., 2004; Minozzi et al., 2006) vai efektīvs alkohola atkarīgiem (Anton et al., 2008), vai tikai kopā ar psihosociālām intervencēm (Roozen et al., 2004; Amato et al., 2008). Tas sasaucas ar citu pētnieku norādēm par psihosociālo intervenču pielietojumu ārstēšanā (Kiefer, Mann, 2005).

1.5.3 Aizvietojošā terapija jeb ilgtermiņa farmakoterapija

Aizvietojošā (uzturošā) ārstēšana ir opiātu atkarības pacientu aprūpes veids, kad tiek lietota ķīmiskā ziņā līdzīga vai identiska viela tai, kuru pacients tika lietojis. To lietojot, tiek atviegloti daudzi no abstinences simptomiem, kurus piedzīvo atkarīgais, samazinās veselības kaitējuma risks un sociālā stāvokļa lejupslīde. Lietots pareizās devās, aizvietojošais medikaments samazina tieksmi pēc opiātiem. Latvijā tiek lietots metadons un buprenorfīns.

Aizvietojošā farmakoterapija, izmantojot metadonu, Latvijā darbojas kopš 1996. gada, bet buprenorfīna izmantošana – no 2005. gada. Salīdzinājumā ar citām Eiropas valstīm Latvijā ir zemākais metadona programmas pacientu skaits (EMCDDA, NVD, 2010). No 1996. gada līdz 2009. gadam terapijas ar metadonu programma opioīdu atkarīgo

pacientu ārstēšanai darbojās tikai Rīgā RPNC. UNODC projekta „HIV/AIDS profilakse un aprūpe injicējošo narkotiku lietotāju vidū un ieslodzījumu vietās Igaunijā, Latvijā un Lietuvā 2006.– 2010” ietvaros 2009. gadā kabineti tika izveidoti Liepājā un Jelgavā, bet 2010. gadā arī Olainē, Salaspilī, Daugavpilī, Kuldīgā, Jūrmalā un Rēzeknē (NVD, 2011). Ārstniecības iestādes, kuras nodrošina aizvietojošo terapiju ar metadonu, nodrošina noteikto devu saņemšanu par valsts budžeta līdzekļiem. Savukārt, opioīdu atkarīgie pacienti, kas saņem buprenorfīna aizvietojošo terapiju, medikamenta izmaksas izdevumus sedz paši.

Metadona programmā uzņem pacientus vecākus par 20 gadiem, ar opiātu lietošanas laiku lielāku kā 5 gadi, pēc nesekmīgām vismaz divām nopietnām ārstēšanām, ar smagām somatiskām saslimšanām, grūtniecības/dzemdību laikā, ar HIV/AIDS infekcijām. Atbilstoši SPKC datiem, 2010. gadā gandrīz divas reizes ir palielinājies opioīdu atkarības pacientu skaits, kuri uzņemti metadona aizvietojošās terapijas programmā (141, salīdzinot ar 2009.– 75). 2011.gadā uzņemts 101 pacients un gada beigās metadona programmā ārstējās 218 pacienti, no kuriem 43 bija sievietes (SPKC, 2012b). 2010. gada beigās – 193 pacienti (37 sievietes); 2009. gadā – 139 (30). 2011.gada laikā metadona farmakoterapijas programmu pārtraukuši 68 pacienti (15 sievietes un 53 vīrieši), galvenokārt, ārstēšanas režīma pārkāpumu dēļ (PAV lietošana), apcietināšanas, nāves gadījumu dēļ.

Savukārt, buprenorfīna ilgtermiņa farmakoterapijas programmā 2011.gada beigās ārstējās 59 pacienti (12 sievietes), 2010. gada beigās – 44 pacienti (8); 2009. – 50 (7). 2011.gadā buprenorfīna programmu pārtraukuši 7 pacienti (2 sievietes un 5 vīrieši). Pacientu skaits ir neliels, galvenokārt tāpēc, ka buprenorfīna izmaksas jāsedz pašam pacientam.

„Metadona aizstājējterapija ir skaidri pierādījusi, ka tā ir efektīva viela, lai atradinātu no opiātiem, to panāk ar medicīniski kontrolētu tā lietošanu” (NVD, Tehnoloģijas). Metadons tiek uzskatīts par izvēles preparātu, jo tas ir drošāks par heroīnu (Van den Brink, Haasen, 2006). Kaut metadona uzturošā terapija tiek uzskatīta par efektīvu ārstēšanu opioīdu atkarības gadījumā, tā ir saistīta ar vairākām problēmām, piemēram, augsts atbīrums īpatnīgs pirmā mēneša laikā (Maxwell, Shinderman, 2002), kā arī jāreķinās ar klīnikām, kuras ir nepieciešamas, jo metadonu jāievada katru dienu. Turklāt, tā kā metadons ir opioīdu agonists, tas pats var tikt ļaunprātīgi izmantots un pārdozēts, tas var

radīt tādas blakusparādības, kā piemēram, elpošanas nomākumu. Šo iemeslu dēļ buprenorfīns, kas ir μ -opioīdu receptoru daļējs agonists, bet κ -opioīdu receptoru antagonists, kuram elpošanas nomākuma efekts ir vājāks (Ling, Compton, 2005), var tikt drošāk izmantots aizvietojošā terapijā. Turklāt buprenorfīnu var ievadīt ne tikai metadona klīnikā, bet arī ambulatoro ārstu kabinetos (Fiellin et al., 2004). Buprenorfīna lietošanai ir nepieciešama mazāka uzraudzība nekā metadona lietošanai, un ir labāka preparāta lietošanas drošība nekā metadonam (Wedham et al., 2007).

Metadona uzturošās programmas ekonomiskā efektivitāte ir atkarīga no devas, ārstēšanās ilguma. Devai jābūt 80–100 mg dienā, lai tā būtu ekonomiski efektīva, bet ārstēšanās laikam – vairāk kā 90 dienas (Vanagas et al., 2004).

Sistemātiskajā pārskatā (Mattick et al., 2008), salīdzinot buprenorfīna un metadona aizvietojošo terapiju, buprenorfīna pārākuma pierādījumi ir mazāk pārliecinoši, autori norāda, ka metadona lietošana ir saistīta ar labāku skaidrības uzturēšanu, nekā lietojot buprenorfīnu. Cits sistemātiskais pārskats un metaanalīze (Castells et al., 2009) konstatē, ka metadons ir efektīvāks nekā buprenorfīns heroīna un kokaīna atturības uzturēšanā. Tomēr citu autoru (Connock et al., 2007) veiktais sistemātiskais pārskats konstatē, ka, lietojot buprenorfīnu, mirstība var būt zemāka, salīdzinot ar metadona lietošanu. Neskatoties uz pretrunīgajiem vērtējumiem, tomēr pētījumos (Connock et al., 2007; Mattick et al., 2008; Castells et al., 2009) parādās viennozīmīgs viedoklis, ka aizvietojošā terapija mazina pacientu mirstību, HIV riska uzvedību, C hepatīta, nāves gadījumus un noziedzīgos darījumus, neatkarīgi no aizvietojošās vielas.

Ārstēšanas turpinājums un narkotiku lietošanas samazināšana noteikti ir svarīgi rezultāti, tomēr nozīmīgāk ir tiekties uz dzīves kvalitātes uzlabošanu. Pievienojot farmakoterapijai psihosociālu ārstēšanu, var panākt efektīvāku ārstēšanas pasākumu ievērošanu un pazemināt narkotiku lietošanu (Amato et al., 2008). Psihosociālie ārstēšanas pasākumi uzlabo dzīves kvalitāti un fizisko veselību, arī samazina HIV riska uzvedību (Avants et al., 2004).

1.5.4. Stacionārā izmantotās psihoterapeitiskās metodes (Minesotas programma un rehabilitācijas kopienas)

Stacionāra psihosociālā intervence ietver ārstēšanos stacionāra tipa iestādēs no īstermiņa stacionārām programmām (Minesotas un motivācijas) līdz terapeitiskajām kopienām.

Minesotas programma

Latvijas ārsti narkologi, iepazinušies ar Minesotas modeli ASV, 1990.gadā ieviesa šo programmu kā vienu no narkoloģiskās palīdzības veidiem Latvijā. Sākotnēji tika atvērta sieviešu nodaļa Rīgā. Pēc gada (1991.gadā) pēc šī modeļa izveidoja vīriešu nodaļu Rīgā un arī Jelgavā.

Minesotas programmas filozofijā (Cook, 1988; Anderson et al., 1999) ir 4 galvenie elementi: (1) ticība pārmaiņām – PAV atkarīgie var ticēt, ka iespējams mainīt viņu attieksmi un uzvedību; (2) slimības koncepcija – atkarība jāuztver, kā polietioloģiska saslimšana ar fizisku, psiholoģisku, sociālu un garīgu komponenti; (3) ārstēšanās mērķis – tas satur divus ilglaicīgas ārstēšanās mērķu – atturība no garastāvokli mainošām vielām un dzīvesveida uzlabošana. Tādēļ atturēšanās vien nav uzskatāma par veiksmīgu iznākumu. Lai īstenotu šos mērķus, tiek izvirzīti sekojoši uzdevumi:

- (i) palīdzēt ķīmiski atkarīgai personai atzīt savu slimību un tās radītās sekas;
- (ii) palīdzēt ķīmiski atkarīgai personai atzīt, ka tai ir nepieciešama palīdzība un palīdzēt koncentrēties uz mācīšanos sadzīvot ar to konstruktīvā veidā;
- (iii) palīdzēt ķīmiski atkarīgai personai konkrēti noteikt, ko ir nepieciešams mainīt;
- (iv) palīdzēt ķīmiski atkarīgai personai šo izpratni pārvērst darbos.

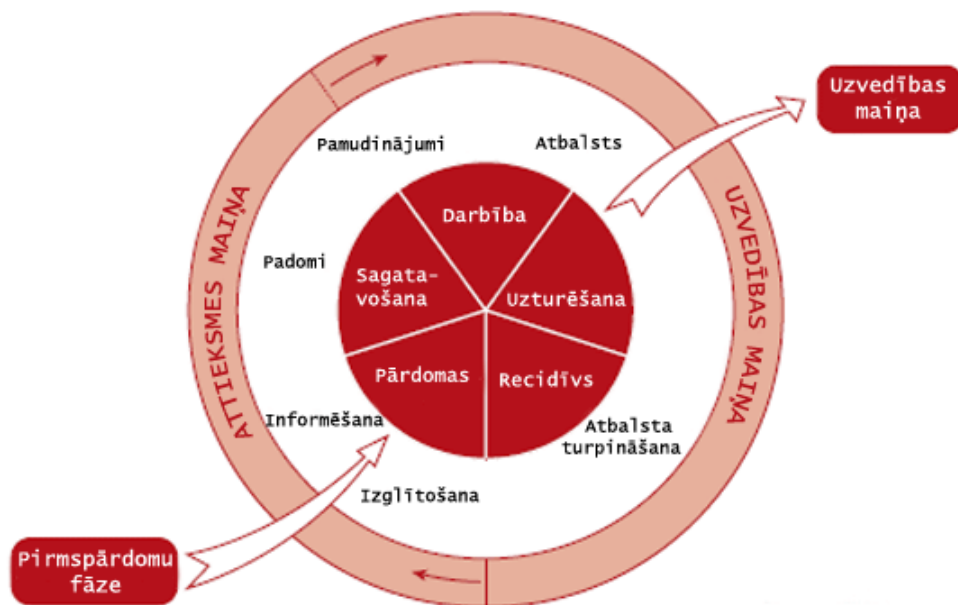
(4) AA un NA 12 soļu principi (Laudet, 2008), kas nosaka, cik svarīgi ir atjaunot attiecības ar citiem cilvēkiem. Šis dubultais uzsvars – personīgās atbildības atgūšana kopā ar vajadzību pieņemt palīdzību – nodrošina efektīvu tendenci, nevis tikai nodot atbildību par slimību no pacienta ārstam.

Te ir svarīgi atzīmēt Dž. Pročaska un K. Diklemente veidoto „transteorētisko modeli” par uzvedības izmaiņu procesu un stadijām (Prochaska et al., 2004) (skat. 5. pielikumu). Modelis sistemātiski apvieno četras teorētiskās koncepcijas, kas nosaka mainīšanos:

- (a) pārmaiņu stadijas (gatavība darboties);

- (b) pārmaiņu procesi (kognitīvas, emocionālas, uzvedības aktivitātes, kas veicina pārmaiņas);
- (c) pašefektivitāte (ticība veikt un uzturēt izmaiņas sarežģītās situācijās);
- (d) lēmumu pieņemšanas līdzsvars (pārmaiņu plusi un mīnusi).

Modelis apraksta pārmaiņu veikšanas procesa 6 stadijas. Tas dod ieskatu par pacienta atrašanās vietu pārmaiņu procesā un par nepieciešamiem pasākumiem, lai nodrošinātu viņa virzību tālāk un uzvedības maiņu, nodrošinot konstruktīvu, adekvātu darbību (skat.1.4.att.).



1.4.att. Pārmaiņu veikšanas procesa aplis (pēc Larsen, Zwisler, 2003)

Ārstēšana no PAV atkarībām prasa attīstīt patiesu motivāciju mainīt atkarīga cilvēka uzvedību. To var panākt, izmantojot motivējošas pārrunas, uz pacientu centrētu un direktīvu ārstniecisko stilu, kas palīdz pacientam izpētīt un atrisināt esošās pretrunas, lai uzlabotu viņa vēlmi mainīt savu uzvedību (Hettema et al, 2005; Miller, Rose, 2009). Tas ārstiem ir labi zināms, ka pacientiem, kuri meklē ārstēšanos, motivācijas līmenis ir atšķirīgs – citi ir motivēti mainīt savu uzvedību, citiem vēl ir izteikta ambivalence un rezistence pret savas kaitējošās uzvedības maiņu (Edens, Willoughby, 2000). Šo motivācijas neviendabīgumu var izskaidrot ar dažādiem faktoriem, tostarp demogrāfiskiem, stresa uztveri, alkohola atkarības smagumu, lietošanas radītām sekām, psihiatrisko komorbiditāti, vides, dzīves kvalitāti, un pozitīvu iepriekšējās terapijas rezultātu ilgumu (DiClemente et al., 2009). Alkohola atkarīgie pacienti ir ambivalenti un

svārstās starp viņu impulsīvo "limbisko" uzvedību un vairāk kontrolēto uzvedību, ko nosaka frontālās daivas darbības (Crews, Boettiger, 2009). Pētījums (Le Berre et al., 2012) uzrāda, ka ir nepieciešams kognitīvo spēju kopums, lai pacienti varētu sasniegt izpratni, risinātu esošo ambivalenci un aktivizētu vēlmi mainīt problemātisko uzvedību.

MP tiek lietota grupu terapija, lai mazinātu noliegumu, kas ir Ego aizsardzības mehānisms, lai veicinātu motivācijas veidošanos, lai mācītu veidot attiecības ar citiem cilvēkiem, paust jūtas, attieksmi, kas atkarīgajiem ir grūti, jo viņi pārsvarā ir aprakstīti, kā pasīvi atkarīgas, emocionāli nenobriedušas personības. Pacienti tiek izglītoti, klausoties priekšlasījumus par atkarību, recidīva procesu, saskarsmi, ģimenes lomu. Domas ietekmē uzvedību un emocijas, un dažādas PAV atkarīgo iracionālas ticības sistēmas (Davis, 2002) var tikt vērstas uz izpratni un, mainoties tai, var tikt mainīta arī uzvedība (Van Wormer, Davis, 2007). Psihoterapeitiskās programmas piedāvā pacientiem ārstēšanu, kas vērsta uz domāšanas un uzvedības izmaiņām un jaunu iemaņu apgūšanu (Dawson et al., 2005; Dawson et al., 2007).

MP efektivitāte alkohola atkarības ārstēšanā ir pierādīta vairākos randomizētos kontrolētos pētījumos ar tālāko metaanalīzes veikšanu (Raistrick et al., 2006; Anderson et al., 1999; Slaymaker, Sheehan, 2008). Savukārt, citā pētījumā (Morgenstern, 2000) norāda, ka ASV pārsvarā ir Minesotas modeļa ārstēšana, tomēr autors uzsver, ka tās efektivitātes pārsvars pār citām ārstēšanas metodēm ir neliels. Šeit jāpiemin, ka ASV plaši lieto dažādas psihoterapeitiskas intervences (īsā interence, motivācijas veicināšanas terapija, kognitīvi biheiviorālās intervences, psiholoģiskās konsultēšanas u.c.), kas ir veiksmīgas atkarīgu pacientu ārstēšanā (Martin, Rehm, 2012). Alkoholisma ārstēšanas programma Islandē ietver Minesotas modeli savienojumā ar 12soļu pašpalīdzības grupām kopš tās pirmsākumiem (McMenamin et al., 2011). Pēc Minesotas modeļa ārstētie alkohola atkarīgie bija atturīgi ilgāku laiku, salīdzinot ar valsts slimnīcā ārstētiem Dānijā, kur šo programmu neizmantoja (Grønbaek, Nielsen, 2007).

Saskaņā ar MATCH projektu (Loeber, Mann, 2006), kas ir lielākais ārstēšanas pētīšanas projekts ASV, konstatēja, ka kognitīvi biheiviorālās intervences, kas apvieno motivācijas uzlabošanas terapiju, 12 soļu terapiju un kognitīvi biheiviorālo terapiju, ir uz pierādījumiem balstīta psihoterapijas pieeja alkoholisma ārstēšanā.

Rehabilitācijas kopienas narkotiku atkarīgiem

„Narkoloģiskā rehabilitācija – tā ir medicīnisko, psiholoģisko, ergoterapeitisko, audzināšanas, izglītošanas, sociālo, tiesisko, dzīves un darba iemaņu apgūšanas pasākumu sistēma, kura virzīta uz slimnieku readaptāciju, resocializāciju un reintegrāciju sabiedrībā ar nosacījumu atturēties no atkarību izraisošo vielu lietošanas” (NVD, Tehnoloģijas).

Rehabilitācijas mērķis ir narkomānijas slimnieka personības un sociālā statusa formēšana vai atjaunošana atbilstoši sabiedrības sociālajām un ētiskajām normām, balstoties uz viņa intelektuālā, morāles, emocionālā, radošā, fiziskā potenciāla pamata, un, dzīvojot skaidru dzīves veidu, sasniegt stabilu, ilgstošu remisiju (NVD, Tehnoloģijas; Kooyman, 2001). Kā metodes pielietošanai nepieciešamie resursi ir minēta multidisciplināra komanda: narkologs konsultants, ģimenes ārsts, ambulatorā medmāsa, sociālie darbinieki, psihologi, pedagogi, darba apmācības speciālisti – ergoterapeiti (NVD, Tehnoloģijas).

Rehabilitācijas programma darbojas pēc terapeitiskās kopienas principa, kura pamatā ir no narkotiskām vielām atkarīgo cilvēku savstarpēja sadarbība, lai pārtrauktu jebkādu psihoaktīvo vielu lietošanu (Myers, Salt, 2007), tāpēc ļoti svarīgi ir veidot 10–12 pacientu lielas grupas, organizēt nodarbības ar psihologu, “divpadsmit soļu” apgūšanu, grupas terapiju. Programma palīdz stabilizēt un uzlabot sociālo atbalstu, attiecības ģimenē un starppersonu attiecībās. Psihoterapijas grupas darbā (atkarībā no speciālistu sagatavošanas) tiek lietoti sociāli psiholoģiski treniņi, ģimenes terapijas, geštalterapijas, psihodrāmas, psihodinamiskās terapijas metodes utt. Rehabilitācijas programma paredz pacientu brīvprātīgu uzturēšanos kolektīvā apmēram vienu gadu. Šis laiks sadalīts četrās fāzēs ar konkrētiem uzdevumiem, atšķirīgiem pienākumiem un tiesībām.

Pirmā rehabilitācijas iestāde PAV atkarības pacientiem Latvijā tika veidota 1990.gadā, un tā bija Rīgas narkomānijas slimnieku rehabilitācijas centrs „Daytop”. 2008.gadā tajā ārstējās – 25 pacienti; 2009. gadā – 5; 2010. – 3; 2011.gadā – 2. Šobrīd iestāde praktiski ir likvidēta – pārcelta uz RPNC, pievienojot to Minesotas programmai, no multidisciplinārās komandas palicis 1 psihologs, un ārstējas – 2 pacienti, jo valsts apmaksā ārstēšanos 1,6 pacientiem mēnesī.

Otrs pieaugušo rehabilitācijas centrs “Rindzele” tika izveidots 1997.gadā kā Apvienoto Nāciju Organizācijas un Latvijas valdības kopīgs projekts. Tas darbojās līdz

2009.gada septembrim. „Tā kā narkoloģiskas rehabilitācijas programma bija vienīgais ārstnieciskās palīdzības veids, kas šajā vietā tika sniegts” (MK rīkojuma projekts, 2010), tad 2009. gadā rehabilitācijas iestāde tika reorganizēta, pievienojot to VSIA slimnīcai „Ģintermuiža” Jelgavā, paredzot 5 pacientu vietas.

Vēl 2005.–2008.gada „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programmā” bija rakstīts: „Narkomānu sociālās rehabilitācijas iespēju un programmu pieejamība ir viens no svarīgākajiem priekšnosacījumiem noturīgu rezultātu sasniegšanai kā narkomānu ārstniecībā, tā arī šo personu iesaistīšanās ar narkotikām saistītās noziedzīgās darbības novēršanā. Lai nodrošinātu noturīgu un efektīvu valsts un pašvaldību rīcību šajā jomā, nepieciešama ilgtermiņa valsts līmeņa politikas plānošana.” Tātad šobrīd pieaugušo narkotiku atkarīgo rehabilitācija valstī praktiski nenotiek.

Literatūras dati liecina, ka ilgtermiņa pārmaiņas narkomānijas problēmās nav iespējamās pēc vienas terapijas epizodes (Hser et al, 1997; McLellan et al, 2000), un svarīgi ir veicināt ilgtermiņa atveseļošanos. Vairāki pētījumi ir parādījuši, ka pacienti ar augstu ārstēšanās motivāciju, iesaistīšanos 12 soļu pašpalīdzības grupās un sociālo atbalstu, gūst labus ārstēšanās rezultātus (Comfort et al., 2003; Staines et al., 2003; Laudet et al., 2006). Svarīgi veidot aprūpes nepārtrauktību, uzsverot, ka atveseļošanās nebeidzas, kad pacients atstāj stacionāru, bet cik svarīga ir recidīvu profilakse (Gossop et al., 2003; Hambley et al., 2010).

1.5.5. Ambulatori izmantotā individuālā un grupu psihoterapija un pašpalīdzības grupas

Orientējoties tikai uz PAV atkarības bioloģisko modeli, ārstēšanas efektivitāte būs zema, jo netiek ņemti vērā visi PAV atkarības formēšanās aspekti. Psihosociālais modelis dod lielāku efektivitāti slimības izpratnē un ārstēšanā (Kiefer, Mann, 2005). Slimībai progresējot, psihosociālie aspekti nekļūst mazāk nozīmīgi, tikai priekšplānā parādās bioloģiskie aspekti. Farmakoloģiska slimības fizisko simptomu mazināšana atkailina psiholoģiskās problēmas. Tās bija iemesls PAV lietošanai, recidīva uzliesmojumam, un tās

arī liek meklēt psihoterapeitisku palīdzību, kas loģiski seko farmakoloģiskai palīdzībai. Diemžēl Latvijā psihoterapija pieejama tikai materiāli situētiem cilvēkiem, jo tā nav valsts apmaksāto pakalpojumu sarakstā (VNC, 2006). Tomēr Latvijā ir pieejamas pašpalīdzības grupas, īpaši lielākajās pilsētās un rajonu centros. Ja atkarīgais cilvēks neuzlabo savu personības funkcionēšanas stāvokli, psihi aizsargmehānismus, spēju saprast sevi, komunicēt un sadarboties ar apkārtējiem cilvēkiem, pastāv liels recidīva risks.

Pētījumi atspoguļo, ka pašpalīdzības grupas izmanto biežāk nekā jebkuru citu ārstēšanos, un norāda, ka trīs ceturtdaļas no tiem, kas kādreiz izmanto ārstēšanos, bija apmeklējuši Anonīmo Alkoholiķu grupas (Grant et al., 2004). Pašpalīdzības grupu apmeklēšana dod labus rezultātus, jo tas dod iespēju mazināt kauna izjūtu, kas rodas par savu atkarību, vieglāk ir kontaktēties, runāt par sevi ar tādiem pašiem. Šinīs grupās mazāk traucē projekcijas (Kelly et al., 2010) – „visi mani nosoda”, „domā, ka es esmu slikts”, „pārmet man”, „nesaprot mani”.

Apmeklēšanas ilguma ziņā PAV atkarību pacientiem ir novērojama tendence uzsākt pašpalīdzības grupu vai psihoterapijas apmeklēšanu un tad pārtraukt, lielākā daļa pārtrauc tās apmeklēt pirmajā gadā (Kelly, Moss, 2003). Tomēr ir arī pētījumi (Connors et al., 2001; Tonigan et al., 2006), kas rāda, ka pacientiem ar smagāku atkarību un smagākiem psihosociāliem traucējumiem ir lielāka tendence piekļerties pašpalīdzības grupām un apmeklēt tās ilgstoši. Labākus rezultātus gūst tie pacienti, kuriem piederība grupai ir izteiktāka (Morgenstern et al., 2003), kā arī tiem, kuriem ir jūtami uzlabojumi un pietiekami daudz laika (McKellar et al., 2009). Pētnieki (Ouimette et al., 2001) atklāja, ka pacienti, kuri atbalstīja 12 soļu filozofiju un pašpalīdzības grupu uzskatu par slimības modeli, bija vairāk iesaistīti pašpalīdzības grupās.

Pašpalīdzības grupas un psihoterapija palīdz uzturēt un saglabāt remisiju (Tatarsky, 2003; Johnson, Zlotnick, 2008; McKellar et al., 2009). Psihoterapija (individuālā, grupu, pāru/ģimenes) paredzēta, lai nodrošinātu personības izmaiņas, samazinātu turpmākās simptomātiskās epizodes, uzlabotu dzīves kvalitāti, veicinātu adaptīvas darbības skolā/darbā un attiecībās, palielinātu iespēju veikt veselīgas dzīves izvēles (Carr, 2009; Shedler, 2010). Psihoterapijas rezultāti ir ilgstošāki, salīdzinot ar psihofarmakoloģisku ārstēšanu, psihoterapijas pacienti iegūst dažādas prasmes, kuras izmanto pēc ārstēšanas beigšanas un uzlabojums turpinās pēc ārstēšanas pārtraukšanas (De Maat et al., 2009;

Shedler, 2010). Psihoterapijas efektivitāte ir pierādīta tādiem pacientiem, kuri cieš no depresijas un trauksmes izpausmēm (McDermut et al., 2001; Minami et al., 2009), kas ir raksturīgas arī PVA pacientiem.

Grupu PT, salīdzinot ar individuālo PT, ir vairāk efektīva PAV atkarību pacientiem (Johnson, Zlotnick, 2008). Pieredzes apmaiņa grupā dod sociālo atbalstu un ļauj pretoties spiedienam atsākt alkohola vai narkotiku lietošanu (Vannicelli, 2002). Spēcīga nozīme ir arī procesiem, kas notiek grupā (Yalom, Leszcz, 2005). Tiek trenēta savu pārdzīvojumu, emociju atpazīšana, empātija, indivīds piedzīvo katarsi, meklē efektīvākas uzvedības formas, trenējas tās pielietot – sākumā grupā, tad – ārpus tās. Citi autori norāda, ka nav efektivitātes atšķirību starp individuālo un grupu terapiju (Marques, Formigoni, 2001).

PAV atkarīgie izjūt izteiktus traucējumus emocionālajā jomā. Tie saistīti ar vainas izjūtu, kaunu par savu uzvedību, sirdsapziņas pārmetumiem, pašnosodījumu, ka nespēj kontrolēt savu dzīvi, kas mazinās uzturot skaidrību (Karno et al., 2002). Pārvarot aleksitīmiju, kas raksturīga PAV atkarīgiem, psihoterapijas laikā pacienti mācās atpazīt savus pārdzīvojumus, strukturēt un verbalizēt tos, risināt attiecību konfliktus, kas norāda uz psihoterapijas efektivitāti šiem pacientiem (Johnson, Zlotnick, 2008; Tatarsky, 2003).

1.6. Narkoloģisko pacientu attieksme pret ārstēšanos

Pētījumi liecina, ka daudzi cilvēki ar psihoaktīvo vielu atkarību nekad neārstējas (Mojtabai et al., 2002; Wu et al., 2003). Zināšanu trūkums par PAV lietošanas pārtraukšanas iespējām, kļūdaini uzskati par atkarības dabu, stigmatizācija – iespējams, tie ir iemesli, kāpēc PAV atkarīgie nemeklē palīdzību, noliegums var radīt nepareizu priekšstatu par paša atturību (Vaillant, 2005). Tomēr ir pētījumi, kas norāda, ka gandrīz ceturtdaļa (24,4%) atkarības pacientu atveseļojas bez ārstēšanas (Dawson et al., 2005), nelielā Vācijas izlasē – pat 40,0% (Bischof et al., 2005). Lielāka iespējamība uz spontānu atveseļošanos ir sievietēm, vecākiem un precētiem indivīdiem (Dawson et al., 2005).

Neskatoties uz to, ka daļa indivīdu spēj atveseļoties bez ārstēšanās, tomēr daudzi negūst spontānas remisijas, un viņiem ir nepieciešama narkoloģiskā palīdzība. Ir daudz pētījumu par sociāldemogrāfisko datu saistību ar ārstēšanās meklēšanu un attieksmi pret

ārstēšanos. Vairāki pētījumi rāda, ka indivīdi ar lielāku dzīves stresu, tiesiska rakstura vai darba problēmām biežāk meklē iespēju ārstēties (Weisner et al., 2002). Tomēr citi pētījumi (Tucker et al., 2004) norāda, ka lēmums ārstēties ir saistīts ar sociālā spiediena ietekmi, ar slimības smagumu un ar to saistītiem traucējumiem, pakalpojumu pieejamību, izdevumiem un ieguvumiem. Citi dati liecina, ka indivīdi meklē iespēju ārstēties tikai pēc tam, kad tiem rodas ievērojamas grūtības ikdienas funkcionēšanā (Simpson, Tucker, 2004), un dzīves jomu skaits, kuras alkohola lietošana ir negatīvi ietekmējusi, korelē ar varbūtību lūgt palīdzību (Ogborne, DeWit, 1999). Bieži indivīdi meklē psihiatrisku palīdzību, kuras laikā tiek atklāta PAV atkarība (Mojtabai et al., 2002; Wu et al., 2003; Schade et al., 2004). Iespējams, tas saistās ar to, ka garastāvokļa vai trauksmes traucējumi ir mazāk stigmatizējoši, nekā PAV atkarības (Wu et al., 2003).

Dzimumu atšķirība parādās starp ārstēšanu saņēmušiem atkarīgiem indivīdiem – sievietēm tā ir zemāka nekā vīriešiem (McKay et al., 2003; Bottlender, Soyka, 2005). Ir pētījumi, kuros konstatēts, ka vīriešiem pāiet īsāks laiks līdz viņi uzsāk ārstēšanos (Keyes et al., 2010). Tomēr ir arī pretēji uzskati (Hernandez-Avila et al., 2004) – sievietēm ir bijis īsāks alkohola un narkotiku lietošanas (opioīdu un marihuānas) laiks pirms ārstēšanās uzsākšanas. Pirmais ar ārstēšanās uzsākšanu saistītais kontakts ir 6 līdz 9 gadus pēc atkarības sākšanās (Wang et al., 2005a). Prognostiski visizteiktākā ārstēšanas izmantošana norādīta indivīdiem vīriešiem, ar zemāku izglītības līmeni, neprecētiem un ja ir komorbiditāte ar garastāvokļa traucējumiem vai narkotiku atkarību (Wang et al., 2005b).

Pētījumi liecina, ka vīrieši ievērojami biežāk vēlas ārstēties no PAV atkarības (Schober, Annis, 1996; Kaskutas et al., 1997; Mojtabai et al., 2002), lai gan daži autori ir pierādījuši pretējo (Weisner et al., 2001). Šobers un Annis (1996) atklāja, ka sievietes, kurām ir PAV atkarība, visticamāk meklēs garīgās veselības ārstēšanas iespējas saistībā ar savām PAV atkarības problēmām, bet vīrieši vairāk meklēs narkoloģiskās ārstēšanas metodes. Sievietes biežāk meklēs palīdzību, ja tā būs vērsta uz psihosociāludistresu, nevis uz PAV atkarību (Pelissier, 2004). Sievietes bieži vien pasīvi meklē palīdzību, un viņām ir mazāka iespēja piesaistīties terapijas grupās sakarā ar sociāliem aizspriedumiem. Sievietes arī mazāk varētu meklēt partnera un līdzcilvēku palīdzību (Walter et al., 2003).

Vairākums pētījumu liecina, ka biežāk varētu meklēt ārstēšanu saistībā ar atkarību pieaugušie vecumā no 35 līdz 54 gadiem (Ogborne, DeWit, 1999; Proudfoot, Teesson,

2002; Weisner et al., 2002), vecāki cilvēki to varētu darīt retāk (Proudfoot, Teesson, 2002; Satre et al., 2003). Kaut gan daži pētījumi ir parādījuši, ka jaunākiem pacientiem ir ar ārstēšanas meklēšanu saistīta uzvedība (Kaskutas et al., 1997), koledžas vecuma ļaunprātīgi alkohola lietotāji biežāk meklē palīdzību pie draugiem vai skolu psihologiem nekā saņem narkoloģisku ārstēšanu (Yu et al., 2003). Gados jaunāki indivīdi visvairāk ir stigmatizācijas ietekmēti un atturas izmantot ārstēšanu, jo tā varētu radīt ierobežojumus darbā, karjeras iespējās, nelabvēlīgi ietekmēt nākotni (Callahan, Cooper, 2005). Viens no septiņiem PAV atkarību indivīdiem ziņo, ka ir saņēmis jebkādu ārstēšanu (Grant et al., 2004).

Īstermiņa pētījumos pierādīts, ka turpmākās atturības un uzlabojumu līmenis ir zemāks personām, kurām ir narkotisko vielu atkarība, salīdzinot ar personām, kuriem ir tikai alkohola atkarība (Mertens, Weisner, 2000; Weisner et al., 2001), bet ilgtermiņa pētījumos neparādās rezultātu atšķirības pēc atkarības veida. Narkotiku atkarīgiem ilgtermiņa atturībai ir slikta prognoze, ja sākotnējā ārstēšana ir bijusi neveiksmīga (Weisner et al., 2003a) vai ir polinarkomānija (Dutra et al., 2008). Pētījumi liecina, ka pasākumi būtu jāveido tā, lai izglītotu, informētu un destigmatizētu atkarību ārstēšanu (Pedrero-Perez et al., 2011). Zinātnieki (Weisner et al., 2003b) konstatē skaidrus ārstēšanās ieguvumus un Dawson et al. (2005) uzrāda, ka ārstēšana palielina stabilas remisijas iespēju.

Apkopojot literatūras datus par pacientu attieksmi pret ārstēšanos, redzams, ka PVA pacientiem ir izteiktas dažādu iemeslu provocētas grūtības meklēt palīdzību, bet tā ir nepieciešama ilgtermiņa atturībai un psihosociālās funkcionēšanas uzlabošanai.

1.7. Psihoaktīvo vielu atkarību ārstēšana no ārstu viedokļa

Tā kā PAV atkarība ir hroniska saslimšana, pacienti no tās cieš ilgu laiku un atkarības radīto seku dēļ cieš visas cilvēka orgānu sistēmas, tad bieži vien PAV atkarību pacienti vairākkārtīgi ir apmeklējuši citu specialitāšu ārstus pirms nonāk narkologu redzes lokā. Galvenie narkoloģisko pacientu fiziskās un psihiskās veselības traucējumi, kas parādās lietošanu pārtraucot, nav specifiski, tie, galvenokārt, saistās ar kardiovaskulārās,

gastrointestinālās sistēmas darbības traucējumiem, miega, garastāvokļa traucējumiem, vājumu, astēniju, pirms parādās tādi nopietni traucējumi kā kuņģa čūla, aknu ciroze, pankreatīts, epilepsijas lēkmes u.c. (Hommer et al., 2001; Pupelis, 2002; Diehl, 2002; Mann et al., 2005; Osis, 2006; Anderson, Baumberg, 2006; Key et al., 2006; Maurage et al., 2008; Lesch et al., 2011; Horie et al., 2012).

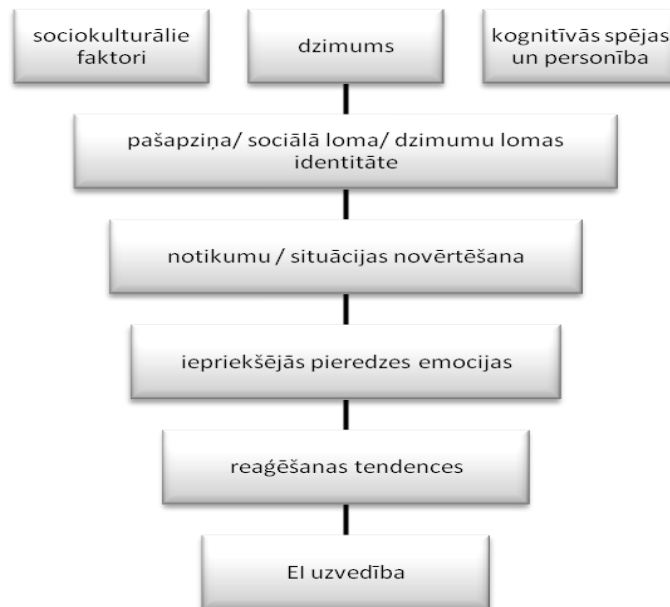
Pētījumā par ģimenes ārstiem (Rapley et al., 2006) norādīts, ka jautāt pacientiem par alkohola lietošanu nav ārstu ikdienas prakse, pie tam daļa speciālistu norādīja, ka jūtas neērti, jautājot par alkohola patēriņu vai ja pacients slikti reaģē uz tēmu. Tāpat ārsti uzrādīja emocionālas un intelektuālas barjeras, diagnosticējot atkarību, nosakot ārstēšanas prioritātes, īpaši atkarības komorbiditātes gadījumā, kā arī uzrādīja klīnisku pesimismu attiecībā uz smagu alkoholisma gadījumu ārstēšanu (Rapley et al., 2006). Īrijā, Austrālijā un ASV veiktajos pētījumos ir konstatēts izglītības deficīts veselības aprūpes speciālistu vidū, kuri saskaras ar PAV atkarīgiem (Kelleher, Cotter, 2009). Neatliekamās palīdzības nodaļu ārsti vairākums nav saņēmuši speciālu izglītību par PAV atkarībām. Kamēr daļa ārstu bija pārliecināti par savām zināšanām attiecībā uz alkohola atkarību, viņi nebija tik pārliecināti par citu vielu atkarību. Ķīnā situācija ir līdzīga (Tang et al., 2005), pie tam, speciālisti domā, ka sods būtu būtiska komponente cilvēkam narkotiku ļaunprātīgas lietošanas gadījumā. Viņi apgalvo, ka atkarīga persona ir pati atbildīga par savu uzvedību, un cilvēkam vajadzētu mācīties no savām kļūdām. Pat starp speciālistiem, kuri ārstē narkotiku atkarību, tikai aptuveni puse domā, ka narkotiku lietošana ir jāuzskata par smadzeņu darbības traucējumiem (Tang et al., 2005). Ārsti atzīmē, ka strādāt ar atkarīgiem pacientiem ir grūti (63,2%) un daudziem viņu darbs nepatīk (Tang et al., 2005). Dānijas zinātnieki (Raz et al., 2008) norāda, ka mūsdienu medicīna joprojām turpina darboties, saprotot un ārstējot slimības bioloģiskā ziņā, atstājot novārtā prāta ietekmi uz ķermeni un otrādi. Ārsti uzskata psiholoģijas zinātnes, burtiski tulkojot, par „mīkstām” (angl. – *soft*), bet sevi kā personu, kas darbojas ar reālu, „cietu” zinātni (angl. – *real, hard*) (Luhrmann, 2000, pēc Raz et al., 2008).

Latvijā iepriekš nav veikti pētījumi par ārstu skatījumu uz narkoloģisko palīdzību, PVA pacientiem, tāpēc svarīgi ir noskaidrot arī Latvijas ārstu informētību, praktizēšanu un viedokli par narkoloģiskās palīdzības metodēm.

1.8. Narkoloģisko pacientu psihosociālā funkcionēšana

„Psihosociālais” nozīmē psiholoģisko sistēmu un sociālo faktoru savstarpēju mijiedarbību (Newman, Newman, 2006). Psiholoģiskā sistēma ietver sevī mentālos procesus, kas personai ir nepieciešami, lai varētu veiksmīgi darboties un uzkrāt pieredzi. Sociālos faktorus iespējams labāk izprast, kad uzlūkojam sociālo sistēmu no sociālo ietekmju viedokļa, piemēram, sociālās lomas, rituāli, kultūras un sociālās gaidas/cerības, vadības stili, saskarsmes patēriņi, ģimenes organizācija, reliģiskā ideoloģija u.c. (Newman, Newman, 2006).

Psihosociālo faktoru un EI saistība attēlota 1.5.attēlā (pēc Rossouw, 2008).

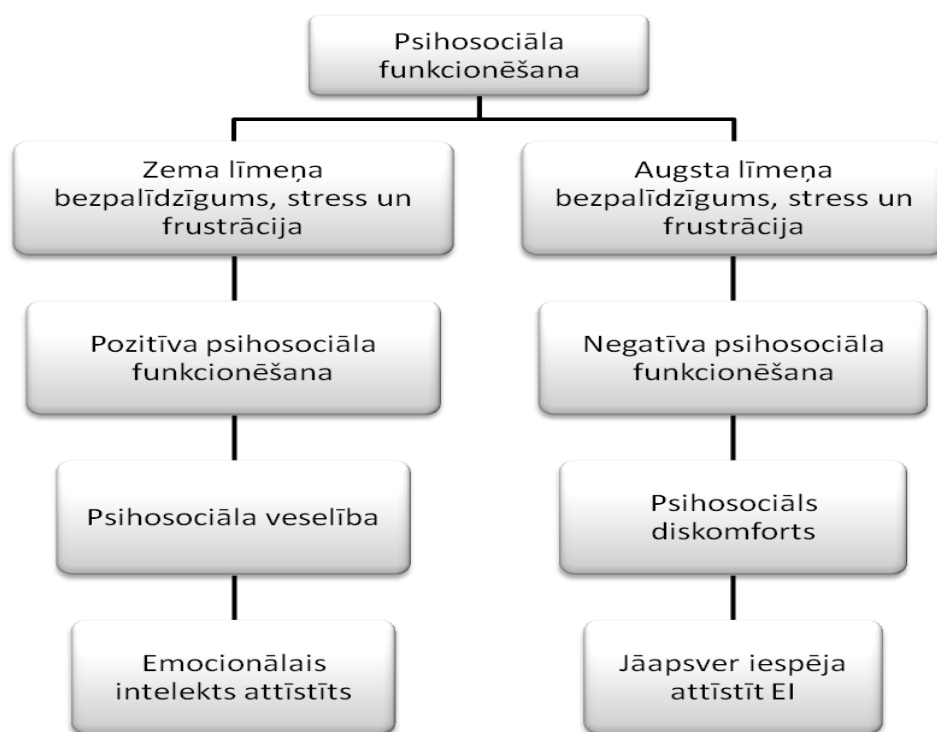


1.5. att. Psihosociālo faktoru un EI saistība

Psihosociālā funkcionēšana ietver:

- 1) pozitīvu psihosociālo funkcionēšanu, kura tiek aprakstīta kā pozitīvas gaidas no nākotnes, apmierinātība ar dzīvi kopumā un veselīga orientācija uz sasniegumiem;
- 2) negatīvu psihosociālo funkcionēšanu, kura tiek aprakstīta kā frustrācija mērķu sasniegšanā, stresa piedzīvošana, jo vide tiek uztverta kā pieprasošā, kā arī bezpalīdzības sajūta un tās ietekmēta rīcība, jo notiek mērķu sabrukšana (Faul, 1995, pēc Rossouw, 2008).

Saistība starp pozitīvu un negatīvu psihosociālo funkcionēšanu un emocionālo intelektu (EI) attēlota 1.6. attēlā (pēc Rossouw, 2008). Psihosociālās funkcionēšanas 2 konstrukti (EI un SI) tiks aprakstīti apakšnodaļās 1.8.2. un 1.8.6.



1.6.att.Psihosociālās funkcionēšanas saistība ar emocionālo intelektu

1.8.1. Vispārējs psihoaktīvo vielu atkarīgo psihosociālais raksturojums

Salīdzinājums pēc atkarības veida

Ķīmiskās atkarības formēšanās faktorus veido individuāli psiholoģiskās personības īpatnības (subjektīvie faktori) un vides sociālās īpatnības (objektīvie faktori). Par psihoaktīvās vielas lietošanas iemeslu kļūst ne tikai vielas īpašības, bet arī indivīda sociāli psiholoģiskās un psiholoģiskās problēmas un viņa grūtības risināt šīs problēmas konstruktīvos veidos. PAV lietošana parāda personības nelabvēlīgās attīstības loģisku iznākumu, viņa dezadaptīvo personību, atklājot personības traucējumus. Ir aprakstītas psihiskās sfēras, kas visvairāk asociējas ar PAV lietošanu: pašapziņas patoloģija (Boden et al., 2008), sevis izzināšanas, sociālo kompetenču un *coping* stila deficīts (Monras et al.,

2010; Klostermann et al., 2011), narcisisms (Carter et al., 2012), efektīvu psihiskās aizsardzības veidu deficīts, nespēja risināt ikdienas grūtības (Stein et al., 2008). PAV atkarīgie slikti panes trauksmi, saspringtas situācijas, sāpes, vilšanos un gaidīšanu. Bieži novērojama emocionāla brieduma trūkums, nepilnīga psihoseksuāla organizācija, impulsivitāte, tendence uz regresīvu uzvedību, kognitīvs deficīts, grūtības interpersonālās attiecībās un vāja socializācija (Fine, Juni, 2001; Lesch et al., 2011). Mūsdienu psihodinamiskā pieeja balstās uz pieņēmumu, ka vielu lietošana ir kā simptoms dziļākām personības problēmām, kas saistītas ar neapmierinātām vajadzībām, nepiepildītām vēlmēm agrīnajās attīstības stadijās (Miller, Hester, 2003). Šī pieeja atklāj, ka personai ir Ego deficīts un grūtības, kas saistītas ar afektu regulāciju un kontroli. Šie deficīti padara indivīdu uzņēmīgu pret PAV lietošanu.

Daudzi cilvēki cieš no atkarības radītām nopietnām veselības sekām un zemstandarta dzīves kvalitātes, jo viņi mēģina lietot alkoholu un citas vielas kā pašārstēšanos, lai iegūtu atelpu no savām problēmām (Hser et al., 2001). Pašārstēšanās hipotēzi apstiprina arī citi pētījumi (Harris, Edlund, 2005; Degenhardt, Hall, 2012). Cilvēki bieži izmanto atkarību izraisošās vielas sava garastāvokļa regulēšanai, īpaši, lai mazinātu negatīvos afektus (Thorberg, Lyvers 2006). Alkohola atkarīgie uzrāda augstāku dzīves kvalitāti kopumā, salīdzinot ar narkotiku atkarīgiem, bet polinarkomānijas pacientiem ir vairāk emocionālu bojājumu nekā pacientiem tikai ar alkohola atkarību (Hambley et al., 2010). To autori skaidro ar īsāku emocionālās un sociālās attīstības procesu. Lai izvairītos no attiecībām, emocijām, jūtām, narkomānijas pacienti sevi „ārstē”, un vielu lietošana kalpo, kā izvairīšanās un dezadaptīvs problēmu risināšanas mehānisms. Daudzi no smadzeņu reģioniem, kas ir neaizsargāti pret alkohola neirotoksicitāti, ir iesaistīti emocionālā pārstrādē. Orbitālā un mediālā prefrontālā garoza īpaši ir iesaistīta emocionālo stāvokļu autonomā regulēšanā (Phillips et al., 2003). Pierādīts, ka ventrolaterālā prefrontālā garoza aktivizējas, atbildot uz skumja garastāvokļa un vainas sajūtas indukciju (Shin et al., 2000). Iepriekšējie pētījumi uzrāda atšķirības smadzeņu reģionos, kuri iesaistīti emocionālo stimulu pārstrādē, starp kontroles grupu un alkohola atkarīgiem pacientiem (Heinz et al., 2007), kā arī starp pieaugušajiem ar un bez ģimenes anamnēzē esošu alkoholismu, kuriem pašiem nav PAV atkarības (Glahn et al., 2007). Traucēta emocionālā regulācija alkohola atkarīgiem var būt saistīta ar smadzeņu atrofiju, ilgstoša alkohola

atkarība rada difūzus smadzeņu bojājumus, tomēr pieres daiva īpaši cieš no alkohola izraisītas atrofijas (Moselhy et al., 2001; Oscar-Berman, Marinkovic, 2003).

Vairāki pētījumi uzrāda atšķirības starp alkohola atkarīgiem un kontroles grupu reakcijā uz emocionālu kairinājumu. Alkoholisma un emocionālās disregulācijas komorbiditāte liecina, ka neironu shēmas, kas iesaistītas emocionālā pārstrādē, alkohola atkarīgiem var būt traucētas. Saskaņā ar pētījumu (Koob, Le Moal, 2008), atkarībai ir trīs īpašības: nepārvarama tieksme meklēt un dabūt PAV, ierobežotas lietošanas kontroles zudums un negatīva emocionālā stāvokļa rašanās, piemēram, disforija, trauksme un nervozitāte, ja PAV nav pieejamas. Autori norāda, ka negatīvā emocionālā stāvokļa cēlonis ir divi faktori: (1) dabīgās motivēšanas smadzeņu ķēdes, tādas kā atalgojuma sistēma (angl. – *reward system*), nepārtrauktas aktivācijas dēļ kļūst deficitāras, un (2) nostiprinās "antiatalgojuma" sistēma. Pacientiem, kas cieš no alkoholisma, ir intensīva tieksme pēc vielas, un šo tieksmi var provocēt vai nu ar negatīviem vai pozitīviem emocionāliem stāvokļiem (Gilman et al., 2008). Alkohola atkarīgie bieži izjūt smagu emocionālu un somatisko abstinenci, ja tieksme nav apmierināta (Koob, Le Moal, 2008). Šie dati liecina, ka alkohola atkarība kļūst kā apburtais loks (skat. 6.pielikumu), jo negatīvu afektu pastāvīgā ietekme / pozitīvu afektu pastāvīgais trūkums alkohola atkarīgos pacientus noved pie lielāka alkohola patēriņa, kas var izraisīt īslaicīgu šīs garastāvokļa regulācijas traucējumu atvieglojumu. Tomēr šī nostiprināšana izraisa alkoholisma uzturēšanu, kas pats rada arvien lielākus garastāvokļa traucējumus, visus, savukārt, var ietekmēt ģenētiskie / vides faktori (Koob, Le Moal, 2008). Jebkurai alkoholisma ārstēšanai būtu noteikti jāpārtrauc šis apburtais loks.

Alkohola lietotāji ziņo, ka viņi lieto alkoholu, gan lai uzlabotu pozitīvo afektu ietekmi, gan lai mazinātu disforiju (Kassel et al., 2000). Vairākos pētījumos (Dunn, Earlywine, 2001; Hahn et al., 2006) ir atklāts, ka psiholoģiskās gaidas, kas saistītas ar dzeršanu, ir vairāk pozitīvas un mazāk negatīvas personām ar ļaunprātīgu alkohola lietošanu un alkoholismu. Tas nozīmē, ka pozitīvās gaidas, kas saistītas ar alkohola lietošanu, ļauj cilvēkam ignorēt to diskomfortu vai negatīvos efektus, kas ir saistīti ar aizsardzību pret alkohola lietošanu. Uzlabot vispārējās emocionālās regulēšanas prasmes, īpaši, spēju paciest negatīvās emocijas, ir svarīgs PAV atkarīgo ārstēšanas uzdevums (Berking et al., 2011).

Pētījumā konstatēts, ka garastāvokļa pašregulācija PAV lietotājiem ir traucēta (Thorberg, Lyvers 2006), un šie traucējumi rada noslieci uz vielu lietošanu un atkarību. Pie tam, pacienti ar noslieci uz vielu lietošanu vērš pastiprinātu uzmanību uz atkarību izraisošām vielām, kad negatīvie stimuli ņem pārsvaru viņu dzīvē. Tas ir ziņots par indivīdiem ar alkohola atkarību (Cox et al., 2002; Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006), kokaīna (Franken et al., 2000a), opiātu (Franken et al., 2000b), marihuānas (Field, 2005) atkarību, pie tam alkohola lietošanas nozīmīgs stimulants saistīts ar negatīvu emocionalitāti, savukārt, narkotiku galvenais stimulants asociēts ar ierobežojumiem, piespiedību, bīklumu (angl. – *constraint*) (McGue et al., 1999). Ja alkohola vai narkotiku atkarīgais turpina lietot PAV, lai izraisītu prieku, noņemtu diskomfortu, veicinātu sociālo saskarsmi, varas sajūtu vai „noslīcinātu” nepatīkamas atmiņas, un atkarīgais redz tikai šos ieguvumus, tad lietošana palielināsies un kļūs par iemācītu, apgūtu ieradumu (Miller, Hester, 2003). Ir arvien vairāk pierādījumu, ka alkohola atkarīgā atkārtotie atmiņas zudumi faktiski kalpo kā mehānisms, kas atvieglo alkoholisma attīstību (Hartzler, Fromme, 2003). PAV atkarību pacientiem ir traucēti ne tikai emocionālie, bet arī kognitīvie procesi, kas, savukārt, var traucēt ārstēšanās procesam un sekmēt slimības progresēšanu.

Salīdzinājums pēc dzimuma

Autori (Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006) konstatē, ka attiecībā uz psihosociāliem faktoriem, vīrieši biežāk nekā sievietes uzrāda noteiktus alkohola lietošanas un radīto problēmu riska faktoros (vājāka reakcija un uztvere attiecībā uz sociālām sankcijām par dzeršanu, pozitīvas gaidas no alkohola lietošanas, tādas personības iezīmes kā, piemēram, impulsivitāte) un viņiem ir mazāk aizsargfaktoru. Pētījumi (Stenbacka, 2000) pierāda, ka pastāv korelācija starp aizsardzības faktoriem, piemēram, pozitīva attieksme pret ierobežojumiem, kognitīvā, sociālā un emocionālā kompetence, un samazinātu risku attiecībā uz PAV lietošanu.

Pētījumi liecina, ka vīrieši biežāk nekā sievietes kļūst vardarbīgi. Rezultāti rāda, ka pastāv neliela līdz vidēja sakarība starp alkohola lietošanu/ atkarību un vīriešu agresivitāti pret partnerēm sievietēm, bet pastāv maza sakarība starp alkohola lietošanu/ atkarību un sieviešu agresivitāti pret partneriem vīriešiem (Foran, O’Leary, 2008). Sievietēm laulību statuss bija riska faktors iespējamam alkohola lietošanas recidīvam, kamēr vīriešiem

laulības mazināja recidīva risku. Atkarīgas sievietes daudz biežāk ir precējušās ar atkarīgiem partneriem, nekā atkarīgi vīrieši, tādēļ atkarīgām sievietēm laulība ciešāk saistīta ar recidīva risku, bet vīriešiem laulība vairāk aizsargā pret recidīva risku. Sievietes biežāk ir sensitīvas un reaģē ar recidīvu uz negatīvo emociju un interpersonālo problēmu fona, savukārt, vīrieši tieši pretēji – bieži vien uzrāda recidīvu uz pozitīvu emociju fona (Walitzer, Dearing, 2006). Recidīvi bieži saistīti ar augsta riska starpersonu, intrapersonāliem vai dzīvesveida faktoriem (Donovan, 2003; Witkiewitz, 2005).

1.8.2. Emocionālais intelekts

Emocionālais intelekts (angl. – *Emotional intelligence*) ir viens no personības nozīmīgākajiem raksturlielumiem, ko var uzskatīt par veiksmīgas sociālās saskarsmes priekšnoteikumu.

Pastāv vairākas koncepcijas, kas skaidro emocionālā intelekta jēdzienu. Var izdalīt divus koncepciju pamattipus (Mayer et al., 2000): emocionālā intelekta spēju modelis (izstrādāja Maijers, Salovejs) un emocionālā intelekta jauktais modelis (pārstāv R. Bar-Ona un D.Goulmena koncepcijas) (skat. 7. pielikumu).

EI spēju modeļa ietvaros ir definēts, kā spēja uztvert, saprast un regulēt savas un citu emocijas, asimilēt tās domāšanā un spēja spriest emociju iespaidā (Mayer et al., 2000). Saskaņā ar autoru (Mayer et al., 2000) uzskatiem, tiek izdalīti 4 atsevišķi emocionālo spēju līmeņi (skat. 7. pielikumu).

Jauktajā EI modelī ir ietvertas ne tikai spējas, bet arī nekognitīva rakstura iezīmes, piemēram, vispārējs noskaņojums, elastība un motivācija. Pastāv divi jauktā modeļa varianti (Bar-Ona un Goulmena modeļi). Goulmens (Goleman, 1995) emocionālo intelektu definē, kā paškontroles, centības, neatlaidības, spējas sevi motivēt un empātijas kopumu. Šajā modelī ir izdalītas piecas spēju grupas (skat. 7. pielikumu). Vēlāk Goulmens EI pārformulē, kā spēju atpazīt savas un citu emocijas un jūtas, sevis motivēšanu un emociju vadīšanu gan sevī, gan arī attiecībās ar citiem. Goulmens uzskata, ka emocionālais intelekts sekmē cilvēka sasniegumus dzīvē, samazina agresivitāti un noziedzību, uzlabo mācību spējas, profesionālajā jomā palīdz iesaistīties komandas darbā, atrast efektīvākus

darba veidus, tādējādi kopumā veicina rīcības efektivitāti jebkurā dzīves sfērā (Goleman et al., 2002).

Bar-Ona Emocionālā intelekta koncepcija

Bar-Ons emocionālo intelektu definē kā „nekognitīvu spēju, kompetenču un prasmju kopumu, kas ietekmē cilvēka spējas gūt sekmes un spējas tikt galā ar apkārtējo apstākļu prasībām un spiedienu” (Bar-On, 1997, p.16) (skat. 7. pielikumu). Pēc viņa domām cilvēki ar augstu emocionālo intelektu ir optimistiski, elastīgi, reālistiski, spēj veiksmīgi risināt problēmas un tikt galā ar stresu, nezaudējot kontroli.

Bar-Ona izstrādātajā modelī (Bar-On, 1997) izdala piecus EI faktorus, kas nosaka sekmīgu indivīda funkcionēšanu (skat. 1.1. tabulu): 1) *Intrapersonālās prasmes*, kas sevī ietver pašapzināšanos, pašpārlicību, pašcieņu, pašaktualizāciju un neatkarīgumu, 2) *Interpersonālās prasmes*, kas sevī ietver empātiju, starppersonu attiecības un sociālo atbildību, 3) *Adaptēšanās*, kas sevī ietver problēmu risināšanu, realitātes pārbaudi un elastīgumu, 4) *Stresa vadīšana*, kas sevī ietver stresa toleranci un impulsu kontroli un 5) *Vispārējais noskaņojums*, kas sevī ietver laimi un optimismu.

1.1.tabula

Emocionālā intelekta 5 faktori un 15 tos veidojošas skalas (Bar-On, 1997)

<u>I. Intrapersonālais faktors</u>	
<i><u>spēja apzināties savas emocijas un sevi kopumā, apzināties savas stiprās un vājās puses, izteikt sevi un savas jūtas konstruktīvā veidā, spēja justies labi par sevi un savu dzīvi</u></i>	
1. Savu emociju apzināšanās	spēja atpazīt un saprast savas emocijas, spēja diferencēt tās, zināt, kā un kāpēc mēs tā jutamies, spēja saprast, kas izraisīja šīs emocijas
2. Pašpārlicība	spēja brīvi un konstruktīvi izpaust savas emocijas, spēja paust savas idejas un uzskatus, spēja aizstāvēt savas tiesības atbilstošā un neagresīvā veidā, lai citi neizmantotu mūs
3. Pašcieņa	spēja uztvert, saprast un pieņemt sevi, spēja cienīt sevi un pieņemt kā labu esam, novērtēt savus plusus un mīnus, pieņemt savus ierobežojumus un iespējas

4. Pašaktualizācija	spēja noteikt personiskos mērķus un sasniegt tos, lai realizētu savu potenciālu, spēja tiekties uz savu zināšanu, talantu un prasmju nepārtrauktu attīstību
5. Neatkarība	spēja būt pašpalāvēgam, bez emocionālas atkarības no citiem, patstāvīgi pieņemt svarīgus lēmumus, spēja darboties autonomi, bez nepieciešamības pēc citu cilvēku palīdzības un atbalsta
<u>II. Interpersonālais faktors</u> <i><u>spēja apzināties citu cilvēku jūtas, intereses, vajadzības, lai varētu labi saprasties un konstruktīvi sadarboties ar citiem cilvēkiem, veidot labu saskarsmi</u></i>	
1. Empātija	spēja apzināties un saprast, kā citi jūtas, spēja būt sensitīvam attiecībā uz- ko, kā un kāpēc cilvēki jūt un dara šo jūtu iespaidā, pieņemt citu cilvēku emocijas
2. Starppersonu attiecības	spēja nodibināt un saglabāt savstarpēji apmierinošas attiecības, sniedzot un saņemot siltumu un pieķeršanos, izprotot intimitāti, spējas saistītas ne tikai ar vēlmi kultivēt draudzīgas attiecības, bet arī justies brīvi un ērti šādās attiecībās
3. Sociālais atbildīgums	spēja identificēties ar savu sociālo grupu, pierādīt sevi kā sadarboties spējīgu kādas sociālās grupas dalībnieku; rīkoties saskaņā ar savu sirdsapziņu un ievērot sociālās normas, izmantot savas spējas un prasmes ne tikai savā, bet kolektīva labā
<u>III. Adaptācijas faktors</u> <i><u>spēja būt elastīgam, reālistiskam, spēja pielāgoties personīgām, starppersonu un vides pārmaiņām, efektīvi tikt galā ar problēmu situācijām un kompetenti atrast tām risinājumu</u></i>	
1. Problēmu risināšanas spēja	spēja noteikt un formulēt problēmu, spējarast tik daudz risinājumu, cik vien iespējams, apsvērt šo risinājumu plusus un mīnus, īstenot efektīvākus risinājumus
2. Elastīgums	spēja pielāgoties un pielāgot savas izjūtas, domas un uzvedību nestandarta mainīgām situācijām, spēja mainīt savu viedokli, ja pierādījumi liecina par kļūdu
3. Realitātes testēšana	spēja novērtēt atbilstību starp realitāti un pieredzi, spēja piedzīvot lietas tādas, kādas tās ir, bez pārmērīgas fantazēšanas un sapņošanas par tām, uzsvars tiek likts uz pragmatismu, objektivitāti, uztveres adekvātumu, domu autentiskumu

IV. <u>Stresa vadīšanas faktors</u> <i>spēja tikt galā ar stresu bez panikas vai kontroles zaudēšanas, spēja būt mierīgam, nosvērtam, spēja labi strādāt saspringtās situācijās</i>	
1. Noturība pret stresu	spēja izturēt spriedzes pilnas situācijas un spēcīgas, intensīvas emocijas bez panikas, aktīvi un pozitīvi pārvarēt stresu, spēja rast risinājumus šādās situācijās, zinot ko un kā darīt, optimistiski tiekties pēc jaunas pieredzes un pārmaiņām
2. Impulsu kontrole	spēja efektīvi un konstruktīvi kontrolēt emocijas, pretoties vai aizkavēt acumirkļīgas darbības impulsu, spēja pieņemt paša agresīvos impulsus, spēja kontrolēt naidīgumu un bezatbildīgu rīcību
V. <u>Vispārējā garastāvokļa faktors</u> <i>spēja izbaudīt dzīvi, saglabāt pozitīvu skatījumu un justies apmierinātam ar sevi, citiem un dzīvi kopumā</i>	
1. Laimes izjūta	spēja būt apmierinātam ar savu dzīvi, spēja priecāties par sevi un citiem, izteikt pozitīvas emocijas, spēja just dzīvesprieku un entuziasmu
2. Optimisms	spēja saskatīt dzīvē labo un saglabāt pozitīvu un cerīgu attieksmi pret dzīvi, pat neveiksmēs

Bar-Ona modelī apvienoti gan tādi aspekti, ko varētu raksturot, kā kognitīvās spējas (emociju apzināšanās), gan arī nekognitīvie aspekti (personības neatkarība, pašcieņa, noskaņojums), kas ir svarīgi, lai tiktu galā ar ārējām prasībām, tādēļ šis modelis tiek dēvēts par jaukto, un tas ir uz procesu orientēts, nevis uz iznākumu orientēts modelis. Pētījumi rāda, ka pēc speciāla treniņa pieaug tādi emocionālā intelekta rādītāji kā empātija un emociju apzināšanās (Bar-On, 2003). Jāpiebilst, ka Bar-Ons turpmāko pētījumu gaitā (Bar-On, 2000) ir paplašinājis emocionālā intelekta jēdzienu, dodot tam apzīmējumu – emocionālais un sociālais intelekts. Tomēr autore šī pētījuma ietvaros pieturēsies pie sākotnējā Bar-Ona formulējuma – emocionālais intelekts un sākotnējā modeļa, ko veido 5 faktori un 15 apakšskalas.

Tā kā šī pētījuma mērķis ir noteikt PVA pacientu emocionālo intelektu un sociālo intelektu, tad jauktā modeļa izvēle ir piemērotāka EI mērīšanai, jo šis modelis ir orientēts gan uz personības kognitīvajiem procesiem, pašreflektēšanu (ar šo aspektu saistīts arī sociālais intelekts), gan arī uz personības nekognitīvajiem aspektiem, tādiem kā uzvedība,

pie kuriem pieder arī sociālais intelekts. Bar-Ona aprakstītais modelis šķiet vispiemērotākais šī pētījuma mērķu realizēšanai, jo tas sevī ietver ļoti daudzpusīgus aspektus, sākot no savu personīgo emociju un impulsu apzināšanās un to kontroles, spējam risināt problēmas, būt elastīgam, optimistiskam, ar augstu pašcieņu, līdz pat spējam, kas tieši ietekmē starppersonu attiecības – empātija, spēja būt sociāli atbildīgam.

1.8.3. Emocionālais intelekts un dzimumatšķirības

Emocionāli intelektuāls cilvēks efektīvāk pratīs pārstrukturēt savas emocijas, izvēlēties situācijai atbilstošākus uzvedības veidus, spēs runāt par jūtām un emocijām, viņam būs attīstītas morālās, ētiskās un estētiskās jūtas, prasme risināt problēmas un līdera spējas. Tātad indivīdi ar augstu emocionālo intelektu spēs rast labākus problēmu risinājumus savā emocionālajā dzīvē, būt sociāli efektīvāki, nekā cilvēki ar zemu emocionālo intelektu (Mayer et al., 2000).

Pētījumi rāda, ka sievietes izrāda lielāku interesi par apkārtējo cilvēku emocijām, labāk dekodē citu mīmiskās emociju izpausmes un uzrāda augstākus rādītājus empātijā (Macaskill et al., 2002; Toussaint, Webb, 2005). Iepriekš minētie aspekti sasaucas ar tādiem emocionālā intelekta faktoriem kā, piemēram, starppersonu attiecību veidošana un empātija. Bar-Ons izpētījis, ka dzimumatšķirības neparādās kopējā emocionālā intelekta rādītājā, bet nelielas atšķirības parādās atsevišķos tā faktoros. Sievietēm ir augstāki vidējie rādītāji Interpersonālajā faktorā un tā Savu emociju apzināšanās, Empātijas, Starppersonu attiecību un Sociālās atbildības skalās (Bar-On, 1997; Stein, Book, 2006), Interpersonālajā faktorā (Palmer et al., 2003), kopējā emocionālā intelekta līmenī (Van Rooy et al., 2005). Savukārt, vīriešiem ir augstāki vidējie rādītāji (Bar-On, 1997) Intrapersonālajā faktorā un tā Pašcieņas un Neatkarības skalās, Adaptācijas faktorā un tā Problēmu risināšanas un Elastības skalās, Stresa vadīšanas faktorā (arī Stein, Book, 2006) un tā Stresa tolerances skalā, kā arī Optimisma skalā, kopējā emocionālā intelekta rādītājā (Fatt, Howe, 2003). Tomēr ir arī vairāki pētījumi, kuros atšķirības starp dzimumiem kopējā EI rādītājā un tā faktoros nav konstatētas (Rothman et al., 2003; Maree, Eiselen, 2004).

1.8.4. Emocionālais intelekts un psihoaktīvo vielu atkarības

Emocionālais intelekts ietver pašregulējumu, un ievainotas jūtas un pārdzīvojumi ir pat nepieciešami, lai varētu sasniegt lielāku mērķi (Salovey, Mayer, 1990). Tātad, negatīvas vai sāpīgas emocijas netiek uztvertas kā kļūdainas vai bezjēdzīgas, bet, kā nepieciešamas personīgai izaugsmei, respektīvi, mēs spējam sajust prieku un laimi tik daudz, cik spējam sajust sāpes un skumjas. Augsts EI parasti saistīts ar adaptīvu, konstruktīvu dzīvi un pozitīvu garastāvokli (Salovey et al., 2002; Schutte et al., 2002).

Savukārt, EI deficīts izraisa psiholoģiskas ciešanas, kas var izpausties kā atkarību izraisīta uzvedība. Konstatēts, ka atkarību pacientiem EI rādītāji ir zemāki nekā veselo cilvēku populācijā (Brown et al., 2009; Hertel et al., 2009). Vairākos pētījumos par EI atkarību pacientiem norādīts, ka zemi emocionālās intelekta rādītāji ievērojami prognozē gan alkohola un narkotiku lietošanu, gan ar to saistītās problēmas un sekas (Riley, Schutte, 2003; Ghee, Johnson, 2008; Peterson et al., 2011; Schutte et al., 2011).

Zemi EI rādītāji vīriešiem korelē ar, galvenokārt, nespēju uztvert emocijas un pielietot emocijas, lai uztvertu un pārdzīvotu notikumus ar negatīviem rezultātiem, sekām, ieskaitot alkohola, nelegālu vielu lietošanu, deviantu uzvedību, ar draugiem nabadzīgas attiecības (Brackett et al., 2004). EI elementiem – emociju regulēšanai, dekodēšanai un emociju diferenciācijai – ir nozīmīga loma atkarību gadījumā (Frigerio et al., 2002; Kun, Demetrovics, 2010). Pētījumā (Kashdan et al., 2010) norāda, ka cilvēki, kuri piedzīvoja spēcīgas negatīvās emocijas, biežāk lietoja alkoholu, bet, ja viņi spēja diferencēt šīs negatīvās emocijas, tad to intensitāte bija mazāk saistīta ar alkohola lietošanu.

Zinātniskajā literatūrā atrodami dati par narkotiku atkarīgo grūtībām emocionālā un sociālā aspektā (Yan et al., 2008; Graña et al., 2009). Pētīt (Nehra et al., 2012) emocionālo intelektu, pašnovērtējumu un marihuānas atkarību, atkarīgo pacientu grupa guva ārkārtīgi zemu EI, salīdzinājumā ar kontroles grupu. Autori arī konstatēja, ka atkarīgo pacientu grupa uzrādīja zemu pašnovērtējumu, salīdzinot ar kontroles grupu. Pētījumā (Schutte et al., 1998) arī konstatēja, ka narkotiku atkarīgiem bija ievērojami zemāki EI rādītāji, nekā kontrolgrupā.

Tomēr daudzi pētījumi pierāda, ka arī alkohola atkarīgo emocionālās spējas, sociālās prasmes un attiecības ir apgrūtinātas. Ungāru zinātnieki – B. Kūna un Z.

Demetrovics (Kun, Demetrovics, 2010), veicot literatūras apskatu par emocionālo intelektu un atkarībām, konstatē, ka alkohola pacientiem raksturīga emociju intensitātes pārvērtēšana, īpaši negatīvo emociju, kuras viņi daudz biežāk mēdz asociēt ar katru redzēto sejas izteiksmi (Kun, Demetrovics, 2010). Cilvēki ar alkohola atkarību ir tendēti interpretēt sejas izteiksmes, kuras satur, piemēram, skumjas vai riebumu, kā emocija, kuras raksturīgas starppersonu konfliktiem, piemēram, dusmas vai nicinājumu (Frigerio et al., 2002). Savukārt, spēja noteikt emocijas ir cieši un negatīvi saistīta ar savstarpējo attiecību problēmām (Kornreich et al., 2002). Pie tam (Kornreich et al., 2003; Foisy et al., 2005) pētījumi uzsver, ka alkohola atkarīgiem ir sliktākas emociju dekodēšanas spējas nekā opiātu atkarīgajiem. Personām ar opiātu atkarību, kuriem nav alkohola atkarības problēmas, bija ievērojami labākas spējas noteikt emocijas, nekā tiem, kuriem bija tikai alkohola problēmas vai vienlaicīgi alkohola un opiātu atkarība.

Daudzi pētījumi parāda, ka alkohola atkarīgiem ir augstāka sociālā atbildība nekā narkomāniem. Tas sasaucas ar pētījumiem par narkotiku atkarīgo zemo nodarbinātības līmeni (Zanis et al., 2001; Huang et al., 2011), bērnu audzināšanas grūtībām, kad objektu attiecības tiek uzurpētas atkarību vielu lietošanai (Fine, Juni, 2001; Stewart et al., 2007; Kelley et al., 2010), vardarbību mājās, kriminālām darbībām (Stith et al., 2004; Bennett et al., 2008; Kelley et al., 2010). Tomēr jāņem vērā, ka atkarības slimība veicina sociālā atbildīguma līmeņa pazemināšanos, tāpēc arī alkohola atkarīgo sociālā atbildīguma līmenis varētu būt pazemināts (Bromley, Nelson, 2002). Traucējumi sociālo normu pamatojumā var novest pie sociālā kontakta veidošanas grūtībām, pārpratumu rašanās un vilšanās sociālajā sfērā (Kornreich et al., 2010).

Konstatēts, ka alkoholisms nav saistīts ar vispārējās empātijas deficītu, bet drīzāk ar atšķirībām emocionālajā un kognitīvajā empātijas paternā. Pie tam emocionālās empātijas deficīts nav saistīts ar depresiju un trauksmi, bet negatīvi korelē ar aleksitīmiju un interpersonālo problēmu nopietnību (Maurage et al., 2011). Tas varētu dotajā pētījumā atspoguļoties EI Interpersonālā faktorā un Empātijas skalā. Atšķirības empātijā novērojamas jau pusaudžu vecumā, pie tam tajā pašā vecumā sieviešu dzimuma pusaudzēm tā ir lielāka nekā vīriešu dzimuma pusaudžiem, un līdz ar vecumu atšķirības pieaug (Mestre et al., 2009). Iespējams, ka tas parādīsies arī kā dzimumatšķirība starp atkarīgiem vīriešiem un sievietēm.

Kokaīna atkarīgie, salīdzinot ar kontrolgrupu, demonstrē grūtības emociju saprašanā, pārvaldīšanā un kontrolē. Šīs EI problēmas saistītas ar palielinātu stresu un impulsu kontroles grūtībām (Fox et al., 2011). Pētījumi (LoCastro et al., 2000; Soloff et al., 2000; Verdejo-Garcia et al., 2008) rāda, ka pašsavaldīšanās grūtības ir raksturīgas ne tikai narkotiku atkarīgiem, bet arī alkohola atkarīgiem, kuri bieži vien savu impulsīvo rīcību skaidro nevis ar internāliem iemesliem, piemēram, pašsavaldīšanās grūtībām, bet ar eksternāliem iemesliem, cenšoties atbildību uzvelt uzbrūkošai apkārtējās vides attieksmei, pret kuru viņiem ir jāaizstāvas, tas var norādīt, ka atkarīgiem pastāv kognitīvi izkropļojumi, kas var radīt noslieci meklēt savu problēmu cēloņus apkārtējā vidē. Tas sasaucas ar psihodinamiskās pieejas pārstāvju uzskatiem (Kernberg, Caligor, 2005; Khantzian et al., 2005). Tas varētu atspoguļoties Stresa vadīšanas faktorā un tā Impulsu kontroles un Stresa tolerances skalās.

Pētījumos ir konstatēts, ka EI ir saistīts ar konkrētiem smadzeņu reģioniem – priekšējo frontālo *Cingulate, Insula* un *Amygdala* rajoniem. Bar-Ona EI Stresa vadīšanas rādītāji pozitīvi korelē ar bilaterāliem ventromediāliem prefrontāliem *Cortex* apjomiem. *Amygdala* apjomi netika saistīti ar emocionālā intelekta kompetencēm (Killgore et al., 2012). Pētot EI faktoru (Interpersonālā, Intrapersonālā, Stresa vadīšanas) saistību ar smadzeņu balto vielu, konstatēts, ka intrapersonālais faktors pozitīvi korelē ar baltās vielas integritāti labajā priekšējā insulā (angl. – *right anterior insula*), interpersonālais faktors bija saistīts ar baltās vielas integritāti labajā apakšējā garenajā fascīkulī (angl. – *right inferior longitudinal fasciculus*). Smadzeņu reģioni, kas ir saistīti ar sociālo izzīņu tīkliem un somatisko marķeru shēmām, ir arī saistīti ar EI (Takeuchi et al., 2011). Ņemot vērā smadzeņu atrofiju alkohola atkarīgiem, difūzus smadzeņu bojājumus, īpaši, pieres daivā (Moselhy et al., 2001; Oscar-Berman, Marinkovic 2003), var domāt, ka PAV atkarīgiem var būt pazemināti rādītāji gan kopīgajā EI, gan atsevišķos tā faktoros (Interpersonālā, Intrapersonālā, Stresa vadīšanas) un tos veidojošās skalās.

Ņemot vērā, ka liela daļa PAV atkarības pacientu izmanto suģestīvo terapiju, kas liek domāt, ka viņiem ir izteikta maģiskā domāšana, pavājināts kritiskums un realitātes uztvere, tad varētu gaidīt, ka Reālistiskuma skalas rādītāji pētījuma dalībniekiem būs pazemināti.

Pētījumi rāda, ka pēc speciāliem treniņiem pieaug tādi emocionālā intelekta rādītāji, kā emociju apzināšanās un empātija (Bar-On, 2006). Citā pētījumā (Brown et al., 2009), pārbaudot EI narkotiku un alkohola atkarību pacientiem rehabilitācijas centrā un ar 1 mēneša intervālu pēc ārstēšanās, konstatēja, ka dalībnieku EI rādītāji uzlabojās, pie tam tie nebija speciāli treniņi EI uzlabošanai, bet gan vispārēji attiecību veidošanas un emocionālās pielāgošanās attīstības vingrinājumi. Nozīmīgi, ka emocionālais intelekts ir dinamisks konstrukts, ko iespējams attīstīt un pilnveidot dzīves laikā (Perry, Ball, 2005; Nelis et al., 2009; Grillo, 2010), tādēļ tas veiksmīgi izmantojams praktiskajā darbā psihosociālās palīdzības sniegšanā atkarību pacientiem.

EI saistību ar atkarības vielu lietošanu apstiprina daudzi pētījumi, tādējādi nodrošinot piemērotu teorētisko pamatu dotajā pētījumā. Pētījumi uzrāda, ka uzlabojas EI rādītāji pēc ārstēšanās un atturoties no PAV, līdz ar to ir lietderīgi izpētīt, vai mainās EI pēc ārstēšanās kursa Minesotas programmā un kāda ir rādītāju dinamika, pacientiem atturoties no PAV lietošanas pusgada laikā.

1.8.5. Sociālais intelekts

Sociālo intelektu jau cenšas definēt kopš 1920. gada, kad E.L.Torndaiks atdala SI no intelekta un definē to kā „spēju saprast vīriešus un sievietes, zēnus un meitenes, un rīkoties gudri attiecībās ar cilvēkiem” (*Thorndike, 1920, p.228, citēts pēc Kihlstrom, Cantor, 2000*). Citiem vārdiem sakot, Torndaiks definēja SI, kā spēju saprast, uztvert savu un citu personu iekšējo stāvokli, motīvus un uzvedību, un vadīt to, pamatojoties uz šo informāciju. Kā norādījusi Lendija (Landy, 2005), Torndaiks neveidoja teoriju par sociālo intelektu, viņš tikai izmantoja jēdzienu „sociālais intelekts”, lai precizētu, ka intelekti var izpausties dažādos rakursos (piem., abstraktais, mehāniskais, sociālais). Mēģinājumi definēt šo konceptu un paralēli to pētīt tika veikti pagājušajā gadsimtā (Kihlstrom, Cantor, 2000), un turpinās arī 21.gadsimtā (Björkqvist et al., 2000; Silvera et al., 2001; Vasilova, Baumgartner, 2004; Orosova, Gajdošova, 2009; Ham, Garcia, 2010). Viennozīmīgi zinātnieki ir nonākuši pie secinājuma, ka sociālais intelekts ir daudzdimensionāls konstrukts (Vasilova, Baumgartner, 2004). Mūsdienās sociālo intelektu raksturo, kā

personības spēju saprast sevi un citus cilvēkus un prognozēt viņu uzvedību, un tas ir balstīts uz izziņas procesiem, emocionālo un sociālo pieredzi.

Vēl viena problēma, kas saistīta ar SI, ir to saturošo aspektu daudzums. Marlovs (Marlowe, 1986) piedāvāja četru dimensiju konstrukciju: (1) sociālā interese (būt ieinteresētam par citiem); (2) sociālā patstāvība; (3) empātijas prasmes (spēja saprast citus kognitīvi un emocionāli); (4) sociālās darbības prasmes (novērot sociālo uzvedību). Citi autori (Kosmitzki, John 1993) norādīja, ka sociālais intelekts sastāv no septiņām sastāvdaļām: (1) sajūst citu cilvēku iekšējo stāvokli un noskaņojumu; (2) vispārēja spēja izveidot attiecības ar citiem cilvēkiem; (3) zināšanas par sociālajām teorijām un dzīvi; (4) sociālā intuīcija un jutīgums komplicētos sociālos apstākļos; (5) izmantot paņēmienus, lai manipulētu ar citiem; (6) empātija; (7) sociālā adaptācija. Savukārt, Silbermans (2000) pārbaudīja sociālo intelektu, ņemot par pamatu astoņus aspektus (1) citu cilvēku izprašana; (2) savu jūtu un ideju izteikšana; (3) savu vajadzību (arī pārdošu) paušana; (4) atgriezeniskās saites sniegšana kontakta personai / saņemšana no tās; (5) citu ietekmēšana, motivēšana un pārliecināšana; (6) inovatīvu risinājumu piedāvājums sarežģītās situācijās; (7) sadarbšanās, nevis individualizācija, labs komandas loceklis, (8) atbilstošas attieksmes pieņemšana, kad attiecības nonāk strupceļā (Silberman, 2000). Arī saskaņā ar citu autoru (Buzan, 2002) sociālais intelekts sastāv no astoņiem faktoriem: (1) lasīt cilvēka prātu: izprast un pazīt cilvēkus, pēc viņu raidītiem ķermeņa signāliem, verbālām un neverbālām komunikācijām; (2) aktīvas klausīšanās prasme; (3) sabiedriskums; (4) citu ietekmēšana; (5) būt aktīvam sociālā veidā (popularitāte); (6) sarunas un sociālo problēmu risināšana; (7) pārliecināšana; (8) zināt, kā uzvesties atšķirīgos sociālos apstākļos.

Mūsdienu skatījumā sociālais intelekts satur uztveres, kognitīvi analītisko un uzvedības (prasmju) komponentes (Björkqvist et al., 2000). Sociālo intelektu nevar vērtēt kā vienu iezīmi vai pazīmju kopumu, pēc kurām indivīdu var salīdzināt, sarindot vai sagrupēt no zemas dimensijas līdz augstai. Drīzāk, sociālais intelekts jāuztver, kā pieņēmums, ka sociālā uzvedība ir intelekts – tas tiek panākts ar uztveres izziņas procesiem, atmiņu, spriešanas spējām un problēmu risināšanas spējām, nevis panākts ar iedzimtiem refleksiem, noteiktām atbildēm, vai attīstījies, kā ģenētiska programma un tamlīdzīgi. Respektīvi, sociālais intelekts veido indivīda atšķirības sociālajā uzvedībā –

personības sociālu manisfestāciju – tas ir individuālu atšķirību produkts, kuru persona pielieto sociālās mijiedarbībās (Kihlstrom, Cantor, 2000).

Veicot literatūras apskatu, Vasilova un Baumgartners (Vasilova, Baumgartner, 2004) intelekta mērījumu veidus (skat. 8. pielikumu) definē šādi:

- 1) metodes, kuras pamatojas uz sasniegumu raksturojumu sociālā kontekstā. Šīs izpētes metodes sastopamas klasiskajos intelekta testos;
- 2) metodes, kurās izmanto pašnovērtējumu – pētījumos tiek izmantotas visbiežāk, neraugoties uz iespējamu iekšējās saskaņotības risku;
- 3) galvenokārt, bērnu sociālo intelektu mēra ar citu cilvēku novērtējuma metodēm (vecāku, skolotāju, vienaudžu);
- 4) bihevioreālās metodes, ar kurām pēta sociālo intelektu, pamatojoties uz citu cilvēku vērtējumu (vērtēta tiek konkrēta cilvēka uzvedība).

Dotajā pētījumā tiks izmantota pašnovērtējuma aptauja, ko izstrādāja norvēģu zinātnieki D. H. Silvera, M. Martinussena un T. Dāle (Silvera et al., 2001). Autori apliecina faktu, ka daži testi sociālā intelekta noteikšanai ir pieejami, pārbaudīti un spēkā esoši, tomēr viņi norāda arī uz divām galvenām problēmām: (a) daudzi no testiem ir laikietilpīgi un sarežģīti, un (b) pastāv grūtības empīriski diferencēt sociālo intelektu no citiem, līdzīgiem konstruktiem. Tāpēc zinātnieki izveidoja jaunu testu sociālā intelekta novērtēšanai – Tromso Sociālā Intelekta aptauju (angl. – *Tromsø Social Intelligence Scale, TSIS*), kas varētu novērst šos ierobežojumus. Šinī sakarā autori veica 3 pētījumus: (1) pārbaudīja profesionālu psihologu interpretācijas par sociālo intelektu, lai iegūtu konsensuāli atrunātu konstrukta definīciju; (2) tika pārbaudīts liels skaits SI apgalvojumu, no kuriem tika identificēti 3 faktori un 21 apgalvojums; (3) tika apstiprināta šī testa stabilitāte. Autori izdala trīs SI aspektus: (a) sociālās informācijas apstrāde, (b) sociālās prasmes un (c) sociālā apzināšanās.

Sociālās informācijas apstrāde (angl. – *social information processing*) raksturo sociālās saskarsmes ietvaros esošos kognitīvos procesus: sociālo situāciju apzināšanās un akceptēšana; spēja uzklaut citus, izprast līdz galam nepateikto vai daļēji paustās domas un izjūtas; mērķu izvirzīšana un definēšana, sociālo atbilžu jeb sociālās atgriezeniskās saites meklēšana (Silvera et al., 2001; Friberg et al., 2005; Gini, 2006).

Sociālās prasmes (angl.– *social skills*) ietver sevī atbildību, sevis kontrolēšanu, neatlaidību, sadarbību, cilvēka spēju iekļauties grupā, kolektīvā. Augsts sociālais intelekts ir saistīts ar interesi par sociālajiem jautājumiem, ar nepieciešamību sadarboties ar citiem, un bieži ir saistīts ar attīstītām organizatoriskām prasmēm. Šādi cilvēki spēj atrast atbilstošu komunikācijas veidu ar dažādiem sarunu biedriem dažādās situācijās, viņiem ir liels lomu repertuārs un viņiem piemīt lomu plastiskums (Silvera et al., 2001; Friberg et al., 2005; Gini, 2006).

Sociālo apzināšanos (angl.– *social awareness*) raksturo spēja atpazīt grupu kultūras un vērtību aspektus un to, kā šie aspekti ietekmē cilvēka rīcību un uzvedību (Silvera et al., 2001; Friberg et al., 2005; Gini, 2006). Sociālā apzināšanās ietver empātijas spējas. Empātiskiem cilvēkiem raksturīgas emocionālas reakcijas dažādās situācijās, kuri novērtē ne tikai to, ko līdzcilvēki runā, bet arī kādēļ viņi attiecīgi rīkojas konkrētās situācijās. Šī tendence ietver starpkultūru sensitivitātes aspektu, kas šodienas ekonomiskā un sociālā sistēmā ir īpaši svarīgi. Tātad cilvēks, kuru raksturo šī tendence, prot klausīties, respektē un ciena līdzcilvēkus, neraugoties uz viņu sociālo, etnisko u.c. statusu, izprot un atpazīst līdzcilvēku emocionālo noskaņojumu vai vārdos neizteiktās jūtas.

Tātad sociālo intelektu var definēt kā personības spēju, kas balstīta uz izziņas procesiem, emocionālo un sociālo pieredzi, saprast sevi un citus cilvēkus un prognozēt viņu uzvedību. Tomēr cilvēka sociālo intelektu nevar vērtēt abstrakti, tas jāvērtē saistībā ar citām sfērām un kontekstiem, kuros tas parādās un dzīves uzdevumiem, kam tas kalpo. Šie uzdevumi ir atkarīgi no cilvēka sociālās vides prasībām, struktūras un ierobežojumiem (Silvera et al., 2001). Sociālais intelekts nosaka un raksturo personības prasmi orientēties dažādās sociālās situācijās, pareizi noteikt personīgos un apkārtējo pārdzīvojumus, izvēlēties adekvātu rīcības variantu.

1.8.6. Sociālais intelekts un psihoaktīvo vielu atkarības

Sociālais intelekts tiek apgūts, pirmkārt, ģimenē. No psihodinamiskā skatu punkta lūkojoties, Ego organizācijas disfunkcija, ko veicina zems vispārējās izglītības līmenis, nekonsekvents audzināšanas stils ģimenē, piedzīvota vardarbība, vispārējo sociālo

zināšanu trūkums (Meade, Slesnick, 2002; Miller, Hester, 2003; Latvala et al., 2011; Lesch et al., 2011), rada uztveres disfunkciju, kuras rezultātā rodas emociju un to nozīmju diferencēšanas zudums, disfunkcija objektu attiecībās, kas bieži vien ir saistītas ar primitīviem psihs aizsargmehānismiem, frustrācijas tolerēšanas grūtībām, afektu un impulsu kontroles disfunkciju, lēmumu pieņemšanas grūtībām. Alkohola un narkotiku lietošana kļūst par veidu, lai stiprinātu novājināto Ego (Khantzian et al., 2005; Lesch et al., 2011).

Parasti alkohola atkarības aizsākumi notiek vēlīnā pusaudžu vai agrīnā jauniešu vecumposmā, kad personība jau sasniegusi nosacītu briedumu un apguvusi pamata prasmes un iemaņas, lai sociāli pielāgotos sabiedrības prasībām, līdz ar to cilvēki ar alkohola atkarību var labāk izmantot šīs prasmes turpmākajā dzīvē, risinot problēmsituācijas. Iespējams, tas varētu parādīties SI rādītājos, ka alkohola atkarīgiem tie varētu būt augstāki nekā narkotiku atkarīgiem. Savukārt, narkotizācijas aizsākumi biežāk saistāmi ar agrīno pusaudžu vai pusaudžu vecumu, slimības dinamika un attīstība ir strauja un tādēļ narkotiku atkarības skarti cilvēki bieži neapgūst pamata prasmes un iemaņas, kas nepieciešamas, lai atbilstoši sabiedrībā pieņemtām normām risinātu problēmsituācijas.

Kā norāda Hāma un Gersija (Ham, Garcia, 2010), ar sociālo intelektu saistītās prasmes ir cieši saistītas ar alkohola un narkotisko vielu lietošanu – jo zemākas šīs prasmes, jo lielāks risks lietot narkotiskās vielas un otrādi – vielu lietošana rada sociālā intelekta prasmju traucējumus. Līdzīgs novērojums ir ASV pētniekiem (Scheier et al., 1999). Pētījumā tika izskatīts, kādā mērā pašpārlicība un ar to saistītās sociālās prasmes, personiskā kompetence, kā arī atteikšanās efektivitāte prognozē alkohola lietošanu. Vīriešiem ir lielāks risks iegūt nabadzīgas atteikšanās spējas un lielāku līdzdalību alkohola lietošanā. Jaunieši, kuriem raksturīga nabadzīga sociālo prasmju attīstība, ziņoja par zemāku atteikuma efektivitāti, zemāku izglītības līmeni, nabadzīgākām kompetencēm un izteiktāku alkohola lietošanu. Vāja atteikuma efektivitāte tika asociēta ar lielāku riskēšanu, zemāku izglītības līmeni, nabadzīgākām kompetencēm un izteiktāku alkohola lietošanu. Augstākas personiskās kompetences tika asociētas ar mazāku alkohola lietošanu, bet tām nebija ilgtermiņa ietekmes uz alkohola lietošanu.

Pētnieki (Mayer et al., 2000; Mayer et al., 2008) norāda, ka tie cilvēki, kuri labāk spēj apzināties un izprast savas un citu jūtas sarežģītās sociālās situācijās, spēj izmantot šo

informāciju savu darbību plānošanā un mazāk pakļaujas negatīvajai līdzcilvēku ietekmei, saglabā iespēju adekvāti plānot savu rīcību sociālās situācijas kontekstā. Atkarību pacienti, īpaši narkotiku atkarīgie, demonstrē, ka viņi vāji saprot saikni starp rīcību un tās sekām, bieži vien veicot kļūdainas darbības, ieskaitot pretlikumīgas darbības, nonākot bīstamās situācijās, jo viņi vāji orientējas vispārpieņemtās normās un uzvedības noteikumos (Foran, O'Leary, 2008; McCutcheon et al., 2011).

Analizējot atkarīgo personu dzimumatšķirības, var vērot atšķirības sociālā intelekta prasmēs un kompetencēs. Pētījumā par skolēniem un atkarības vielu lietošanu konstatēts, ka zēnu smēķēšana un meiteņu alkohola patēriņš nebija traucējis attīstīties pietiekami augsta līmeņa sociālām prasmēm; tanī pat laikā zemāka līmeņa sociālās informācijas apstrāde bija saistīta ar zēnu smēķēšanu un zemāka līmeņa sociālā apzināšanās tika saistīta ar zēnu alkohola patēriņu (Orosova, Gajdošova, 2009).

Pastāv strukturālas un funkcionālas smadzeņu izmaiņas, kompleksa mijiedarbība starp izziņas procesiem, smadzeņu nobriešanu, psihopatoloģiju un narkotiku lietošanu. Narkotiku neirotoksiskā iedarbība uz smadzenēm noved pie kognitīviem traucējumiem, kuros atmiņas disfunkcijai ir svarīga loma (Yücel et al., 2007; Robbins et al., 2008; Schoenbaum, Shaham, 2008), kas rada domāšanas un uztveres traucējumus reāli izvērtēt situāciju. Tas var atspoguļoties SI sociālās informācijas apstrādes un sociālās apzināšanās skalās.

Šie deficīti varētu būt viens no iemesliem, kādēļ narkotiku un alkohola atkarīgie apkārtējo realitāti uztver vai nu kā pārspīlēti idealizētu, noliedzot trūkumu varbūtību, vai arī kā potenciāli naidīgu un uzbrūkošu, uzrādot nespēju adekvāti izvērtēt apkārtējo realitāti, ieslīgšot galējībās. Ja lūkojamies no psihodinamiskās perspektīvas, atkarību pacientiem var novērot tādas psihs aizsargmehānismus kā projekcija, projektīvā identifikācija, noliegums, šķelšana, viņi bieži vien nepareizi saprot neverbālos signālus, vadoties no iekšējās pārliecības, ka viņi ir slikti vai tieši pretēji, ka pasaule ir slikta (Kernberg, Caligor, 2005; Khantzian et al., 2005). Pieauguša narkotiku atkarīgā Ego spēks ir hroniski un dziļi traucēts, kas rada resursu trūkumu izvirzīt un realizēt noturīgus dzīves mērķus.

Apkopojot informāciju, redzams, ka PAV lietošana un atkarības ietekmē indivīdu psihosociālo funkcionēšanu. Tāpēc svarīgi ir noskaidrot PVA pacientu emocionālā un sociālā intelekta rādītājus un to izmaiņasdinamikā.

2. PĒTĪJUMA MATERIĀLS UN METODES

Pētījums tika veikts 2 posmos: 1.pētījuma posma (pilotpētījuma) mērķis bija izveidot ārstu un narkoloģisko pacientu aptaujas anketas un veikt pilotpētījumus to aprobācijai; 2.posma mērķis bija veikt ārstu un narkoloģisko pacientu aptauju ar aprobētām aptaujas anketām, veikt narkoloģisko pacientu, kuri ārstējas detoksikācijas un MP nodaļās, Emocionālā un Sociālā intelekta aptauju, veikt iegūto datu apstrādi, analīzi un aprakstīt tos pētījumā.

2.1. Pirmais pētījuma posms–pilotpētījums

2.1.1. Pētījuma norises procedūra

Pirmais posms tika veikts vairākos etapos laika periodā no 2009.gada 1.februāra līdz 2010.gada 1.martam.

- 1) Pamatojoties uz literatūras atlases un analīzes rezultātā iegūto informāciju par narkoloģiskās ārstēšanas metodēm Latvijā, tika intervēti 4 narkoloģiskās specialitātes eksperti par narkoloģisko palīdzību valstī, par atkarības sekām un uzlabojumiem pēc ārstēšanās. Dati tika ievākti, veicot individuālu strukturētu intervēšanu.
- 2) Ņemot vērā iegūtos datus par ārstēšanas metodēm, balstoties uz Tehnoloģiju norādēm un ekspertu interviju rezultātiem, tika formulēti, atlasīti un ekspertu apstiprināti ārstu aptaujas anketas jautājumi (14 jautājumi), atbildes veidotas dihotomiskā skalā. Tika pārbaudīta anketas saturiskā atbilstība.
- 3) Ņemot par pamatu Atkarības smaguma (pakāpes) Indeksa aptaujas [angl.–*Addiction Severity Index (European Adaptation)*] latviešu versiju (LV-Europa ASI), literatūras datus un ekspertu intervijas rezultātus par atkarību sekām, ārstēšanu un uzlabojumiem, tika izveidota pacientu aptaujas anketa (24 jautājumi), atbildes veidotas dihotomiskā skalā. Tika pārbaudīta anketas saturiskā atbilstība.
- 4) Tika veikti 2 pilotpētījumi: izmantojot izstrādāto Ārstu aptaujas anketu, tika aptaujāti 43 dažādu specialitāšu ārsti, un, izmantojot Pacientu aptaujas anketu, tika aptaujāti 40 narkoloģiskā profila pacienti.

2.1.2. Izmantotais instrumentārijs

1) **Ārstu aptaujas anketa** – anketēšanai tika izmantota autores izstrādāta un aprobēta anketa. Tā satur 14 jautājumus, no kuriem 12 jautājumi ir slēgtie, ar piedāvātiem atbilžu variantiem un 2 jautājumi ir atvērti. Anketa satur sociāldemogrāfiskās informācijas daļu – pirmie 4 jautājumi (respondenta dzimums, vecums, specialitāte un darba reģions), un pamatdaļu – 8 jautājumus par narkoloģisko situāciju (vai sastop atkarību pacientus, ar kurām atkarībām, vai ir informēti par narkoloģiskās palīdzības metodēm un pašpalīdzības grupām, kuras metodes iesaka pacientiem, kuras praktizē savā ikdienas darbā), 2 atvērtos jautājumus par trūkumiem un uzlabojumiem narkoloģiskajā palīdzībā. Atbildes tiek vērtētas dihotomiskā skalā (skat. 9. pielikumu).

2) **Pacientu aptaujas anketa** – autores izstrādāta un aprobēta anketa. Tā satur 24 jautājumus ar konkretizējošiem apakšjautājumiem. Anketas satur sociāldemogrāfiskās informācijas daļu – pirmie 6 jautājumi (respondenta dzimums, vecums, izglītība, nodarbinātība, ģimenes stāvoklis, bērnu esamība) un pamatdaļu – 7 jautājumus par atkarības situāciju (vai ir lietojis PAV, kādā vecumā, kādās dzīves jomās sekas radās, vai atzīst sevi par atkarīgu, vai iepriekš meklējis narkoloģisko palīdzību, kurš ieteica), 8 jautājumus par narkoloģiskām ārstēšanas metodēm (detoksikāciju, suģestīvām metodēm, aizvietojošo terapiju, kopienām, motivācijas nodaļu un MP) un 3 jautājumus par pašpalīdzības grupām un psihoterapiju. Visām metodēm kā konkretizējoši jautājumi bija jautājumi par remisijas ilgumu un uzlabojumiem svarīgajās dzīves jomās. Atbildes tiek vērtētas dihotomiskā skalā (skat. 10. pielikumu).

Datu iegūšanas procesā tika konstatēts, ka konkretizējošie jautājumi tiek nekorekti atbildēti, īpaši no vairāku PAV atkarīgo stacionārā esošo respondentu puses, kuri uzrāda remisiju, jo nelieto pamatvielu, bet tanī pat laikā turpina lietot citas PAV, piemēram, respondents nelieto opija grupas vielas, bet lieto alkoholu vai marihuānu. Tā kā šī ir pašnovērtējuma aptauja un atbildes nesakrīt ar realitāti, tad šo aptaujas jautājumu dati tika izņemti un promocijas darbā netiks analizēti iespējamo kļūdaino vērtējumu un interpretāciju dēļ. Šie jautājumi prasa papildus kontroli, un tos būtu nepieciešams papildināt un precizēt ar papildus informāciju, norādot katru lietojamo psihoaktīvo vielu. Tāpat ir izņemti dati par uzlabojumiem svarīgajās dzīves jomās, jo ir pacienti, kas

vienlaicīgi saņem vairākas narkoloģiskās palīdzības metodes, piemēram, detoksikāciju, suģestīvo metodi un psihoterapeitisko palīdzību, tas rada grūtības diferencēt, kura no metodēm devusi uzlabojumus. Tāpēc būtu nepieciešams aptaujas anketu papildināt un precizēt ar papildus informāciju.

Abas anketas netika pārbaudītas psihometriski (ticamība, validitāte), taču tas nebija šī pētījuma mērķis. Tās tika vērtētas, kā problēmu iezīmēšanas instruments, lai apzinātu esošo narkoloģisko situāciju ārstu un pacientu skatījumā.

2.1.3. Pētījuma dalībnieki

Pirmajā posmā tika aptaujāti 87 respondenti, no kuriem:

- 1) 4 narkoloģiskās specialitātes ārsti eksperti tika intervēti par narkoloģiskās ārstēšanas metodēm Latvijā, lai izveidotu ārstu aptaujas anketu par narkoloģiskās palīdzības metodēm un pacientu aptaujas anketu par pacientu izmantotajām narkoloģiskās palīdzības metodēm.
- 2) Ārstu aptaujas anketas aprobācijas pilotpētījumā piedalījās 43 respondenti (tika izdalītas 87 anketas) – vecumā no 28 līdz 74 gadiem, 28 (65,1%) sievietes, 48,8% no respondentiem strādāja Rīgā, pārējie – dažādos Latvijas reģionos. No respondentiem: 33 (77%) bija psihiatri (t.sk., 4 bērnu psihiatri), pārējie (33%) – citu specialitāšu ārsti.
- 3) Pacientu aptaujas anketas aprobācijas pilotpētījumā piedalījās 40 narkoloģiskā profila pacienti (tika izdalītas 80 anketas) – 30 (75%) vīrieši, 10 (25%) sievietes vecumā no 18 līdz 64 gadiem. 65% strādājošu cilvēku, ar partneri dzīvojoši bija 22 (55%) respondenti. Pēc izglītības līmeņa respondenti sadalījās: ar pamata izglītību 10%, ar vidējo – 22,5%, ar vidējo speciālo – 35%, ar augstāko – 32,5%. Lielākā daļa (70%) atzina vienas atkarības esamību, 17,5% – divas atkarības, 12,5% – trīsatkarības. 2,5% no respondentiem noliedza seku rašanos PAV atkarības dēļ.

2.2. Otrais pētījuma posms–pamatpētījums

2.2.1. Pētījuma norises procedūra

Otrais posmstika veikts laika periodā no 2010.gada 1.marta līdz 2012.gada 31.martam.

Otrais posms notika **vairākos etapos** (skat. 11. pielikumu):

- 1) Elektroniski tika izsūtītas anketas Latvijas Ārstu Biedrības reģistrētām **ārstu** asociācijām (99), izņemot Latvijas Patologu asociāciju. Laika posmā no 2010.gada 1.marta līdz 2011.gada 31.decembrim tika saņemtas 639 respondentu atbildes, no kurām 53 (8,3%) anketas tika atzītas par nederīgām, jo bija nepilnīgi aizpildītas. Par derīgām atzītas 586 anketas, kas tika izmantotas pirmās hipotēzes un papildhipotēzes pārbaudei (skat. 2.1. tabulu). Minimālais respondentu skaits rezultātu statistiskās ticamības nodrošināšanai ir 560 ārstu, pieņemot aprēķinos 95% ticamības intervālu $\pm 4\%$ robežās ar 50% proporciju³. Latvijā 2011. gada beigās bija reģistrēti 6953 ārsti un 1474 zobārsti (kopā 8427) (SPKC, 2012d).

2.1. tabula

Respondentu sadalījums pētījuma grupās pēc izmantotiem pētījuma instrumentiem

Ārsti (n=586)	Pacienti (n=620)			Kontrolgrupa (n=110)
Ārstu aptaujas anketas (586)	Ambulatorie (n=215)	Stacionāra (n=405)		Emocionālā un Sociālā intelekta aptaujas (110)
	Pacientu aptaujas anketas (620)			
		Detoksikācijas grupa (n=201)	MP grupa (n=204)	
		Emocionālā un Sociālā intelekta aptaujas (405)		

³Sample Size Calculator. Creative Research Systems. // [http://www.surveysystem.com/sscalc.htm\(sk.1.06.2011.\)](http://www.surveysystem.com/sscalc.htm(sk.1.06.2011.)).

- 2) Tika aptaujāti 620 **narkoloģiskā profila pacienti** gan ambulatorajās (Rīgā un Liepājā – 215 respondenti), gan stacionāra nodaļās (detoksikācijas un Minesotas programmas nodaļās Rīgā – 405 respondenti), veidojot respondentu pacientu pamatgrupu (skat. 2.1. tab.). Minimālais narkoloģisko respondentu skaits rezultātu statistiskās ticamības nodrošināšanai ir 586 pacienti, pieņemot aprēķinos 95% ticamības intervālu $\pm 4\%$ robežās ar 50% proporciju³. Latvijā uz 2011.gada beigām Reģistra uzskaitē bija 21887 alkohola atkarīgie un 3390 narkotiku atkarīgie pacienti (kopā 25277) (SPKC, 2012b).

Iekļaušanas kritēriji:

pacientam ir uzstādīta atkarības diagnoze (F10.2–F19.2) pēc SSK–10 klasifikatora; pacienti ir 18 gadus veci vai vecāki; nav akūtā stāvoklī; saprot latviešu valodu. Piekrišana vai nepiekrišana neietekmēja pacientu ārstēšanos.

Izslēgšanas kritēriji:

respondenti atsakās pildīt pacientu aptaujas anketu un/vai SI aptauju un/vai EI aptauju, vai aizpilda tās nepilnīgi; stacionāra pacienti – ieradušies tikai uz motivācijas kursu.

Lai noskaidrotu narkoloģiskā profila pacientu izvēles attiecībā uz narkoloģiskās palīdzības metodēm, visi 620 respondenti pildīja Pacientu aptaujas anketu.

Lai novērtētu narkoloģiskā profila pacientu emocionālā un sociālā intelekta rādītājus, stacionāra pacientu (n=405) grupa papildus pildīja Emocionālā intelekta un Sociālā intelekta aptaujas. Šie respondenti tika dalīti apakšgrupās pēc atkarības (alkohola un narkotiku atkarīgajos) un pēc ārstēšanas metožu pielietojuma (detoksikācijas un MP). Ņemot vērā literatūras datus par dzimumatšķirībām EI un SI, aptauju dati tika aplūkoti katra dzimuma ietvaros.

Pētījuma vieta

VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” narkoloģiskā dienesta 2 stacionāra nodaļas – detoksikācijas un Minesotas programmas nodaļas. Detoksikācijas nodaļas gultu skaits ir 33. Ar alkohola intoksikāciju, abstinenci vai psihozi pacienti atrodas nodaļā 5 – 10 diennaktis, ar narkotiku – 10 diennaktis. Minesotas programmas nodaļa (gultu skaits – 12) ir apvienota ar motivācijas nodaļu, tāpēc mēdz būt pacienti, kuri saņem tikai motivācijas kursu (7 –12 dienas) bez Minesotas programmas (28 dienu kurss). Pacienti tiek

uzņemti ar vismaz 5 dienu psihoaktīvo vielu (PAV) nekontrolētu nelietošanu vai pēc detoksikācijas kursa.

No **Minesotas programmas nodaļas pacientiem** dati tika vākti laika periodā no 2010.gada 1.janvāra līdz 2011.gada 31.oktobrim. Aptauju vākšana tika veikta 3 mērījumos:

- a) uzsākot MP kursu (1.mērījums),
- b) pabeidzot MP kursu (2.mērījums),
- c) 6 mēnešus pēc ārstēšanās MP nodaļā (3.mērījums).

No 303 pacientiem, kas ārstējās šajā laikā nodaļā (skat. 12. pielikumu), atbilda iekļaušanas kritērijiem 212, visas 3 aptaujas 1.mērījumā aizpildīja 204 pacienti (96,2%). Dati tika ievākti individuāli, katram pētījuma dalībniekam tika iedotas 3 aptaujas, to pildīšanas secība netika īpaši uzsvērtā. Laika ierobežojums aptauju pildīšanai netika dots. Pēc ārstēšanās kursa saņemšanas, 2.mērījumā 2 aptaujas (SI, EI) aizpildīja 157 pacienti (77,0%). Pēc 6 mēnešiem 3.mērījumā atkārtoti 2 aptaujas (SI, EI) aizpildīja 109 pacienti (69,4%).

No **detoksikācijas nodaļas pacientiem** dati tika vākti laika periodā no 2010.gada 1.marta līdz 30.jūnijam un no 2011.gada 1.aprīļa līdz 1.jūnijam.

Aptauju vākšana tika veikta 2 mērījumos:

- a) pabeidzot detoksikācijas kursu,
- b) 6 mēnešus pēc ārstēšanās detoksikācijas nodaļā.

Papildus datu ievākšana bija nepieciešama sakarā ar respondentu vājo līdzestību un atsaucību, veicot atkārtotas aptaujas pēc 6 mēnešiem.

No 1014 pacientiem (skat. 11. pielikumu), kas ārstējās šajā laikā nodaļā, atbilda iekļaušanas kritērijiem 620, visas 3 aptaujas aizpildīja 201 pacients (32,4%). Lielāko daļu no pārējiem 67,6% pacientu veidoja pacienti, kuriem nebija pietiekamas latviešu valodas zināšanas vai kuri atteicās aizpildīt aptaujas, pamatojot savu atteikumu ar nevēlēšanos to darīt vai sava labuma negūšanu, vai arī aizpildīja aptaujas nepilnīgi. Dati tika ievākti individuāli, tiekoties ar katru pētījuma dalībnieku. Laika ierobežojums aptauju pildīšanai netika dots. Pēc 6 mēnešiem (3.mērījums) – atkārtoti 2 aptaujas (SI, EI) aizpildīja 94 pacienti (46,8%).

Pielikumos (13. un 14.) salīdzināti respondenti, kuri turpināja piedalīties pētījumā un kuri pārtrauca piedalīties, pēc vairākiem mainīgiem (dzimuma, vecuma, izglītības, nodarbinātības, ģimenes stāvokļa, atkarības atzīšanas). Statistiski nozīmīgas atšķirības ir vērojamas tikai MP respondentiem izglītības ziņā, respektīvi, tālākā pētījumā piedalījās respondenti ar lielāku augstākās izglītības rādītāju.

Pētījuma datu analizēšanai, detoksikācijas un MP pacientu grupas tika atlasītas pēc pielīdzināšanas principa, kur pielīdzināšanas mainīgais bija vecums, tāpēc nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības vecuma ziņā starp detoksikācijas pacientu (n=186) un MP (n=188) grupu.

3) Kontrolgrupas dati (SI aptauja, EI aptauja) tika vākti laika periodā no 2012.gada 31.janvāra līdz 2012.gada 31.maijam. Tie tika izmantoti trešās un sestās hipotēzes pārbaudei. Kontrolgrupa tika atlasīta pēc pielīdzināšanas principa, kur pielīdzināšanas mainīgais bija vecums, tāpēc nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības vecuma ziņā starp kontrolgrupu un pētījuma stacionāra grupu (n=405).

2.2.2. Izmantotais instrumentārijs

1) Tromso Sociālā intelekta aptauja (*Tromsø Social Intelligence Scale, TSIS*) (Silvera et al., 2001). Latvijā to 2006. gadā adaptēja I. Kuzņecova un I. Šlosberga (Kuzņecova, Šlosberga, 2006).

Viena skala (sociālās prasmes) novērtē sociālo darbību, pārējās divas – sociālo uztveri. Sociālā intelekta aptauja (skat. 15. pielikumā) sastāv no 21 apgalvojuma – tie sadalīti pa 7 apgalvojumi katrā skalā, veidojot 3 skalas:

1. Sociālās informācijas apstrādes skala;
2. Sociālo prasmju skala;
3. Sociālās apzināšanās skala.

Pētījuma dalībniekiem tika lūgts veikt pašnovērtējumu, Tromso sociālā intelekta aptaujas anketā sniedzot vērtējumu Likerta skalā no 1 līdz 7, kur 1 – „pilnībā neatbilst man”; 7 –, „pilnībā atbilst man”. Iegūtie punkti tika sasummēti, pirms tam veicot pārkodēšanu jautājumos ar negatīvu nozīmi, jo šajos jautājumos punkti tiek

piešķirti apgrieztā kārtībā. Tādējādi, jo vairāk punktu respondents iegūst, jo augstāki ir sociālā intelekta rādītāji.

Tromso aptaujas iekšējā saskaņotība tika noteikta, aprēķinot Kronbaha alfas rādītājus, tie ir robežās no 0,72 līdz 0,80, tie atbilst oriģinālajā testa pētījumā uzrādītiem iekšējās saskaņotības rādītājiem (0,72–0,85) (Silvera et al., 2001) un ir augstāki nekā testa validizācijas pētījumā (0,60–0,67) (Kuzņecova, Šlosberga, 2006).

- 2) **Bar-Ona Emocionālā intelekta aptauja** (*Bar-On Emotional Quotient Inventory - EQ-i*, 1997), ko Latvijā adaptēja A.Gaitniece-Putāne (2008). Tā kā aptauja ir LU īpašums, tā tiek izmantota tikai šī pētījuma ietvaros un uzrādīta netiek. Bar-On EQ-i aptauju veido 5 faktori, kas kopā veido 15 apakšskalas (skat.2.1. tabulu).

2.1.tabula

Bar-On EQ-i 5 faktori un 15 tos veidojošās skalas (Bar-On, 1997)

Intrapersonālais faktors un 5 to veidojošās skalas	Interpersonālais faktors un 3 to veidojošās skalas	Adaptācijas faktors un 3 to veidojošās skalas	Stresa vadīšanas faktors un 2 to veidojošās skalas	Vispārējā garastāvokļa faktors un 2 to veidojošās skalas
1.Savu emociju apzināšanās 2.Pašpārlicība 3.Pašcieņa 4.Pašaktualizācija 5.Neatkarība	1.Empātija 2.Starppersonu attiecības 3.Sociālā atbildība	1.Problēmu risināšana 2.Reālistiskums 3.Elastīgums	1.Stresa tolerance 2.Impulsu kontrole	1.Optimisms 2.Laimes izjūta

Aptauja sastāv no 133 apgalvojumiem, un tie tiek vērtēti Likerta skalas 5 punktu gradācijā no „nekad vai ļoti reti attiecas uz mani” līdz „ļoti bieži vai vienmēr attiecas uz mani”. Iegūtie punkti tiek sasummēti, pirms tam veicot pārkodēšanu jautājumos ar negatīvu nozīmi, jo šajos jautājumos punkti tiek piešķirti apgrieztā kārtībā. Tādējādi, jo vairāk punktu respondents iegūst, jo augstāki ir emocionālā intelekta rādītāji.

Bar-Ona EI aptaujas iekšējā saskaņotība tika noteikta, izmantojot Kronbaha alfas rādītājus, tie ir robežās no 0,64 līdz 0,90, tie ir līdzīgi Bar-Ona oriģinālā pētījumā uzrādītiem iekšējās saskaņotības rādītājiem (0,69–0,86) (Bar-On, 1997) un Latvijā veiktā

šī testa adaptācijas pētījuma (Gaitniece-Putāne, 2008) iekšējās saskaņotības rādītājiem (0,66–0,91). Dotajā pētījumā iekšējās saskaņotības rādītāji zem 0,70 ir 3 skalās: Pašpārliecības, Neatkarības un Elastīguma skalā.

2.2.3. Pētījuma dalībnieki

Otrajā posmā dati tika ievākti no 1316 respondentiem:

- 1) 586 respondenti – dažādu specialitāšu ārsti no dažādiem Latvijas reģioniem– ar vidējo vecumu– 46,8 (SD±10,8), 78% (457) no respondentiem bija sievietes.
- 2) 620 narkoloģiskā profila pacienti –vidējais vecums – 39,7 (SD±11,2). 67,1% bija vīrieši; ar alkohola atkarību ir 463 (74,7%) respondenti.
- 3) Kontrolgrupu (n=110) veidoja augstskolas vakara nodaļas studenti un pasniedzēji. Respondenti ir vecumā no 21 līdz 63 gadiem, vidējais vecums ir 37,7±10,1 gadi; 54,5% vīrieši.

2.3. Statistiskā datu analīze

Grupu raksturošanai lietotas aprakstošās statistikas metodes, aprēķināts vidējais aritmētiskais un standartnovirze.

Hī kvadrāta (χ^2) tests, t-tests un Manna–Vitnija tests tika izmantots grupu salīdzināšanai. Tika izmantota jaukta tipa dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem ANOVA (*Analysis Of Variance*) un vienkārša tipa dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem, ņemot vērā Bonferoni (*Bonfferoni*) testu.

Dati apstrādāti, izmantojot SPSS programmas 16.0 versiju.

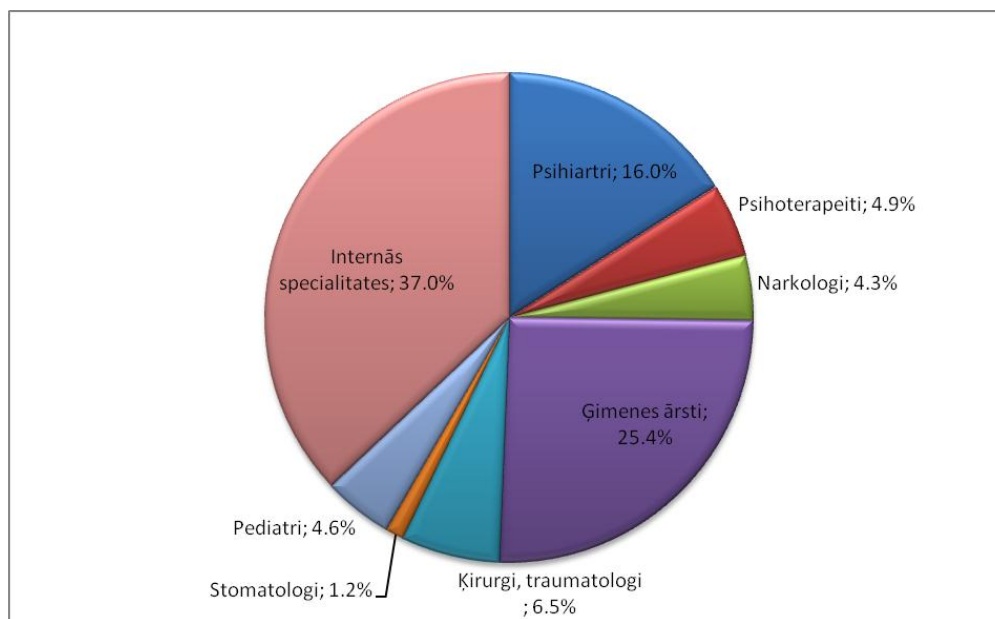
3. REZULTĀTI

Kopumā 2 posmos ir aptaujāti 1403 respondenti (ārsti, narkoloģiskie pacienti, kontrolgrupas respondenti); apstrādāti un analizēti 3043 aptauju anketu dati.

3.1. Pētījumā iesaistīto ārstu aptauju izpētes rezultāti

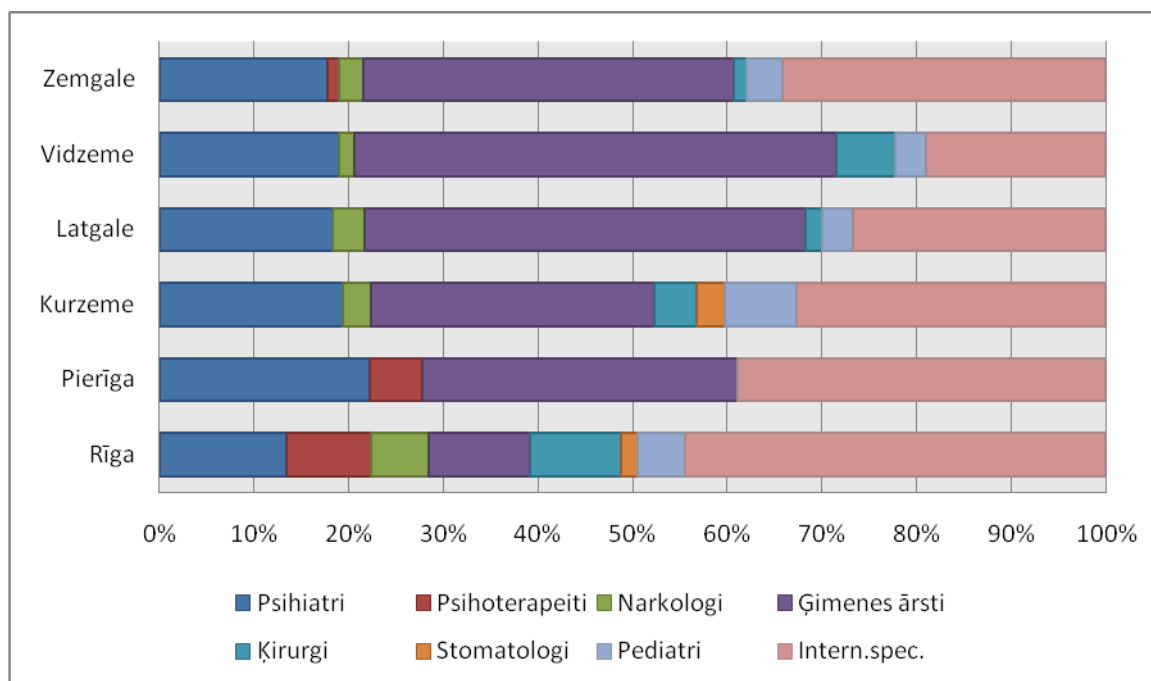
3.1.1. Ārstu sociāldemogrāfiskie dati

Tika aptaujāti 586 dažādu specialitāšu dažādos Latvijas reģionos strādājoši ārsti. Respondentu vecuma amplitūda no 24 līdz 74 gadiem, vidējais vecums – 46,8 (SD±10,8), 78% (457) no respondentiem bija sievietes. Divas trešdaļas aptaujāto ārstu ir vecuma grupā 40–59 gadiem. Lielāko respondentu skaitu veido internu specialitāšu ārsti (217), ģimenes ārsti – 149, psihiatri – 94, ķirurgi, traumatologi – 38, psihoterapeiti – 29, pediatri – 27, narkologi – 25, stomatologi – 7. Procentuālais respondentu sadalījums pa specialitātēm attēlots 3.1. attēlā.



3.1. att. Ārstu sadalījums pēc specialitātēm (%)

Vairāk nekā puse respondentu strādā Rīgā (51,0%; 299), Pierīgas reģionā – 3,1% (18), Kurzemē – 11,4% (67), Latgalē – 10,2% (60), Vidzemē – 10,8% (63), Zemgalē – 13,5% (79). Sadalījums pa specialitātēm un reģioniem atspoguļots 3.2. attēlā.

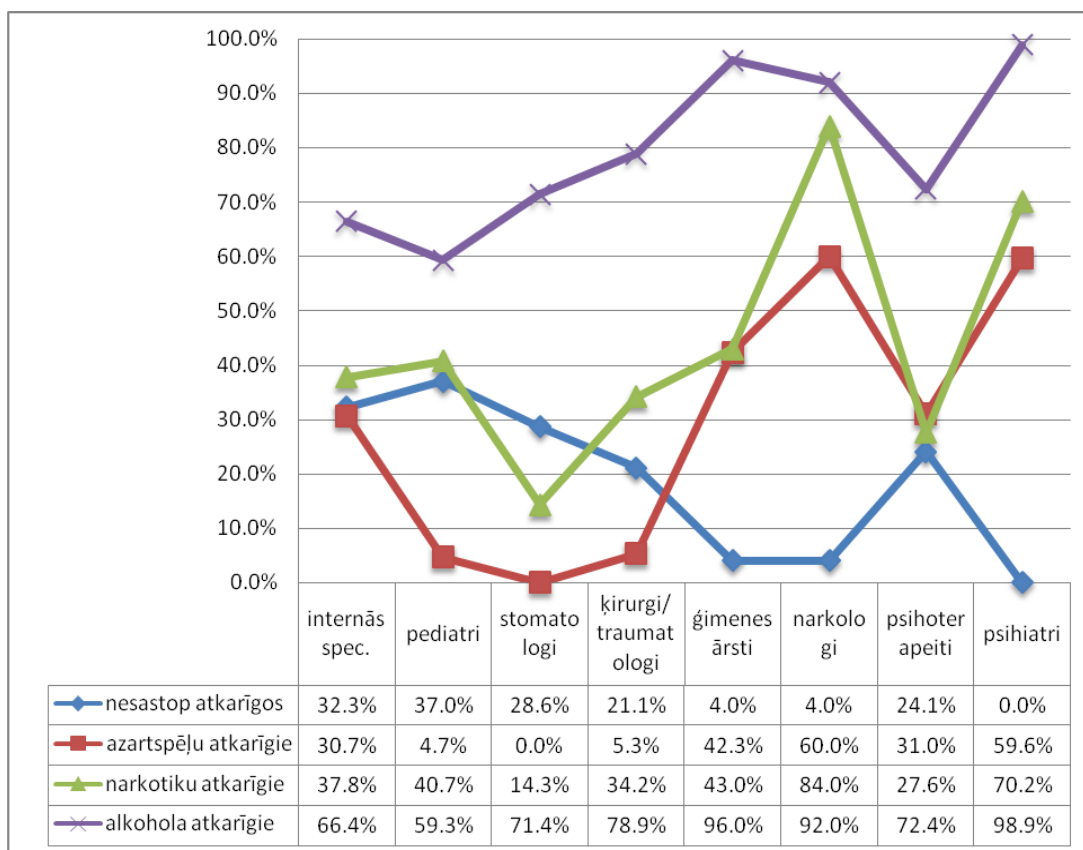


3.2.att. Ārstu sadalījums pa specialitātēm (%), atbilstoši darba reģionam

Rīgā visvairāk aptaujāto respondentu (44,5%) strādā internajās specialitātēs, vismazāk – stomatologi (1,7%) un pediatri – 5,0%. Pierīgas reģionā visvairāk aptaujāto (38,9%) ir interno specialitāšu ārsti un ģimenes ārsti (33,3%), nav aptaujāti (0%) – stomatologi, pediatri, narkologi, ķirurgi. Kurzemes reģionā visvairāk (32,8%) anketas aizpildīja interno specialitāšu ārsti un ģimenes ārsti (29,9%), bet pietrūkst (0%) psihoterapeitu redzējuma. Latgalē – 46,7%, Vidzemē – 50,8% un Zemgalē–39,2% aptaujāto respondentu strādā kā ģimenes ārsti, bet 0% – stomatologu un psihoterapeitu.

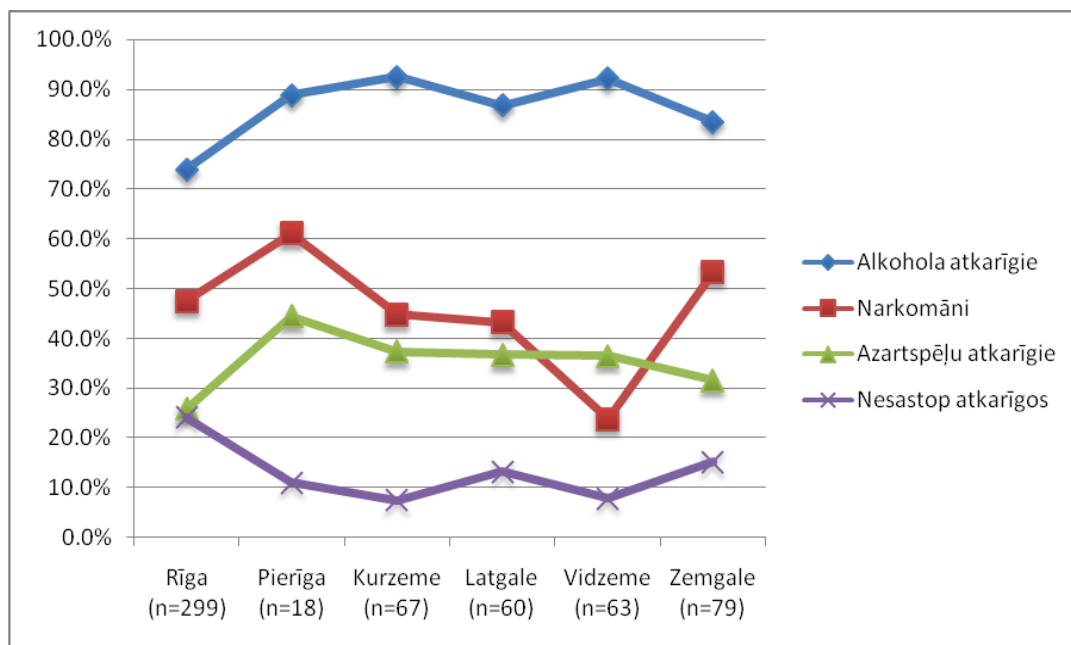
3.1.2. Ārstu aptauju izpētes rezultāti pa specialitātēm un darba reģioniem

Savā ikdienas profesionālajā darbā 81,1% ārstu sastop alkohola atkarīgos pacientus, 45,5% sastop narkotiku atkarīgos, 30,7% sastop azartspēļu atkarīgos, bet 17,7% atbildēja, ka nesastop atkarīgos pacientus (skat. 3.3. att.).



3.3.att. Ārstu (sadalīti pa specialitātēm) profesionālajā darbā atkarību (alkohola, narkotiku, azartspēļu) gadījumu sastopamības rādītāji (%)

Savukārt, respondentu sadalījums pa darba reģioniem un PVA un azartspēļu atkarīgo sastopamība ikdienas profesionālajā darbā ir attēlota 3.4. attēlā. Sadalījumā pa darba reģioniem visvairāk alkohola atkarīgos sastop Kurzemes (92,5%) un Vidzemes respondenti (92,1%), narkotiku un azartspēļu atkarīgos – Pierīgas reģiona ārsti (attiecīgi 61,1% un 44,4%). Vismazāk alkohola atkarīgos sastop Rīgas respondenti (73,9%), narkotiku atkarīgos – Vidzeme (23,8%) un azartspēļu atkarīgos – Rīgas respondenti (25,8%).



3.4. att. Ārstu (sadāļīti pa reģioniem) profesionālajā darbā atkarību (alkohola, narkotiku, azartspēļu) gadījumu sastopamības rādītāji (%)

Jautāti, par kurām narkoloģiskās palīdzības metodēm ir informēti, respondenti atzīmē, ka vislabāk ir informēti par detoksikācijas metodi (96,8%), par suģestijas metodi bez medikamenta ievadīšanas (86,3%) un MP (83,6%). Nedaudz mazāk respondentu (82,1%) atzīmēja, ka ir informēti par suģestijas metodi ar depo preparāta iešūšanu zemādā. Mazāk respondenti ir informēti par aizvietojošo terapiju (69,3%), suģestiju ar medikamenta ievadīšanu i/v (67,9%), narkomānu kopienām (62,6%). Savukārt 1,0% respondentu atzīmēja, ka nav informēti ne par vienu no nosauktajām metodēm. Informētības aprakstošās statistikas rādītāji atbilstoši respondentu sadalījumam pa specialitātēm attēloti 3.1.tabulā. Atbildot uz precizējošu jautājumu par konkrētām MP nodaļām, izrādījās, ka respondenti visvairāk ir informēti par valsts slimnīcās esošām nodaļām – RPNC (55,8%) un Jelgavas VSIA slimnīcā „Ģintermuiža” (52,1%). Par SIA „Akrona” kopumā informēti 17,6% respondentu. Tomēr, neskatoties uz to, ka 83,6% respondentu atzīmēja, ka ir informēti par MP kā ārstēšanas metodi, 21,7% no respondentiem nezina nevienu no Latvijā pieejamām 3 programmām.

**Respondentu informētība par narkoloģiskās palīdzības metodēm un atsevišķām to
atrašanās vietām, sadalot pa specialitātēm (%)**

Metodes	Ps (94)	PT (29)	N (25)	ĢĀ (149)	Ķ/TR (38)	ST (7)	Pe (27)	IN (217)
<i>Detoksikācija</i>	100,0	96,6	100,0	98,0	92,1	71,4	96,3	95,9
<i>Suģestija ar depo prep.s/c</i>	93,6	86,2	92,0	90,6	78,9	71,4	48,1	74,7
<i>Suģestija ar prep.i/v</i>	91,5	75,9	96,0	77,2	42,1	28,6	29,6	57,6
<i>Suģestija bez medik.</i>	96,8	93,1	96,0	89,3	73,7	71,4	77,8	81,6
<i>Aizviet.terap.</i>	91,5	72,4	92,0	75,2	44,7	28,6	66,7	58,5
<i>MP</i>	92,6	100,0	96,0	87,9	60,5	71,4	92,6	76,5
<i>Kopienas</i>	78,7	65,5	92,0	61,1	50,0	57,1	70,4	54,5
<i>Nezin nevienu metodi</i>	0,0	0,0	0,0	0,7	5,3	14,3	0,0	0,9
MP								
<i>MP RPNC</i>	75,5	75,9	96,0	53,0	23,7	42,9	37,0	50,2
<i>MP SIA „Akrona”</i>	24,5	27,6	96,0	14,8	2,6	14,3	3,7	10,6
<i>MP Jelgavas slimn.</i>	74,5	55,2	96,0	60,8	26,3	14,3	51,9	36,9
<i>Nezin nevienu no MP</i>	5,3	13,8	0,0	14,8	57,9	57,1	33,3	28,1
Kopienas								
<i>Kopiena „Daytop”</i>	42,6	34,5	92,0	14,8	10,5	14,3	3,7	15,2
<i>Kopiena „Rindzele”</i>	54,3	37,9	84,0	17,4	7,9	0,0	14,8	14,3
<i>Kopiena „Saulrīti”</i>	52,1	44,8	92,0	42,3	10,5	14,3	51,9	26,3
<i>Nezin nevienu no kopienām</i>	19,1	37,9	4,0	44,3	81,6	71,4	40,7	55,3

Saīsinājumi: Ps-psihiatri (iekavās respondentu skaits), PT-psihoterapeiti, N-narkologi, ĢĀ-ģimenes ārsti, Ķ/TR-ķirurgi, traumatologi, ST-stomatologi, Pe-pediatri, IN-interno specialitāšu ārsti, MP- Minesotas programma, RPNC-Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs, Jelgavas slimn.-VSIA slimnīca „Ģintermuiža”.

Savukārt, jautājumā par konkrētām narkomānu rehabilitācijas kopienām (skat. 3.1.tab.) respondenti uzrāda augstāku informētību par pusaudžu komūnu „Saulrīti” (38,2%), no pieaugušo kopienām visvairāk informēti par „Rindzeles” kopienām (25,1%), mazāk par „Daytop” kopienām (22,9%). Tomēr, neskatoties uz to, ka 62,6% respondentu atzīmēja, ka ir informēti par narkomānu rehabilitācijas kopienām, uz precizējošu

jautājumu par konkrētām kopienām 44,9% no respondentiem atbildēja, ka nezina nevienu no nosauktām. No specialitātēm vismazāk informēti par attiecīgajām kopienām ir ķirurgi/traumatologi.

Kopumā par narkoloģisko palīdzību vislabāk ir informēti narkologi. Tomēr par atsevišķām metodēm labāk ir informēti citu specialitāšu ārsti – psihiatri par sugestiju bez medikamenta ievadīšanas un sugestiju ar depo preparāta iešūšanu zemādā; psihoterapeiti – par MP. Mazāk informēti par narkoloģiskās palīdzības metodēm ir stomatologi un ķirurgi/traumatologi. Stomatologu atbildes jāvērtē piesardzīgi mazā respondentu skaita dēļ (7).

3.2. tabula

Respondentu (sadalījumā pa reģioniem) informētība par narkoloģiskās palīdzības metodēm (%)

Metodes	R (n=299)	PR (n=18)	K (n=67)	L (n=60)	V (n=63)	Z (n=79)
<i>Detoksikācija</i>	96,3	100,0	94,0	96,7	98,4	98,7
<i>Sugestija ar depo prep.s/c</i>	79,3	88,9	80,6	85,0	90,5	83,5
<i>Sugestija ar prep.i/v</i>	62,5	66,7	59,7	73,3	81,0	81,0
<i>Sugestija bez medik.</i>	84,9	77,8	86,6	90,0	88,9	88,6
<i>Aizviet.terap.</i>	69,6	66,7	61,2	65,0	69,8	78,5
<i>MP</i>	81,6	77,8	85,1	73,3	88,9	94,9
<i>Kopienas</i>	61,5	55,6	65,7	60,0	69,8	62,0
<i>Nav informēti</i>	1,0	0	3,0	0	0	1,3

Saīsinājumi: R-Rīgas reģions, PR-Pierīgas, K-Kurzemes, L-Latgales, V-Vidzemes, Z-Zemgales reģions.

Savukārt, respondentu sadalījums pa darba reģioniem attēlots 3.2.tabulā. Kopumā vislabāk par dažādām narkoloģiskās palīdzības metodēm ir informēti Vidzemes un Zemgales respondenti (skat. 3.2.tab.). Mazāk ir informēti Kurzemes respondenti, 3,0% no viņiem arī norādīja, ka nav informēti ne par vienu narkoloģiskās palīdzības metodi.

**Respondentu pacientiem biežāk ieteiktās narkoloģiskās palīdzības metodes,
salīdzinot respondentus pa specialitātēm (%)**

Metodes	Ps (94)	PT (29)	N (25)	ĢĀ (149)	Ķ/TR (38)	ST (7)	Pe (27)	IN (217)
<i>Detoksikācija</i>	80,9	31,0	88,0	75,2	44,7	14,3	25,9	50,2
<i>Suģestija ar depo prep.s/c</i>	42,6	10,3	56,0	26,8	23,7	14,3	3,7	12,0
<i>Suģestija ar prep.i/v</i>	38,3	6,9	52,0	25,5	7,9	0	0	7,4
<i>Suģestija bez medik.</i>	40,4	6,9	40,0	35,6	23,7	0	0	18,0
<i>Aizviet.terap.</i>	33,3	6,9	60,0	24,2	13,2	0	3,7	15,7
<i>MP</i>	81,9	79,3	92,0	72,5	34,2	28,6	44,4	44,2
<i>Kopienas</i>	39,4	27,6	72,0	24,2	15,8	0	14,8	19,4
<i>Neiesaka nevienu metodi</i>	6,4	17,2	0	7,4	36,8	71,4	44,4	33,6

Saīsinājumi: Ps-psihiatri (*iekavās respondentu skaits*), PT-psihoterapeiti, N-narkologi, ĢĀ-ģimenes ārsti, Ķ/TR-ķirurgi, traumatologi, ST-stomatologi, Pe-pediatři, IN-interno specialitāšu ārsti, MP- Minesotas programma.

Atbildot uz jautājumu, kuras no narkoloģiskās palīdzības metodēm respondenti iesaka pacientiem, visvairāk tika atzīmēta MP (60,4%) un detoksikācija (60,2%), ceturtā daļa respondentu (pa 25,8%) iesaka suģestiju bez medikamentu ievadīšanas un kopienas narkomāniem (skat. 3.3. tab.).

Suģestiju ar depo preparāta ievadīšanu zemādā iesaka 22,9% respondentu, venozi – 18,4%, aizvietojošo terapiju narkotiku atkarīgiem – 21,2%. Bet 21,5% respondentu atzīmēja, ka neiesaka nevienu no nosauktajām metodēm. Detoksikāciju biežāk iesaka (skat.3.4.tab.) Vidzemes respondenti, bet retāk – Rīgas. Savukārt, suģestiju ar un bez medikamenta ievadīšanas biežāk iesaka Latgales respondenti, bet retāk – Kurzemes. Vismazāk respondentu (7,9%), kas neiesaka pacientiem nevienu narkoloģiskās palīdzības metodi, ir Vidzemē, bet visvairāk – Rīgā (29,8%).

**Respondentu pacientiem biežāk ieteiktās narkoloģiskās palīdzības metodes,
salīdzinot respondentus pareģioniem (%)**

Metodes	R (n=299)	PR (n=18)	K (n=67)	L (n=60)	V (n=63)	Z (n=79)
<i>Detoksikācija</i>	50,5	72,2	67,2	71,7	76,2	67,1
<i>Suģestiju ar depo prep.s/c</i>	21,7	38,9	7,5	40,0	33,3	15,2
<i>Suģestiju ar prep.i/v</i>	16,1	27,8	7,5	25,0	33,3	17,7
<i>Suģestiju bez medik.</i>	21,7	33,3	25,4	41,7	33,3	21,5
<i>Aizviet.terap.</i>	23,1	38,9	13,4	15,0	11,1	29,1
<i>MP</i>	53,8	61,1	74,6	45,0	66,7	47,7
<i>Kopienas</i>	28,1	38,9	23,9	20,0	15,9	27,8
<i>Neiesaka nevienu</i>	29,8	22,2	14,9	15,0	7,9	11,4

Saīsinājumi: R-Rīgas reģions, PR-Pierīgas, K-Kurzemes, L-Latgales, V-Vidzemes, Z-Zemgales reģions.

Respondenti ne tikai iesaka metodes, bet arī paši tās praktizē savā ikdienas profesionālajā darbā. Trešā daļa (30,7%) respondentu praktizē detoksikāciju. Pārējās metodes praktizē neliela respondentu daļa: 4,4% – suģestiju ar medikamenta ievadīšanu i/v; 3,1% – aizvietojošo terapiju; pa 2,4% – suģestiju ar depo preparāta ievadīšanu s/c un bez medikamenta ievadīšanas; 4,1% – Minesotas programmu; 1,4% –kopienas narkomāniem. 65,4% respondentu atzīmēja, ka nepraktizē nevienu no narkoloģiskās palīdzības metodēm. Sadalījumu pa specialitātēm un praktizētām narkoloģiskās palīdzības metodēm skatiet 3.5.tabulā.

Salīdzinot pa specialitātēm, narkoloģiskās palīdzības metodes visvairāk praktizē narkologi: detoksikāciju (84,0%), suģestiju ar medikamenta ievadīšanu i/v (52,0%) un aizvietojošo terapiju narkomāniem (40,0%). Stomatologi (100,0%) nepraktizē nevienu no metodēm. Arī 4,0% narkologi (1) nepraktizē nevienu no metodēm.

3.5. tabula

Respondentu profesionālajā ikdienā biežāk praktizētās narkoloģiskās palīdzības metodes, sadalot respondentus pa specialitātēm (%)

Metodes	Ps (94)	PT (29)	N (25)	ĢĀ (149)	Ķ/TR (38)	ST (7)	Pe (27)	IN (217)
<i>Detoksikācija</i>	57,4	0	84,0	32,2	21,1	0	11,1	21,2
<i>Suģestija ar depo prep.s/c</i>	5,3	0	32,0	0,7	0	0	0	0
<i>Suģestija ar prep.i/v</i>	12,8	0	52,0	0,7	0	0	0	0
<i>Suģestija bez medik.</i>	6,4	0	12,0	1,3	2,6	0	0	0,9
<i>Aizvietojošā terapija</i>	7,4	0	40,0	0,7	0	0	0	0
<i>MP</i>	4,3	6,9	36,0	3,4	2,6	0	3,7	0,9
<i>Kopienas</i>	0	3,4	12,0	0	0	0	3,7	1,4
<i>Nepraktizē nevienu metodi</i>	35,1	93,1	4,0	65,8	73,7	100,0	85,2	76,5

Saīsinājumi: Ps-psihiatri, (iekavās respondentu skaits) PT-psihoterapeiti, N-narkologi, ĢĀ-ģimenes ārsti, Ķ/TR-ķirurgi, traumatologi, ST-stomatologi, Pe-pediatri, IN-interno specialitāšu ārsti, MP- Minesotas programma.

Visvairāk savā ikdienas darbā narkoloģiskās palīdzības metodes praktizē (skat. 3.6.tabulu) Vidzemes (detoksikāciju –46,0%) un Latgales (detoksikāciju–45,0%) respondenti, vismazāk – Rīgas (detoksikāciju–20,7%). Suģestīvās metodes visvairāk praktizē Pierīgas respondenti (5,6%). MP – Vidzemes respondenti (7,9%).

3.6. tabula

Respondentu profesionālajā ikdienā biežāk praktizētās narkoloģiskās palīdzības metodes, sadalot respondentus pēc reģioniem (%)

Metodes	R (n=299)	PR (n=18)	K (n=67)	L (n=60)	V (n=63)	Z (n=79)
<i>Detoksikācija</i>	20,7	33,3	41,8	45,0	46,0	35,4
<i>Suģestija ar depo prep.s/c</i>	4,0	5,6	0	0	0	1,3
<i>Suģestija ar prep.i/v</i>	5,4	5,6	3,0	3,3	3,2	3,8
<i>Suģestija bez medik.</i>	3,0	5,6	1,5	1,7	1,6	1,3

3.6. tabulas nobeigums

Metodes	R (n=299)	PR (n=18)	K (n=67)	L (n=60)	V (n=63)	Z (n=79)
Aizviet.terap.	3,7	5,6	1,5	1,7	0	5,1
MP	4,3	5,6	0	0	7,9	6,3
Kopienas	1,3	5,6	0	1,7	1,6	1,3
<i>Nepraktizē nevienu</i>	75,3	61,1	55,2	51,7	52,4	58,2

Saīsinājumi: R-Rīgas reģions, PR-Pierīgas, K-Kurzemes, L-Latgales, V-Vidzemes, Z-Zemgales reģions.

Jautāti par pašpalīdzības grupām, respondenti atzīmēja, ka vairāk ir informēti par „Anonīmo Alkoholiķu” (AA) grupām – 39,1% un zina, ka tās atrodas viņu darba reģionā. Par „Anonīmo Narkomānu” (AN) un Anonīmo Spēlmaņu (AS) grupām informēti attiecīgi 12,5% un 7,3% respondentu. Nezin, vai viņu darba reģionā darbojas pašpalīdzības grupa, 52,4% respondentu, bet domā, ka tādas grupas viņu darba reģionā nedarbojas – 8,9%. Sadalījums pa specialitātēm un informētību par pašpalīdzības grupām attēlots 3.7.tabulā. Salīdzinot pa specialitātēm, narkologi par pašpalīdzības grupām ir informēti vislabāk, mazāk informēti ir pediatri. Neskatoties uz to, ka daļa respondentu nav informēti par grupu esamību, tomēr 66,0% respondentu iesaka pacientiem apmeklēt tās.

3.7. tabula

Respondentu informētība par pašpalīdzības grupām, sadalot respondentus pa specialitātēm (%)

Pašpalīdzības grupas	Ps (94)	PT (29)	N (25)	ĢĀ (149)	Ķ/TR (38)	ST (7)	Pe (27)	IN (217)
AA	60,6	55,2	100,0	38,9	18,4	14,3	11,1	28,6
NA	17,0	37,9	60,0	6,7	7,9	14,3	0	7,8
AS	4,3	31,0	52,0	2,0	5,3	0	0	5,5
<i>Nezin, vai ir</i>	31,9	48,3	0	46,3	73,7	85,7	88,9	62,7
<i>Domā, ka nav</i>	7,4	0	0	14,8	7,9	0	0	9,2
<i>Iesaka apmeklēt</i>	87,2	75,9	100,0	71,1	42,1	28,6	40,7	56,7

Saīsinājumi: Ps-psihiatri (iekavās respondentu skaits), PT-psihoterapeiti, N-narkologi, ĢĀ-ģimenes ārsti, Ķ/TR-ķirurgi, traumatologi, ST-stomatologi, Pe-pediatri, IN-interno specialitāšu

ārsti, MP- Minesotas programma, RPNC-Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs, Jelgavas slimn.- VSIA slimnīca „Ģintermuiža”.

Sadalījums pa reģioniem un informētība par pašpalīdzības grupām attēlota 3.8.tabulā. Visvairāk respondenti iesaka apmeklēt pašpalīdzības grupas Kurzemes reģionā, bet vismazāk – Latgales reģionā.

3.8. tabula

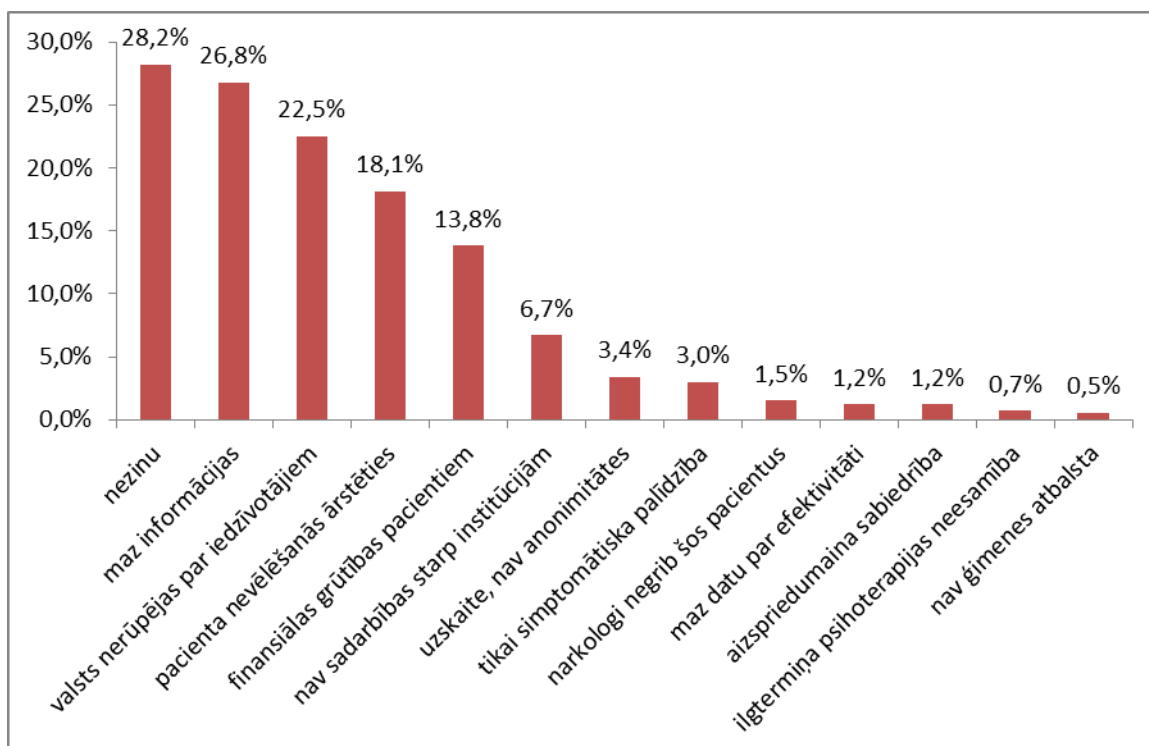
Respondentu informētība par pašpalīdzības grupām, sadalot respondentus pēc darba reģioniem (%)

Pašpalīdzības grupas	R (n=299)	PR (n=18)	K (n=67)	L (n=60)	V (n=63)	Z (n=79)
AA	35,1	38,9	58,2	31,7	22,2	57,0
NA	17,7	22,2	4,5	3,3	0	13,9
AS	12,7	5,6	0	0	0	5,1
Nezin, vai ir	59,2	44,4	34,3	58,3	58,7	34,2
Domā, ka nav	6,7	16,7	7,5	10,0	20,6	6,3
Iesaka apmeklēt	63,2	61,1	77,6	58,3	69,8	70,9

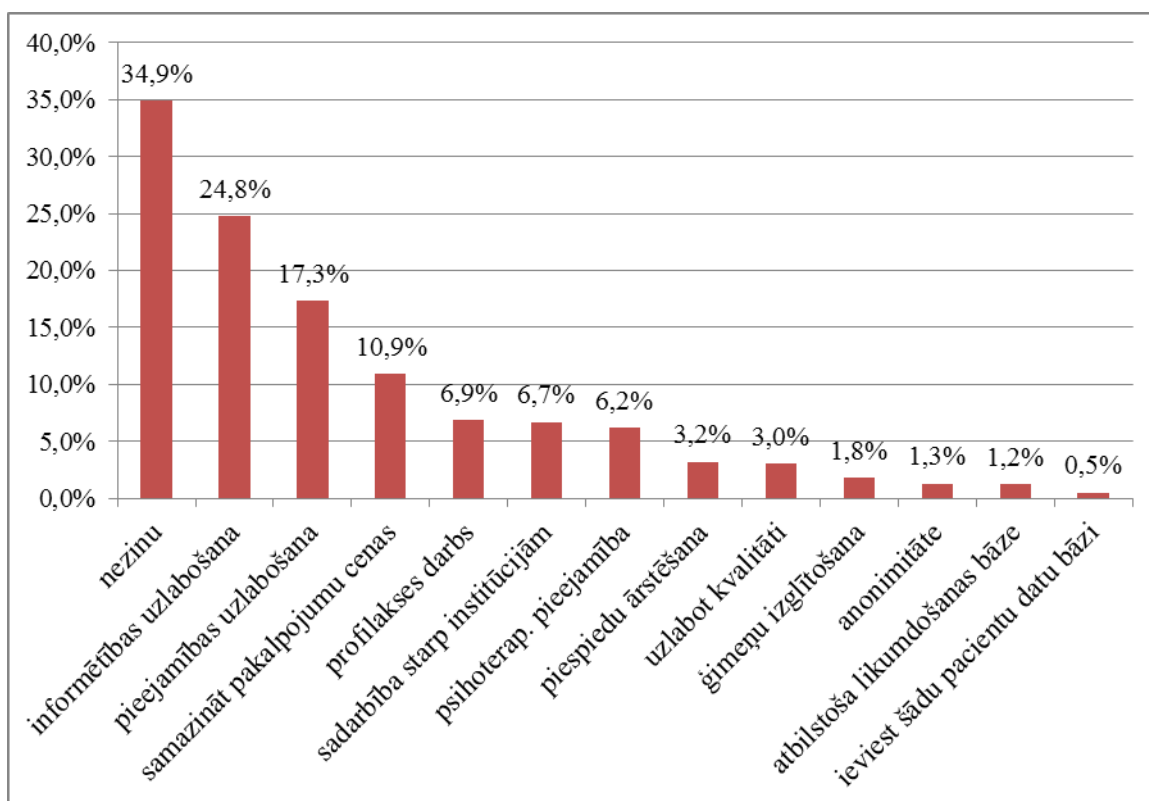
Saīsinājumi: R-Rīgas reģions, PR-Pierīgas, K-Kurzemes, L-Latgales, V-Vidzemes, Z-Zemgales reģions.

3.1.3. Ārstu viedoklis par trūkumiem narkoloģiskajā palīdzībā un nepieciešamiem uzlabojumiem

Tika veikta Ārstu aptaujas anketu atvērtu jautājumu respondentu atbilžu grupēšana pēc atslēgas vārdiem un iegūto datu analīze, izmantojot aprakstošo statistiku. 28,2% respondentu norādīja, ka nezina par trūkumiem narkoloģiskajā aprūpē. Pārējie 71,8% respondentu izteica savu viedokli par, viņuprāt, svarīgākajiem trūkumiem, pie tam respondenti varēja minēt vairākus trūkumus vienlaicīgi. Atbildes ir sagrupētas un apkopotas (skat. 3.5.att.). Visvairāk respondentu (26,8%) norādīja, ka ir nepietiekama informētība par narkoloģisko palīdzību gan ārstiem, gan pacientiem un viņu tuviniekiem. 22,5% uzsvēra, ka valsts nerūpējas par saviem iedzīvotājiem; 18,1% – pacientu nevēlēšanos ārstēties un 13,8% – pacientu finansiālās grūtības. Ārstu atbilžu varianti izvietoti 17. pielikumā.



3.5. att. Narkoloģiskās palīdzības trūkumi ārstu skatījumā (%)



3.6.att. Nepieciešamie narkoloģiskās palīdzības uzlabojumi ārstu skatījumā (%)

Jautāti par ieteikumiem narkoloģiskās palīdzības uzlabošanai, 34,9% respondentu atbildēja, ka nezin, ko var ieteikt un kā var uzlabot narkoloģisko palīdzību. Pārējie 65,1% uz šo jautājumu atbildēja, norādot konkrētus ieteikumus (skat.3.6.att.), pie tam respondenti varēja norādīt vairākus ieteikumus vienlaicīgi, to skaits netika ierobežots. Biežāk (10–25%) ārsti uzrādīja informētības uzlabošanas nepieciešamību, narkoloģisko pakalpojumu pieejamības uzlabošanu, kā arī finansiālā atbalsta pastiprināšanu pacientiem un pakalpojumu cenu samazināšanu. Ārstu atbilžu varianti izvietoti 18. pielikumā.

3.2. Pētījumā iesaistīto pacientu aptauju izpētes rezultāti

3.2.1. Pacientu sociāldemogrāfiskie dati

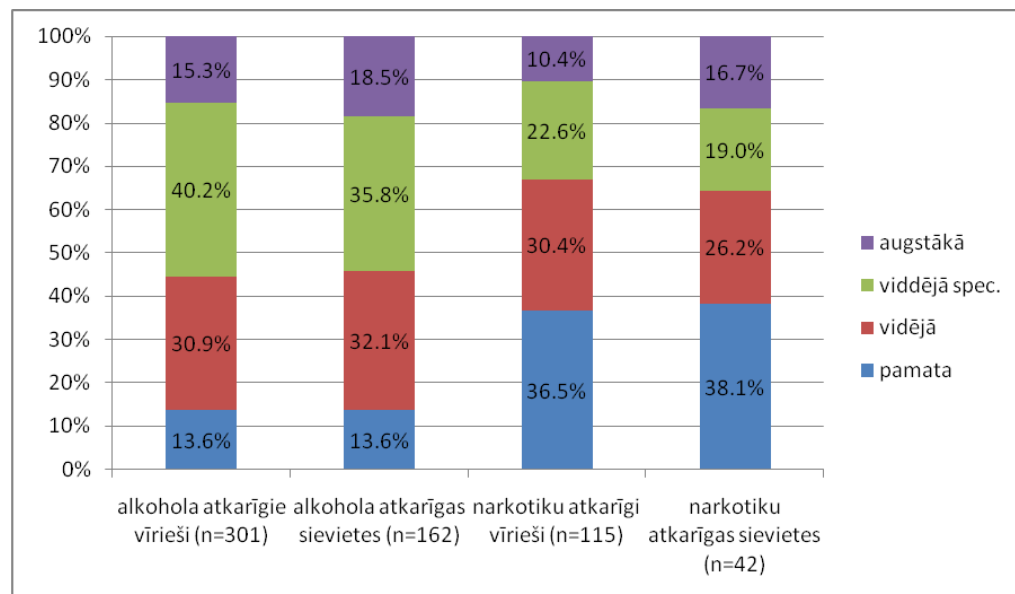
Respondentu (n=620) vecuma amplitūda no 18 līdz 69 gadiem, vidējais vecums – 39,7 (SD±11,2). Aptaujāto pacientu vecuma sadalījums atbilst PAV atkarīgo personu vidējam vecumam populācijā. 67,1% bija vīrieši un 32,9% sievietes, kas uzrāda vīriešu pārsvaru PAV atkarīgo populācijā, bet daļēji atbilst dzimumu sadalījumam (5:1). No respondentiem ar alkohola atkarību ir 463 (74,7% no visiem PAV atkarīgiem) respondenti [vīrieši – 301 (65,0%), sievietes –162 (35,0%)]; ar narkotiku atkarību ir 157 (25,3%) respondenti [vīrieši–115 (73,2%), sievietes – 42 (26,8%)]. Šīs pamatgrupas respondentu sociāldemogrāfiskie dati atspoguļoti 3.9. tabulā.

3.9. tabula

Pacientu pamatgrupas respondentu sociāldemogrāfiskie dati (n=620)

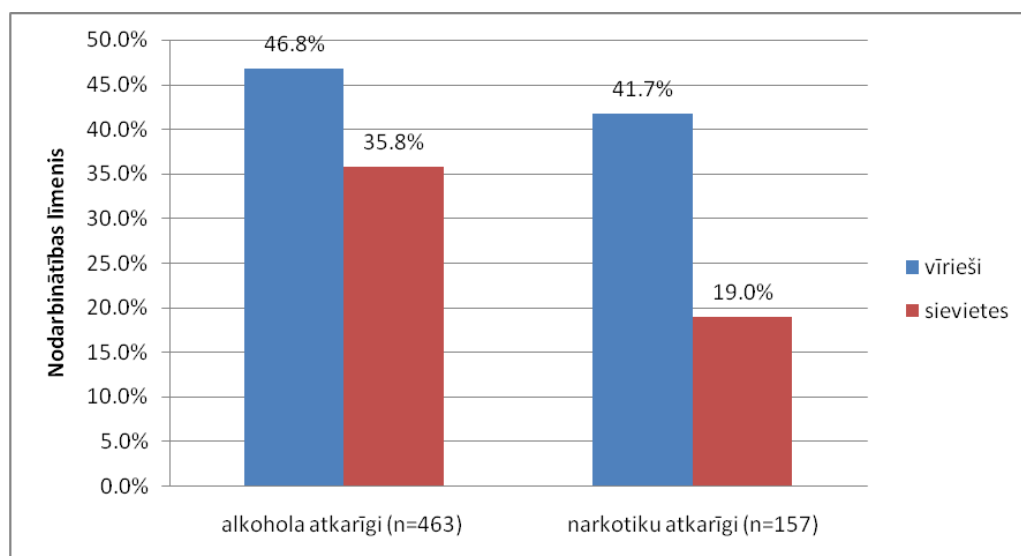
Sociāldemogrāfiskā pazīme		N	%
Dzimums	vīrieši	416	67,1
	sievietes	204	32,9
Izglītība	pamata	121	19,5
	vidējā	191	30,8
	vidējā-speciālā	213	34,4
	augstākā	95	15,3
Darbs	ir	255	41,1
	nav	365	58,9

Sociāldemogrāfiskā pazīme		N	%
Ģimenes stāvoklis	precējies	185	29,8
	dzīvo viens	276	44,6
	neregistrētas attiecības	159	25,6
Bērni	ir	422	68,1
	nav	198	31,9
Atzīst sevi par atkarīgu	no alkohola	438	70,6
	no narkotikām	68	11,0
	no alkohola un narkotikām	63	10,1
	neatzīst atkarību	51	8,2
Iepriekš jau saņēmis narkoloģisku palīdzību	jā	545	87,9
	nē	75	12,1
Atzīmē sekas PAV lietošanas dēļ	veselības jomā	417	67,3
	darba jomā	372	60,0
	attiecību jomā	461	74,4
	emocionālā jomā	366	59,0
	seksuālā jomā	176	28,4
	morālā jomā	312	50,3
	juridiskā jomā	234	37,7
	finansu jomā	398	64,2
	nav seku	28	4,5



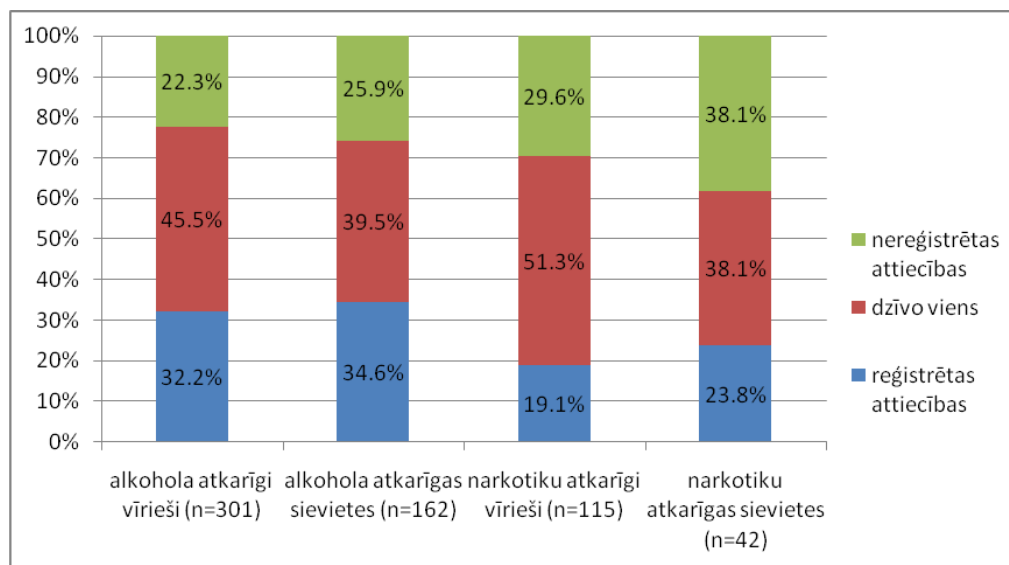
3.6. att. Alkohola un narkotiku atkarīgo respondentu sadalījums pēc izglītības līmeņa, atkarības un dzimuma

Sadalot respondentus pēc dzimumiem un atkarībām un aplūkojot viņu izglītības līmeņus (skat. 3.6. att.), var redzēt, ka lielākam narkotiku atkarīgo respondentu skaitam ir pamata izglītība, bet lielākam alkohola atkarīgo respondentu skaitam ir vidējā speciālā izglītība, vienas atkarības robežās abu dzimumu izglītības līmeņi ir līdzīgi.



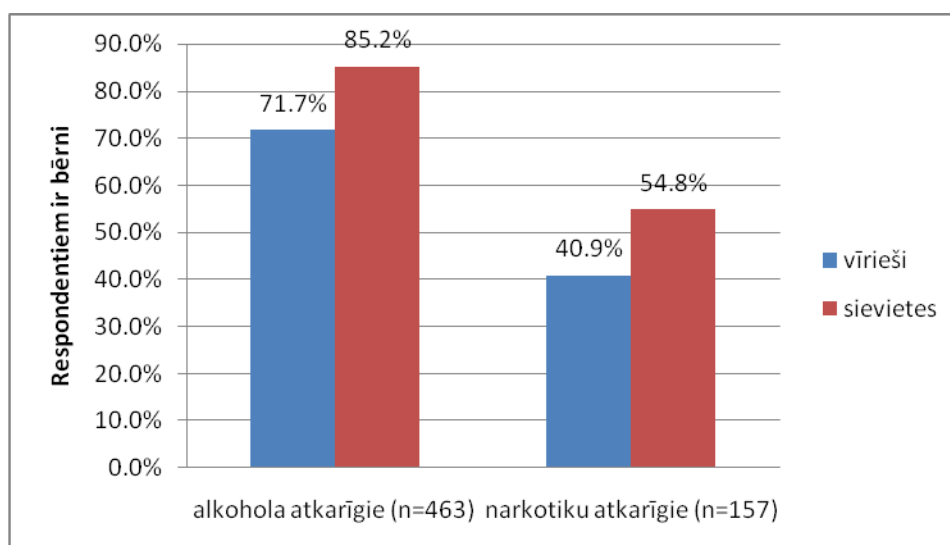
3.7. att. Alkohola un narkotiku atkarīgo respondentu sadalījums pēc nodarbinātības līmeņa, atkarības un dzimuma

Kopumā 41,1% respondentu atzīmē, ka viņiem ir darbs. Analizējot respondentu sadalījumu pēc dzimumiem un atkarībām un aplūkojot viņu nodarbinātības līmeni, var redzēt (skat.3.7.att.), ka alkohola atkarīgajiem tas ir lielāks, nekā narkotiku atkarīgajiem, pie tam vīrieši ir vairāk nodarbināti nekā sievietes gan ar alkohola, gan ar narkotiku atkarību. Analizējot respondentu sadalījumu pēc ģimenes stāvokļa, dzimuma un atkarības, redzams (skat.3.8.attēlu), ka vairāk nekā puse (51,3%) narkotiku atkarīgo vīriešu nedzīvo reģistrētās vai neregistrētās attiecībās ar partneri, bet dzīvo vieni.



3.8. att. Alkohola un narkotiku atkarīgo respondentu sadalījums pēc ģimenes stāvokļa, atkarības un dzimuma

Savukārt, vairāk nekā trešdaļa (38,1%) narkotiku atkarīgo sieviešu dzīvo neregistrētās attiecībās un mazāk nekā ceturtdaļa (23,8%) dzīvo reģistrētās attiecībās. Alkohola atkarīgie vīrieši neregistrētās attiecībās dzīvo 22,3%, bet reģistrētās attiecībās – 32,2%; sievietes – attiecīgi 25,9% un 34,6%.



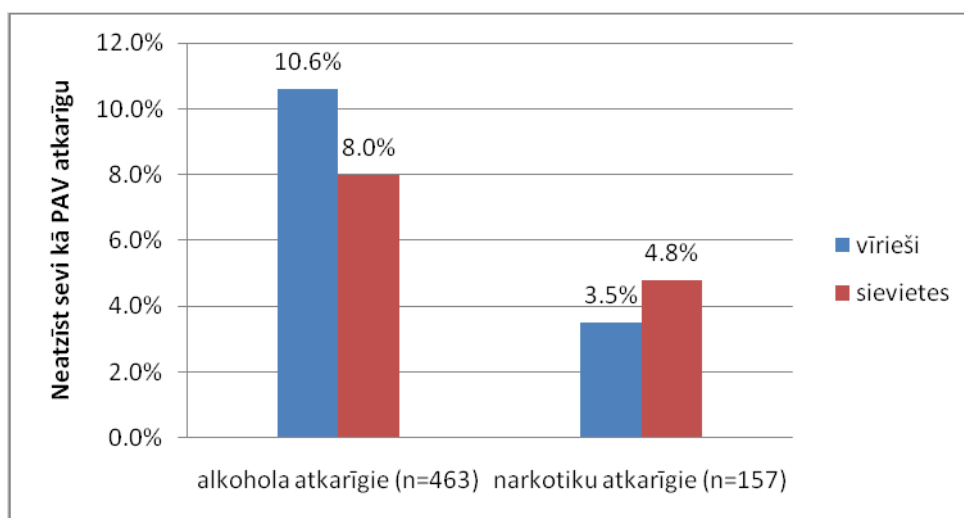
3.9. att. Alkohola un narkotiku atkarīgo respondentu sadalījums pēc bērnu esamības, atkarības un dzimuma

Lielākā daļa alkohola atkarīgo sieviešu (85,2%) un puse narkotiku atkarīgo sieviešu (54,8%) atzīmēja (skat. 3.9. attēlu), ka viņām ir bērni. 71,7% alkohola atkarīgie un 40,9% narkotiku atkarīgie vīrieši atzīmēja, ka viņiem ir bērni.

3.2.2. Pacientu dati saistībā ar psihoaktīvo vielu lietošanu

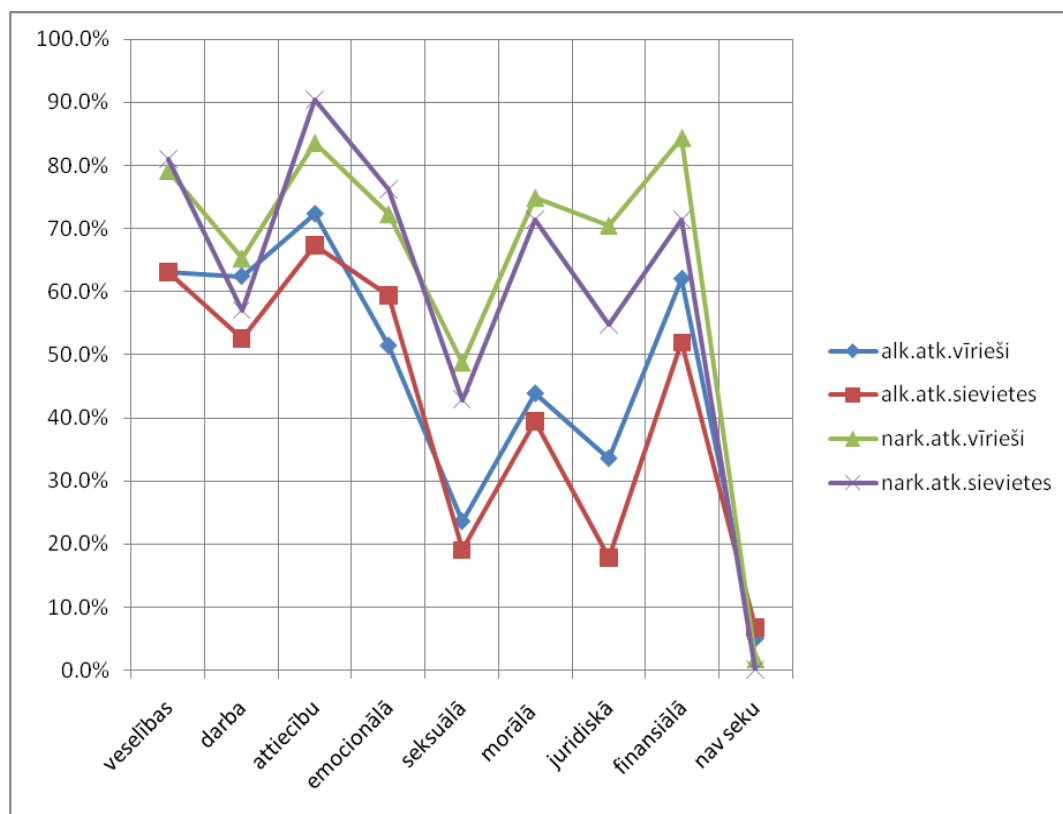
Sevi par atkarīgu neatzīst 8,2% (51) pacientu, neskatoties uz to, ka 32 (62,7%) no viņiem atzīmēja, ka iepriekš ir saņēmuši narkoloģisko palīdzību un visiem ir atkarības diagnoze. Skatoties pēc ārstēšanās veida, sevi par atkarīgu neatzīst 20 (39,2%) ambulatorie pacienti, 28 (54,9%) detoksikācijas pacienti un 3 (5,9%) MP pacienti. Respondentu salīdzinājums pēc atkarības veida un dzimuma un atkarības neatzīšanas attēlots 3.10.attēlā.

Redzams, ka lielākas grūtības atzīt atkarības esamību ir alkohola atkarīgiem respondentiem, salīdzinot ar narkotiku atkarīgiem, pie tam vīriešiem slimības noliegums ir izteiktāks, nekā sievietēm. Savukārt, narkotiku atkarīgo vidū sievietēm slimības noliegums ir vairāk izteikts nekā vīriešiem.



3.10.att. PAV atkarības nolieguma rādītāji (%), sadalot respondentus pēc atkarības un dzimuma

Respondenti tika lūgti atzīmēt tās dzīves jomas, kurās ir radušās sekas PAV lietošanas dēļ (skat. 3.11.att.). Visvairāk pacienti ir atzīmējuši sekas attiecību jomā (74,4%), tikpat nozīmīgas ir sekas veselības jomā (67,3%) un finansiālās sekas (64,2%). Vismazāk respondenti ir norādījuši sekas seksuālajā jomā (28,4%). Bet 4,5% respondentu norāda, ka viņiem nav bijušas sekas PAV lietošanas dēļ. Sadalot respondentus pēc dzimuma un atkarības, 3.10.attēlā redzamas viņu uzrādītās sekas svarīgajās dzīves jomās.



3.11. att. PAV lietošanas radītās sekas svarīgās dzīves jomās, sadalot respondentus pēc atkarības un dzimuma

Kā redzams, procentuāli mazāks skaits alkohola atkarīgo sieviešu atzīmējušas sekas, salīdzinot ar alkohola atkarīgiem vīriešiem (izņemot emocionālo jomu) un abu dzimumu narkotiku atkarīgiem. Lielāks skaits narkotiku atkarīgo vīriešu atzīmē sekas, ko radījusi PAV lietošana, gandrīz visās jomās, izņemot attiecību un emocionālo jomu, kurās sekas vairāk ir uzrādījušas narkotiku atkarīgās sievietes. Respondenti norāda, ka visvairāk cietusī dzīves joma ir attiecību joma, to atzīmē pat 90,5% narkotiku atkarīgo sieviešu,

83,5% narkotiku atkarīgo vīriešu, 72,4% alkohola atkarīgo vīriešu, 67,3% alkohola atkarīgo sievietes. Narkotiku atkarīgie vīrieši (84,3%) norāda, ka finansiālā joma ir skarta vairāk. Kā lietošanas vismazāk skarto jomu respondenti uzrāda seksuālo jomu (48,7% narkotiku atkarīgo vīriešu, 42,9% narkotiku atkarīgo sievietes, 23,6% alkohola atkarīgo vīriešu).

Savukārt 17,9% alkohola atkarīgo sievietes norāda, ka tā ir juridiskā joma. 6,8% alkohola atkarīgo sievietes un 5,0% alkohola atkarīgo vīriešu norāda, ka PAV lietošana nav radījusi viņiem sekas svarīgajās dzīves jomās. No narkotiku atkarīgajiem tā domā 1,7% vīriešu un neviena sieviete.

3.2.3. Dati par pacientu saņemtās narkoloģiskās palīdzības metodēm

Respondentu (n=620) uzrādītās atbildes atspoguļotas 3.10. tabulā, bet 3.12. attēlā uzrādītās narkoloģiskās palīdzības metodes, ko saņēmuši respondenti, sadalīti pa dzimumiem un atkarību veidiem.

3.10. tabula

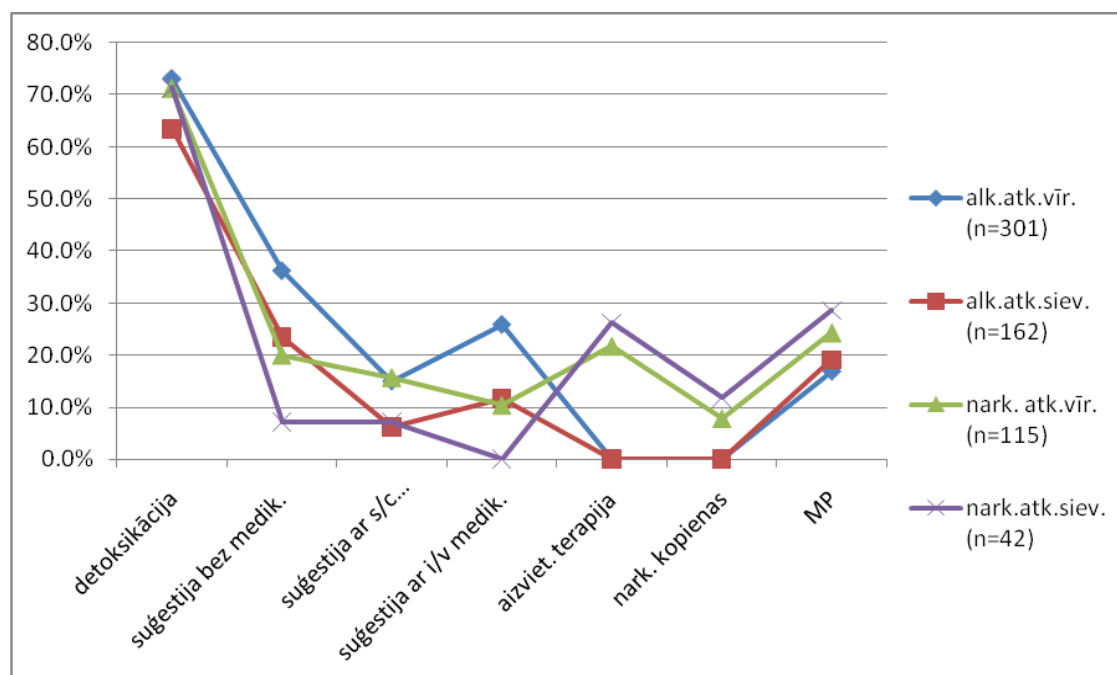
Respondentu norādītā saņemtā narkoloģiskā palīdzība

Atbildes		Detox	Suģ. b/med	Suģ. s/c	Suģ. i/v	Aizv. th	Kop. nark.	MP
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Saņēma	jā	435 (70,2)	173 (27,9)	76 (12,3)	109 (17,6)	38 (6,1)	15 (2,4)	122 (19,7)
	nē	185 (29,8)	447 (72,1)	544 (87,7)	511 (82,4)	582 (93,9)	605 (97,6)	498 (80,3)
Cik reizes	1	145 (33,3)	93 (53,8)	45 (59,2)	55 (50,5)	28 (73,7)	8 (53,3)	94 (77,0)
	2	99 (22,8)	41 (23,7)	22 (28,9)	39 (35,8)	6 (15,8)	3 (20,0)	24 (19,7)
	3	70 (16,1)	18 (10,4)	2 (2,6)	11 (10,1)	3 (7,9)	3 (20,0)	1 (0,8)
	4	31 (7,1)	8 (4,6)	5 (6,6)	1 (0,9)	1 (2,6)	1 (6,7)	1 (0,8)
	>5	90 (20,7)	13 (7,5)	2 (2,6)	4 (3,7)	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)

Saīsinājumi: Detox- detoksikācija; Suģ. b/med- suģestijas metode bez medikamentu lietošanas; Suģ. s/c- suģestijas metode ar medikamentu iešūšanu zemādā; Suģ. i/v- suģestijas metode ar medikamentu evadīšanu intravenozi; Aizv.th.- aizvietojošā terapija narkotiku atkarīgiem; Kop.nark.- rehabilitācijas kopienas narkotiku atkarīgiem; MP- Minesotas programma.

Respondenti norāda, ka visvairāk saņemtais palīdzības veids ir bijusi detoksikācija (70,2%). No suģestīvām metodēm visbiežāk lietotā ir suģestija bez medikamenta ievadīšanas. Vismazāk saņemtā palīdzība ir bijusi narkomānu rehabilitācijas kopienas, tās atzīmēja 2,4% respondentu.

Jautāti par to, cik reizes attiecīgo metodi ir saņēmuši, lielākā daļa respondentu norādīja, ka tās ir saņēmuši vienu reizi (no 33,3% detoksikāciju līdz 77,0% MP). Tomēr liela daļa respondentu ir saņēmuši dažādas metodes, un arī vienu un to pašu metodi vairākkārt. Piemēram, 20,7% respondentu atzīmēja, ka saņēmuši detoksikāciju 5 un vairāk reizes. 7,5% respondentu norādīja, ka ir 5 un vairāk reizes saņēmuši suģestiju bez medikamenta ievadīšanas. 20–35% respondentu ir saņēmuši divas reizes kādu no narkoloģiskās palīdzības metodēm. Alkohola atkarīgie neizmantoja aizvietojošo terapiju un kopienas, jo šīs metodes paredzētas narkotiku atkarīgo ārstēšanai.



3.12. att. Respondentu sadalījums pēc saņemtām narkoloģiskās palīdzības metodēm, atkarības un dzimuma (%)

**Respondentu pašpalīdzības grupu, individuālās un grupu psihoterapijas
apmeklējuma rādītāji (%)**

Atbildes		Pašpalīdzības grupas	Atbildes	Individuālā PT	Grupu PT
		n(%)		n(%)	n(%)
Saņēma	jā	154 (24,8)	jā	114 (18,4)	40 (6,5)
	nē	466 (75,2)	nē	506 (81,6)	580 (93,5)
Apmeklēšanas ilgums	līdz 1g.	90 (58,4)	līdz 6 mēn.	77 (67,5)	19 (47,5)
	līdz 3g.	30 (19,5)	līdz 1g.	14 (12,3)	7 (17,5)
	līdz 5g.	12 (7,8)	līdz 3g.	11 (9,6)	5 (12,5)
	> 5g.	22 (14,3)	>3g.	12 (10,5)	9 (22,5)

Saīsinājumi: PT- psihoterapija.

Respondentiem arī tika lūgts atzīmēt pašpalīdzības grupu un psihoterapijas apmeklēšanu (skat. 3.11. tabulu). Gandrīz ceturtdaļa (24,8%) respondentu ir apmeklējuši pašpalīdzības grupas, gandrīz katrs piektais (18,4%) ir apmeklējis individuālo psihoterapiju un 6,5% apmeklējuši grupu psihoterapiju. Vairāk nekā puse respondentu apmeklē pašpalīdzības grupas līdz 1 gadam (58,4%), bet individuālo un grupu psihoterapiju līdz 6 mēnešiem (attiecīgi 67,5% un 47,5%). Līdz 3 gadiem pašpalīdzības grupas apmeklē 19,5% respondentu, individuālo un grupu psihoterapiju – attiecīgi 9,6% un 12,5% respondentu.

3.2.4. Pacientu emocionālā intelekta rādītāji

Tā kā tika salīdzināti respondentu aptaujas anketu (EI, SI) rezultāti pēc ārstēšanās dažādās nodaļās, tad stacionāra respondenti (n=405) tika sadalīti divās apakšgrupās:

- 1) Detoksikācijas nodaļas pacienti (n=201) vecumā no 18 līdz 66 gadiem, vidējais vecums $41,7 \pm 11,0$; pēc dzimuma: 141 vīrietis (70,1%), 60 sievietes (29,9%). Pēc atkarības: 169 (84,1%) alkohola atkarīgie (F10), 32 narkotiku atkarīgie (15,9%), no tiem ar opiātu atkarības diagnozi (F11) – 22 pacienti (68,8%), amfetamīna atkarīgie (F15) – 3 (9,4%), vairāku PAV atkarīgie (F19) – 7 (21,9%).
- 2) Minesotas programmas nodaļas pacienti (n=204) vecumā no 18 līdz 65 gadiem, vidējais vecums $36,9 \pm 11,1$; pēc dzimuma: 125 vīrieši (61,3%), 79 sievietes (38,7%).

Pēc atkarības: 162 alkohola atkarīgie (79,4%), 42 narkotiku atkarīgie (20,6%), no tiem ar atkarības diagnozi F11 – 5 (11,9%), F15 – 9 (21,4%), F19 – 28 (66,7%).

Abas grupas tika pielīdzinātas pēc vecuma, veidojot detoksikācijas pacientu (n=186) un MP pacientu (n=188) grupas.

Narkoloģisko pacientu un kontrolgrupas aprakstošās un secinošās statistikas rādītāju salīdzinājums (ar Manna-Vitnija U kritēriju) EI aptaujai attēloti 3.12. tabulā. Redzams, ka gandrīz visās EI skalās pacientu grupas vidējie rādītāji ir zemāki nekā kontrolgrupas respondentiem, izņemot Starppersonu attiecību skalā. Statistiski nozīmīgi zemāki ($p \leq 0,05$) rādītāji vīriešu pacientu grupai, salīdzinot ar vīriešu kontrolgrupu, ir 9 skalās no 15: Pašcieņas, Pašaktualizācijas, Neatkarības, Reālistiskuma, Elastības skalā, Stresa tolerances, Impulsu kontroles, Laimes izjūtas un Optimisma skalā, 4 faktorus no 5, izņemot Interpersonālo faktoru, kā arī kopīgajā EI rādītājā. Sievietēm pacientu grupā statistiski nozīmīgi ($p \leq 0,05$) zemāki rādītāji ir 13 skalās no 15, visos 5 EI faktorus un kopīgajā EI rādītājā, salīdzinot ar kontrolgrupas sievietēm.

3.12. tabula

Narkoloģisko pacientu un kontrolgrupas Emocinālā intelekta skalu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji (skalu summu vidējā vērtība, standartnovirze, Manna-Vitnija testa U-kritērijs, p-vērtība)

Skalas / faktori	Vīrieši					U	Sievietes				U
	Pētījuma grupa (n=247)		Kontrolgrupa (n=60)		Pētījuma grupa (n=127)		Kontrolgrupa (n=50)				
	M	SD	M	SD	M		SD	M	SD		
Savu emociju apzināšanās	25,14	4,75	25,83	5,53	-0,44	23,80	5,23	28,60	3,84	-5,76***	
Pašpārliecība	22,12	4,25	23,48	4,28	-1,79	21,43	4,80	23,96	5,07	-2,87**	
Pašcieņa	27,79	5,62	32,95	6,09	-5,92***	26,73	6,32	32,20	5,42	-5,07***	
Pašaktualizācija	30,16	5,36	34,58	6,04	-4,93***	29,45	5,59	34,76	4,73	-5,72***	
Neatkarība	19.94	4,13	22,72	4,90	-4,44***	19,16	4,56	21,24	3,85	-3,18***	
Empātija	29,21	4,91	29,50	3,98	-0,15	30,34	4,79	30,88	3,38	-0,48	
Starppersonu attiecības	37,92	6,11	37,87	6,05	-0,40	37,26	6,65	41,04	5,05	-3,63***	
Sociālā atbildība	36,04	5,74	37,17	5,08	-1,48	38,06	6,03	39,72	5,20	-1,53	
Problēmu risināšana	27,64	4,66	29,14	4,10	-2,31	26,33	5,03	28,86	3,84	-3,29***	
Reālistiskums	31,68	5,20	36,22	5,87	-5,64***	30,79	6,14	36,44	5,86	-5,22***	
Elastība	22.94	4.80	25.50	4.00	-3.63***	22.13	4.65	25.38	5.16	-3.66***	

3.12. tabulas nobeigums

Skalas / faktori	Vīrieši					U	Sievietes				U
	Pētījuma grupa (n=247)		Kontrolgrupa (n=60)		Pētījuma grupa (n=127)		Kontrolgrupa (n=50)				
	M	SD	M	SD	M		SD	M	SD		
Stresa tolerance	26,17	5,13	31,15	7,06	-5,70***	24,45	5,40	30,00	5,04	-5,59***	
Impulsu kontrole	27,42	7,02	31,15	7,90	-3,75***	25,87	6,92	30,22	5,67	-3,87***	
Laiimes izjūta	29,68	4,99	34,07	5,07	-5,51***	28,70	5,48	33,70	5,86	-5,07***	
Optimisms	28,70	4,60	31,13	4,84	-3,87***	27,48	5,54	30,72	4,58	-3,44***	
Intrapersonālais faktors	125,15	17,55	139,57	22,12	-4,67***	120,56	20,71	140,76	18,99	-5,79***	
Interpersonālais faktors	103,17	13,69	104,53	12,51	-0,43	105,65	14,53	111,64	11,57	-2,57**	
Adaptācijas faktors	82,27	10,71	90,93	12,11	-4,88***	79,24	12,27	90,68	11,75	-5,36***	
Stresa vadīšanas faktors	53,59	9,67	62,30	13,20	-5,74***	50,32	10,27	60,22	9,76	-5,26***	
Vispārējā garastāvokļa faktors	58,37	8,28	65,20	9,21	-5,25***	56,18	9,50	64,42	9,79	-4,84***	
Kopīgais EI	423,55	46,81	462,95	58,54	-4,93***	411,96	54,64	467,72	54,22	-5,86***	

* - p≤0,05

** - p≤0,01

*** - p≤0,001

Lai noteiktu pētījuma grupas alkohola un narkotiku atkarīgo pacientu Emocionālo intelektu (skat. 3.13.tabulu), grupas tika salīdzinātas ar Manna-Vitnija U-kritēriju. 3.13. tabulā redzams, ka lielākajā daļā skalu un faktoru vidējie aritmētiskie rādītāji ir augstāki alkohola atkarīgiem respondentiem – gan vīriešiem, gan sievietēm.

3.13. tabula

EI veidojošo skalu un faktoru aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji pētījuma grupai, sadalītai pēc dzimumiem un atkarību veidiem (Manna-Vitnija tests)

Skalas/ faktori	Vīrieši (n=247)				U	Sievietes (n=127)				U
	Alkohola atkarīgie (n=206)		Narkotiku atkarīgie (n=41)			Alkohola atkarīgās (n=101)		Narkotiku atkarīgās (n=26)		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Savu emociju apzināšanās	25,25	4,75	24,61	4,75	-0,80	23,99	4,87	23,04	6,49	-0,57
Pašpārliecība	22,20	4,10	21,68	4,97	-0,54	21,33	4,34	21,81	6,35	-0,39
Pašcieņa	27,54	5,42	29,00	6,49	-1,40	26,29	6,14	28,46	6,85	-1,36
Pašaktualizācija	30,58	5,52	28,07	3,91	-2,93**	29,81	5,57	28,04	5,57	-1,25

3.13. tabulas nobeigums

Skalas/ faktori	Vīrieši (n=247)				U	Sievietes (n=127)				U
	Alkohola atkarīgie (n=206)		Narkotiku atkarīgie (n=41)			Alkohola atkarīgās (n=101)		Narkotiku atkarīgās (n=26)		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
Neatkarība	20,14	3,77	18,98	5,56	-1,67	18,91	4,49	20,12	4,79	-1,15
Empātija	29,61	4,76	27,17	5,17	-2,99**	30,76	4,50	28,69	5,56	-1,96*
Starppersonu attiecības	38,07	6,02	37,17	6,59	-0,75	37,34	6,43	36,96	7,59	-0,45
Sociālā atbildība	36,93	5,37	31,61	5,50	-5,29***	38,68	6,02	35,62	5,51	-2,64**
Problēmu risināšana	28,07	4,59	25,51	4,43	-3,00**	26,88	5,00	24,19	4,63	-2,51*
Reālistiskums	32,08	5,14	29,68	5,12	-2,51*	31,06	6,29	29,73	5,52	-1,10
Elastība	23,05	4,72	22,41	5,22	-0,74	21,89	4,62	23,04	4,72	-1,07
Stresa tolerance	26,23	5,17	25,85	5,00	-0,32	24,57	5,38	23,96	5,57	-0,43
Impulsu kontrole	27,88	6,98	25,12	6,85	-2,22*	26,26	7,13	24,38	5,93	-1,20
Laiques izjūta	29,69	5,02	29,59	4,88	-0,11	28,78	5,16	28,38	6,70	-0,35
Optimisms	28,93	4,46	27,54	5,13	-1,84	27,84	5,23	26,08	6,54	-0,95
Intrapersonālais faktors	125,71	17,01	122,34	20,01	-1,02	120,33	20,11	121,46	23,28	-0,48
Interpersonālais faktors	104,61	13,34	95,95	13,29	-4,08***	106,78	14,66	101,27	13,39	-1,90
Adaptācijas faktors	83,20	10,45	77,61	10,90	-3,08**	79,83	12,52	76,96	11,18	-1,11
Stresa vadīšanas faktors	54,11	9,60	50,98	9,71	-2,07*	50,83	10,78	48,35	7,85	-1,25
Vispārējā garastāvokļa faktors	58,62	8,18	57,12	8,79	-0,98	56,62	8,58	54,46	12,52	-0,72
Kopīgais EI	426,25	45,87	404,00	47,67	-2,67**	414,40	54,37	402,50	55,73	-0,99

* - $p \leq 0,05$ **- $p \leq 0,01$ *** - $p \leq 0,001$

Alkohola atkarīgiem vīriešiem statistiski nozīmīgi augstāki ($p < 0,05$) rādītāji, salīdzinot ar narkotiku atkarīgiem, ir 6 skalās: Pašaktualizācijas, Empātijas, Sociālā atbildīguma, Problēmu risināšanas, Reālistiskuma, Impulsu kontroles skalās, 3 faktoros: Interpersonālajā, Adaptācijas, Stresa vadīšanas faktorā un kopīgajā EI. Alkohola atkarīgām sievietēm, salīdzinot ar narkotiku atkarīgām, statistiski nozīmīgi augstāki ($p \leq 0,05$) vidējie rādītāji ir 3 skalās: Empātijas, Sociālās atbildības un Problēmu risināšanas skalās.

Lai salīdzinātu detoksikācijas un MP pacientu vīriešu EI, salīdzinot pirmā mērījuma un trešā mērījuma rezultātus, tika veikti aprakstošās statistikas aprēķini (skat. 3.14. tab.) un jaukta tipa dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem (skat. 3.15. tab.).

Aprakstošās statistikas EI rādītāji (skalū un faktoru summas vidējā vērtība, standartnovirze) divos mērījumos MP un detoksikācijas pacientu vīriešu grupai

Skalas/ faktori	1.mērījums				3.mērījums			
	MP		Detoksikācijas nodaļa		MP		Detoksikācijas nodaļa	
	(n=73)		(n=60)		(n=73)		(n=60)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Savu emociju apzināšanās	23,60	5,21	26,70	4,53	24,97	2,74	26,62	4,00
Pašpārlicība	20,84	4,97	23,03	3,35	20,70	2,20	21,88	2,69
Pašcieņa	26,58	6,22	28,35	4,31	28,32	3,48	28,70	3,05
Pašaktualizācija	29,70	5,63	30,93	5,80	28,52	2,89	30,13	4,22
Neatkarība	20,38	4,56	19,42	3,55	19,51	3,79	23,20	3,99
Empātija	27,90	5,30	30,00	5,03	28,60	3,50	29,27	4,33
Starppersonu attiecības	36,53	6,74	38,92	5,55	34,34	2,99	36,45	2,57
Sociālā atbildība	34,81	6,35	36,98	6,02	34,82	3,50	35,53	4,14
Problēmu risināšana	26,82	5,22	28,98	4,45	28,85	3,55	29,02	3,32
Reālistiskums	30,71	5,27	32,48	5,30	29,56	3,55	31,40	4,26
Elastība	22,59	5,56	23,17	3,78	23,62	3,38	25,42	4,09
Stresa tolerance	25,08	5,72	26,98	4,69	29,63	2,94	31,02	3,04
Impulsu kontrole	27,30	7,04	28,07	7,16	25,47	6,91	25,85	6,21
Laišanas izjūta	28,70	5,09	30,60	4,91	27,97	2,09	30,93	2,96
Optimisms	28,00	4,56	29,15	4,91	28,60	3,41	29,48	3,46
Intrapersonālais faktors	121,10	20,38	128,43	14,79	122,01	8,85	130,53	11,92
Interpersonālais faktors	99,25	14,72	105,90	14,51	97,77	8,42	101,25	9,04
Adaptācijas faktors	80,12	12,82	84,63	9,43	82,03	7,32	85,83	9,07
Stresa vadīšana	52,38	10,86	55,05	9,62	55,10	8,24	56,87	7,04
Vispārējais garastāvoklis	56,70	8,57	59,75	8,42	56,58	4,26	60,42	5,19
Kopīgais EI	409,55	54,10	433,77	42,71	413,48	24,06	434,90	32,55

Aprakstošās statistikas rezultāti rāda, ka abu nodaļu atkarīgiem pacientiem pieauguši vidējie rādītāji Pašcieņas, Problēmu risināšanas, Elastības, Stresa tolerances, Optimisma skalās, Intrapersonālajā, Adaptācijas, Stresa vadīšanas faktorus un kopīgajā EI. Savukārt, Pašpārlicības, Pašaktualizācijas, Starppersonu attiecību, Reālistiskuma, Impulsu kontroles skalās un Interpersonālajāfaktorā abu nodaļu pacientiem ir novērojama EI

rādītāju vidējo vērtību samazināšanās. MP atkarīgie pacienti uzrāda pieaugošus EI rādītājus 3.mērījumā Savu emociju apzināšanās un Empātijas skalās, kurās detoksikācijas nodaļas atkarīgiem pacientiem EI vidējie rādītāji samazinās. Savukārt, detoksikācijas nodaļas atkarīgie pacienti 3.mērījumā uzrāda vidējo rādītāju pieaugumu, salīdzinot ar MP pacientiem, Neatkarības, Laimes izjūtas skalā un Vispārējā garastāvokļa faktorā.

Veicot jaukta dizaina dispersiju analīzi EI katrai skalai un faktoram (skat. 3.15. tabulu), redzams, ka 6 mēnešu laikā notikušas statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) *izmaiņas laikā* 6 skalās (Neatkarības, Starppersonu attiecību, Problēmu risināšanas, Elastības, Stresa tolerances, Impulsu kontroles) un Interpersonālajā faktorā, pie tam šinīs skalās un faktorā detoksikācijas pacientu vidējie rādītāji 3.mērījumā ir augstāki nekā MP pacientu vidējie rādītāji. Statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) atšķirības *starp grupām* parādās visās skalās un faktoros, izņemot Pašcieņas skalu. Statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) *izmaiņas laikā* un atšķirības *starp grupām* ir notikušas Neatkarības, Starppersonu attiecību, Problēmu risināšanas, Elastības, Stresa tolerances skalās un Interpersonālajā faktorā, pie tam Neatkarības skalā un Problēmu risināšanas skalā vēl arī notikusi statistiski nozīmīga ($p \leq 0,05$) *laika faktora un grupas mijiedarbība*. Statistiski nozīmīgu atšķirību ($p > 0,05$) nav Pašcieņas skalā.

3.15. tabula

EI skalu un faktoru jaukta dizaina dispersijas analīze ar diviem mērījumiem MP un detoksikācijas vīriešu un sieviešu grupai (ANOVA)

Skalas/faktori	Vīriešu grupa (n=133)			Sieviešu grupa (n=70)		
	F izmaiņas laikā	F Laiks x grupa	F Starp grupām	F izmaiņas laikā	F Laiks x grupa	F Starp grupām
Savu emociju apzināšanās	1,44	1,84	22,28***	0,43	4,95*	5,57*
Pašpārlicība	2,03	1,26	16,86***	4,21*	2,68	2,42
Pašcieņa	3,73	1,65	3,61	2,02	3,64	1,15
Pašaktualizācija	2,55	0,09	6,70**	5,60*	0,68	0,14
Neatkarība	8,26**	21,23***	7,99**	3,27	0,53	0,17
Empātija	0,00	1,44	6,78**	0,17	5,66*	0,02
Starppersonu attiecības	16,24***	0,06	13,41***	9,21**	9,64**	1,01

Skalas/faktori	Vīriešu grupa (n=133)			Sieviešu grupa (n=70)		
	F izmaiņas laikā	F Laiks x grupa	F Starp grupām	F izmaiņas laikā	F Laiks x grupa	F Starp grupām
Sociālā atbildība	1,21	1,26	5,50*	3,31	0,44	0,03
Problēmu risināšana	4,17*	3,90*	4,69*	3,65	1,70	0,25
Reālistiskums	3,78	0,00	10,06**	8,17**	0,88	4,64*
Elastība	8,35**	1,16	5,81*	1,10	0,65	0,19
Stresa tolerance	60,60***	0,22	10,58***	30,06***	2,16	0,01
Impulsu kontrole	5,02*	0,04	0,54	2,88	0,46	0,20
Laiques izjūta	0,15	1,08	27,23***	0,02	0,01	2,24
Optimisms	0,84	0,07	4,00*	2,25	10,43**	0,17
Intrapersonālais faktors	0,63	0,10	21,22***	1,13	3,56	1,91
Interpersonālais faktors	4,13*	1,10	12,11***	5,37*	6,35*	0,29
Adaptācijas faktors	1,61	0,08	11,59***	0,13	1,87	0,36
Stresa vadīšana	3,55	0,14	4,57*	1,69	0,03	0,16
Vispārējais garastāvoklis	0,10	0,21	17,18***	0,85	4,96*	0,26
Kopīgais EI	0,23	0,07	24,26***	0,39	4,33*	0,73

* - $p \leq 0,05$ ** - $p \leq 0,01$ *** - $p \leq 0,001$ Piezīme. $F=(2,129)$ vīriešiem; $F=(2,66)$ sievietēm

Lai salīdzinātu detoksikācijas un MP pacientu sieviešu EI, salīdzinot pirmā mērījuma un trešā mērījuma rezultātus, tika veikti aprakstošās statistikas aprēķini (skat. 3.16. tab.) un jaukta tipa dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem (skat. 3.15. tab.). Aprakstošās statistikas rādītāji sievietēm atklāj, ka abu nodaļu atkarīgām pacientēm vidējie rādītāji 3. mērījumā pieauguši Problēmu risināšanas, Elastības, Stresa tolerances skalās un Stresa vadīšanas faktorā. Savukārt, abu nodaļu pacientēm vidējie rādītāji 3. mērījumā samazinājušies Pašpārlicības, Pašaktualizācijas, Neatkarības, Sociālās atbildības, Reālistiskuma, Impulsu kontroles, Laiques izjūtas skalās un Stresa vadīšanas faktorā.

MP pacientēm 3.mērījumā pieauga vidējie rādītāji, bet detoksikācijas nodaļas pacientēm samazinājās Savu emociju apzināšanās, Pašcieņas, Empātijas, Starppersonu attiecību, Optimisma skalās un Intrapersonālajā, Interpersonālajā, Adaptācijas, Vispārējā garastāvokļa faktoros un kopīgajā EI.

Aprakstošās statistikas EI rādītāji (skalū un faktoru vidējā summas vērtība, standartnovirze) divos mērījumos MP un detoksikācijas pacientu sieviešu grupai

Skalas/ faktori	1.mērījums				3.mērījums			
	MP		Detoksikācijas nodaļa		MP		Detoksikācijas nodaļa	
	(n=36)		(n=34)		(n=36)		(n=34)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Savu emociju apzināšanās	23,67	5,25	26,56	3,56	25,50	2,62	25,56	2,85
Pašpārlicība	21,83	4,44	23,94	4,97	21,53	2,30	21,24	3,48
Pašcieņa	25,69	6,83	28,41	7,08	28,72	2,73	27,97	3,60
Pašaktualizācija	30,42	5,86	30,85	4,68	29,17	2,43	28,26	3,23
Neatkarība	20,00	4,70	20,88	4,93	19,14	3,59	18,85	4,69
Empātija	29,53	5,10	31,12	5,14	30,75	2,32	29,38	3,66
Starppersonu attiecības	36,72	6,06	40,15	6,93	36,78	2,65	35,24	3,91
Sociālā atbildība	37,28	7,20	37,97	6,23	36,36	2,99	36,00	3,17
Problēmu risināšana	26,17	5,47	26,71	5,61	28,50	3,51	27,15	3,18
Reālistiskums	30,56	6,20	33,06	5,47	28,67	3,79	29,32	4,76
Elastība	22,94	4,52	23,26	4,40	24,31	4,09	23,44	2,83
Stresa tolerance	24,86	5,46	25,94	5,27	30,36	3,05	29,12	3,11
Impulsu kontrole	26,75	6,18	25,41	7,38	23,72	6,92	24,12	7,09
Laišanas izjūta	28,75	4,51	29,91	6,35	28,72	2,10	29,74	2,11
Optimisms	26,86	5,71	29,06	5,80	30,64	3,77	27,68	5,02
Intrapersonālais faktors	121,61	21,45	130,65	19,45	124,06	9,33	121,88	10,96
Interpersonālais faktors	103,53	14,48	109,24	15,82	103,89	6,47	100,62	8,68
Adaptācijas faktors	79,67	12,17	83,03	11,80	81,47	6,81	79,91	7,24
Stresa vadīšana	51,61	9,63	51,35	10,34	54,08	8,74	53,24	7,47
Vispārējais garastāvoklis	55,61	8,64	58,97	11,03	59,36	3,78	57,41	4,99
Kopīgais EI	412,03	55,52	433,24	51,95	422,86	22,19	413,06	26,81

Veicot jaukta dizaina dispersiju analīzi EI katrai skalai un faktoram (skat. 3.15. tab.), iegūtie rezultāti parāda, ka statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) *izmaiņas laikā* ir notikušas 5 skalās (Pašpārlicības, Pašaktualizācijas, Starppersonu attiecību, Reālistiskuma, Stresa tolerance skalā) un Interpersonālajā faktorā. Pie tam 4 skalās izmaiņas abu nodaļu pacientēm ir notikušas līdzīgi: Pašpārlicības, Pašaktualizācijas, Reālistiskuma skalās

vidējie rādītāji samazinājušies, Stresa tolerances skalā – pieauguši, bet visās skalās vidējie rādītāji 3.mērījumā ir augstāki MP pacientēm, izņemot Reālistiskuma skalu. Statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) atšķirības *starp grupām* parādās Savu emociju apzināšanās un Reālistiskuma skalās. Statistiski nozīmīga ($p \leq 0,05$) *laika faktora un grupas mijiedarbība* ir notikusi 4 skalās (Savu emociju apzināšanās, Empātijas, Starppersonu attiecību, Optimisma skalā), 2 faktoros (Interpersonālajā, Vispārējā garastāvokļa faktorā) un kopīgajā EI: MP pacientu vidējie rādītāji 3.mērījumā pieauguši, bet detoksikācijas pacientu vidējie rādītāji samazinājušies, kā rezultātā MP pacientu vidējie rādītāji ir augstāki šinīs skalās un faktoros, izņemot Savu emociju apzināšanās skalu, kur vidējie rādītāji ir līdzīgi.

Statistiski nozīmīgu izmaiņu ($p > 0,05$) sieviešu grupā nav Pašcieņas, Neatkarības, Sociālās atbildības, Problēmu risināšanas, Elastības, Impulsu kontroles, Laimes izjūtas skalās un Intrapersonālajā, Adaptācijas, Stresa vadīšanas faktoros.

Lai noteiktu izmaiņas MP grupai starp trimmērījumiem, tika veikti aprakstošās statistikas aprēķini (skat. 3.17. tab.) un vienkāršā dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem, ņemot vērā Bonferoni testu (skat. 3.18. tab.). Dati tika aprēķināti tikai tiem respondentiem, kuri piedalījās visos 3 mērījumos ($n=109$).

Starp trim mērījumiem ir notikušas būtiskas izmaiņas ($p \leq 0,05$) 5 no 15 skalām (Pašcieņas, Starppersonu attiecību, Problēmu risināšanas, Elastības, Stresa tolerances) vīriešu grupai. Statistiski nozīmīgas izmaiņas ($p \leq 0,05$) vīriešu grupā, pieaugot šo skalu vidējiem rādītājiem, notikušas starp 1. un 2. mērījumu Pašcieņas (skat. 3.12. att.) un Elastības skalā, starp 2. un 3.mērījumu – Stresa tolerances skalā (skat. 3.13. att.) un starp 1. un 3. mērījumu – Problēmu risināšanas skalā. Vīriešu grupā statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) izmaiņas, samazinoties šīs skalas vidējiem rādītājiem, notikušas Starppersonu attiecību skalā starp 1. un 3. mērījumu. Reālistiskuma skalā statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) atšķirības ir starp 2. un 3. mērījumu, bet nav notikušas izmaiņas laikā.

Emocionālā intelekta aprakstošās statistikas rādītāji MP respondentiem 3 mērījumos

	1.mērījums				2.mērījums				3.mērījums			
	Vīrieši (n=73)		Sievietes (n=36)		Vīrieši (n=73)		Sievietes (n=36)		Vīrieši (n=73)		Sievietes (n=36)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Savu emociju apzināšanās	23,60	5,21	23,67	5,25	23,51	5,44	22,50	4,97	24,97	2,74	25,50	2,62
Pašpārlicība	20,84	4,97	21,83	4,44	21,77	4,79	21,14	4,98	20,70	2,20	21,53	2,30
Pašcieņa	26,58	6,22	25,69	6,83	27,78	6,53	24,39	5,93	28,32	3,48	28,72	2,73
Pašaktualizācija	29,70	5,63	30,42	5,86	30,29	4,97	29,28	6,02	28,52	2,89	29,17	2,43
Neatkarība	20,38	4,56	20,00	4,70	20,41	4,37	19,17	4,51	19,51	3,79	19,14	3,59
Empātija	27,90	5,30	29,53	5,10	27,78	4,53	29,28	4,17	28,60	3,50	30,75	2,32
Starppersonu attiecības	36,53	6,74	36,72	6,06	35,99	6,46	35,75	6,00	34,34	2,99	36,78	2,65
Sociālā atbildība	34,81	6,35	37,28	7,21	34,25	5,81	36,86	5,22	34,82	3,50	36,36	2,99
Problēmu risināšana	26,82	5,23	26,17	5,47	27,70	5,40	26,42	4,88	28,85	3,55	28,50	3,51
Reālistiskums	30,71	5,27	30,56	6,20	31,45	5,42	30,44	5,78	29,56	3,55	28,67	3,79
Elastība	22,59	5,56	22,94	4,52	24,11	5,95	23,31	5,51	23,62	3,38	24,31	4,09
Stresa tolerance	25,08	5,72	24,86	5,46	26,25	5,87	24,28	5,19	29,63	2,94	30,36	3,05
Impulsu kontrole	27,30	7,04	26,75	6,18	27,51	6,88	25,28	5,99	25,47	6,91	23,72	6,92
Laiemes izjūta	28,70	5,09	28,75	4,51	29,23	5,18	27,17	5,69	27,97	2,09	28,72	2,11
Optimisms	28,00	4,56	26,86	5,71	28,32	4,83	26,69	5,45	28,60	3,41	30,64	3,77
Intrapersonālais faktors	121,10	20,38	121,16	21,45	123,75	20,51	116,47	22,37	122,01	8,85	124,06	9,33
Interpersonālais faktors	99,25	14,72	103,53	14,48	98,01	14,18	101,89	13,47	97,77	8,42	103,89	6,47
Adaptācijas faktors	80,12	12,82	79,67	12,17	83,26	14,40	80,17	13,84	82,03	7,33	81,47	6,81
Stresa vadīšanas faktors	52,38	10,86	51,61	9,63	53,75	11,33	49,56	9,74	55,10	8,24	54,08	8,74
Vispārējā garastāvokļa faktors	56,70	8,57	55,61	8,64	57,55	9,23	53,86	10,18	56,58	4,26	59,36	3,78
Kopīgais EI	409,55	54,10	412,03	55,52	416,33	59,13	401,94	62,65	413,48	24,06	422,86	22,19

3.18. tabula

Emocionālā intelekta secinošās statistikas rādītāji MP respondentiem 3 mērījumos

Skalas /faktori	Vīrieši			Sievietes		
	F izmaiņas laikā	Bonferoni tests ¹	Bonferoni tests ²	F izmaiņas laikā	Bonferoni tests ¹	Bonferoni tests ²
Savu emociju apzināšanās	2,59	0,10	-1,47	4,24*	1,17	-3,00*
Pašpārlicība	3,03	-0,93	1,07	0,37	0,69	-0,39
Pašcieņa	4,82**	-1,21*	-0,53	8,08***	1,31	-4,33***
Pašaktualizācija	3,03	-0,59	1,77	0,75	1,14	0,11
Neatkarība	0,69	-0,03	0,90	1,26	0,83	0,03
Empātija	0,88	0,12	-0,82	2,07	0,25	-1,47
Starppersonu attiecības	3,64*	0,55	1,64	0,74	0,97	-1,03
Sociālā atbildība	0,52	0,56	-0,58	0,30	0,42	0,50
Problēmu risināšana	4,44*	-0,88	-1,15	2,54	-0,25	-2,08
Reālistiskums	3,01	-0,74	1,89*	1,03	0,11	1,78
Elastība	4,23*	-1,52*	0,49	0,83	-0,36	-1,00
Stresa tolerance	17,50***	-1,16	-3,38***	16,75***	0,58	-6,08***
Impulsu kontrole	1,43	-0,21	2,04	1,84	1,47	1,56
Laires izjūta	2,06	-0,53	1,26	1,37	1,58	-1,56
Optimisms	0,61	-0,32	-0,29	7,21**	0,17	-3,94**
Intrapersonālais faktors	1,29	-2,66	1,74	1,74	5,14	-7,58
Interpersonālais faktors	0,49	1,23	0,25	0,58	1,64	-2,00
Adaptācijas faktors	2,75	-3,14	1,23	0,27	-0,50	-1,31
Stresa vadīšanas faktors	1,87	-1,37	-1,34	2,39	2,06	-4,53
Vispārējā garastāvokļa faktors	0,89	-0,85	0,97	5,22**	1,75	-5,50**
Kopīgais EI	0,83	-6,78	2,85	1,63	10,08	-20,92

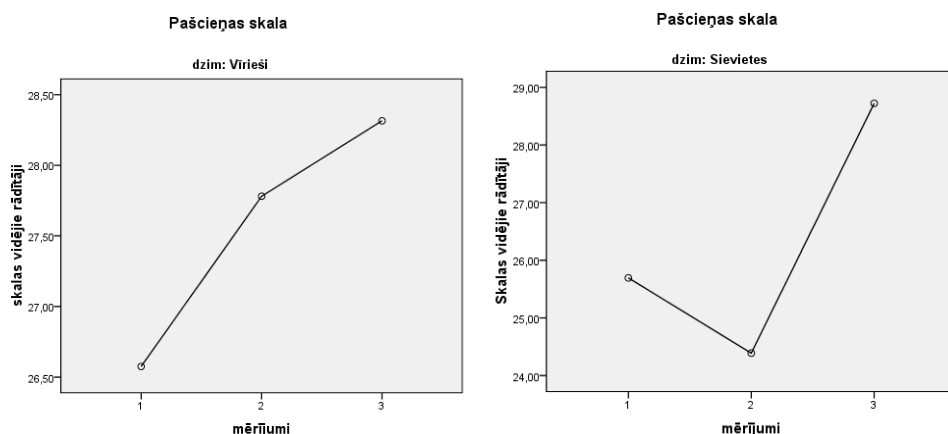
* - $p \leq 0,05$ **- $p \leq 0,01$ *** - $p \leq 0,001$

Piezīme: F (1,72)– vīriešu grupai; F (1,35)– sievietes grupai

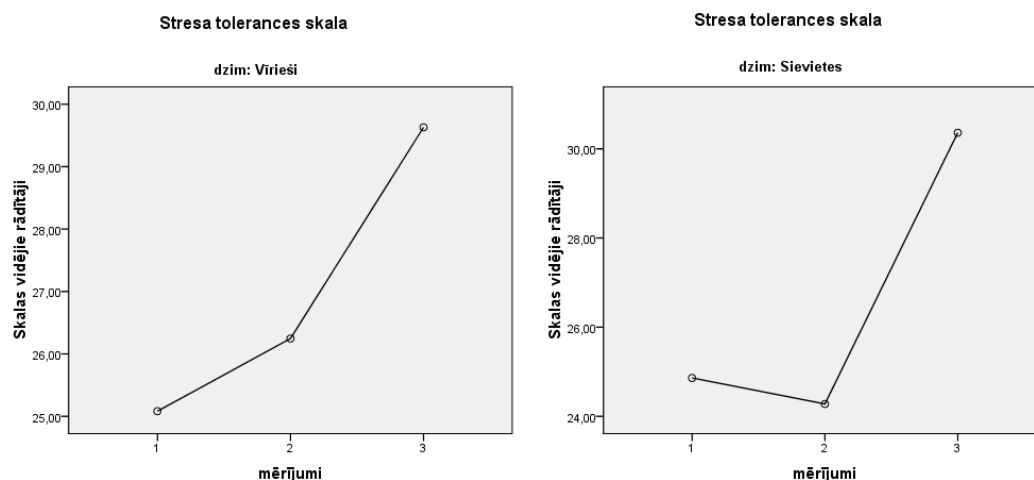
Bonferoni tests¹ – salīdzinājums starp 1. un 2. mērījumuBonferoni tests² – salīdzinājums starp 2. un 3. mērījumu

Sieviešu grupā starp trim mērījumiem statistiski nozīmīgas izmaiņas ($p \leq 0,05$) ir notikušas 4 no 15 skalām: Savu emociju apzināšanās, Pašcieņas (skat. 3.12. att.), Stresa

tolerances(skat. 3.13. att.), Optimisma skalā un 1 faktorā (Vispārējā garastāvokļa), pie tam visas izmaiņas ir notikušas starp 2. un 3. mērījumu, pieaugot to vidējiem rādītājiem.



3.12. att. Pašcieņas skalas vidējo rādītāju izmaiņas 3 mērījumos MP pacientiem vīriešiem (pa kreisi) un sievietēm (pa labi)



3.13.att.Stresa tolerances skalas vidējo rādītāju izmaiņas 3 mērījumos MP pacientiem vīriešiem (pa kreisi) un sievietēm (pa labi)

3.2.5. Pacientu sociālā intelekta rādītāji

Lai salīdzinātu pacientu grupas un kontrolgrupas SI, tika veikti aprakstošās un secinošās statistikas aprēķini. Tabulā 3.19. redzams, ka SI skalu vidējie rādītāji ir zemāki pacientu grupā, salīdzinot ar kontrolgrupas rezultātiem, izņemot Sociālās informācijas apstrādes skalā, kur pacientu vīriešu grupā tie ir augstāki nekā kontrolgrupai.

3.19. tabula

Narkoloģisko pacientu un kontrolgrupas Sociālā Intelektu skalu aprakstošās (faktoru summu vidējais aritmētiskais, standartnovirze) un secinošās statistikas rādītāji (Stjudenta t- kritērijs; p-vērtība)

Skalas	Vīrieši (n=307)				t	Sievietes (n=177)				t
	Pacientu grupa (n=247)		Kontrolgrupa (n=60)			Pacientu grupa (n=127)		Kontrolgrupa (n=50)		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
SIA	32,06	7,59	31,80	5,92	0,24	30,98	8,52	32,10	5,55	-0,86
SP	29,58	7,96	31,32	8,11	-1,51	29,14	9,06	30,00	5,85	-0,62
SA	27,96	7,59	33,85	4,28	-5,78***	26,37	8,64	30,46	6,82	-3,00**
KopSI	89.60	15.18	96.97	12.70	-3.48***	86.50	18.03	92.56	11.94	-2.20*

Saīsinājumi: SIA - Sociālās informācijas apstrāde, SP- Sociālās prasmes, SA- Sociālā apzināšanās, Kop SI- Kopīgais SI.

* - $p \leq 0,05$

** - $p \leq 0,01$

*** - $p \leq 0,001$

Statistiski nozīmīgi ($p \leq 0,05$) zemāki vidējie rādītāji ir pacientu grupas vīriešiem un sievietēm Sociālās apzināšanās skalā un kopīgajā SI, salīdzinot ar kontrolgrupas vīriešiem un sievietēm.

3.20. tabula

SI veidojošo skalu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji pētījuma grupai, sadalītai pēc dzimumiem un atkarību veidiem (ANOVA)

Skalas	Vīrieši (n=247)				F	Sievietes (n=127)				F
	Alkohola atkarīgie (n=206)		Narkotiku atkarīgie (n=41)			Alkohola atkarīgās (n=101)		Narkotiku atkarīgās (n=26)		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
SIA	31,94	7,31	32,66	8,93	0,31	30,97	8,63	31,04	8,22	0,00
SP	29,06	7,60	32,22	9,19	5,50*	28,71	8,46	30,81	11,11	1,11
SA	27,68	7,75	29,37	6,64	1,69	26,36	8,75	26,42	8,40	0,00
Kop SI	88,67	15,06	94,24	15,09	4,67*	86,04	17,14	88,27	21,43	0,32

F (2,245) vīriešiem un F (2,125) sievietēm

Saīsinājumi: SIA - Sociālās informācijas apstrāde, SP- Sociālās prasmes, SA- Sociālā apzināšanās, Kop SI- kopīgais SI.

* - $p \leq 0,05$

Alkohola un narkotiku atkarīgo vīriešu un sieviešu SI salīdzinājums, izmantojot aprakstošo un secinošo statistiku, attēlots 3.20.tabulā. Redzams, ka vidējie rādītāji statistiski nozīmīgi ($p \leq 0,05$) augstāki ir Sociālo prasmju skalā un kopīgajā SI narkotiku atkarīgiem vīriešiem, salīdzinot ar alkohola atkarīgiem vīriešiem. Pārējās divās skalās nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības ne alkohola, ne narkotiku atkarīgiem. Sievietēm, salīdzinot pēc atkarību veida, statistiski nozīmīgas atšķirības nepastāv ($p > 0,05$) ne kopīgajā SI, ne to veidojošās skalās.

Tika salīdzināti detoksikācijas nodaļas un MP pacientu divu mērījumu aprakstošās statistikas rādītāji vīriešiem (skat.3.21.tab.) un sievietēm (skat. 3.23.tab.), kā arī jaukta dizaina dispersiju analīzes rezultāti attiecībā uz katru SI skalu PAV atkarību vīriešiem (skat.3.22.tabulu) un sievietēm (skat. 3.24.tabulu).

3.21. tabula

Aprakstošās statistikas SI rādītāji divos mērījumos MP un detoksikācijas pacientu vīriešu grupai

Skalas	1.mērījums				3.mērījums			
	MP		Detoksikācijas nodaļa		MP		Detoksikācijas nodaļa	
	(n=73)		(n=60)		(n=73)		(n=60)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
SIA	30,66	7,68	32,87	6,98	33,21	7,19	31,57	7,39
SP	29,21	9,04	30,32	7,93	32,84	9,09	30,78	6,22
SA	29,14	7,87	28,05	7,96	32,51	6,85	28,33	7,10
Kopīgais SI	89,00	18,88	91,23	13,25	98,54	17,50	90,68	15,15

Saīsinājumi: SIA - Sociālās informācijas apstrāde, SP- Sociālās prasmes, SA- Sociālā apzināšanās, Kop SI- kopīgais SI.

Salīdzinot aprakstošās statistikas datus 1.un 3.mērījumā, redzams, ka MP respondentiem vīriešiem ir pieauguši vidējie rādītāji 3.mērījumā visās SI skalās un kopīgajā SI. Savukārt, detoksikācijas pacientiem atkārtotā mērījumā vidējie rādītāji palielinājušies Sociālo prasmju un Sociālās apzināšanās skalās, bet samazinājušies Sociālās informācijas apstrādes skalā un kopīgajā SI.

Pēc secinošās statistikas datiem (skat.3.22.tab.) redzams, ka statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā ($p \leq 0,05$) starp 1.mērījumu un atkārtotu mērījumu pēc 6 mēnešiem parādās Sociālo prasmju skalā un kopīgajā SI, pie tam Sociālo prasmju skalā vidējie rādītāji pieaug

abu nodaļu pacientiem, bet kopīgajā SI – MP pacientiem, bet abi vidējie rādītāji ir augstāki MP pacientiem.

3.22. tabula

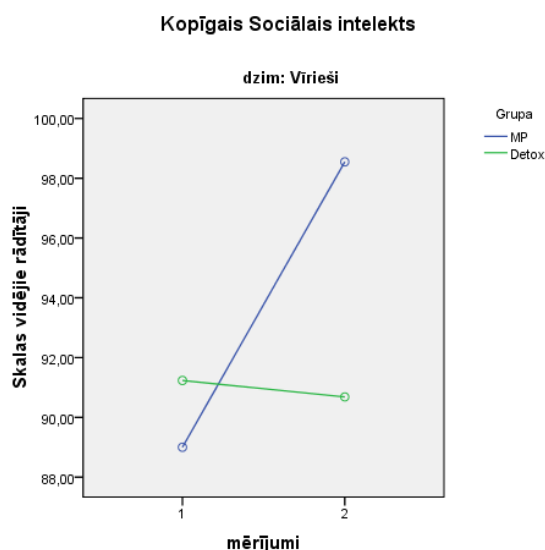
SI skalu jaukta dizaina dispersijas analīze diviem mērījumiem MP un detoksikācijas vīriešu grupai (ANOVA)

Skalas	F izmaiņas laikā	F Laiks x grupa	F Starp grupām
Sociālās informācijas apstrāde	0,43	4,08*	0,11
Sociālās prasmes	4,90*	2,92	0,18
Sociālā apzināšanās	4,808	3,43	6,98**
Kopīgais SI	5,85*	7,36**	1,64

* - $p \leq 0,05$

** - $p \leq 0,01$

Piezīme. F (2,131)



3.14. att. Laika un grupas mijiedarbība kopīgajā SI pacientu vīriešu grupai

Laika faktora un grupas mijiedarbība parādīja, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības ($p \leq 0,05$) MP un detoksikācijas grupai Sociālās informācijas apstrādes skalā un kopīgajā SI (skat. 3.14.att.). Tas nozīmē, ka grupās notikušas izmaiņas, pie tam atšķirīgā veidā: MP pacientu SI vidējie rādītāji ir palielinājušies un ir augstāki nekā detoksikācijas pacientiem.

Pēc aprakstošās statistikas (skat. 3.23. tab.) redzams, ka pieaug MP sieviešu vidējie rādītāji 3. mērījumā visās skalās un kopīgajā SI, bet detoksikāciju saņēmušām sievietēm pieaug vidējie rādītāji Sociālās apzināšanās skalā, pārējās – samazinās, kā rezultātā Sociālās informācijas apstrādes skalā un kopīgajā SI MP pacientēm ir augstāki vidējie rādītāji.

3.23. tabula

Aprakstošās statistikas SI rādītāji divos mērījumos MP un detoksikācijas pacientu sieviešu grupai

Skalas	1.mērījums				3.mērījums			
	MP		Detoksikācijas nodaļa		MP		Detoksikācijas nodaļa	
	(n=36)		(n=34)		(n=36)		(n=34)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Sociālās informācijas apstrāde	30,08	7,85	31,50	10,02	32,03	8,03	25,94	5,86
Sociālās prasmes	29,89	8,59	31,94	9,85	30,81	8,40	30,85	7,82
Sociālā apzināšanās	27,56	7,80	28,00	9,14	30,53	7,03	31,47	6,73
Kopīgais SI	87,52	17,71	91,44	20,63	93,36	18,79	88,26	12,66

Secinošās statistikas rezultāti (skat. 3.24. tab.) rāda, ka *izmaiņas laikā* statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) ir Sociālās apzināšanās skalā: MP pacientēm pieauguši vidējie rādītāji, bet detoksikācijas nodaļas pacientēm – samazinājušies, tomēr augstāki vidējie rādītāji 3.mērījumā ir detoksikācijas nodaļas pacientēm.

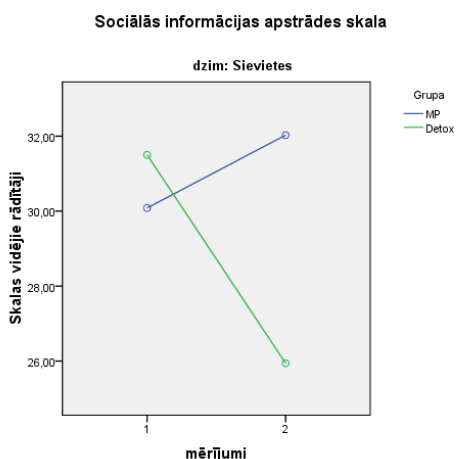
Statistiski nozīmīga ($p \leq 0,05$) *laika faktora un grupas mijiedarbība* ir redzama Sociālās informācijas apstrādes skalā (skat. 3.15. att.): MP pacientēm vidējie rādītāji ir pieauguši, bet detoksikācijas pacientēm – samazinājušies, un augstāki vidējie rādītāji 3.mērījumā ir MP pacientēm. Sociālo prasmju skalā un kopīgajā SI nav vērojamas statistiski nozīmīgas izmaiņas ($p > 0,05$) starp 1. un 3.mērījumu.

**SI skalu jaukta dizaina dispersijas analīze ar diviem mērījumiem MP un
detoksikācijas sieviešu grupai (ANOVA)**

Skalas	F izmaiņas laikā	F Laiks x grupa	F Starp grupām
Sociālās informācijas apstrāde	1,85	7,98**	2,78
Sociālās prasmes	0,00	0,59	0,42
Sociālā apzināšanās	7,41**	0,04	0,24
Kopīgais SI	0,22	2,54	0,04

** - $p \leq 0,01$

Piezīme. F(2,68)



3.15. att.Laika faktora un grupas mijiedarbība Sociālās informācijas apstrādes skalā sievietšu grupai

Sociālā intelekta aprakstošās statistikas rādītāji MP respondentiem 3 mērījumos

Skalas	1.mērījums				2.mērījums				3.mērījums			
	Vīrieši (n=73)		Sievietes (n=36)		Vīrieši (n=73)		Sievietes (n=36)		Vīrieši (n=73)		Sievietes (n=36)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
SIA	30,66	7,68	30,08	7,85	30,99	7,19	30,22	7,43	33,21	7,19	32,03	8,03
SP	29,21	9,04	29,89	8,59	30,16	8,39	29,39	7,99	32,84	9,09	30,81	8,40
SA	29,14	7,87	27,56	7,80	29,88	7,36	27,92	7,37	32,51	6,85	30,53	7,03
KopSI	89,00	18,89	87,53	17,71	91,03	18,20	87,53	16,02	98,55	17,50	93,36	18,79

Saīsinājumi: SIA - Sociālās informācijas apstrāde, SP- Sociālās prasmes, SA- Sociālā apzināšanās, Kop SI- Kopīgais SI.

Lai noteiktu izmaiņas MP grupas pacientiem starp trim mērījumiem, tika veikti aprakstošās statistikas aprēķini (skat. 3.25. tab.) un vienkāršā dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem, ņemot vērā Bonferoni testu (skat. 3.26. tab.).

Pēc aprakstošās statistikas rezultātiem redzams, ka vidējo rādītāju palielināšanās vīriešiem ir notikusi visos 3 mērījumos visās 3 skalās un kopīgajā SI, bet sievietēm – samazinājās vidējie rādītāji 2. mērījumā Sociālo prasmju skalā un palika nemainīgi kopīgajā SI. Skatoties secinošās statistikas rezultātus (skat. 3.26. tabulu), redzams, ka statistiski nozīmīgas *izmaiņas laikā* ($p \leq 0,05$) parādās kopīgajā SI vīriešiem, pie tam izmaiņas notikušas starp 1. un 3. mērījumu. Pārējie rezultāti ne vīriešiem, ne sievietēm neuzrāda statistiski nozīmīgas izmaiņas un atšķirības ($p > 0,05$).

3.26. tabula

Sociālā intelekta secinošās statistikas rādītāji MP respondentiem 3 mērījumos

Skalas	Vīrieši			Sievietes		
	F izmaiņas laikā	Bonferoni tests ¹	Bonferoni tests ²	F izmaiņas laikā	Bonferoni tests ¹	Bonferoni tests ²
Sociālās informācijas apstrāde	1,84	-0,86	-2,19	0,39	-1,17	-0,58
Sociālās prasmes	2,53	-0,37	-3,10	0,17	-0,18	-0,99
Sociālā apzināšanās	1,83	-1,17	-1,10	3,19	-1,26	-2,92
Kopīgais SI	3,63*	-2,40	-6,39	1,25	-2,60	-4,49

* - $p \leq 0,05$

** - $p \leq 0,01$

*** - $p \leq 0,001$

Vīriešu grupai-F(1,71); Sieviešu grupai-F(1,34)

Bonferoni tests¹ – salīdzinājums starp 1. un 2. mērījumu

Bonferoni tests² – salīdzinājums starp 2. un 3. mērījumu

4. DISKUSIJA

PAV atkarību ārstēšanas metožu pētīšana, pilnveidošana, efektivitātes noskaidrošana, kā arī PAV pacientu dzīves kvalitātes uzlabošana, seku mazināšana, pašsajūtas uzlabošana ir izaicinājums gan zinātniekiem, gan klīnicistiem. Šajā darbā autore mēģināja rast atbildes uz jautājumiem par ārstu un pacientu skatījumu uz ārstēšanas metodēm, kā arī, vai notiek izmaiņas PAV atkarīgo emocionālajā un sociālajā intelektā ar simptomātisku vai specifisku ārstēšanu, vai tas var palīdzēt pilnveidot narkoloģisko palīdzību.

Uzsākot pētījuma diskusijas daļu, ir jānorāda pētījuma ierobežojumi. Gan ārstu, gan pacientu aptaujas anketas nav psihometriski (ticamība, validitāte) pārbaudītas, taču tas nebija šī pētījuma mērķis. Anketas vērtējamās kā problēmu iezīmēšanas instruments, lai apzinātu narkoloģisko situāciju ārstu un pacientu skatījumā. Ņemot vērā to, ka respondentu sniegtās atbildes ir pretrunīgas, var domāt, ka atbildes vairāk mēra cilvēku priekšstatus, nevis realitāti.

Ārstu grupā ir aptaujāti 8,4% no Latvijā praktizējošiem ārstiem. Aptaujātie respondenti ārsti skaitliski atbilst izlases statistiskās ticamības rādītājiem, tomēr kā pētījuma ierobežojumu jāatzīmē pieejamās izlases izmantošana. Iespējams, ka respondentu nelielā atsaucība saistīta ar ārstu intereses vai pieredzes trūkumu attiecīgajā jautājumā. Bez tam kā ierobežojums arī jāmin respondentu elektroniska aptaujāšana, kas varēja radīt grūtības saņemt un atbildēt tiem respondentiem, kuriem elektroniskie resursi kādu iemeslu dēļ nav pieejami.

Tomēr neskatoties uz šo ierobežojumu, ārstu sociāldemogrāfiskie dati un sadalījums pa reģioniem (izņemot Pierīgas reģionu) ir tuvs sadalījumam populācijā (SPKC, 2011). Runājot par ārstu sadalījumu pa specialitātēm, jāatzīmē, ka vairāk ir pārstāvētas psihoterapeitu (80%), psihiatru (37%) un narkologu (42%) specialitātes (SPKC, 2012b), pie kuriem ārstiem PVA pacienti biežāk vēršas psihisku traucējumu vai akūtu somatisku traucējumu dēļ. Mazāk ir aptaujāti interno specialitāšu ārsti (5%) un stomatologi (0,5%), kas arī minams, kā pētījuma ierobežojums. Zinātniskajā literatūrā atrodamajos pētījumos par ārstu attieksmi pret narkoloģiskiem pacientiem, ārstu informētību par atkarības problēmu, redzams, ka aptaujāti tiek vienas specialitātes ārsti (ģimenes ārsti, neatliekamās palīdzības ārsti utt.) (Tang et al., 2005; Rapley et al., 2006).

Šajā pētījumā bija svarīgi iezīmēt problēmas nozīmīgumu, tāpēc tika aptaujāti dažādu specialitāšu ārsti.

Pacientu izlase skaitliski atbilst izlases statistiskās ticamības rādītājiem, kā arī ir tuvu sadalījumam populācijā gan attiecībā uz dzimumu, gan atkarību, gan ārstēto pacientu vidējo vecumu, tomēr kā pētījuma ierobežojumu jāatzīmē pieejamās izlases izmantošana. Pacientu atlase tika veikta, aicinot piedalīties pētījumā visus pēc kārtas pacientus, kas atbilda iekļaušanas kritērijiem. Tomēr liels pētījumu pārtraukušo pacientu skaits ir saistīts gan ar pacientu līdzestības, sadarbības trūkumu, gan ar EI un SI aptauju pildīšanas ierobežojumu latviešu valodā, aptauju aizpildīšanai nepieciešamo ilgo laiku, kā arī ar grūtībām veikt atkārtotus mērījumus pēc 6 mēnešiem. Tas sasaucas ar zinātniskajā literatūrā aprakstītām grūtībām citu pētījumu gadījumos, ar 40–50% pētījumus pārtraukušo PAV pacientu skaitu pētījuma gaitā (De Wildt et al., 2002; Murgraff et al., 2007), tāpēc atkarību pacienti papildus tiek motivēti ar naudas balvām, palielinot tās katram atkārtotajam mērījumam (El-Bassel et al., 2005). Daudzos pētījumos, īpaši, tanīs, kuros izmanto klīniskās grupas, respondentu skaits ir neliels vai tie netiek randomizēti, bet tiek izmantota pieejamā izlase (Moyer, Finney, 2002). Autori, veicot sistemātisku pārskatu, izsecinājuši, ka gan randomizēti, gan nerandomizēti pētījumi varētu papildināt viens otru, ja runa ir par PAV pacientu ārstēšanas efektivitātes vai uzlabojumu novērtēšanu. Svarīgi tomēr norādīt, ka to respondentu sociāldemogrāfiskie dati, kuri izstājās no pētījuma statistiski nozīmīgi neatšķiras no to respondentu datiem, kas turpināja piedalīties pētījumā. Pētījumā izmantotas psihometriski pārbaudītas EI un SI aptaujas, tomēr tās ir pašnovērtējuma aptaujas un, ņemot vērā narkoloģisko pacientu personības struktūru, grūtības realitātes novērtēšanā, līdzestības trūkumu, iespējams tas arī varēja ietekmēt pētījuma rezultātus.

4.1. Skatījums uz atkarību un ārstēšanas metodēm pēc ārstu aptauju datiem

Pētījumā ir konstatēts, ka atšķiras dažādu specialitāšu un dažādos reģionos strādājošu ārstu informētība par narkoloģiskās palīdzības metodēm, to ieteikšanu pacientiem un praktizēšanu profesionālajā ikdienas darbā. Pētījuma ietvaros ir aptaujāti

586 dažādu specialitāšu ārsti dažādos Latvijas reģionos. Lielākā daļa respondentu ārstu ir vecumā starp 40–59 gadiem, kas liek domāt, ka tie ir speciālisti ar pietiekami lielu profesionālo un dzīves pieredzi. Pēc specialitātēm vairums respondentu ir interno specialitāšu un ģimenes ārsti, kas, savukārt, ļauj izdarīt pieņemumu, ka šiem speciālistiem profesionālajā darbā jāveic PAV atkarīgo personu izmeklēšana un novērošana saistībā ar somatiskajām saslimšanām, ko izraisa vai pastiprina PAV lietošana. Respondenti arī norāda, ka savā profesionālajā darbā sastop PAV atkarīgos – pārsvarā tie ir alkohola atkarīgie. Tomēr gandrīz piektā daļa respondentu norāda, ka PVA pacientus nesastop. Tas liecina, ka (1) ārsti savā darbā galvenokārt pievērš uzmanību ar savu specialitāti saistītām saslimšanām vai (2) ka ārstiem ir grūtības atpazīt atkarības simptomus un pacientus. Šis jautājums būtu papildus jāpēta. Iespējams, tas ir saistīts ar aptaujāto ārstu atzīmēto informācijas nepietiekamību par PVA. Narkoloģisko pacientu fiziskās un psihiskās veselības traucējumi, kas parādās lietošanu pārtraucot, nav specifiski, tie var skart visas orgānu sistēmas un izpausties, kā orgānu darbības traucējumi vai kā saslimšanas (WHO, 2004; Anderson, Baumberg, 2006; Osis, 2006; Stirna, 2008). Pārdomas rada tas, ka PAV atkarīgos profesionālajā ikdienas darbā nesastop ne tikai interno specialitāšu ārsti, ģimenes ārsti, bet arī narkologi. Tas liek domāt par respondentu paviršu vai negodprātīgu attieksmi pret aptauju. Jautājumus rada arī tas, ka trešdaļa interno specialitāšu ārstu atzīmē, ka nesastop PAV atkarīgos, tai pat laikā tikpat liels interno specialitāšu ārstu skaits sastop azartspēļu atkarīgos. Tas ļauj izdarīt pieņemumu par ārstu grūtībām diagnosticēt PVA (īpaši alkohola un narkotiku atkarību), atšķirt to radītās sekas no citām saslimšanām. Tas sasaucas ar literatūrā aprakstīto par ārstu grūtībām diagnosticēt PVA vai runāt par šo tēmu ar pacientiem (Tang et al., 2005; Rapley et al., 2006; Kelleher, Cotter, 2009). Stomatologu sniegto atbilžu vērtējums ir diskutabls mazā respondentu skaita dēļ.

Analizējot respondentu ārstu sniegtās atbildes pa reģioniem, var konstatēt, ka Rīgā respondenti ārsti sastop mazāk alkohola atkarīgo un azartspēļu atkarīgo pacientu, salīdzinot ar pārējiem reģioniem. Tas saskan ar statistiku (VEC, 2010a; SPKC, 2012b), ka Rīgā alkohola atkarīgo personu ir mazāk nekā pārējos reģionos. Ceturtā daļa Rīgas respondentu ārstu atzīmē, ka nesastop PVA pacientus. Citos Latvijas reģionos mazāk alkohola atkarīgos sastop Zemgales respondenti. Tas saskan ar NVD datiem par to, ka riskanta alkohola lietošana Zemgalē ir mazāk izplatīta nekā pārējos reģionos, tomēr, vērtējot uzskaitē esošo

atkarību pacientu skaitu, Zemgalē tas ir krietni lielāks nekā citos reģionos, izņemot Latgali (VEC, 2010a; SPKC, 2012b), pie tam Zemgalē ir liels psihožu gadījumu skaits. Diskutabli ir tas, ka Latgalē alkohola atkarīgos respondenti sastop retāk nekā Kurzemes un Vidzemes reģionā aptaujātie ārsti, jo Latgalē ir lielākais skaits uzskaitē esošo alkohola atkarīgo uz 100 000 iedzīvotājiem, kā arī otrs lielākais ar psihozēm reģistrēto personu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem (VEC, 2010a; SPKC, 2012b). Tas sasaucas ar iepriekš aprakstītām ārstu grūtībām PAV atkarību diagnosticēšanā, somatisko traucējumu saistīšanā ar PAV lietošanu. Atšķirībā no citām saslimšanām atkarību gadījumā pacienti biežāk noklusē savas problēmas, nerunā par tām, min citus iemeslus saviem veselības traucējumiem (stress darbā, mājās) (LoCastro et al., 2000; Soloff et al., 2000; Verdejo-Garcia et al., 2008; Lesch et al., 2011) vai pat noliedz veselības problēmas (Kernberg, Caligor, 2005; Khantzian et al., 2005; Kaplan et al., 2007; Lesch et al., 2011), tāpēc nepieciešams, lai ārsts pārzinātu PAV atkarības simptomus, sekas, justos droši un pārliecināti, runājot ar pacientu, būtu informēts par ārstēšanas iespējām.

Aptaujā tika jautāts arī par respondentu informētību par narkoloģiskās palīdzības metodēm. No aptaujātiem respondentiem pilnībā informēti ir tikai dažu specialitāšu respondenti un tikai par atsevišķām metodēm (psihiatri un narkologi par detoksikāciju, psihoterapeiti – par MP). Tāpēc, jautāti par trūkumiem narkoloģiskajā palīdzībā, ārsti pamatoti norāda uz informācijas trūkumu par PAV atkarības ārstēšanu gan speciālistiem, gan pacientiem, gan viņu tuviniekiem. Grūti iedomāties, ka pacienti būs informēti par savu hronisko, recidivējošo saslimšanu, ja speciālisti nav vai tikai daļēji ir informēti. Nevienš aptaujātais psihiatrs, psihoterapeits, narkologs un pediatrs neatzīmēja, ka nezina nevienu no nosauktajām metodēm, savukārt daļa stomatologu, daži ķirurgi/traumatologi, arī ģimenes ārsti un interno specialitāšu ārsti atzīmēja, ka nezina nevienu narkoloģiskās palīdzības metodi. Pārdomas rada narkologu atbildes, kas atklāj, ka daļa speciālistu nav informēti, piemēram, par aizvietojošo terapiju, kopienām narkomāniem, MP, suģestīvajām metodēm. Tas liecina, ka šiem speciālistiem ir grūtības piedāvāt PAV pacientiem pilnvērtīgu palīdzību, nozīmēt viņiem nepieciešamo ārstēšanu vai nosūtīt uz medicīnas iestādi, kas sniedz šo palīdzību, kā arī – par nepieciešamību informēt par narkoloģiskā palīdzības metodēm un iespējām ne tikai citu specialitāšu ārstus, bet arī narkologus.

Vērtējot pētījumā iegūtos datus pēc darba reģioniem, vislabāk par narkoloģiskās palīdzības metodēm informēti ir Vidzemes un Zemgales respondenti, pie tam Vidzemes respondenti vairāk informēti par ar suģestiju saistītām metodēm, bet Zemgales respondenti – par MP, aizvietojošo terapiju – nozīmīgi vairāk par pārējiem respondentiem. Iespējams, tas saistīts ar to, ka viena no MP nodaļām atrodas Jelgavas slimnīcā. Vājāk informēti ir Kurzemes respondenti, pie tam 3% respondentu nav informēti ne par vienu no narkoloģijā izmantotām metodēm. Latgales respondenti vismazāk no visiem ir informēti par MP, toties visvairāk – par suģestiju bez medikamentu ievadīšanas. Iespējams tas ir saistīts ar šī Latvijas reģiona speciālistu grūtībām apmeklēt informatīvus pasākumus, lai iepazītos ar jaunākām atziņām ārstēšanas jomā un padomju laika metožu stabilu prevalenci medicīnisko pakalpojumu vidū dotajā reģionā.

Vērtējot atbildes uz precizējošo jautājumu par konkrētām MP atrašanās vietām, redzams, ka respondenti vairāk ir informēti par valsts slimnīcās (RPNC un Jelgavā „Ģintermuižā”) esošām MP nodaļām. Tomēr informētība ir nepietiekama. Pat tā daļa respondentu, kuri ir informēti par MP kā ārstēšanas metodi, nezina nevienu no Latvijā pieejamām 3 programmām.

Uz precizējošo jautājumu par konkrētām narkomānu rehabilitācijas kopienām, par kurām bija informēti tikai mazāk kā divas trešdaļas respondentu, gandrīz puse no aptaujātiem respondentiemsnieguši atbildi, ka nezina nevienu no nosauktām kopienām. Vismazāk informēti par attiecīgajām kopienām ir ķirurgi/ traumatologi, kuri ir mazāk informēti arī par citām metodēm, salīdzinot ar citu specialitāšu respondentiem. Ņemot verā to, ka ķirurgi un traumatologi tomēr bieži sastop pacientus reibuma stāvoklī, kuri paši gūst traumas vai rada tās citiem (WHO, 2004; SVA, 2008; CSP, 2011; SPKC, 2012a), vai vēršas pēc palīdzības ar akūta pankreatīta simptomātiku (Pupelis, 2002), būtu nepieciešams plašāk informēt šos speciālistus par PVA simptomātiku un par pacientu tālāku novirzīšanu narkoloģiskās palīdzības saņemšanai.

Saistībā ar narkoloģiskās palīdzības metožu ieteikšanu, respondenti norāda, ka biežāk iesaka PVA pacientiem MP un detoksikāciju – to atzīmēja gandrīz divas trešdaļas respondentu. Salīdzinot datus ar pacientu izvēlētām metodēm, redzams, ka trīs ceturtdaļas pacientu, savukārt, ir saņēmuši detoksikāciju, bet MP – tikai mazāk kā piektdaļa. Tas vedina domāt, ka (1) vai nu speciālisti nepietiekami izskaidro šādas ārstēšanās

nepieciešamību, (2) vai arī pacientu aizsargmehānismi, piemēram, noliegums, neļauj iedziļināties ārstu ieteikumos un ņemt tos vērā. Šie fakti sasaucas ar aptaujāto ārstu norādēm par pacientu zemo motivāciju un līdzestību, ko uzrādīja apmēram piektdaļa respondentu ārstu. Tas atbilst zinātniskajā literatūrā aprakstītajam, ka tikai daļa PVA pacientu saņem atbilstošu ārstēšanu (McLellan et al., 2000; Booth et al., 2001; Heinz et al., 2003), tāpēc nepieciešams izstrādāt ārstu izglītošanas pasākumus par to, kā kvalitatīvāk, precīzāk motivēt pacientus tālākai ārstēšanai, nepieciešams veikt pacientu izglītošanas pasākumus gan par saslimšanu, gan par ārstēšanās nepieciešamību un iespējām. Būtu jāizstrādā vadlīnijas pacientu motivēšanas uzlabošanai, īpaši darbā ar riska kontingentu, ar trūcīgām personām, ar personām, kuras atkārtoti nonāk detoksikācijas nodaļās un/vai tiek aizturētas, vadot transporta līdzekli reibuma stāvoklī.

Aptaujātie respondenti ārsti norāda, ka ne tikai trūkst informācijas, bet arī ir vāja sadarbība gan medicīnas speciālistu starpā, gan ar psihologiem, sociālajiem dienestiem, policiju utt. Tāpēc svarīgi attīstīt sadarbību starp speciālistiem un institūcijām, lai uzlabotu situāciju valstī narkoloģijas jomā. Pats svarīgākais priekšnoteikums ārstēšanas un profilakses darbā ir dažādās veselības iestādēs strādājošu speciālistu sadarbība ar narkoloģiskajā jomā strādājošiem speciālistiem. Profilakse ietver arī iestāžu, institūciju, organizāciju un sabiedrības savstarpēju sadarbību, lai veicinātu narkotisko vielu piedāvājuma samazināšanos, dažādu projektu sagatavošanu un realizāciju, lai veicinātu veselīga dzīvesveida attīstību. Nepieciešams arī attiecīgs finansiāls atbalsts valsts līmenī, dažādu nozaru speciālistu (pedagogu, policistu, sociālo darbinieku, pašvaldību speciālistu), vecāku izglītošana par atkarību problēmām.

Reģionu ziņā redzams, ka Latgales, Vidzemes un Pierīgas respondenti iesaka pacientiem ar sugestiju saistītās metodes, tajā pat laikā Latgales un arī Zemgales aptaujātie ārsti maz iesaka MP, neskatoties uz to, ka Zemgales reģionā ir viena no valsts apmaksātām MP. Šajos abos reģionos ir vislielākais reģistrēto alkohola atkarīgo un alkohola psihožu gadījumu skaits (VEC, 2010a; SPKC, 2012b). Iespējams, ka pastāv saistība starp ārstu attieksmi pret PAV atkarīgiem, pret pašu atkarību kā slimību un ārstu nostāju un zināšanām par noteiktām ārstēšanas metodēm, tāpēc būtu nepieciešams to pārbaudīt turpmākajos pētījumos.

Aptaujātie ārsti ne tikai iesaka pacientiem kādas no metodēm, bet arī praktizē tās profesionālajā ikdienā paši. Narkologi visbiežāk praktizē detoksikāciju. Vairāk kā puse praktizē sugestiju ar medikamenta ievadīšanu i/v. Ņemot vērā to, ka šī metode nav balstīta uz pētījumos gūtiem pierādījumiem, iespējams, ka tas sasaucas ar zinātniskajā literatūrā aprakstīto speciālistu nostāju, ka (1) pacienti paši vainīgi savā saslimšanā un ka viņi ir jāsooda (Burns, 2004; Roizen, 2004; Tang et al., 2005) vai arī (2) liecina par speciālistu ticību „magiskajām” metodēm (Мирошниченко, Пелипас, 2001; Raikhel, 2010), (3) vai nespēju uztvert pacientus kā disfunkcionālu personību (Miller, Hester, 2003; Чепурная, Эткинд, 2006). Papildu izpētes vērts ir fakts, ka neviens aptaujātais ķirurgs/ traumatologs nav atzīmējis, ka profesionālajā ikdienā nodarbojas ar sugestīvo metodi, ievadot medikamentu s/c, kaut arī pēc Tehnoloģijām paredzēts, ka šo procedūru veic narkologs kopā ar ķirurgu (NVD, Tehnoloģijas). Iespējams, ka tas saistīts ar nelielo aptaujāto ķirurgu skaitu, kas jāmin kā pētījuma ierobežojums. Tāpēc būtu nepieciešams veikt plašāku pētījumu, iesaistot lielāku respondentu skaitu. Tai pat laikā katrs piektais aptaujātais ķirurgs/traumatologs nodarbojas ar detoksikāciju. Tas sasaucas ar literatūrā aprakstīto, ka šie speciālisti sastopas ar smagiem pacientiem reibuma stāvoklī (WHO, 2004; SVA, 2008). Pārdomas rada ģimenes ārstu atbildes, kas liecina, ka trešdaļa ģimenes ārstu ikdienā nodarbojas ar detoksikāciju, kaut gan tas nav ģimenes ārstu tiešais pienākums. Nav zināms, vai šie pacienti tiek motivēti tālākai ārstēšanai, vai ģimenes ārsti uzskata, ka pietiek ar detoksikāciju. Lai to varētu noskaidrot, būtu nepieciešams veikt paplašinātu pētījumu. Arī desmitā daļa pediatru nodarbojas ar detoksikāciju. Tas liecina, ka nepilngadīgiem ir iespēja iegūt un nekontrolēti lietot PAV, kā arī to, ka bērni, pusaudži netiek izglītoti par PAV bīstamību. Iespējams, šis fakts ir saistīts ar PAV tirgus pieaugumu (EMCDDA, 2011), ļaunprātīgi kaitējoši lietojošo sieviešu īpatsvara pieaugumu un sieviešu atkarību pieaugumu (Osis, 2006), kas var radīt dažādas izmaiņas bērnu attīstībā (Sokol et al., 2003; Fryer et al., 2007), kā arī ar PAV atkarību smaguma pieaugumu (VEC, 2010a; SPKC, 2012b).

Pārdomas izraisa fakts, ka praktiski visu specialitāšu respondenti ārsti, izņemot stomatologus, ir norādījuši, ka praktizē MP. Tā tomēr ir stacionārā īstenojama programma, kuras pamatā ir grupu terapija. Tas parāda ārstu sniegto atbilžu pretrunīgumu. Ārsti norāda, ka viņi ir informēti par MP, tanī pat laikā to praktizē, tas liek domāt, ka viņu informētība ir

nepietiekama par šo metodi. Iespējams, ka ārsti sniedz sociāli vēlamas atbildes. Tas attiecas arī uz rezultātiem, ka vairāk MP praktizē Vidzemes reģiona ārsti, lai gan ir zināms, ka divas MP atrodas Rīgā un viena – Jelgavā. Būtu vērtīgi noskaidrot, ko respondenti ir domājuši, atzīmējot MP praktizēšanu ikdienas profesionālajā darbā. Iespējams, ka, sniedzot apstiprinošas atbildes, vairums speciālistu gribējuši norādīt uz savām zināšanām par MP darba principiem. Vēlama papildus izpēte, konkretizējot ārstu sniegtās atbildes. Skatoties pēc reģioniem, redzams, ka detoksikāciju visvairāk praktizē Vidzemes un Latgales respondenti. Vismazāk to dara Rīgā strādājošie respondenti. Iespējams, to izraisa fakts, ka Rīgā ir RPNC, respektīvi, ir specializētais narkoloģiskais dienests, uz kuriem var nogādāt pacientus akūtā stāvoklī (intoksikācijā, abstinencē). Pārējās narkoloģiskās palīdzības metodes speciālisti dažādos Latvijas reģionos praktizē mazāk. No suģestīvajām metodēm kā biežāk praktizētā metode ir atzīmēta suģestija ar medikamenta ievadīšanu i/v, ko praktizē visos reģionos strādājošie. Līdzīgi ir ar suģestiju bez medikamenta ievadīšanas, ko arī praktizē visu reģionu aptaujātie speciālisti. Suģestiju ar medikamenta ievadīšanu s/c nepraktizē aptaujātie respondenti Kurzemē, Latgalē, Vidzemē. Būtu nepieciešams papildus noskaidrot, kāpēc šo reģionu ārsti nepielieto attiecīgo metodi. Iespējams, šo metodi neizvēlas tāpēc, ka (1) tā ir saistīts ar ķirurģiskām procedūrām, kas prasa papildus darbības no ārsta, papildus aprīkojumu, sadarbību ar ķirurgu utt. (NVD, Tehnoloģijas). Tāpat iespējams, (2) tas ir saistīts ar ārstu pieredzi, ka efekts neatšķiras no placebo efekta (Johnsen, Mørland, 1991; Blanc, Daepfen, 2005) vai arī (3) ar metodes radītāmlaknēm un pēcoperācijas komplikācijām (Johnsen, Mørland, 1991; Blanc, Daepfen, 2005; Meier et al., 2005). Aizvietojošā terapija tiek praktizēta gandrīz visos reģionos, izņemot Vidzemi. Tas saskan ar NVD informāciju par metadona kabinetu atrašanās vietām Latvijā (NVD, 2011). Vairāk nekā puse aptaujāto reģionu ārstu nepraktizē narkoloģiskās palīdzības metodes, Rīgas respondenti – pat trīs ceturtdaļas.

Atkarīgo atveseļošanās procesā nozīmīga loma ir arī pašpalīdzības grupām (AA, AN, AS). Pētījuma dati liecina, ka respondenti dažādos reģionos ir dažādi informēti par šo grupu esamību viņu darba reģionā. Piemēram, vairāk kā puse aptaujāto Kurzemes un Zemgales ārstu ir informēti par AA grupām, bet tikai neliela daļa informēta par AN grupām, un respondenti nav informēti par AS grupām viņu darba reģionos. Rīgas, Pierīgas un Zemgales respondenti ir informēti par šīm grupām viņu darba reģionos, tomēr lielākā

daļa Rīgas respondentu nezina, vai viņu darba reģionā ir pašpalīdzības grupas. Neskatoties uz informācijas trūkumu par šīm grupām, visu reģionu respondenti tomēr iesaka PAV pacientiem tās apmeklēt. Analizējot rezultātus, atkarībā no ārstu specialitātēm, var konstatēt, ka visi aptaujātie narkologi zina par AA grupām savā darba reģionā. Diezgan liels skaits aptaujāto psihiatru un psihoterapeitu arī ir informēti par šīm grupām. Mazāk respondenti zina par AN un AS grupām. Savukārt, tikai neliela daļa pediatru zina par AA, bet neviens aptaujātais pediatrs nezina, vai viņu darba reģionā ir AN un AS grupas. Tas saskan ar reālo situāciju, jo šīs pašpalīdzības grupas ir paredzētas pieaugušiem PVA un azartspēļu atkarīgajiem. Svarīgi, ka visi aptaujātie narkologi ir atzīmējuši, ka iesaka saviem pacientiem apmeklēt pašpalīdzības grupas. Neskatoties uz to, ka vairāk kā puse respondentu nezina, vai darba reģionā ir pašpalīdzības grupas un daļa domā, ka tādu nav, tomēr divas trešdaļas respondentu pacientiem iesaka apmeklēt pašpalīdzības grupas. Iespējams, tas ir saistīts ar respondentu informētību par pašpalīdzības grupu efektivitāti (Ouimette et al., 2001; McKellar et al., 2009; Kelly et al., 2010).

Jautājumos par narkoloģiskās palīdzības sistēmas trūkumiem un nepieciešamiem uzlabojumiem apmēram trešdaļai respondentu nav viedokļa. Kā lielāko trūkumu ceturtdaļa aptaujāto ārstu min informācijas nepietiekamību. Tikpat svarīga ir ārstu norādītā problēma, ka valsts nerūpējas par saviem iedzīvotājiem – gan par pacientiem, gan par ārstiem. Pētījuma rezultāti norāda uz ārstu tendenci būt neapmierinātiem, norūpējušiem par patreizējo situāciju veselības aprūpē, tostarp arī valstī. Pārdzīvotā ekonomiskā krīze ir atstājusi pietiekoši postošas sekas un izpaudusies kā narkoloģiskās palīdzības apjoma samazināšanās, slēdzot slimnīcas, rehabilitācijas centrus narkotiku atkarīgiem, samazinot gultu vietas narkoloģiskajās nodaļās, atlaižot darbiniekus (NVD, 2010a; EMCDDA, NVD, 2011; SPKC, 2012d). Ne mazāk nozīmīgas grūtības narkoloģiskajā palīdzībā izraisa pacientu motivācijas trūkums un finansiālās grūtības, kas atspoguļots arī citos pētījumos (Tucker et al., 2004; Pelissier, 2004; Vaillant, 2005; IeM, 2011).

Kā galveno nepieciešamo pasākumu narkoloģiskās palīdzības uzlabošanā respondenti min informētības uzlabošanas pasākumus. Ne mazāk nozīmīgi vērtēta nepieciešamība uzlabot narkoloģisko pakalpojumu pieejamību un samazināt pakalpojumu cenas.

4.2. Skatījums uz atkarību un ārstēšanas metodēm pēc pacientu aptauju datiem

PAV lietošana ietekmē visas orgānu sistēmas un visas cilvēka dzīves jomas. Respondenti uzrāda nozīmīgākās sekas, ko radījusi PAV lietošana, tās skar vairākas svarīgas dzīves jomas. Visvairāk pacienti ir atzīmējuši sekas attiecību jomā, tikpat nozīmīgas ir sekas veselības jomā un finansiālās sekas. Tas saskan ar citu autoru pētījumiem (Haug et al., 2005; Plant et al., 2009; NVD, 2012). Tikai ceturtdaļa respondentu atzīmē sekas seksuālajā jomā, kaut arī trīs ceturtdaļas ir atzīmējuši sekas attiecību jomā. Tas nozīmē, ka pacienti nesaista šīs jomas savā starpā un liek domāt par pacientu grūtībām saistīt dažādas grūtības savā dzīvē, grūtības vērtēt realitāti, ko apraksta citi autori (Kernberg, Caligor, 2005; Khantzian et al., 2005; Kaplan et al., 2007; Lesch et al., 2011). 4,5% respondentu norāda, ka viņiem nav bijušas sekas PAV lietošanas dēļ, kaut arī visiem ir uzstādītas PAV atkarības diagnozes un visi griezušies pēc palīdzības. Tas ļauj secināt par tādiem pacientu psihe aizsardzības mehānismiem, kā noliegums, šķelšana (Kernberg, Caligor, 2005; Kaplan et al., 2007).

Sekas emocionālajā jomā ir norādītas retāk nekā attiecību, veselības, finansiālajā, darba jomā, kas liek domāt, ka pacienti neizjūt pārdzīvojumus saistībā ar lietošanu. Iespējams, ka pacientiem pastāv kognitīvi traucējumi vai eksternāls kontroles lokuss, kas var radīt noslieci meklēt savu problēmu cēloņus apkārtējā vidē, meklēt savām grūtībām eksternālus iemeslus.

Kā norādīts zinātniskajā literatūrā, PVA pacienti atkārtoti un vairākkārt meklē ārstēšanās iespējas. Šī pētījuma ietvaros aptaujātie pacienti uzrāda, ka lielākā daļa iepriekš ir saņēmusi narkoloģisku palīdzību. Kā biežāk izmantotā metode tiek minēta detoksikācija. Tas saistīts ar PAV atkarību izraisītu akūtu intoksikāciju, radītu abstinences sindromu (WHO, 2004; Osis, 2006; Prat et al., 2009), kuru mazināšanai nepieciešama medicīniskā palīdzība. Pie tam daļa pacientu detoksikāciju ir saņēmuši vairākkārt. Tomēr, ņemot vērā, ka tā ir tikai akūtā stāvokļa mazinošā terapija, bet neārstē pamatslimību, un atkarība ir hroniska un progresējoša, tad pacienti bieži meklē citas narkoloģiskās palīdzības metodes. No suģestīvām metodēm visbiežāk lietotā ir suģestija bez medikamenta ievadīšanas. Iespējams tāpēc, ka to praktizē ne tikai medicīnas darbinieki, bet arī dziednieki, ekstrasensi utml. Tikai nedaudz retāk atzīmēta ir suģestija ar medikamenta ievadīšanu i/v. Abām metodēm galvenais ir suģestijas moments. Šīs abas nav uz pierādījumiem balstītas

metodes, tomēr aptaujātie respondenti tās izmantojuši pietiekami bieži un vairākkārt. Tas arī norāda uz PVA pacientu neinformētību par savu slimību, tās noliegumu, maģisko domāšanu, ticību brīnumam (Vaillant, 2005; Kernberg, Caligor, 2005). Kā rakstīts zinātniskajā literatūrā, PVA pacientiem ir raksturīgi kļūdaini uzskati par atkarības dabu un zināšanu trūkums par PAV lietošanas pārtraukšanas iespējām (Vaillant, 2005). Kā norāda pētnieki (Wang et al., 2005a), pāriet vairāki gadi pēc atkarības sākšanās pirms pacienti meklē palīdzību. Tas liek domāt, ka nepieciešams izglītēt pacientus, sniedzot zināšanas par slimības būtību, sekām un uz pierādījumiem balstītu ārstēšanās metožu saņemšanu. Mazāk nekā piektdaļa ir saņēmusi MP. Tas sasaucas ar zinātnieku norādēm par to, ka tikai neliela daļa pacientu saņem nepieciešamo ārstēšanos (Booth et al., 2001). Tomēr tas ir lielāks skaits, nekā norāda vācu pētnieki (Heinz et al., 2003), kur tikai 5% pacientu saņem uz slimības būtību vērstu palīdzību.

4.3. Narkoloģisko pacientu emocionālais intelekts

Iegūtie rezultāti ļauj izsekot ne tikai tam, vai pastāv atšķirības katra dzimuma ietvaros starp kontrolgrupu un pacientu grupu, starp atkarībām, bet arī tam, vai parādās izmaiņas EI rādītājos pusgadu pēc ārstēšanās.

Pētījumā tika konstatēts, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp pētījuma grupas EI rādītājiem un starp kontrolgrupas EI rādītājiem visos piecos faktoros (Intrapersonālais, Interpersonālais, Adaptācijas, Stresa vadīšanas un Optimisma) – kontrolgrupas dalībniekiem šo faktoru rādītāji ir augstāki. Tas sasaucas ar zinātniskajā literatūrā atrodamiem datiem par PAV atkarīgu personu zemāku emocionālo intelektu, salīdzinot ar kontrolgrupu (Brown et al., 2009; Hertel et al., 2009). Var secināt, ka PAV atkarīgām personām kopumā piemīt zemāka kapacitāte savu un citu cilvēku jūtu izpratnē, savu emociju vadīšanā un kontrolēšanā, spēja veidot adekvātas un veiksmīgas attiecības ar citiem, kā arī spēja pielāgoties sociālās vides prasībām. Emocionālais intelekts saskaņā ar šī koncepta autoru pārlicību (Bar-On, 1997; Bar-On et al., 2000), nozīmē to spēju izteiktību, kuras saistāmas ar veiksmīgu, jēgpilnu indivīda funkcionēšanas nodrošinājumu. PVA personām ir apgrūtināta spēja veidot pilnvērtīgu, veiksmīgu dzīves modeli. Saskaņā ar emocionālā intelekta jēdziena teorētiskajiem definējumiem, tajā ietvertais spēju un

personības iezīmju kopums veidojas un attīstās indivīda socializācijas procesā. Šis process atrodas pastāvīgā attīstībā. Spējas ir iespējams apgūt un pilnveidot, uzkrājot dzīves pieredzi. Var pieņemt, ka PAV atkarīgiem socializācijas process nav noritējis pietiekoši pilnvērtīgi (Lieberman, 2000; Hser et al., 2001; Miller, Hester, 2003; Thorberg, Lyvers 2006; Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006), tādēļ arī emocionālā intelekta komponenti ir vājāk attīstīti nekā kontrolgrupas personām. M. Mīda un N. Slesnika (Meade, Slesnick, 2002) izdala šādus veiksmīgas socializācijas riska faktorus: zems vispārējās izglītības līmenis, nekonsekvents audzināšanas stils ģimenē – pārmērīga aprūpe vai pilnīga bērna pamešana novārtā, piedzīvota emocionālā, fiziskā vai seksuālā vardarbība. Gan minēto faktoru ietekmē, gan pašas atkarības radīto seku ietekmē var būt radušās socializācijas grūtības un līdz ar to ir nepietiekoši attīstīti emocionālo intelektu raksturojošie parametri.

Vienīgi Interpersonālajā faktorā pacientu vīriešu grupā nav statistiski nozīmīgu atšķirību, salīdzinot ar kontrolgrupu, un šī faktora vidējais rādītājs abu grupu vīriešiem ir vienāds. Rezultāti atspoguļo to, cik pretrunīgi PVA personas sevi vērtē. Viņi uzrāda zemākus nekā kontrolgrupai rezultātus lielākajā daļā skalu un faktoru, bet Interpersonālajā faktorā, kas aptver attiecības ar citiem vairāk vai mazāk nozīmīgiem cilvēkiem, viņi nesaskata savus trūkumus. Arī, skatoties atsevišķas šo faktoru veidojošās skalas – Empātijas, Starppersonu attiecību (tikai vīriešiem), Sociālās atbildības – var novērot līdzīgus vidējos rādītājus pētījuma grupā un kontrolgrupā. Tātad atkarīgām personām būtu jāspēj apzināties citu cilvēku jūtas, intereses un vajadzības un jāspēj labi saprasties un sadarboties ar citiem cilvēkiem, veidojot labu saskarsmi, rīkoties saskaņā ar savu sirdsapziņu. Tas ir pretrunā ar pacientu aptaujas datiem, kur pacienti, kā visvairāk negatīvo seku skarto, uzrādīja tieši attiecību jomu, un tas ir pretrunā arī ar literatūras datiem (Stein et al., 2008; Lesch et al., 2011; Carter et al., 2012), kuros ir norādīts, ka atkarīgas personas uzvedība bieži ir saistīta ar egocentrisku, uz savu vajadzību apmierināšanu tendētu pozīciju, kas izpaužas emocionālā un fiziskā izolācijā un tendencē izmantot citus cilvēkus savu ar lietošanu saistīto vajadzību apmierināšanai. Īpaši tas būtu attiecināms uz vecākiem, kuri atstāj novārtā savus bērnus, ir vardarbīgi, neiejūtīgi. Pētījuma sociāldemogrāfiskie dati liecina, ka bērni ir 68% respondentu. PAV lietošana atkarības gadījumā norit ilgstoši, kā rezultātā atkarīgā persona nespēj vai tikai daļēji spēj veikt sevis vai citu aprūpi, tai skaitā, bērnu, tāpēc šķiet apšaubāmi respondentu augstie rādītāji Interpersonālajā faktorā. Autori

(Fine, Juni, 2001) runā par Ego atrofiju, kad objektu attiecības tiek uzurpētas atkarību vielu lietošanai. Attiecības, ko veido PAV atkarību pacienti, varētu būt virspusējas un paviršas vai pārmērīgi ciešas, atkarīgas un vardarbīgas.

Pētījumā iegūtie dati vairāk vedina domāt par PAV atkarīgu personu nekritisku skatījumu uz sevi, ņemot vērā vēlamu, nevis reālo. Vērtējot no psihodinamiskās perspektīvas, jāņem vērā PAV atkarīgo psihi aizsargmehānismi (noliegums, šķelšana, projekcija, projektīvā identifikācija u.c.), kas liek domāt, ka viņi, atbildot uz aptaujas formulējumiem, izvairījušies domāt par sev nevēlamām situācijām gan attiecībā uz bērniem, gan citiem tuviniekiem (atstāšana, nerūpēšanās, ignorēšana, vardarbība utt.), kas rodas PAV ilgstošas, regulāras lietošanas gadījumā, bet koncentrējušies uz patīkamākām situācijām, kad bijuši izpalīdzīgi, atsaucīgi, laipni un ieinteresēti. Zināms, ka atkarīgām personām ir izteikts Superego defekts (Bird, 2001; Kernberg, Caligor, 2005). Parasti viņi zina, kādiem jābūt, kā jārikojas, bet viņi nevar būt cilvēcīgi pielaidīgi ne pret savām, ne citu kļūdām, jo Superego ir nosodošs un pārmērīgi stingrs. Tā kā viņi nespēj pieņemt savas kļūdas, bet iekšējais nosodījums ir pārāk smags emocionāls pārdzīvojums, tad psihi aizsardzības mehānismu ietekmē viņiem veidojas ilūzija, ka viņu rīcība ir pareiza.

Pētījumā arī konstatēts, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības EI faktoru un skalu rādītājos, salīdzinot alkohola un narkotiku atkarīgos, pie tam alkohola atkarīgajiem (gan vīriešiem, gan sievietēm) rādītāji ir nozīmīgi augstāki. Starp alkohola un narkotiku atkarīgo vīriešu grupām pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības kopīgajā EI, Pašaktualizācijas, Empātijas, Sociālās atbildības, Problēmu risināšanas, Reālistiskuma, Impulsu kontroles skalās un Interpersonālajā, Adaptācijas un Stresa vadīšanas faktoros, kur vidējie rādītāji ir augstāki alkohola atkarīgiem. Sieviešu grupā arī statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji ir alkohola atkarīgajiem (Empātijas, Sociālās atbildības, Problēmu risināšanas skalās). Kā rāda pētījuma rezultāti alkohola atkarīgiem (gan vīriešiem, gan sievietēm) ir augstāki rādītāji Intrapersonālā faktora Pašaktualizācijas skalā. Tas nozīmē, ka alkohola atkarīgajiem piemīt augstāka kapacitāte veidot jēgpilnu dzīvi, spēja noteikt personiskos mērķus un sasniegt tos, spēja tiekties uz savu talantu un prasmju attīstību, salīdzinot ar narkotiku atkarīgajiem. Tas sasaucas ar zinātniskās literatūras norādēm par to, ka narkotiku atkarīgā cilvēka Ego spēks ir hroniski un dziļi traucēts, kas rada resursu trūkumu izvirzīt un realizēt noturīgus dzīves mērķus (Miller, Hester, 2003). Narkotiku

atkarīga cilvēka prioritāte ir primitīvu, vienkāršotu vajadzību apmierināšana, ko pastiprina arī zems izglītības un vispārējo sociālo prasmju trūkums (Lee, Pang, 2008; Fergusson, Boden, 2008). Tas atspoguļojas arī pētījuma sociāldemogrāfiskos datos, kur redzams, ka lielākā daļa narkotiku atkarīgo ir ar pamata izglītību, tātad profesijas apgūšana, konkurētspējas uzlabošana darba tirgū, turpmākās dzīves nodrošināšana nav bijusi šo respondentu mērķis. Narkotiku atkarība kā sekundāra Ego vājuma izpausme liecina par izteikti deficitāru personības attīstību, kur prevalē vecāku deprivācija, traumatiski pārdzīvojumi, pašdestruktīvas tendences (Kernberg, Caligor, 2005; Khantzian et al., 2005; Galanter, Kleber, 2008; Lesch et al., 2011). Strādājot ar narkotiku atkarīgiem, būtu svarīgi mācīt apzināties, izvēlēties un rast deviantām darbībām alternatīvus uzvedības veidus, kas būtu pietiekoši saistoši, sociāli pieņemami, attīstīt spēju izvairīties no mērķus un sekot tiem, kas varētu mazināt recidīva risku. Šāds darbs Latvijā netiek veikts (NVD, 2010b; IeM, 2011). Neparādot narkotiku atkarīgiem veselīgākas uzvedības alternatīvas un neapmācot tās pielietot dzīvē, recidīvu risks varētu nemazināties, bet narkotiku atkarības izplatība varētu pieaugt.

Alkohola atkarīgiem ir statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji Interpersonālajā faktorā un to veidojošās Empātijas, Sociālās atbildības skalā. Tas liek domāt, ka alkohola atkarīgiem ir labāka spēja rīkoties saskaņā ar savu sirdsapziņu, ievērot sociālās normas un pierādīt sevi kā sadarboties spējīgu kādas sociālās grupas dalībnieku. Zinātniskajā literatūrā ir daudz norāžu par narkotiku atkarīgo zemo sociālo atbildīgumu (Zanis et al., 2001; Stith et al., 2004; Stewart et al., 2007; Bennett et al., 2008; Kelley et al., 2010; Huang et al., 2011). Tas norāda, ka alkohola atkarīgie, salīdzinot ar narkotiku atkarīgiem, ir labāk spējīgi sadarboties, sniegt atbalstu un izjust piederību kādai noteiktai sociālai grupai. Noziedzības līmenis ir augstāks narkotiku atkarīgo vidū. Jau pati narkotiku lietošana ir sabiedrības normu neievērošana un krimināli sodāma darbība. Tomēr alkohola atkarīgo augstie rādītāji Sociālās atbildības skalā, kas statistiski nozīmīgi neatšķiras no kontrolgrupas datiem, vairāk liek domāt par pacientu grūtībām pietiekoši kritiski izvērtēt savu atbildības līmeni gan ģimenē, gan sabiedrībā kopumā, tendenci kropļot realitāti un pasniegt sevi sociāli vēlamā gaismā. Atkarības slimība rada atbildīguma līmeņa pazemināšanos ne tikai narkotiku, bet arī alkohola atkarīgiem (Bromley, Nelson, 2002).

Kaut arī literatūras apskatā (Kun, Demetrovics, 2010) norādīts, ka alkohola atkarīgie cilvēki mēdz pārvērtēt emociju intensitāti (īpaši negatīvo), tomēr viņi uzrāda augstākas empātijas spējas dotajā pētījumā nekā narkotiku atkarīgie. Tas rosina domāt, ka alkohola atkarīgiem ir labāka spēja apzināties un saprast, kā jūtas citi. Tas atbilst literatūras datiem, kur konstatēts, ka alkoholisms nav saistīts ar vispārējās empātijas deficītu, bet drīzāk ar atšķirībām emocionālajā un kognitīvajā empātijas paternā (Maurage et al., 2011). Vairāki autori (Bar-On, 2000; Blair, 2005; Kernberg, Caligor, 2005; Khantzian et al., 2005) norāda, ka empātijas trūkums var stimulēt psihopātijas attīstību, un tādi personības traucējumi vairāk ir raksturīgi narkotiku atkarīgiem.

Tomēr arī Empātijas skalas rādītāji alkohola atkarīgiem – gan vīriešiem, gan sievietēm – ir tuvu kontrolgrupas rādītājiem un statistiski nozīmīgi neatšķiras. Tas tomēr liek domāt, ka arī šajā skalā pacientiem ir bijušas grūtības kritiski izvērtēt savu spēju just līdzīgi citiem cilvēkiem, izrādīt emocionālas rūpes un izpratni.

Alkohola atkarīgiem ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji Adaptācijas faktorā un tā Problēmu risināšanas skalā. Tas ļauj secināt, ka alkohola atkarīgiem ir labāk attīstīta spēja identificēt un definēt radušās problēmsituācijas, plānot atbilstošu rīcību to risināšanai, efektīvākai lēmumu pieņemšanai. Minētās atšķirības var tikt pamatotas ar to, ka cilvēki ar alkohola atkarību kopumā ir spējīgi uzrādīt labāku spēju sociāli adaptēties sabiedrībā, veidot noturīgākas attiecības, iegūt tuvinieku atbalstu un demonstrēt augstāku sociālo veismīgumu darba un izglītības sfērās. Arī aptaujāto respondentu sociāldemogrāfiskie dati to apliecina – alkohola atkarīgie uzrādīja augstāku izglītības, nodarbinātības, reģistrēto attiecību līmeni, salīdzinot ar narkotiku atkarīgiem. Ņemot vērā to, ka alkohola atkarības aizsākumi notiek vēlīnā pusaudžu vai agrīnā jauniesu vecumposmā, kad cilvēks jau apguvis pamata prasmes un iemaņas, lai ievērotu sabiedrības prasības, tad var domāt par to, ka cilvēki ar alkohola atkarību labāk var izmantot šīs prasmes savā dzīvē, risinot dažādas situācijas. Savukārt, narkotizācijas aizsākumi biežāk saistāmi ar agrīno pusaudžu vai pusaudžu vecumu, slimības dinamika un attīstība ir strauja, tādēļ narkotiku atkarīgie bieži neapgūst pamata prasmes un iemaņas, kas nepieciešamas, lai risinātu problēmsituācijas atbilstoši sabiedrībā pieņemtām normām (Bird, 2001; Hambley et al., 2010).

Pētījuma rezultāti arī liecina, ka alkohola atkarīgiem ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji Stresa vadīšanas faktorā un tā Impulsu kontroles skalā. Kaut arī pētījumi (LoCastro et al., 2000; Soloff et al., 2000; Verdejo-Garcia et al., 2008; Lesch et al., 2011) rāda, ka pašsavaldīšanās grūtības ir raksturīgas ne tikai narkomāniem, bet arī alkohola atkarīgiem, tomēr, vērtējot no abu atkarību viedokļa, alkohola atkarīgiem šīs spējas ir labāk attīstītas. Tas norāda, ka alkohola atkarīgiem ir labāka spēja kontrolēt emocijas, pretojoties tūlītējai vēlmei tās izlādēt darbībā, arī labāka spēja pieņemt savus agresīvos impulsus, spēja kontrolēt naidīgumu. Personības defekts narkotiku atkarīgiem ir dziļāks un smagāks, salīdzinot ar alkohola atkarīgajiem, kas sasaucas ar psihodinamiskās teorijas atziņām (Miller, Hester, 2003; Kernberg, Caligor, 2005; Khantzian et al., 2005; Kaplan et al., 2007; Hambley et al., 2010; Lesch et al., 2011). Narkotiku atkarīgiem ir izteikta tendence uz *acting in* psihe aizsardzības mehānismu, nevis uz *acting out* (Kernberg, Caligor, 2005). Viņiem ir raksturīgas būtiskas pašdetruktīvas tendences, viņi agrīni uzsāk paškaitnieciskas darbības (griež sev, dedzina, vēlāk – injicē narkotiskās vielas).

Analizējot rezultātus par izmaiņām EI rādītājos narkoloģiskiem pacientiem 6 mēnešus pēc ārstēšanās detoksikācijas nodaļā un MP nodaļā, konstatēts, ka abu nodaļu vīriešu grupas pacientiem EI izmaiņas laikā notikušas līdzīgi, pieaugot rādītājiem vairākās skalā (Problēmu risināšanas, Elastības, Stresa tolerances) un samazinoties rādītājiem Starppersonu attiecību skalā, bet atšķirīgas izmaiņas ir notikušas Neatkarības skalā – MP pacientiem rādītāji samazinājās, bet detoksikācijas pacientiem pieauga. Pie tam Problēmu risināšanas un Neatkarības skalā ir notikušas izmaiņas laikā, laika faktora un grupas mijiedarbība un atšķirības starp grupām, kas liecina par ārstēšanas ietekmi uz grupām. Izmaiņas Neatkarības skalā no psihodinamiskās teorijas viedokļa skaidrojamas ar savas grandiozitātes mazināšanos MP terapijas rezultātā, ar atkarīgās pozīcijas apgūšanu un atzīšanu, tātad arī nolieguma mazināšanos, kas ir ļoti svarīgs terapijas efekts (Cook, 1988; Anderson et al., 1999). Terapeitiskais process Minesotas programmā virzīts uz piesaistes veidošanu, kas arī var mazināt pacientu neatkarības izjūtu. Problēmu risināšanas skalas rādītāju pieaugums MP pacientiem var skaidrot ar pacientu pieaugošu spēju formulēt problēmu, rast risinājumu problēmas novēršanai, meklēt efektīvākus risinājumus. Cilvēki sāk saprast, ka, neskatoties uz to, ka ir grūtības, viņi var būt ar tām kontaktā, nevairīties no grūtībām, bet tās risināt. Tas ir svarīgs moments atkarīgu personu atveseļošanā.

Interesants ir fakts, ka Starppersonu attiecību skalas rādītāji laika gaitā mazinās abām vīriešu grupām. To varētu skaidrot ar iespējamo sākotnēji neobjektīvo skatījumu uz attiecību izvērtējumu. Iespējams, ka liela nozīme ir arī pacientu atturībai no PAV lietošanas, kas, savukārt, ietekmē cilvēku uzvedību un attieksmi pret citiem cilvēkiem, uzlabojot spēju saprast, ka starppersonu attiecības nav sakārtotas. Tomēr sākotnēji atšķiras pacientu nokļūšana katrā no nodaļām. Lielā mērā pacienta nokļūšana detoksikācijas nodaļā ir smagu psihisku, somatisku un neiroloģisku traucējumu diktēts lēmums vai piederīgo izmisīga darbība, kur paša pacienta motivācija ārstēties ir niecīga un eksistē tikai, kā vēlme atbrīvoties no nepanesamām ciešanām, ko sagādā abstinences sindroms. Savukārt, lēmums ārstēties MP ir paša pacienta pieņemts un balstīts uz starppersonu attiecību traucējumiem, uz citu cilvēku (ģimenes locekļu, darba devēja vai kolēģu) norādi par nepieciešamību ārstēties (Tucker et al., 2004). Atkarības pacientiem kapacitāte būt vieniem un spēja pārdzīvot šīs izjūtas ir zema, kaut arī viņi biežāk postulē un demonstrē, ka neviens viņiem nav vajadzīgs. Dinamikā, ko nodrošina MP, pacienti sāk saprast savas attiecību problēmas, PAV atkarības ietekmi uz tām. Arī ģimenes terapija, kas ir MP daļa, veicina šo izpratni. Šie fakti sasaucas ar citu pētnieku atradnēm (Hettema et al., 2005; Laudet, 2008; Miller, Rose, 2009). Tāpēc svarīgi būtu turpināt pētījumu un noskaidrot, kas rada līdzīgu efektu abām grupām.

Savukārt, Stresa tolerances skalā vidējie rādītāji pieaug vīriešiem abās grupās (MP un detoksikācijai), tie izteiktāk pieaug MP pacientiem, tomēr lielāki ir detoksikācijas pacientiem. Ja MP pacientu stresa tolerances pieaugumu, līdz ar to labāku spēju panest spriedzes pilnas situācijas, panest intensīvas emocijas bez panikas, aktīvi pārvarēt stresu varētu izskaidrot ar MP darbībām, kuras vērstas uz sevis sapratnes veicināšanu, pacientu izglītošanu par konstruktīvākiem veidiem, kā tikt galā ar spriedzi, tad attiecībā uz detoksikācijas pacientiem šis fakts ir diskutabls. Iespējams, tas ir saistīts ar detoksikācijas pacientu labākām spējām rast risinājumus stresa situācijās, ar labākām zināšanām, kā un ko darīt. Iespējams, tas ir saistīts ar izteiktāku egocentrismu, problēmu risināšanas atbildību noveļot uz tuvinieku pleciem. Kā arī iespējams, ka tas ir saistīts ar detoksikācijas pacientu grūtībām izvērtēt realitāti, dzīvojot fantāziju pasaulē, un vēlāmā uztveršanu par reālo. Iespējams, ka abu grupu līdzīgo efektu rada atturēšanās no PAV lietošanas. Tas ir interesants fakts, kas prasa papildus izpēti.

Starppersonu attiecību skalā un Interpersonālajā faktorā notiek statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā un laika faktora un grupas mijiedarbība, kas liecina, ka izmaiņas ir saistītas ar ārstēšanās procesu. Detoksikācijas sievietēm izteikti samazinās vidējie rādītāji, bet MP pacientēm tie nedaudz pieaug. Šādas izmaiņas sieviešu grupā varētu skaidrot ar faktu, ka MP sievietēm pieaug spēja veidot vai uzturēt siltākas attiecības nekā bija iepriekš. Lielākā daļa sieviešu, kas ārstējas MP nodaļā, ir sociālā dienesta nosūtītas, jo viņām ir atņemtas bērnu aprūpes tiesības, un bērni atrodas krīzes centros. Respektīvi, sievietēm ir traucēta spēja nodibināt un saglabāt savstarpēji apmierinošas attiecības, sniedzot un saņemot siltumu un pieķeršanos, viņām ir izteiktas grūtības novērtēt savas uzvedības ietekmi uz attiecībām. Tas sasaucas ar zinātniskās literatūras datiem (Walter et al., 2003; Walitzer, Dearing, 2006; Foran, O'Leary, 2008; Lesch et al., 2011) par sieviešu agrīnu traumatizāciju savstarpējo attiecību jomā primārajā ģimenē, par destruktīvu attiecību izvēli turpmākajā dzīvē, par grūtībām veidot un uzturēt siltas un ciešas attiecības ar tuvākajiem. MP pacientēm sievietēm pieaug Interpersonālā faktora rādītāji, kamēr detoksikācijas pacientēm tie mazinās. Tas liek domāt, ka MP pacientēm pieaug spēja apzināties citu cilvēku jūtas, vajadzības, pieaug spēja konstruktīvāk sadarboties ar cilvēkiem.

MP pacientiem vīriešiem 3 mērījumos notikušas izmaiņas dinamikā Pašcieņas, Starppersonu attiecību, Problēmu risināšanas, Elastības un Stresa tolerances skalās; sievietēm – Savu emociju apzināšanās, Pašcieņas, Stresa tolerances, Optimisma skalās un Vispārējā garastāvokļa faktorā. Svarīgs moments, kas atklājās pētījuma gaitā, ir tas, ka abu dzimumu MP respondentiem būtiski pieaug Pašcieņas un Stresa tolerances skalu rādītāji. Tas liek domāt, ka pacientiem pēc ārstēšanās uzlabojas spēja uztvert, saprast un pieņemt sevi, novērtēt savus plusus un mīnus, spēja izturēt spriedzes pilnas situācijas, spēja būt kontaktā ar problēmām, nebēgot un neizvairoties no tām, bet rodot risinājumus. Cilvēks sāk saprast, ka neatkarīgi no tā, ka ir grūti, viņš var to izturēt un mācīties risināt. Citos pētījumos ir aprakstītas pacientu domāšanas un uzvedības izmaiņas un jaunu iemaņu apgūšana MP rezultātā (Dawson et al., 2005; Dawson et al., 2007), cik svarīga ir pacientu izglītošana un apmācīšana (Pedrero-Perez et al., 2011). Savukārt, spējas uzlabošanās tikt galā ar savām nepatīkamām emocijām, spējas kontrolēt savu uzvedību, tai skaitā neizlādēt

impulsus tūlītējā darbībā, iemācīties sajust tieksmi pēc PAV, apzināties to un tikt ar to galā, tas viss var uzlabot pacientu pašpārlicinātību.

MP respondenti arī uzrāda nozīmīgu rādītāju paaugstināšanos Savu emociju apzināšanās skalā. Īpaši tas ir svarīgi sievietes grupai, kurai ir raksturīga savu emociju (īpaši dusmu, neapmierinātības, baiļu) apspiešana un pakļaušanās. Uzlabojumu var skaidrot ar intensīvu darbu MP, lai pacienti spētu saprast, apzināties un verbalizēt savas jūtas un emocijas. Tas saskan ar koncepta autora aprakstīto, ka pēc speciāliem treniņiem pieaug empātija un emociju apzināšanās (Bar-On, 2006). Ņemot vērā pētījumos (Berkling et al., 2011) norādīto, ka svarīgs PAV pacientu ārstēšanas uzdevums ir uzlabot vispārējās emocionālās regulēšanas prasmes, īpaši, spēju paciest negatīvās emocijas, var secināt, ka promocijas darba ietvaros veiktā pētījuma rezultāti liecina, ka šis uzdevums tiek īstenots. Autori (Brown et al., 2009) savā pētījumā ir konstatējuši, ka uzlabojumu sniedz vispārēji attiecību veidošanas un emocionālās pielāgošanās attīstības vingrinājumi. Pētījumā aptaujātie MP respondenti mēneša ārstēšanās kursa laikā šādu pieeju ir saņēmuši. Tas rosina domāt par nepieciešamību paplašināt pacientu izglītošanas un psihosociālo treniņu iespējas, kā arī nepieciešamību veikt atkārtotus mērījumus garākā laika posmā, lai varētu novērtēt izmaiņu noturīgumu.

Sieviešu grupā pieaugošos vidējos rādītājus Optimisma skalā un Vispārējā garastāvokļa faktorā var skaidrot ar pieaugošu cerību un spēju saskatīt dzīvē labo. Atkarīgām sievietēm ir pazemināta apmierinātība ar dzīvi un pašām ar sevi (Walter et al., 2003; Nolen-Hoeksema, 2004; Lesch et al., 2011). Šo depresīvo iezīmju veidošanās varētu būt notikusi gan iekšēju, gan ārēju faktoru ietekmē. Iekšējie faktori, kas varētu sekmēt neapmierinātības izjūtu ar sevi un dzīvi kopumā, būtu meklējami gan traucētajā starppersonisko attiecību veidošanas jomā, gan arī pazeminātajā pašcieņas un pašaktualizācijas spēju jomā. Traucētās starppersoniskās attiecības var veicināt vientulības izjūtas veidošanos, emocionālā atbalsta izjūtas trūkumu. Savukārt, pazeminātās pašcieņas un šaurās pašaktualizācijas spējas rada iekšēja tukšuma un bezjēdzīguma izjūtu, bez adekvātām pašaplicināšanās iespējām, kas rada neapmierinātību ar sevi un dzīvi kopumā. Nespēja apzināties un izprast savas jūtas samazina iespēju adekvāti plānot savu rīcību sociālās situācijas kontekstā. Tas saskan ar pētījumiem (Walter et al., 2003; Hernandez-Avila et al., 2004; Nolen-Hoeksema, 2004).

4.4. Narkoloģisko pacientu sociālais intelekts

Pētījumā tika konstatēts, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp pacientu grupas SI rādītājiem un starp kontrolgrupas SI rādītājiem, pie tam pacientu grupai gan vīriešiem, gan sievietēm ir statistiski nozīmīgi zemāki rādītāji kopīgajā SI un Sociālās apzināšanās skalā, salīdzinot ar kontrolgrupu. Tas nozīmē, ka PAV atkarību pacientiem ir traucēta spēja saprast, uztvert savu un citu personu iekšējo stāvokli, motīvus un uzvedību, un vadīt to, pamatojoties uz šo informāciju. Tas saskan ar citu pētījumu atradnēm (Ham, Garcia, 2010), ka PAV atkarību pacientiem ir zemāki SI rādītāji nekā kontrolgrupai. Sociālo apzināšanos raksturo spēja pieņemt lēmumus, atpazīt grupu kultūras un vērtību aspektus un to, kā šie aspekti ietekmē cilvēka rīcību un uzvedību; vēlēšanās palīdzēt citiem, lai apmierinātu viņu vajadzības, kā arī izprast citu cilvēku vajadzības pirms tās tiek definētas (Silvera et al., 2001; Friberg et al., 2005; Gini, 2006). SI aptaujas rezultāti rāda, ka šīs skalas rādītāji PAV atkarīgiem ir pazemināti, kas atbilst citiem pētījumiem. Tomēr diskutabls ir fakts, ka EI Empātijas skalā atkarību pacientiem rādītāji ir līdzīgi kontrolgrupas rādītājiem, bet Sociālā intelekta aptaujas Sociālās apzināšanās skalas rādītāji ir pazemināti, lai gan šī skala ietver arī empātijas spējas. Tas liek secināt par PVA pacientu pretrunīgu sevis vērtējumu, par grūtībām novērtēt sevi kopumā, par sašaurinātu un neobjektīvu skatījumu uz savu attieksmi pret citiem. Tas sasaucas ar pētījumos uzsvērtu PVA pacientu pretrunīgumu, haotiskumu utt.

Pētījuma rezultāti atspoguļo Sociālā intelekta rādītāju atšķirības alkohola un narkotiku atkarīgiem, pie tam Sociālo prasmju skalā un kopīgajā SI statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji ir narkotiku atkarīgajiem, salīdzinot ar alkohola atkarīgajiem. Tas liecina, ka narkotiku atkarīgajiem būtu jābūt cilvēkiem ar augstu atbildības līmeni, spēju sevi kontrolēt, neatlaidību, sadarbības prasmēm un spēju iekļauties grupā (Silvera et al., 2001; Friberg et al., 2005; Gini, 2006). Salīdzinot pacientu grupu ar kontrolgrupu, neparādās atšķirības Sociālo prasmju skalā. Tātad narkotiku atkarīgie sevi vērtē kā atbildīgus, sadarboties spējīgus, neatlaidīgus cilvēkus. Tas ir pretrunā ar pētījumu rezultātiem par šo jomu attīstību PAV atkarīgajiem, īpaši – narkotiku atkarīgajiem, kuriem ir raksturīgas pretlikumīgas darbības, vardarbība, nespēja risināt ikdienas grūtības (Poikolainen, 2006; Stein et al., 2008; Bennett et al., 2008; Kelley et al., 2010). Tomēr iegūto augsto rezultātu

narkotiku atkarīgajiem būtu iespējams izskaidrot ar to, ka, lai gan viņiem ir grūtības ievērot sabiedrības normas un pielietot tās ikdienas dzīvē, tomēr viņi var izjust spēcīgu piederību savai sociālai grupai. Narkotiku atkarīgo subkultūrai raksturīgas noteiktas iekšējās grupas normas, likumi, tradīcijas. Narkotiku atkarīgiem raksturīgā negatīvā identitāte ietver spēcīgu pieķeršanos un piederības izjūtu tām sociālās uzvedības normām, kas sabiedrībā netiek atzītas par sociāli vēlamām.

Augsts sociālais intelekts ir saistīts ar interesi par sociālajiem jautājumiem, ar nepieciešamību sadarboties ar citiem un attīstītām organizatora prasmēm. Šādi cilvēki spēj atrast atbilstošu komunikācijas veidu ar dažādiem sarunu biedriem dažādās situācijās, viņiem ir liels lomu repertuārs un lomu plastiskums (Silvera et al., 2001; Friberg et al., 2005; Gini, 2006). Pretēji tam autori (Stith et al., 2004; Yan et al., 2008; Bennett et al., 2008; Graña et al., 2009; Hambley et al., 2010; Kelley et al., 2010) norāda uz narkotiku atkarīgo grūtībām emocionālā un sociālā aspektā. Narkotiku atkarīgie nespēj rast adekvātus risinājumus konfliktsituācijām un prognozēt savas rīcības iespējamās sekas, ka viņiem ir raksturīga nosliece uz stereotipisku iestrēgšanu ierastos reaģēšanas veidos pat tad, ja tie ir neadekvāti situācijai, savu darbību plānošanā koncentrējas uz izvairīšanos no neveiksmēm nevis sasniegumu gūšanu, tādēļ sarežģītās situācijās var dominēt samierināšanās ar neveiksmi, nevis tiekšanās pēc piemērota tās risinājuma meklēšanas.

Tomēr kopumā rezultāti atklāj PAV atkarīgo grūtības izvērtēt sevi, tāpēc turpmāk paralēli pašnovērtējuma aptaujām nepieciešams iekļaut arī objektīvākas izpētes metodes, piemēram, konkrētu smadzeņu rajonu objektīvus izmeklējumus. Iegūtie rezultāti virza domāt par nepieciešamību darbā ar atkarīgiem gan stacionārā, gan ambulatori vērst pastiprinātu uzmanību uz kritiska sevis vērtējuma attīstīšanu, uz savu reakciju salīdzināšanu ar sabiedrībā pastāvošām normām, uz situācijas izvērtēšanu un sabiedrībai derīgu sociālo prasmju attīstīšanu.

Analizējot Sociālā intelekta rādītāju izmaiņas 6 mēnešus pēc ārstēšanās detoksikācijas un MP nodaļās, pētījuma rezultāti uzrāda, ka laikā starp 1.mērījumu un 3.mērījumu detoksikācijas respondentiem SI rādītāji pieaug nenozīmīgi vai pat mazinās, tai pat laikā MP pacientiem rādītāji pieaug visās skalās un kopīgajā SI. Pie tam vīriešiem kopīgajā SI parādās statistiski nozīmīga laika un grupas faktoru mijiedarbība, kā arī izmaiņas laikā. Iegūtie rezultāti ļauj secināt, ka Minesotas programmas ietekmē notiek SI

rādītāju paaugstināšanās. Tas saskan ar iepriekšējo pētījumu rezultātiem (Dawson et al., 2005; Dawson et al., 2007), kas norāda, ka psihoterapeitiskas intervences ir vērstas uz domāšanas un uzvedības izmaiņām, kā arī jaunu iemaņu apgūšanu.

Analizējot rezultātus par SI izmaiņām MP pacientiem pirms ārstēšanās, pēc tās un 6 mēnešus vēlāk, konstatēts, ka, neskatoties uz SI vidējo rādītāju pieaugumu vīriešu un sieviešu grupas respondentiem visās skalās, tomēr statistiski nozīmīgas izmaiņas parādās tikai vīriešu grupai kopīgā SI rādītājā. Tas nozīmē, ka vīriešu spējas saprast sevi un citus cilvēkus, prognozēt viņu uzvedību, ir uzlabojušās. Iespējams, tas ir balstīts uz izzīņas procesiem, emocionālo un sociālo pieredzi, ko pacienti iegūst MP, jo citu pētījumu dati to apstiprina. Iespējams, tas ir saistīts ar pacientu atturēšanos no PAV lietošanas. Tomēr rezultāti prasa papildus izpēti, lai noskaidrotu, kāpēc parādās dzimumatšķirības rezultātu izmaiņās.

Abos konstruktos (gan EI, gan SI) izteiktāki rādītāju pieaugumi ir vīriešu grupas pacientiem. Tas norāda, ka vīriešu emocionālais un sociālais intelekts mainās izteiktāk nekā narkoloģisko pacientu sieviešu grupai. Tas sasaucas ar citu pētnieku atradnēm par alkohola un narkotiku radītām smagākām psihiskās veselības komplikācijām sievietēm (Hernandez-Avila et al., 2004), par PVA sieviešu tendenci uzrādīt eksternālas problēmas, nepietiekami vēršot uzmanību internālajām (Plant et al., 2009), par alkohola atkarīgo sieviešu biežāk diagnosticēto depresivitāti (Walter et al., 2003) un par ātrāku smadzeņu atrofiju PAV atkarīgām sievietēm (Hommer et al., 2001; Mann et al., 2005; Maurage et al., 2008). Arī fakts, ka PVA sievietes biežāk ir precējušās ar atkarīgiem un agresīviem partneriem (Witkiewitz, 2005; Walitzer, Dearing, 2006), tātad emocionālā un sociālā plāksnē ar smagākiem personības funkcionēšanas traucējumiem, var norādīt uz pašu PVA sieviešu smagākiem personības psihosociālās funkcionēšanas traucējumiem.

5. SECINĀJUMI

Promocijas darbā, apkopojot un analizējot literatūras datus, priekšroka tika dota jaunākiem pētījumiem un literatūras pārskatiem. Tika veikts sistemātisks literatūras avotu pārskats no *PubMed*, *EBSCO*, *ScienceDirect*, *Scopus*, *ProQuest* datu bāzēm. Tika veikta kvantitatīva un kvalitatīva datu analīze, izmantojot satura analīzes metodiku, par narkoloģisko palīdzību, dažādām izmantotām metodēm, par narkoloģisko pacientu psihosociālo funkcionēšanu un to raksturojošiem faktoriem, piemēram, emocionālo un sociālo intelektu, ar mērķi apkopot esošo pētījumu rezultātus un izprast dažādas teorētiskās pieejas. Galvenais pētījuma mērķis ir sasniegts – tika izpētīta ārstu informētība un viedoklis par narkoloģisko palīdzību, pacientu izmantotās ārstēšanās iespējas, kā arī narkoloģisko pacientu emocionālā un sociālā intelekta prasmju izmaiņas pēc ārstēšanās detoksikācijas un MP nodaļās.

Promocijas darba ietvaros veiktā pētījuma rezultātā var izdarīt šādus secinājumus:

1. Ārstu informētība par narkoloģiskām palīdzības metodēm, šo metožu ieteikšana pacientiem un praktizēšana atšķiras dažādu specialitāšu ārstiem, strādājošiem dažādos darba reģionos. Kopumā ārsti labāk ir informēti par detoksikācijas metodi, MP un suģestiju bez medikamenta ievadīšanas neatkarīgi no reģiona vai specialitātes, pie tam ārsti pacientiem biežāk iesaka šīs metodes. Dažādu specialitāšu un dažādu reģionu ārsti savā ikdienas darbā praktizē detoksikācijas metodi. Kā galveno trūkumu ārsti uzrāda nepietiekamu informētību par narkoloģisko palīdzību gan ārstiem, gan pacientiem.
2. Pacienti biežāk atzīmē, ka ir izmantojuši detoksikāciju un ar suģestiju saistītās narkoloģiskās palīdzības metodes. Divām trešdaļām no aptaujātajiem narkoloģiskajiem pacientiem ir bijusi nepieciešamība veikt detoksikāciju. Tālāku ārstēšanu, vērstu uz slimības biopsihosociālo būtību, izmanto neliela pacientu daļa.
3. Pastāv statistiski nozīmīgas emocionālā intelekta un sociālā intelekta rādītāju atšķirības:
 - ✓ narkoloģisko pacientu emocionālā un sociālā intelekta vidējie rādītāji ir zemāki nekā kontrolgrupai;

- ✓ emocionālā intelekta rādītāji alkohola atkarīgajiem ir augstāki nekā narkotiku atkarīgajiem, bet narkotiku atkarīgajiem ir augstāki sociālā intelekta rādītāji, salīdzinot ar alkohola atkarīgiem pacientiem;
- ✓ pastāv statistiski nozīmīgas emocionālā un sociālā intelekta rādītāju izmaiņu dinamikā atšķirības Minesotas programmas un detoksikācijas pacientiem;
- ✓ statistiski nozīmīgas izmaiņas dinamikā notikušas Minesotas programmas vīriešu grupai 5 no 15 emocionālā intelekta skalās un Minesotas programmas sievietes grupai 4 no 15 emocionālā intelekta skalās un 1 faktorā, kā arī kopīgajā sociālā intelekta rādītājā vīriešiem.

Praktiskās rekomendācijas

1. Promocijas pētījuma ietvaros iegūtās atziņas dod ierosmi pārskatīt esošās narkoloģiskās palīdzības metodes un pilnveidot narkoloģiskās palīdzības vadlīnijas, balstoties uz pētījumos gūtiem pierādījumiem par efektīvām ārstēšanas metodēm.
2. Nepieciešams papildus izglītēt ārstus par atkarības slimību, tās pazīmēm, iespējamām sekām, tādā veidā pievēršot speciālistu uzmanību nepieciešamībai stimulēt pacientus ārstēties, nepaļaujoties uz pasīvām, maģiskām metodēm. Speciālistiem, strādājot ar PAV atkarīgiem cilvēkiem, ir svarīgi papildināt zināšanas par saistību starp personības psihosociālās funkcionēšanas traucējumiem un somatiskām izpausmēm, lai agrīni identificētu riska faktorus un izvēlētos ārstēšanas metodes atbilstoši katra pacienta specifiskām vajadzībām.
3. Svarīgi izglītēt PVA pacientus par savu atkarību, tās izraisītiem traucējumiem, mazinot pacientu noliegumu, maģisko domāšanu, bet arvien vairāk iesaistot ilgstošā atveseļošanas procesā, lai uzlabotu psihosociālo funkcionēšanu un veiksmīgu adaptēšanos sabiedrībā bez PAV lietošanas.
4. Svarīgi paplašināt MP palīdzības iespējas, piešķirot atbilstošu finansējumu, kas varētu nodrošināt PVA pacientu psihosociālās funkcionēšanas uzlabojumus.
5. Svarīgi vērst lielu sabiedrības uzmanību ilgstošas atveseļošanās nepieciešamībai, mazinot sabiedrības noliegumu attiecībā uz PAV atkarībām.

IZMANTOTIE AVOTI

1. Alfonso-Loeches S, Guerri C. Molecular and behavioral aspects of the actions of alcohol on the adult and developing brain. *Crit Rev Cl Lab Sci.* 2011; 48(1):19–47.
2. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane DB Syst Rev.* 2008; 8(4): CD005031.
3. Anderson DJ, McGovern JP, DuPont RL. The origins of the Minnesota model of addiction treatment-a first person account. *J Addict Dis.* 1999; 18(1):107–114.
4. Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO; 2012.
5. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. Public Health Perspective. A report for the European Commission. London: Institut of Alcohol Studies. 2006, pp. 75–169.
//http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf (sk.27.06.2012.)
6. Anton RF, Oroszi G, O'Malley S, Couper D, Swift R, Pettinati H, Goldman D. An evaluation of μ -opioid receptor (OPRM1) as a predictor of naltrexone response in the treatment of alcohol dependence: results from the Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence (COMBINE) study. *Arch Gen Psychiat.* 2008;65:135–144.
7. Ārstniecības likums. // <http://www.likumi.lv/doc.php?id=44108&from=off>(sk.27.06.2012.)
8. Avants SK, Margolin A, Usubiaga MH, Doebrick C. Targeting HIV-related outcomes with intravenous drug users maintained on methadone: A randomized clinical trial of a harm reduction group therapy. *J Subst Abuse Treat.* 2004; 26: 67–78.
9. Bar-On R. *Emotional Quotient Inventory. Technical manual.* Toronto: Multi-Health Systems. 1997.
10. Bar-On R. Emotional and Social Intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In Bar-On R, Parker JDA (eds). *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace.* San-Francisco: Jossey-Bass; 2000.

11. Bar-On R. How important is it to educate people to be emotionally and socially intelligent, and can it be done? *Perspect Educ.* 2003;21 (4): 3–16.
12. Bar-On R. The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence. *Psicothema.* 2006; 18: 13–25.
13. Bar-On R, Brown JM, Kirkcaldy BD, Thome ET. Emotional Expression and implication for occupational stress: an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Pers Indiv Differ.* 2000; 28: 1107–1118.
14. Batty GD, Hunt K, Emslie C, Lewars H, Gale CR. Alcohol problems and all-cause mortality in men and women: Predictive capacity of a clinical screening tool in a 21-year follow-up of a large, UK-wide, general population-based survey. *J Psychosom Res.* 2009; 66(4):317–321.
15. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggress Violent Beh.* 2008; 13: 107–118.
16. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanss K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *J Consult Clin Psych.* 2011; 79(3): 307–318.
17. Bird HR. Psychoanalytic perspectives on theories regarding the development of antisocial behavior. *J Am Acad Psychoanal.* 2001; 29(1): 57–71.
18. Bischof G, Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U. Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction.* 2005; 100(3): 405–413.
19. Björkqvist K, Österman K, Kaukiainen A. Social intelligence – empathy = aggression? *Aggress Violent Beh.* 2000; 5(2):191–200.
20. Blair RJ. Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious Cogn.* 2005; 14(4): 698–718.
21. Blanc M, Daeppen JB, 2005. Does disulfiram still have a role in alcoholism treatment? *Rev Med Suisse.* 2005; 1(26):1728–1730, 1732–1733.
22. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Does adolescent self-esteem predict later life outcomes? A test of the causal role of self-esteem. *Dev Psychopathol.* 2008; 20(1): 319–339.

23. Booth BM, Fortney SM, Fortney JC, Curran GM, Kirchner J E. Short term course of drinking in an untreated sample of at risk drinkers. *J Stud Alcohol*. 2001; 62(5): 580–588.
24. Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment: Predictors of outcome after 3 years. *Drug Alcohol Depen*. 2005; 80: 83–89.
25. Brackett MA, Mayer JD, Warner R. Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Pers Indiv Differ*. 2004; 36:1387–1402.
26. Bromley RDF, Nelson AL. Alcohol –related crime and disorder across urban space and time: evidence from a British city. *Geoforum*. 2002; 33: 239–254.
27. Brown E, Chiu E, Neill L, Tobin J, Reid J. Is low emotional intelligence a primary causal factor in drug and alcohol addiction? In Hicks R (ed). *Personality and Individual Differences: Current Directions*. Queensland: Australian Academic Press; 2009. // http://www.jreid.com.au/pubs/jr_alcohol.pdf (sk. 26.09.2012.)
28. Burns E. *The Spirits of America: A Social History of Alcohol*. Philadelphia: Temple University Press; 2004.
29. Büttner A. Review: The neuropathology of drug abuse. *Neuropathol Appl Neurobiol*. 2011; 37(2): 118–134.
30. Buzan T. *The power of social intelligence*. New York: Perfect Pound Publisher; 2002.
31. Callahan ST, Cooper WO. Uninsurance and health care access among young adults in the United States. *Pediatrics*. 2005; 116: 88–95.
32. Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *J Fam Ther*. 2009; 31: 46–74.
33. Carter RR, Johnson SM, Exline JJ, Post SG, Pagano ME. Addiction and "generation me": Narcissistic and prosocial behaviors of adolescents with substance dependency disorder in comparison to normative adolescents. *Alcohol Treat Q*. 2012; 30(2): 163–178.
34. Castells X, Kosten TR, Capella D, Vidal X, Colom J, Casas M. Efficacy of opiate maintenance therapy and adjunctive interventions for opioid dependence with comorbid cocaine use disorders: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Am J Drug Alcohol Ab*. 2009; 35: 339–349.

35. Ceccarelli I, Della Seta D, Fiorenzani P, Farabollini F, Aloisi AM. Estrogenic chemicals at puberty change ER alpha in the hypothalamus of male and female rats. *Neurotoxicol Teratol.*2007;29: 108–115.
36. Centrālās statistikas pārvaldes dati (CSP). 2011. // <http://data.csb.gov.lv/Dialog/Saveshow.asp> (sk.4.08. 2012.).
37. Chen CY, Lin KM. Health consequences of illegal drug use. *Curr Opin Psychiatry.*2009; 22(3):287–292.
38. Chessik RD. What is intensive psychotherapy? *Am J Psychoter.* 1981; 35(4):489–501.
39. Coles CD, Goldstein FC, Lynch ME, Chen X, Kable JA, Johnson KC, Hu X. Memory and brain volume in adults prenatally exposed to alcohol. *Brain Cogn.*2010;75:67–77.
40. Comfort M, Sockloff A, Loverro J, Kaltenbach K. Multiple predictors of substance-abusing women's treatment and life outcomes: A prospective longitudinal study. *AddictBehav.* 2003;28: 199–224.
41. Connock M, Juarez-Garcia A, Jowett S, Frew E, Liu Z, Taylor RJ, Fry-Smith A, Day E, Lintzeris N, Roberts T, Burls A, Taylor RS. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2007;11(9):1–171.
42. Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR. A longitudinal model of intake symptomatology AA participation and outcome: retrospective study of the Project MATCH outpatient and aftercare samples. *J Stud Alcohol.* 2001; 62: 817–825.
43. Cook CH. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method, or myth? Part I. The philosophy and the programme. *Brit J Addict.* 1988; 83: 625–634.
44. Cox WM, Hogan LM, Kristian MR, Race JH. Alcohol attentional bias as a predictor of alcohol abusers' treatment outcome. *Drug Alcohol Depend.* 2002;68:237–243.
45. Crego A, Holguin SR, Parada M, Mota N, Corral M, Cadaveira F. Binge drinking affects attentional and visual working memory processing in young university students. *Alcohol Clin Exp Res.*2009;33:1870–1879.

46. Crews FT, Boettiger CA. Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2009; 93: 237–247.
47. Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2007;86:189–199.
48. Davis D. Queen of diamonds: Women and compulsive gambling. In Straussner SL, Brown S (eds). *The handbook of women's addictions treatment: Theory and practice.* New York: Jossey-Bass; 2002.
49. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(12): 2036–2045.
50. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction.* 2005; 100(3): 281–292.
51. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet.* 2012; 379 (9810): 55–70.
52. De Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Rev Psychiat.* 2009; 17: 1–23.
53. De Wildt WAJM, Schippers GM, Van den Brink W, Potgieter AS, Deckers F, Bets D. Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems? *Alcohol Alcoholism.* 2002; 37(4): 375–382.
54. DiClemente CC, Doyle SR, Donovan D. Predicting treatment seekers' readiness to change their drinking behaviour in the COMBINE study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009; 33:879–892.
55. Diehl AM. Liver disease in alcohol abusers: clinical perspective. *Alcohol.* 2002; 27:7–11.
56. Donald D, Lazarus S, Peliwe L. Educational psychology in social context, 3rd ed. Cape Town: Oxford University Press; 2007.
57. Donovan DM. Relapse prevention in substance abuse treatment. In Sorensen JL, Rawson R, Guydish JR, Zweben JE (eds). *Drug abuse treatment through*

- collaboration: Practice and research partnerships that work*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.
58. Dunn ME, Earleywine M. Activation of alcohol expectancies in memory in relation to limb of the blood alcohol curve. *Psychol Addict Behav*. 2001;15: 18–24.
 59. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto M. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiat*. 2008; 165: 179–187.
 60. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā. 2011.gada ziņojums*. Lisbon : EMCDDA;2011. // <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index114434LV.html> (sk.6.05. 2011.)
 61. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Veselības ekonomikas centra (VEC) ziņojums. *Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2009.gadā*. Rīga: Reitox; 2010.
 62. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Nacionālais veselības dienests (NVD). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2010.gadā*. Nacionālais ziņojums. Rīga: Reitox; 2011. // <http://vec.gov.lv/uploads/files/4f2bdcc5b7bfa.pdf> (sk.10.07.2012.)
 63. Fatt JP, Howe IC. Emotional intelligence of foreign and local university students in Singapore: Implications for managers. *J Bus Psychol*. 2003;17 (3):345–367.
 64. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*. 2008;103(6):969–976; 977–978.
 65. Fergusson DM, Horwood LJ. Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort. *New Zeal Med J*. 2000;113:156–158.
 66. Field M. Cannabis 'dependence' and attentional bias for cannabis-related words. *Behav Pharmacol*. 2005; 16:473–476.
 67. Fiellin DA, Kleber H, Trumble-Hejduk JG, McLellan AT, Kosten TR. Consensus statement on office-based treatment of opioid dependence using buprenorphine. *J Subst Abuse Treat*. 2004; 27: 153–159.
 68. Fine J, Juni S. Ego atrophy in substance abuse: addiction from a socio-cultural perspective. *Am J Psychoanal*. 2001; 61: 293–304.

69. Foisy ML, Philippot P, Verbanck P, Pelc I, Van Der Straten G, Kornreich C. Emotional facial expression decoding impairment in persons dependent on multiple substances: impact of a history of alcohol dependence. *J Stud Alcohol*. 2005; 66(5): 673–681.
70. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *Am J Pub Health*. 2005; 95(3): 465–470.
71. Foran HM, O’Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *ClinPsycholRev*. 2008; 28(7): 1222–1234.
72. Fox HC, Bergquist KL, Casey J, Hong KA, Sinha R. Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: relationship to stress and impulse control. *Am J Addiction*. 2011; 20(2): 151–160.
73. Franken IH, Kroon LY, Hendriks VM. Influence of individual differences in craving and obsessive cocaine thoughts on attentional processes in cocaine abuse patients. *Addict Behav*. 2000a; 25: 99–102.
74. Franken IH, Kroon LY, Wiers RW, Jansen A. Selective cognitive processing of drug cues in heroin dependence. *J Psychopharmacol*. 2000b; 14: 395–400.
75. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Method Psych*. 2005; 14(10): 29–42.
76. Frigerio E, Burt DM, Montagne B. Facial affect perception in alcoholics. *Psychiat Res*. 2002; 113: 161–171.
77. Fryer SL, McGee CL, Matt GE, Riley EP, Mattson SN. Evaluation of psychopathological conditions in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Pediatrics*. 2007; 119: e733–741.
78. Gaitniece-Putāne A. Agresijas, emocionālā intelekta un stoicism saistība 20–25 un 30–35 gadus veciem vīriešiem un sievietēm. Promocijas darbs sociālā psiholoģijā. Rīga: LU; 2008.
79. Galanter M, Kleber HD (eds). The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment, 4th ed. American Psychiatric Publishing, Inc; 2008.
80. Ghee AC, Johnson CS. Emotional Intelligence: a moderator of perceived alcohol peer norms and alcohol use. *J Drug Educ*. 2008; 38(1): 71–83.

81. Gillet C, Polard E, Mauduit N, Allain H. Acting out and psychoactive substances: alcohol, drugs, illicit substances. *Encephale*. 2001; 27(4): 351–359.
82. Gilman JM, Ramchandani VA, Davis MB, Bjork MJ, Hommer DW. Why we like to drink: An fMRI Study of the Rewarding and Anxiolytic Effects of Alcohol. *J Neurosci*. 2008; 28(18): 4583–4591.
83. Gini G. Brief report: Adaptation of the Italian Version of the Tromsø Social Intelligence Scale to the adolescent population. *J Adolescence*. 2006; 29(2): 307–312.
84. Ginter E, Simko V. Health of Europeans twenty years after the fall of Berlin wall. *Bratisl Med J*. 2010; 11(7): 398–403.
85. Glahn DC, Lovallo WR, Fox PT. Reduced amygdala activation in young adults at high risk of alcoholism: studies from the Oklahoma family health patterns project. *Biol Psychiatry*. 2007; 61: 1306–1309.
86. Glass CK, Saijo K, Winner B, Marchetto MC, Gage FH. Mechanisms underlying inflammation in neurodegeneration. *Cell*. 2010; 140: 918–934.
87. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2004; 101: 8174–8179.
88. Goleman D. *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books; 1995.
89. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*. Harvard Business School Press; 2002.
90. Gossop M. Medically supervised withdrawal as stand-alone treatment. In Strain EC, Stitzer ML (eds). *The treatment of opioid dependence*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2006.
91. Gossop M, Harris J, Best D, Man L, Manning V, Marshal J, Strang J. Is attendance at alcoholics anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol Alcoholism*. 2003; 38: 421–426.
92. Graña JL, Muñoz JJ, Navas E. Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Pers Individ Differ*. 2009; 46: 418–423.

93. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991–1992 and 2001–2002. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 74: 223–234.
94. Grillo K. Integral inquiry into the relationship between addiction and emotional intelligence. *J Integral Theory Pract.* 2010; 5: 54–73.
95. Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcoholism.* 2012; 47(5): 597–605.
96. Grønbaek M, Nielsen B. A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics. *Addiction.* 2007; 102(3): 381–388.
97. Hahn CY, Huang SY, Ko HC, Hsieh CH, Lee IH, Yeh TL, Yang YK, Lee JF, Lin WW, Lu RB. Acetaldehyde involvement in positive and negative alcohol expectancies in han Chinese persons with alcoholism. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63: 817–823.
98. Hall WD. Cannabis use and the mental health of young people. *Aust NZ J Psychiat.* 2006; 40:105–113.
99. Ham LS, Garcia TA. Assessment of Social Skills in Substance Use Disorders. In Nangle DV, Hansen DJ, Erdley CA, Norton PJ (eds). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Social Skills.* New York: Springer Science+Business Media; 2010.
100. Hambley J, Arbour S, Sivagnanasundaram L. Comparing outcomes for alcohol and drug abuse clients: A 6-month follow-up of clients who completed a residential treatment programme. *J Subst Abuse.* 2010; 15(3): 184–200.
101. Harper C. The neuropathology of alcohol-related brain damage. *Alcohol Alcoholism.* 2009; 44: 136–140.
102. Harris KM, Edlund MJ. Self-Medication of Mental Health Problems: New Evidence from a National Survey. *Health Serv Res.* 2005; 40(1): 117–134.
103. Hartzler B, Fromme K. Fragmentary blackouts: their etiology and effect on alcohol expectancies. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003; 27: 628–637.
104. Haug NA, Sorensen JL, Gruber VA, Song YS. Relapse prevention for opioid dependence. In Marlatt GA, Donovan DM (eds). *Relapse prevention: Maintenance*

- strategies in the treatment of addictive behaviors*, 2nd ed. New York: Guilford Pres; 2005.
105. Heinz A, Wilwer M, Mann K. Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners. *Best PractRes Cl GA*. 2003; 17(4): 695–708.
 106. Heinz A, Wrase J, Kahnt T, Beck A, Bromand Z, Grusser SM, Kienast T, Smolka MN, Flor H, Mann K. Brain activation elicited by affectively positive stimuli is associated with a lower risk of relapse in detoxified alcoholic subjects. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007; 31: 1138–1147.
 107. Hemmati T, Mills JF, Kroner DG. The validity of the Bar-On emotional intelligence quotient in an offender population. *Pers IndivDiffer*. 2004; 37: 695–706.
 108. Hernandez-Avila CA, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depen*. 2004; 74(3): 265–272.
 109. Hertel J, Schutz A, Lammers CH. Emotional intelligence and mental disorder. *J Clin Psychol*. 2009; 65(9): 942–954.
 110. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005; 1:91–111.
 111. Holdcraft LC, Iacono WG. Cross-generational effects on gender differences in psychoactive drug abuse and dependence. *Drug Alcohol Depen*. 2004; 74(2): 147–158.
 112. Hommer DW, Momenan R, Kaiser E, Rawlings RR. Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 198–204.
 113. Horie Y, Yamagishi Y, Ebinuma H, Hibi T. *Obesity, type 2 diabetes, age, and female gender: significant risk factors in the development of alcoholic liver cirrhosis*. *Hepatol Int*; 2012; DOI 10.1007/s12072-012-9347-6 // <http://www.springerlink.com/content/y514513844k40126/> (sk.10.07.2012.)
 114. Hser Y-I, Anglin MD, Grella C, Longshore D, Prendergast ML. Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *J Subst Abuse Treat*. 1997; 14: 543–558.
 115. HserY, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. A 33-Year Follow-up of Narcotics Addicts. *Arch Gen Psychiat*. 2001; 58: 503–508.

116. Huang DY, Evans E, Hara M, Weiss RE, Hser YI. Employment trajectories: Exploring gender differences and impacts of drug use. *J Vocat Behav.* 2011; 79: 277–289.
117. Hulse GK, Ngo HT, Tait RJ. Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone. *Biol Psychiatry.* 2010; 68(3): 296–302.
118. Iekšlietu Ministrija (IeM). *Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017.gadam.* // <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file57284.doc> (sk.10.07.2012.)
119. Johnsen J, Mørland J. Disulfiram implant: a double-blind placebo controlled follow-up on treatment outcome. *Alcohol Clin Exp Res.* 1991; 15(3): 532–536.
120. Johnson BA. Update on neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings. *Biochem Pharmacol.* 2008; 75(1): 34–56.
121. Johnson JL, Left M. Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics.* 1999; 103: 1085–1099.
122. Johnson JE, Zlotnick C. A pilot study of group interpersonal psychotherapy for depression in substance-abusing female prisoners. *J Subst Abuse Treat.* 2008; 34: 371–377.
123. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry.* Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
124. Karno MP, Beutler LE, Harwood TM. Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: A preliminary report. *Addict Behav.* 2002; 27: 779–797.
125. Kashdan TB, Ferrisizidis P, Collins RL, Muraven M. Emotion differentiation as resilience against excessive alcohol use: An ecological momentary assessment in underage social drinkers. *Psychol Sci.* 2010; 21: 1341–1347.
126. Kaskutas LA, Weisner C, Caetano R. Predictors of help seeking among a longitudinal sample of the general population, 1984–1992. *J Stud Alcohol.* 1997; 58: 155–161.
127. Kassel JD, Jackson SI, Unrod M. Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students. *J Stud Alcohol.* 2000; 61: 332–340.

128. Kelleher S, Cotter P. A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *Int Emerg Nurs*. 2009; 17(1): 3–14.
129. Kelley ML, Klostermann K, Doane AN, Mignone T, Lam WKK, Fals-Stewart W, Padilla MA. The case for examining and treating the combined effects of parental drug use and interparental violence on children in their homes. *Aggress Violent Beh*. 2010; 15: 76–82.
130. Kelly JF, Moos R. Dropout from 12-step self-help groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences. *J Subst Abuse Treat*. 2003; 24: 241–250.
131. Kelly JF, RL Stout, M Magill, JS Tonigan, ME Pagano. Mechanisms of behavior change in alcoholics anonymous: does Alcoholics Anonymous lead to better alcohol use outcomes by reducing depression symptoms? *Addiction*. 2010; 104 (4): 626–636.
132. Kelty E, Hulse G. Examination of mortality rates in a retrospective cohort of patients treated with oral or implant naltrexone for problematic opiate use. *Addiction*. 2012; 107(10): 1817–1824.
133. Kernberg O, Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. In Clarcin J, Lenzenweger M(eds). *The major theories of personality disorder*, 2nd ed. New York: Guilford; 2005.
134. Key J, Hodgson S, Omar RZ, Jensen TK, Thompson SG, Boobis AR, Davies DS, Elliott P. Meta-analysis of studies of alcohol and breast cancer with consideration of the methodological issues. *Cancer Causes Control*. 2006; 17:759–770.
135. Keyes KM, Grant BF, Hasin DS. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug Alcohol Depen*. 2008; 93(1-2): 21–29.
136. Keyes KM, Martins SS, Blanco C, Hasin DS. Telescopic and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. *Am J Psychiatry*. 2010; 167 (8): 969–976.
137. Khantzian EJ, Dodes L, Brehm NM. Psychodynamics. In Lowinson JH, Ruiz P, Willman RB, Langrod JG (eds). *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

138. Kiefer F, Mann K. New achievements and pharmacotherapeutic approaches in the treatment of alcohol dependence. *Eur J Pharmacol*. 2005; 526: 163–171.
139. Kiefer F, Mann K. Evidence-based treatment of alcoholism. *Nervenarzt*. 2007; 78(11):1321–1329.
140. Kihlstrom JF, Cantor N. Social Intelligence. In Sternberg RJ (ed). *Handbook of intelligence*, 2nd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000.
141. Killgore WDS, Weber M, Schwab ZJ, Deldunno SR, Kipman M, Weiner MR, Rauch SL. 2012. Gray matter correlates of Trait and Ability models of emotional intelligence. *Neuroreport*. 2012; 23(9): 551–555.
142. Kirchmayer U, Davoli M, Verster AD, Amato L, Ferri A, Perruci CA. A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. *Addiction*. 2002; 97(10): 1241–1249.
143. Klostermann K, Chen R, Kelley ML, Schroeder VM, Braitman AL, Mignone T. Coping behavior and depressive symptoms in adult children of alcoholics. *Subst Use Misuse*. 2011; 46 (9): 1162–1168.
144. Koob GF, Le Moal M. Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008; 363(1507): 3113–3123.
145. Kooyman M. The history of therapeutic communities: A view from Europe. In Rawlings B, Yates R (eds). *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers; 2001.
146. Kornreich Ch, Delle-Vigne D, Knittel J, Nerincx A, Campanella S, Noel X, Hanak C, Verbanck P, Ermer E. Impaired conditional reasoning in alcoholics: a negative impact on social interactions and risky behaviors? *Addiction*. 2010; 106(5): 951–959.
147. Kornreich Ch, Foisy ML, Philippot P, Dan B, Tecco J, Noel X, Hess U, Pelc I, Verbanck P. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiat Res*. 2003; 119: 251–260.

148. Kornreich Ch, Philippot P, Foisy ML, Blaitz S, Raynaud E, Dan B, Hess U, Noel X, Pelc I, Verbanck P. Impaired emotional facial expression is associated with interpersonal problems in alcoholism. *Alcohol Alcoholism*. 2002; 37: 394–400.
149. Kosmitzki C, John OP. The implicit use of explicit conceptions of social intelligence. *Pers Individ Differ*. 1993; 15: 11–23.
150. Krampe H, Ehrenreich H. Supervised disulfiram as adjunct to psychotherapy in alcoholism treatment. *Curr Pharm Des*. 2010; 16(19): 2076–2090.
151. Krimināllikums. // <http://www.likumi.lv/doc.php?id=88966> (sk. 27.06.2012.)
152. Kun B, Demetrovics Z. Emotional Intelligence and Addictions: a systematic review. *Subst Use Misuse*. 2010; 45: 1131–1160.
153. Kunøe N, Lobmaier P, Vederhus JK, Hjerkin B, Hegstad S, Gossop M, Kristensen Ø, Waal H. Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2009; 194(6): 541–546.
154. Kuzņecova I., Šlosberga I. *Tromso sociālā intelekta aptaujas adaptācija Latvijā*. Nēpublicēts maģistra darbs. Rīga; 2006.
155. Landy F J. Some historical and scientific issues related to research on emotional intelligence. *J Organ Behav*. 2005; 26: 411–424.
156. Larsen J, Olsen Zwisler A-D. *Lifestyle Intervention*. Chapter 3; 2003. // http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab_uk/html/index5.html. (sk. 26.07.2012.)
157. Latvala A, Dick DM, Tuulio-Henriksson A, Suvisaari J, Viken RJ, Rose RJ, Kaprio J. Genetic correlation and gene-environment interaction between alcohol problems and educational level in young adulthood. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011; 72(2): 210–220.
158. Laudet AB. The Impact of Alcoholics Anonymous on other substance abuse related Twelve Step programs. *Recent Dev Alcohol*. 2008; 18: 71–89.
159. Laudet AB, Morgen K, White WL. The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcohol Treat Q*. 2006; 24: 33–73.

160. Le Berre AP, Vabret F, Cauvin C, Pinon K, Allain Ph, Pitel AL, Eustache F, Beaunieux H. Cognitive barriers to readiness to change in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012; 36(9): 1542–1549.
161. Lee SS, Pang PTT. Integrated assessment of addiction epidemiology in Hong Kong. In Thomas YF, Richardson D, Cheung I (eds). *Geography and Drug Addiction*. Springer; 2008.
162. Leon DA, Shkolnikov VM, McKee M. Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis. *Addiction.* 2009; 104(10): 1630–1636.
163. Lesch OM, Walter H, Wetschka Ch, Hesselbrock M, Hesselbrock V. Alcohol and Tobacco. *Medical and Sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction*. SpringerWienNewYor; 2011.
164. Lieberman DZ. Children of alcoholics: An update. *Curr Opin Pediatr.* 2000; 12 (4): 336–340.
165. Ling W, Compton P. Recent advances in the treatment of opiate addiction. *Clin Neurosci Res.* 2005; 5: 161–167.
166. Lintzeris N, Lee S, Scopelliti L, Mabbutt J, Haber PS. Unplanned admissions to two Sydney public hospitals after naltrexone implants. *Med J Aust.* 2008; 188(8): 441–444.
167. LoCastro J, Spiro A, Monnelly E, Ciraulo D. Personality, family history, and alcohol use among older men: The VA Normative Aging Study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000; 24(4): 501–511.
168. Loeber S, Mann K. The development of evidence-based psychotherapy for use in alcoholism. A review. *Nervenarzt.* 2006; 77(5): 558–566.
169. Lynskey MT, Heath AC, Bucholz KK, Slutske WS. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *J AmerMed Assoc.* 2003; 289: 427–433.
170. Macaskill A, Maltby J, Day L. Forgiveness of self and others and emotional empathy. *J Soc Psychol.* 2002; 142: 663–665.
171. MacLeod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, Oppenkowski T, Stokes-Lampard H, Davey Smith G. Psychosocial and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet.* 2004; 363: 1579–1588.

172. Malcolm R, Roberts J S, Wang W, Myrick H, Anton RF. Multiple previous detoxifications are associated with less responsive treatment and heavier drinking during an index outpatient detoxification. *Alcohol*. 2000; 22(3): 159–164.
173. Mann K, Ackermann K, Croissant B, Mundle G, Nakovics H, Diehl A. Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: are women more vulnerable? *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29: 896–901.
174. Maree JG, Eiselen RJ. The emotional intelligence profile of academics in a merger setting. *Educ Urban Soc*. 2004;36(4): 482–504.
175. Marlowe HA. Social intelligence: Evidence for multidimensionality and construct independence. *J EducPsychol*. 1986; 78(1): 52–58.
176. Marques AC, Formigoni ML. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*. 2001; 96: 836–846.
177. Martin GW, Rehm J. The effectiveness of psychosocial modalities in the treatment of alcohol problems in adults: a review of the evidence. *Can J Psychiat*. 2012; 57(6): 350–358.
178. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane DB Syst Rev*. 2008; 16(2): CD002207.
179. Maurage P, Grynberg D, Noel X, Joassin F, Philippot P, Hanak C, Verbanck P, Luminet O, de Timmery Ph, Campanella S. Dissociation between affective and cognitive empathy in alcoholism: a specific deficit for the emotional dimension. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011; 35(9): 1662–1668.
180. Maurage P, Philippot P, Joassin F, Pauwels L, Pham T, Prieto EA, Palmero-Soler E, Zanol F, Campanella S. The auditory-visual integration of anger is impaired in alcoholism: an event-related potentials study. *J Psychiatry Neurosci*. 2008; 33(2): 111–122.
181. Maxwell S, Shinderman MS. Optimizing long-term response to methadone maintenance treatment: A 152-week follow-up using higher-dose methadone. *J Addict Dis*. 2002; 21: 1–12.

182. Mayer JD, Roberts RD, Barsade SG. Human abilities: Emotional intelligence. *Annu Rev Psychol.* 2008; 59: 507–536.
183. Mayer JD, Salovey P. (1997). What is emotional intelligence? In Salovey P, Sluyter D (eds). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications.* New York: Basic Books; 1997.
184. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Models of Emotional Intelligence. In Sternberg R (ed). *Handbook of Intelligence.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000.
185. McCutcheon VV, Agraval A, Heath AC, Edenberg HJ, Hesselbrock VM, Schuckit MA, Kramer JR, Bucholz KK. Functioning of Alcohol Use Disorder Criteria among Men and Women with Arrests for Driving Under the Influence of Alcohol. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011. // <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2011.01550.x/full> (sk.25.06.2011.)
186. McDermut W, Miller IV, Brown RA. The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical. *Clin Psychol - Sci Pr.* 2001; 98–116.
187. McGue M, Slutske W, Iacono WG. Personality and substance use disorders: Alcoholism versus drug use disorders. *J Consult Clin Psychol.* 1999; 67(3): 394–404.
188. McKellar JD, Harris AH, Moos RH. Patients' abstinence status affects the benefits of 12-step self-help group participation on substance use disorder outcomes. *Drug Alcohol Depen.* 2009; 99: 115–122.
189. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *J Am Med Assoc.* 2000; 284: 1689–1695.
190. McMenamin D, Warren M, Tyrfingsson T, Hansdóttir I, Dermatis H, Galanter M, McMahon C. Alcoholics Anonymous and the Minnesota Model of treatment in Iceland. *Subst Abus.* 2011; 32(1): 36–39.
191. Meade M, Slesnick N. Ethical considerations for research and treatment with runaway and homeless adolescents. *JPsychol.* 2002; 136: 449–463.
192. Meier M, Woywodt A, Hoeper MM, Schneider A, Manns MP, Strassburg CP. Acute liver failure: a message found under the skin. *Postgrad Med J.* 2005; 81(954): 269–270.

193. Mertens J, Weisner C. Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in an HMO. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000; 24: 1525–1533.
194. Mestre MV, Samper P, Frias MD, Tur AM. Are women more empathetic than men? A longitudinal study in adolescence. *Span J Psychol*. 2009; 12(1): 78–83.
195. Miller WR, Hester RK. Treating alcohol problems: Toward an informed eclecticism. In Hester R, Miller W (eds). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, 3rd ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
196. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*. 2009; 64: 527–537.
197. Miller WR, Walter ST, Bennett ME. How effective is alcoholism treatment in the United States? *J Stud Alcohol*. 2001; 62(2): 211–220.
198. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*. 2002; 97: 265–277.
199. Minami T, Davies D, Tierney SC, Bettmann JE, McAward SM, Averill LA, Huebner LA, Weitzman LM, Benbrook AR, Serlin RC, Wampold BE. Preliminary evidence on the effectiveness of psychological treatments delivered at a university counseling center. *J Couns Psychol*. 2009; 56(2): 309–320.
200. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane DB Syst Rev*. 2006; 25(1): CD001333.
201. MK lēmums Nr.559 par „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programma 2005.–2008. gadam”. 2005. // http://www.likumi.lv/doc.php?id=114694&version_date=17.08.2005 (sk.23.05.2012.)
202. MK noteikumi Nr.70. 2012. // <http://www.likumi.lv/doc.php?id=243233&from=off> (sk.27.06.2012.)
203. MK rīkojuma projekta anotācija, 2010. www.mk.gov.lv/doc/2005/VMAnot_230210_Rindzele.289.doc (sk.23.05.2012.)
204. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59: 77–84.

205. Monras M, Mondon S, Jou J. Assessing coping strategies in alcoholics: Comparison while controlling for personality disorders, cognitive impairment and benzodiazepine misuse. *Adicciones*. 2010; 22 (3): 191–197.
206. Morgenstern J. Effective technology transfer in alcoholism treatment. *Subst Use Misuse*. 2000; 35(12–14): 1659–1678.
207. Morgenstern J, Bux DA, Labouvie E, Morgan T, Blanchard KA, Muench F. Examining mechanisms of action in 12-step community outpatient treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2003; 72: 237–247.
208. Moselhy HF, Georgiou G, Kahn A. Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol Alcoholism*. 2001; 36: 357–368.
209. Moyer A, Finney JW. Randomized versus nonrandomized studies of alcohol treatment: participants, methodological features and posttreatment functioning. *J Stud Alcohol*. 2002; 63(5): 542–550.
210. Murgraff V, Abraham Ch, McDermott M. Reducing friday alcohol consumption among moderate, women drinkers: evaluation of a brief evidence-based intervention. *Alcohol Alcoholism*. 2007; 42(1): 37–41.
211. Myers PL, Salt NR. *Becoming an addictions counselor: a comprehensive text*, 2nd ed. New York: Jones & Bartlett Publishers, Inc; 2007.
212. Nacionālais veselības dienests (NVD). *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2010. Veselības aprūpes resursi*. Rīga; 2010a. // <http://vec.gov.lv/uploads/files/4ece4108631c1.pdf> (sk. 3.06.2012.)
213. Nacionālais veselības dienests (NVD). *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2010. Stacionārā medicīniskā palīdzība*. Rīga; 2010b. // <http://vec.gov.lv/uploads/files/4eaabcfad7c11.pdf> (sk. 3.06.2012.)
214. Nacionālais veselības dienests (NVD). *Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2010.gadā*. Tematisks ziņojums. 19. izdevums. Rīga; 2011. // <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4efb4ee84b928.pdf> (sk. 7.07.2012.)
215. Nacionālais veselības dienests (NVD). *Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū, 2011. Analītisks pārskats*. Rīga; 2012. // <http://vec.gov.lv/uploads/files/4f7165d1500fb.pdf> (sk. 27.06.2012.)

216. Nacionālais veselības dienests (NVD). *Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze*. // <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/arstnieciba-izmantojamo-medicinisko-tehnologiju-datu-baze> (sk. 2.04.2012.)
217. Nagel BJ, Schweinsburg AD, Phan V, Tapert SF. Reduced hippocampal volume among adolescents with alcohol use disorders without psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.* 2005; 139: 181–190.
218. Narkoloģijas valsts aģentūra (NVA). *Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas*. Rīga; 2005.
219. Nehra DK, Sharma V, Mushtaq H, Sharma NR, Sharma M, Nehra Sh. Emotional intelligence and self-esteem in cannabis abusers. *J Ind Acad Appl Psychol.* 2012; 38 (2): 385–393.
220. Nelis D, Quoidbach J, Mikolajczak M, Hansenne M. Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Pers Indiv Differ.* 2009; 47: 36–41.
221. Newman BM, Newman PR. *Development through life: A psychosocial approach*, 9th ed. London: Thomas Wadsworth; 2006.
222. Niedre A, Straziņš J. *Narkomānija un toksikomānija*. Rīga: Avots; 1990.
223. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24: 981–1010.
224. Nolen-Hoeksema S, Hilt L. Possible Contributors to the Gender Differences in Alcohol Use and Problems. *J Gen Psychol.* 2006; 133(4): 357–374.
225. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet.* 2010; 376: 1558–1565.
226. Ogborne AC, DeWit DJ. Lifetime use of professional and community services for help with drinking: results from a Canadian population survey. *J Stud Alcohol.* 1999; 60: 867–872.
227. Ogborne AC, Smart RG. Cannabis users in the general Canadian population. *Subst Use Misuse.* 2000; 35: 301–311.
228. Orosova O, Gajdošova B. The association of social intelligence factors, normative expectations, and perceived accessibility with legal drug. *Adiktologie.* 2009; 9(4): 204–211.

229. Oscar-Berman M, Marinkovic K. Alcoholism and the brain: an overview. *Alcohol Res Health*. 2003; 27: 125–133.
230. O'Shea B. Disulfiram revisited. *Hosp Med*. 2000; 61: 849–851.
231. Osis G. *Narkoloģija vispārējās prakses ārstiem*. Rīga: SIA "TRIO-J"; 2006.
232. Ouimette P, Humphreys K, Moos RH, Finney JW, Cronkite R, Federman B. Self-help group participation among substance use disorder patients with posttraumatic stress disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2001; 20(1): 25–32.
233. Oushakine SA. The Quantity of Style. *Theor CultSoc*. 2000; 17(5): 97–120.
234. Palmer BR, Manocha R, Gignac G, Stough, C. Examining the factor structure of Bar-On Emotional Quotient Inventory with an Australian general population sample. *Pers Indiv Differ*. 2003; 35: 1191–1210.
235. Pedrero-Perez EJ, Rojo-Mota G, Ruiz-Sanchez de Leon JM, Llanero-Luque M, Puerta-Garcia C. Cognitive remediation in addictions treatment. *Rev Neurol*. 2011; 52(3): 163–172.
236. Pelissier B. Gender differences in substance use treatment entry and retention among prisoners with substance abuse histories. *Am J Public Health*. 2004; 94: 1418–1424.
237. Perry C, Ball I. Emotional intelligence and teaching: Further validation evidence. *IssEducRes*. 2005; 15: 1–14.
238. Peterson K, Malouff J, Thorsteinsson EB. A Meta-Analytic Investigation of Emotional Intelligence and Alcohol Involvement. *Subst Use Misuse*. 2011; 46(14): 1726–1733.
239. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 504–514.
240. Plant MA, Plant ML, Miller P, Gmel G, Kuntsche S. The Social Consequences of Binge Drinking: A Comparison of Young Adults in Six European Countries. *J Addict Dis*. 2009; 28(4): 294–308.
241. Poikolainen K. Ecstasy and the antecedents of illicit drug use, Anxiety and depression may be risk factors for using ecstasy. *BMJ*. 2006; 332: 803–804.
242. Prat G, Adan A, Sanchez-Turet M. Alcohol hangover: a critical review of explanatory factors. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2009; 24: 259–267.

243. Prochaska JM, Prochaska JO, Cohen FC, Gomes SO, Laforge RG, Eastwood AL. The transtheoretical model of change for multi-level interventions for alcohol abuse on campus. *J Alcohol Drug Educ.* 2004; 3: 34–50.
244. Proudfoot H, Teesson M. Who seeks treatment for alcohol dependence? Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psych Psych Epid.* 2002; 37: 451–456.
245. Pupelis G. Aizkuņģa dziedzeru iekaisums: akūtas un hroniskas gaitas īpatnības. *Gastroenteroloģijas Aktualitātes.* 2002; 8: 40–47. // <http://www.gastroenterologs.lv/lv/zurnals/aizkunga-dziedzera-iekaisums-akutas-un-hroniskas-gaitas-ipatnibas.html> (sk. 30.05.2011.)
246. Raikhel E. Post-soviet placebos: epistemology and authority in Russian treatments for alcoholism. *Cult Med Psychiatry.* 2010; 34(1): 132–168.
247. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems.* London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006. // http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_review_of_the_effectiveness_of_treatment_for_alcohol_problems_fullreport_2006_alcohol2.pdf (sk.11.01.2011.)
248. Rapley T, May C, Kaner EF. Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Soc SciMed.* 2006; 63(9): 2418–2428.
249. Raz A, Raikhel E, Anbar RD. Placebos in Medicine: Knowledge, Beliefs, and Patterns of Use. *McGill J Med.* 2008; 11(2): 206–211.
250. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009; 373: 2223–2233.
251. Rehm J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug Alcohol Rev.* 2006;25: 503–513.
252. Rice FP, Dolgin KG. *The adolescent: Development, relationships and Culture*, 12th ed. Boston: Pearson Education, Inc; 2008.
253. Riley H, Schutte NS. Low Emotional Intelligence as a Predictor of Substance-use Problems. *J Drug Educ.* 2003; 33: 391–398.
254. Rjazancevs V. *Alkoholisma psihoterapija un deontoloģija.* Rīga: Zvaigzne; 1989.

255. Robbins TW, Ersche KD, Everitt BJ. Drug Addiction and the Memory Systems of the Brain. *AnnNY Acad Sci*. 2008; 1141: 1–21.
256. Roizen R. How Does the Nation's 'Alcohol Problem' Change from Era to Era?: Stalking the Social Logic of Problem Definition Transformations since Repeal. In Tracy S, Acker CJ (eds). *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-2000*. Boston: University of Massachusetts Press; 2004.
257. Roothman B, Kirsten DK, Wissing MP. Gender differences in aspects of Psychological well-being. *S Afr J Psychol*. 2003; 33(4):212–218.
258. Roozen HG, de Waart R, van der Windt DA, van den Brink W, de Jong CA, Kerkhof AJ. A systematicreview of the effectiveness of naltrexone in the maintenancetreatment of opioid and alcoholdependence. *Eur Neuropsychopharm*. 2004; 16(5):311–323.
259. Rossouw A. *The relationship between psychosocial health and emotional intelligence*. Dissertation in Industrial and Organizational Psychology. University of South Africa; 2008. // <http://uir.unisa.ac.za/xmlui/bitstream/handle/10500/1330/dissertation.pdf?sequence=1> (sk.5.08.2012.)
260. Sabiedrības Veselības aģentūra (SVA), LR Veselības Ministrija (VM). *Pētījums par alkohola lietošanu saistībā ar traumatismu un vardarbību*. Rīga; 2008.
261. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *ImaginCogn Personal*. 1990; 9: 185–211.
262. Salovey P, Mayer JD, Caruso D. The positive psychology of emotional intelligence. In Snyder CR, Lopez SJ (eds.) *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press; 2002.
263. Satre DD, Knight BG, Dickson-Fuhrmann E, Jarvik LF. Predictors of alcohol-treatment seeking in a sample of older veterans in the GET SMART program. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51: 380–386.
264. Schade A, Marquenie LA, Van Balkom AJ, Koeter MW, De Beurs E, Van Den Brink W, Van Dyck R. Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders: a

- comparison between comorbid patients, pure alcohol-dependent and pure phobic patients. *Alcohol Alcoholism*. 2004; 39: 241–246.
265. Scheier LM, Botvin GJ, Diaz T, Griffin KW. Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *J Drug Educ*. 1999; 29(3): 251–278.
 266. Schober R, Annis HM. Barriers to help-seeking for change in drinking: a gender-focused review of the literature. *Addict Behav*. 1996; 21: 81–92.
 267. Schoenbaum G, Shaham Y. The Role of Orbitofrontal Cortex in Drug Addiction: A Review of Preclinical Studies. *Biol Psychiat*. 2008; 63(3): 256–262.
 268. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L. Development and Validation of a Measure of Emotional Intelligence. *Pers Indiv Differ*. 1998; 25: 167–177.
 269. Schutte NS, Malouff JM, Hine DW. The association of ability and trait emotional intelligence with alcohol problems. *Addict Res Theory*. 2011; 19(3): 260–265.
 270. Schutte NS, Malouff JM, Simunek M, McKenley J, Hollander S. Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition Emotion*. 2002; 16(6): 769–785.
 271. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010; 65: 98–109.
 272. Shin LM, Dougherty DD, Orr SP, Pitman RK, Lasko M, Macklin ML, Alpert NM, Fischman JA, Rauch SL. Activation of anterior paralimbic structures during guilt-related script-driven imagery. *Biol Psychiat*. 2000; 48(1): 43–50.
 273. Shin SS, Livchits V, Nelson AK, Lastimoso ChS, Yanova GV, Yanov SA, Mishustin SP, Connery HS, Greenfield ShF. Implementing evidence-based alcohol interventions in a resource-limited setting: novel delivery strategies in Tomsk, Russia. *Harv Rev Psychiat*. 2012; 20(1): 58–67.
 274. Silberman ML. *People smart: developing your interpersonal intelligence*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers, Inc; 2000.
 275. Silvera DH, Martinussen M, Dahl T. The Tromso Social Intelligence Scale, a self-report measure of social intelligence. *Scand J Psychol*. 2001; 42: 313–319.

276. Simpson CA, Tucker JA. Temporal sequencing of alcohol-related problems, problem recognition, and help-seeking episodes. *Addict Behav.* 2004; 27: 659–674.
277. Slaymaker VJ, Sheehan T. The impact of AA on professional treatment. *Recent Dev Alcohol.* 2008;18: 59–70.
278. Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC). *Veselības aprūpes statistika. Statistikas dati par 2011.gadu (iekļauts arī salīdzinājums ar iepriekšējiem gadiem). Mirstība.* Rīga; 2012a. // <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/> (sk.8.08.2012.).
279. Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC). *Veselības aprūpes statistika. Psihiskie un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ. Statistikas dati par 2011.gadu.* Rīga; 2012b. // <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/> (sk.8.08.2012.)
280. Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). *Stacionārā palīdzība. Statistikas dati par stacionāro gultu fondu un tā izmantošanas rādītājiem, ķirurģiskā darba rādītājiem Latvijas stacionāros un stacionāros ārstētajiem pacientiem 2011. gadā.* Rīga; 2012c. // <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/> (sk.8.08.2012.)
281. Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). *Veselības aprūpes cilvēkresursi. Statistikas dati par ārstniecības personu skaitu.* Rīga; 2012d. // <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/> (sk.12.08.2012.)
282. Smith RF. A five-year field trial of massive nicotinic acid therapy of alcoholics in Michigan. 1974. // <http://orthomolecular.org/library/jom/1974/pdf/1974-v03n04-p327.pdf> (sk.1.07.2012.)
283. Smolka MN, Kiefer F, Mann K. Advances in the treatment of alcohol dependence: pharmacological relapse prevention. *MMW Fortschritte der Medizin.* 2003; 145(3): 65–69.
284. Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal alcohol spectrum disorder. *JAMA.* 2003; 290: 2996–2999.
285. Soloff PH, Lynch KG, Moss HB. Serotonin, impulsivity, and alcohol use disorders in the older adolescent: A psychobiological study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000; 24: 1609–1619.
286. Spear LP. Alcohol's effects on adolescents. *Alcohol Res Health.* 2002; 26: 287–291.

287. Staines G, Magura S, Rosenblum A, Fong C, Kosanke N, Foote J, Deluca A. Predictors of drinking outcomes among alcoholics. *Am J Drug Alcohol Ab.* 2003; 29: 203–218.
288. Stein BD, Kogan JN, Sorbero M. Substance abuse detoxification and residential treatment among Medicaid-enrolled adults: Rates and duration of subsequent treatment. *Drug Alcohol Depen.* 2009; 104(1-2): 100–106.
289. Stein JA, Dixon EL, Nyamathi AM. Effects of Psychosocial and Situational Variables on Substance Abuse Among Homeless Adults. *Psychol Addict Behav.* 2008; 22 (3): 410–416.
290. Steinberg EP, Luce BR. Evidence based? Caveat emptor! *Health Affairs (Millwood).* 2005; 24: 80–92.
291. Stenbacka M. The role of competence factors in reducing the future risk of drug use among young Swedish men. *Addiction.* 2000; 95(10): 1573–1581.
292. Stewart D, Gossop M, Trakada K. Drug dependent parents: Childcarer responsibilities, involvement with treatment services, and treatment outcomes. *Addict Behav.* 2007; 32: 1657–1668.
293. Stirna A(red). *Atkarība no alkohola. Narkoloģija.* Rīga: Medicīnas apgāds; 2008.
294. Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Tritt D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggress Violent Beh.* 2004; 10: 65–98.
295. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģijas pacientu izmantoto palīdzības veidu un to efektivitātes pašnovērtējums. *RSU Zinātniskie raksti*, 1.sēj. Rīga: RSU; 2010.
296. Suh JJ, Pettinati HM, Kampman KM, O'Brien ChP. The status of disulfiram: a half of a century later. *J Clin Psychopharm.* 2006; 26(3): 290–302.
297. Takeuchi H, Taki Y, Sassa Y, Hashizume H, Sekiuchi A, Nagase T, Nouchi R, Fukushima A, Kawashima R. White matter structures associated with emotional intelligence: Evidence from diffusion tensor imaging. *Hum Brain Mapp.* 2011; doi: 10.1002/hbm.21492.
298. Tang Y, Wiste A, Mao P, Hou Y. Attitudes, knowledge, and perceptions of Chinese doctor toward drug abuse. *J Subst Abuse Treat.* 2005; 29(3): 215–220.

299. Tatarsky A. Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2003; 25: 249–256.
300. Teesson M, Baillie A, Lynskey M, Manor B, Degenhardt L. Substance use, dependence and treatment seeking in United States and Australia: A cross-national comparison. *Drug Alcohol Depen.* 2006; 81: 149–155.
301. Thorberg FA, Lyvers M. Negative Mood Regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict Behav.* 2006; 31: 811–820.
302. Toussaint L, Webb IR. Gender Differences in the Relationship between Empathy and Forgiveness. *J Soc Psychol.* 2005; 145(6): 673–685.
303. Tonigan JS, Bogenschutz MP, Miller WR. Is alcoholism typology a predictor of both Alcoholics Anonymous affiliation and disaffiliation after treatment? *J Subst Abuse Treat.* 2006; 30: 323–330.
304. Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *J Subst Abuse Treat.* 2004; 26: 237–242.
305. Vaillant G. Secrets and lies: comments on Dawson et al. (2005). *Addiction.* 2005; 100(3): 294–298.
306. Vanagas G, Padaiga Z, Subata E. Economic efficiency of methadone maintenance and factors affecting it. *Medicina (Kaunas).* 2004; 40(7): 607–613.
307. Van den Brink W, Goppel M, van Ree JM. Management of opioid dependence. *Curr Opin Psychiatry.* 2003; 16: 297–304.
308. Van den Brink W, Haasen C. Evidence-based treatment of opioid-dependent patients. *Can J Psychiat.* 2006; 51: 635–646.
309. Vannicelli M. A dualistic model for group treatment of alcohol problems: abstinence-based treatment for alcoholics, moderation training for problem drinkers. *Int J Group Psychoth.* 2002; 52: 189–213.
310. Van Rooy DL, Alonso A, Viswesaran C. Group differences in emotional intelligence scores: Theoretical and practical implications. *Pers Individ Differ.* 2005; 38(3): 689–700.

311. Van Wormer K, Davis DR. *Addiction treatment: A strengths perspective*, 2nd ed. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2008.
312. Vasilova K, Baumgartner F. *Why is Social Intelligence Difficult to Measure?* 2005. // http://www.saske.sk/cas/archiv/4-2005/studia_vasilova-baumgartner.html (sk.25.06.2010.)
313. Verdejo-Garcia A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav R.* 2008; 32: 777–810.
314. Veselības ekonomikas centrs (VEC). *Psihiskie un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ. Statistikas dati par pacientu skaitu sadalījumā reģioniem, diagnožu grupām, dzimuma un vecuma grupām 2009. un 2010. gadā.* Rīga; 2010a. // <http://vec.gov.lv/lv/33-statistika/statistikas-dati-par-2010gadu-ieklaufs-ari-salidzinajums-ar-ieprieksejiem-gadiem> (sk.2.11. 2011.)
315. Veselības ekonomikas centrs (VEC). *Stacionārā palīdzība. Statistikas dati par stacionāro gultu fondu un tā izmantošanas rādītājiem, ķirurģiskā darba rādītājiem Latvijas stacionāros un stacionāros ārstētajiem pacientiem 2010.gadā.* Rīga; 2010b. // <http://vec.gov.lv/uploads/files/4ecfde217b8b5.pdf> (sk. 3.06.2012.)
316. Veselības Norēķinu centrs (VNC). *2006.gada 19. decembra Ministru kabineta noteikumi Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”.* // <http://www.vnc.gov.lv/lat/veseliba/Kovalstsneapmaks/> (sk. 19.04.2011.)
317. Wagner FA, Anthony JC. Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine. *Am J Epidemiol.* 2002; 155: 918–925.
318. Walitzer KS, Dearing RL. Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26(2): 128–148.
319. Walter H, Gutierrez K, Ramskogler K, Hertling I, Dvorak A, Lesch OM. Gender-specific differences in alcoholism: implications for treatment. *Arch Women Ment Health.* 2003; 6(4): 253–258.
320. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus H, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005a; 62: 603–613.

321. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus H, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2005b; 62: 629–640.
322. Wedham EF, Bigelow GE, Johnson RE, Nuzzo PA, Haigney MCP. QT-Interval effects of methadone, levomethadyl, and buprenorphine in a randomized trial. *Arch Intern Med*. 2007; 167: 2469–2475.
323. Weisner C, Matzger H, Kaskutas LA. How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*. 2003b; 98: 901–911.
324. Weisner C, Mertens J, Tam T, Moore C. Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction*. 2001; 96: 705–716.
325. Weisner C, Matzger H, Tam T, Schmidt L. Who goes to alcohol and drug treatment? Understanding utilization within the context of insurance. *J Stud Alcohol*. 2002; 63: 673–682.
326. Weisner C, Ray GT, Mortens JR, Satre DD, Moore C. Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug Alcohol Depen*. 2003a; 71: 281–294.
327. Wilsnack RW, Wilsnack ShC, Kristjanson AF, Vogeltanz-Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction*. 2009; 104 (9): 1485–1500.
328. Wilson A, Blanchard R, Davidson W, McRea L, Maini K. Disulfiram implantation: a dose response trial. *J Clin Psychiat*. 1984; 45(6): 242–247.
329. Witkiewitz K. Defining Relapse from a Harm Reduction Perspective. *J Evid-Bas Soc Work*. 2005; 1–2: 191–206.
330. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *Am Psychol*. 2004; 59: 224–235.
331. World Health Organization (WHO). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. // http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ (sk.14.08.2012).
332. World Health Organization (WHO). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization; 2004.

333. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life.* // www.who.int/whr/2002/media_centre/en/whr02_maps_en.pdf (sk.21.04.2010.)
334. Wu LT, Ringwalt CL, Williams CE. Use of substance abuse treatment services by persons with mental health and substance use problems. *Psychiatr Serv.* 2003; 54: 363–369.
335. Yalom I, Leszcz M. *The Theory and Practice of Group Therapy*, 5th ed. New York: Basic Books; 2005.
336. Yan YQ, Liu YY, Zeng YF, Cui YW, Lei JW, Wang ZZ. Evaluation of effectiveness of integrated intervention program in improving drug addicts' psychological health. *Biomed Environ Sci.* 2008; 21: 75–84.
337. Yu J, Evans PC, Perfetti L. Attitudes towards seeking treatment among alcohol-using college students. *Am J Drug Alcohol Ab.* 2003; 29: 671–690.
338. Yücel M, Lubman DI, Solowij N, Brewer WJ. Understanding Drug Addiction: a neuropsychological perspective. *Aust NZ J Psychiat.* 2007; 41(12): 957–968.
339. Zanis DA, Coviello D, Alterman AI, Appling ShE. A community-based trial of vocational problem-solving to increase employment among methadone patients. *J Subst Abuse Treat.* 2001; 21: 19–26.
340. Zilberman M, Tavares H, El-Guebaly N. Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol- and other substance-related disorders. *J Addict Dis.* 2003; 22(4): 61–74.
341. Иванец НН. *Современная концепция терапии наркологических заболеваний. Лекции по наркологии.* Под ред. Иванца НН. Москва: Медпрактика; 2001.
342. Литвиненко ВИ. *Альтернативные центры реабилитации наркозависимости в Украине.* Полтава, 2000. // www.psychiatry.org.ua/cgi-bin/search.cgi?wm=beg&q=%EA%EE%E4%E8%F0%EE%E2%E0%ED%E8%E5 (sk.18.04.2010.)
343. Менделевич ВД. *Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небыстречность процедур.* *Наркология.* 2005; 5(1).
344. Мирошниченко ЛД, Пелипас ВЕ. *Наркологический энциклопедический словарь.* Москва: Анахарсис; 2001.

345. Рожнов ВЕ, Бурно МЕ. Система эмоционально-стрессовой психотерапии больных алкоголизмом. *Советская Медицина*. 1987; 8: 11–15.
346. Рохлина МЛ, Козлов АА. *Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение*. Москва: Анахарсис; 2001.
347. Слабунов ОС. Пути повышения эффективности стрессопсихотерапии алкоголизма. *Медицинские исследования*. 2001; 1(1): 132.
348. Софронов АГ. Актуальные проблемы развития отечественной наркологии. *Наркология*. 2003; 3: 2–6.
349. Чепурная О, Эткинд А. Инструментализация смерти. Уроки антиалкогольной терапии. *Отечественные Записки*. 2006; 27(2): 201–213. // <http://www.narcom.ru/publ/info/726>. (sk.27.06.2012.).

PUBLIKĀCIJAS UN ZIŅOJUMI PAR PĒTĪJUMA TĒMU

Publikācijas starptautiskos recenzējamos izdevumos

1. Sudraba V, Rancans E, Millere I. The Emotional Intelligence Features of Substance Use Disorders Patients: Pilot research Results. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*. 2012; 4(5): 485–501.
2. Sudraba V, Millere I, Rancans E. Substance use disorder patients' attitude towards treatment with psychotherapy and self-help groups. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*. 2012; 4(7): 1382–1391.
3. Sudraba V, Millere I, Rancans E. The Effectiveness of Self-Help Groups and Psychotherapy: Substance Use Disorders Patients Self-Assessment. *Medicina (Kaunas)*. 2012; 48(10): 544–551.

Publikācijas RSU Zinātnisko rakstu krājumā

1. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģiskās palīdzības veidu un to efektivitātes vērtējums pacientu skatījumā. *RSU Zinātniskie raksti*. 2010.gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas. Rīga: RSU. 1.sējums: 43.–53.lpp.
2. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģiskā situācija Latvijā ārstu skatījumā. *RSU Zinātniskie raksti*. 2011.gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas. Rīga: RSU. 1.sējums: 175.–182.lpp.
3. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģiskā palīdzība valstī dažādu Latvijas reģionu ārstu vērtējumā. Raksts iesniegts *RSU 2012. gada Zinātnisko rakstu krājumam*.

Publikācijas starptautisko konferenču *Proceedings* krājumā

1. Sudraba V, Rancans E, Dave V. Awareness of doctors of health care and possible therapy methods for dependant patients in Latvia. *SHS Web of Conferences 2. Proceedings*. 3rd International interdisciplinary Scientific Conference Society. *Health. Welfare*. 1st Congress of Rehabilitation Doctors of Latvia. Rehabilitation Days, November 11–12 2010. Riga Stradiņš University, EDP Sciences. 2012; 00034, pp. 1–5. DOI: 10.1051/shsconf/20120200034.

2. Sudraba V, Martinsons K. Social intelligence indicators for addiction disorder patients. 7th Annual International Scientific Conference „*New Dimensions in the development of Society*” Proceedings. Dedicated to the anniversary of the Faculty of Social Sciences, October 6–7, 2011, Jelgava, Latvia. 2012; pp.201–214.

Tēžu publikācijas starptautiskos izdevumos un stenda referāti starptautiskās konferencēs

1. Sudraba V, Millere I, Rancans E. Social and emotional intelligence of alcohol and drug addicts patients. // *Alcoholism: Clinical& Experimental Research*. 2012; 36(s2): 102A, P042. 16th World Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism (ISBRA). Sapporo, Japan, 9–12th September 2012.
2. Sudraba V, Martinsons K, Millere I, Rancans E. Social intelligence for substance use disorders patients. *Psychology & Health*. 2012, 27(1): 334–335. 26th Conference of the European Health Psychology Society *Resilience and Health*. Prague, Czech Republic, 21st–25th August 2012.
3. Sudraba V, Rancans E, Dave V. View of doctors and patients about dependence treatment help in Latvia. // *Alcohol and Alcoholism*. Journal of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism. Abstracts ESBRA 2011. Oxford University Press. Vol. 46(1): i56. 13th Congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA). Vienna, Austria, 4–7th September 2011.
4. Sudraba V, Dave V. Attendance and effectiveness of self-help groups and psychotherapy in substance use disorders patients’ assessment. // *Alcohol and Alcoholism*. Journal of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism. Abstracts ESBRA 2011. Oxford University Press. Vol. 46(1): i54–i55. 13th Congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA). Vienna, Austria, 4–7th September 2011.
5. Sudraba V, Millere I, Rancans E. Health care and therapy possibilities for addiction patient in Latvia.// P–01–012, p.43. WFSBP Congress 2011, 10th World Congress of Biological Psychiatry, Prague, Czech Republic, 29th May – 2nd June 2011.
6. Sudraba V, Rancans E, Dave V. Self evaluating of treatment ways and their effectivity for addicted patients. // *Alcoholism: Clinical& Experimental Research*.

Current Topics and Innovations in Alcohol Research. 34(8): 165A, P304. 2010
ISBRAWorld Congress. Paris, France, September 13–16th September 2010.

7. Sudraba V, Rancans E, Millere I. Opinions about management of substance use disorders from the perspective of doctors in Latvia. // International Congress of the Royal College of Psychiatrists „*Psychiatry: medicine and the future*”. Liverpool, United Kingdom, 10–13th July 2012.
8. Sudraba V, Rancans E, Dave V. Varieties of addiction treatment and its promoted improvements: Self-evaluation of patients with substance use disorders. // Annual Symposium 2012. York, United Kingdom, 8–9th November 2012.

Mutiski ziņojumi starptautiskās konferencēs

1. Sudraba V, Martinsone K. Changes of indicators of Social Intelligence for substance use disorder patients after treatment. // Society for the Study of Addiction. Annual Symposium 2012. York, United Kingdom, 8–9th November 2012.
2. Sudraba V, Martinsone K. Changes of indicators of Social Intelligence for substance use disorder patients: before Minnesota program, after program treatment, and six months later. // 4th International Interdisciplinary Scientific Conference *Society, Health, Welfare*. Riga, 22–23th November 2012.
3. Sudraba V. The viewpoint of substance use disorder patients on the effectiveness of self-help groups and psychotherapy. // The 2nd International Postgraduate Conference „*Psychology and behavioural sciences: bringing theory into practice*”. Ciazan, Poland, 17–19th May, 2012.
4. Sudraba V, Rancans E, Millere I. The Emotional intelligence features of substance use disorders patients: pilot research results. // 5th International Online Medical Conference (IOMC 2012), 3rd–4th March 2012.
5. Sudraba V, Millere I, Rancāns E, Dāve V. Latvijas ārstu viedoklis par narkoloģisko aprūpi un palīdzību ekonomiskās krīzes periodā. 46.–47.lpp. // International interdisciplinary scientific conference „Crisis and its management capabilities”. Riga, 4–5th March 2011.

6. Sudraba V, Dave V. Narcological help from the viewpoint of Latvian doctors and patients.// 1st International Health Science Conference. Kaunas, Lithuania, 26–28th May 2011.
7. Sudraba V, Martinsone K. Social intelligence indicators for addiction disorder patients. // 7th Annual International Scientific Conference” New Dimensions in the development of Society”. Jelgava, Latvia, 6–7th October 2011.
8. Sudraba V. The Emotional intelligence features of narcological profile patients: Pilot research project results. // 14th conference of “*Bridging Eastern and Western Psychiatry*”. Jurmala, Latvia, 10–13th June 2011.
9. Sudraba V, Rancans E, Dave V, Pelne-Berzina I. Awareness of doctors of health care and possible therapy methods for dependant patients in Latvia. // 3rd International Interdisciplinary Scientific Conference „*Society, Health, Welfare*”. Riga, 11–12th November 2010.
10. Sudraba V, Pelne-Berzina I. Models of narcological help and their effectivity: self-evaluation of patients.// 13th conference of “*Bridging Eastern and Western Psychiatry*”. Kyiv, Ukraine, 10–13th June 2010.

Mutiski ziņojumi konferencēs Latvijā

1. Sudraba V, Millere I, Rancāns E. Dažādu Latvijas reģionu ārstu skatījums uz narkoloģisko situāciju valstī. // 2012.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2012.gada 29.– 30. marts.
2. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģiskās ārstēšanas metodes dažādu specialitāšu ārstu skatījumā. // 2012.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2012.gada 29.– 30. marts.
3. Sudraba V, Mārtinsone K. Sociālā intelekta rādītāji narkoloģiskiem pacientiem. // 2012.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2012.gada 29.– 30. marts.
4. Gravins V, Sudraba V. Psihotiski traucējumi alkohola atkarības pacientiem, hospitalizētiem Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra Narkoloģiskās palīdzības dienestā 2010. gadā. // 2012.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2012.gada 29.– 30. marts.

5. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Latvijas ārstu viedoklis par narkoloģisko palīdzību, tās trūkumiem un nepieciešamiem uzlabojumiem. // 2011.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2011.gada 14.–15. aprīlis.
6. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Pašpalīdzības grupu un psihoterapijas apmeklētība un efektivitāte narkoloģisko pacientu pašnovērtējumā. // 2011.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2011.gada 14.–15. aprīlis.
7. Sudraba V, Rancāns E, Millere I, Pūce S. Narkoloģiskā palīdzība Latvijas ārstu un pacientu skatījumā. // 2011.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2011.gada 14.–15. aprīlis.
8. Pūce S, Rancāns E, Sudraba V. Psiholoģiskās izglītošanas nozīme garīgi slimo pacientu ārstēšanā. // 2011.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2011.gada 14.–15. aprīlis.
9. Sudraba V, Rancāns E, Pūce S. Ārstu informētība par narkoloģisko palīdzību Latvijā: pilotpētījuma rezultāti. // 2010.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2010.gada 18.–19. marts.
10. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģijas pacientu izmantoto palīdzības veidu un to efektivitātes pašnovērtējums: pilotpētījuma rezultāti. // 2010.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2010.gada 18.–19. marts.
11. Pūce S, Rancāns E, Sudraba V, Kozlovskā M. Psiholoģiskās izglītošanas pieredze garīgi slimo pacientu ārstēšanā. // 2010.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2010.gada 18.–19. marts.

Stenda referāti konferencēs Latvijā

1. Sudraba V, Rancāns E, Pūce S. Minesotas programmas loma ķīmiski atkarīgo atveseļošanā. // 6.Latvijas ārstu kongress. Rīga, 2009.gada 19.–21.jūnijs.

Publikācijas citos izdevumos

1. Судраба ВВ, Ранцан ЭА, Миллере ИК. Посещаемость и эффективность психотерапии и групп самопомощи– взгляд наркологических пациентов.178–180 стр.Под ред. С.А. Осиповой, В.И. Курпатова. *Современные методы психотерапии: материалы ежегод. научно-практического симпозиума*. СПб. мед. акад. последипл. образ. – Санкт-Петербург: СПбМАПО, 2011.–220 стр.

PATEICĪBAS

Vēlos izteikt pateicību visiem cilvēkiem, kuri ar savu atbalstu, iedrošinājumu un vērtīgajiem padomiem veicināja manu profesionālo un personīgo izaugsmi šī promocijas darba izstrādes laikā.

Vislielāko cieņu un pateicību vēlos paust darba vadītājiem – profesora p.i. Ingai Millerei un profesoram Elmāram Rancānam. Paldies par iedziļināšanos tēmas izstrādes procesā, pastāvīgo atbalstu, iedrošinājumu un ticību gan pētnieciskajai idejai, gan maniem spēkiem to realizēt.

Pateicība Fizikas katedras lektoram Oskaram Rasnačam par konsultācijām datu apstrādes procesā, kas būtiski palīdzēja attīstīt strukturētu pētniecisko skatījumu uz ievāktajiem datiem.

Liels paldies asociētai profesorei Kristīnei Mārtinsonei par nenovērtējamu palīdzību metodoloģijas jautājumos, kā arī par saņemto atbalstu un iedrošinājumu.

Pateicība profesoram Jānim Vētram par darba recenzēšanu, vērtīgiem norādījumiem un ieteikumiem.

Paldies LU profesorei Malgožatai Raščevskai par iespēju izmantot Bar-Ona Emocionālā intelekta aptauju savā pētījumā.

Sirsnīgs paldies manām darba kolēģēm – dakterei Venitai Dāvei, psiholoģei Aijai Lukstraupei, psihologa asistentei Žannai Grundānei – par milzīgo, draudzīgo atbalstu, par pacietību.

Liels paldies LU Psiholoģijas doktorantūras Klīniskās psiholoģijas apakšnozares doktorantei Jeļenai Koļesņikovai par atbalstu un padomiem, diskutējot par pētījuma projekta būtību, statistikas metodēm.

Pateicība Liepājas reģionālās slimnīcas narkoloģei Jeļenai Sorokinai un internistam Romānam Galuzo par nesavtīgo palīdzību datu vākšanas procesā.

Mīļš paldies manam vīram Andrim par uzņēmīgu, pacietīgu un kvalitatīvu palīdzību datu ievadīšanas procesā, kā arī par sapratni, ticību maniem spēkiem, kas ļāva nezaudēt drosmi un apņēmību pētījuma izstrādes laikā.

Bez jums visiem paveiktais nebūtu iespējams. Paldies!

PIELIKUMI

1.pielikums

Alkohola un narkotiku lietošanas sabiedrībai nevēlamās sekas Latvijā (CSP dati, 2011; SPKC, 2012a)

	2008	2009	2010	2011
Psihoaktīvo vielu lietošanas radītu psihisku un uzvedības traucējumu rezultātā mirušo skaits (iekavās - uz 100 000 iedzīvotājiem)	95 (4,2)	103 (4,6)	120 (5,4)	178 (8,6)
Alkohola izraisītu aknu slimību dēļ mirušo skaits (iekavās - uz 100 000 iedzīvotājiem)	100 (4,4)	156 (6,9)	175 (7,8)	150 (7,3)
Nejaušas ar alkoholu saindēšanās dēļ mirušo skaits (iekavās - uz 100 000 iedzīvotājiem)	141 (6,2)	176 (7,8)	125 (5,6)	83 (4,0)
Alkohola reibumā izraisīto ceļu satiksmes negadījumu skaits	558	347	334	381
satiksmes negadījumos bojā gājušo skaits	79	45	28	29
satiksmes negadījumos ievainoto cilvēku skaits	698	445	415	459
Kumulatīvais reģistrētais HIV inficēšanās gadījumu skaits	4339	4614	4888	5189
no inficējušos kopskaita - AIDS stadijā	732	831	960	1064
no tiem miruši	240	309	366	437

Veidlapa Nr E-9 (2)

RSU ĒTIKAS KOMITEJAS LĒMUMS

Rīga, Dzirciema iela 16, LV-1007
Tel.67409137

Komitejas sastāvs	Kvalifikācija	Nodarbošanās
1. Asoc. prof. Olafs Brūvers	Dr.miss.	teologs
2. Profesore Vija Sīle	Dr.phil.	filozofs
3. Asoc. prof. Voldemārs Arnis	Dr.biol.	rehabilitologs
4. Docente Santa Purviņa	Dr.med.	farmakologs
5. Profesore Regīna Kleina	Dr.med.	patanatoms
6. Asoc. prof. Guntars Pupelis	Dr.med.	ķirurgs

Pieteikuma iesniedzējs: Velga Sudraba
RSU Doktorantūras nodaļa

Pētījuma nosaukums: Narkoloģisko pacientu aprūpe un terapijas iespējas Latvijā.

Iesniegšanas datums: 20.11.2009.

Pētījuma protokols:

(X) Pētījuma veids: anketēšana

(X) Pētījuma populācija: narkoloģiskā profila pacienti un narkoloģisko dienestu ārsti

(X) Informācija par pētījumu:

(X) Piekrišana dalībai pētījumā:

Ētiska aspekta ieteikums: Nepieciešams iesniegt atļaujas no iestādēm, kurās paredzēts veikt pētījumu

Citi dokumenti:

1. Anketas paraugi
2. Tromso sociālā intelekta skala
3. Bar-ona emocionālās inteligences tests
4. Stresa pārvarēšanas veidi

Lēmums: piekrist biomedicīniskajam pētījumam, pēc papildinājumu iesniegšanas

Komitejas priekšsēdētājs Olafs Brūvers

Tituls: Dr.miss., asoc.prof.

Paraksts




Papildinājumi saņemti!
Olaf Brūvers
07.01.2010.

Ētikas komitejas sēdes datums: 26.11.2009.

Alkohola intoksikācijas un pagīru simptomi (pēc Prat et al., 2009)

Konstitucionālie	Veģetatīvie
distress nogurums, nespēks vājums slāpes, sausa mute	tahikardija paaugstināts asinsspiediens sirdsklauves tremors
Gastrointestinālie	Nociceptīvie
slikta dūša caureja vemšana apetītes zudums sāpes epigastrijā	sāpes krampji muskuļos galvassāpes
Kognitīvie	Sensorie uztveres
pazemināta uzmanība pazemināta koncentrēšanās pazemināta tūlītējā un īslaicīgā atmiņa psihomotoro spēju deficīts	fotojūtīgums audiojūtīgums reibonis nistagms
Miega	Psihopatoloģiskie
pieaug lēno viļņu miegs samazinās REM laiks samazinās kopējais miega laiks	aizkaitināmība depresija trauksme

REM- ātrās acu kustības

**Psihoaktīvo vielu sistemātiskas lietošanas radītās sekas veselības jomā (WHO, 2004;
Osis, 2006; Stirna, 2008)**

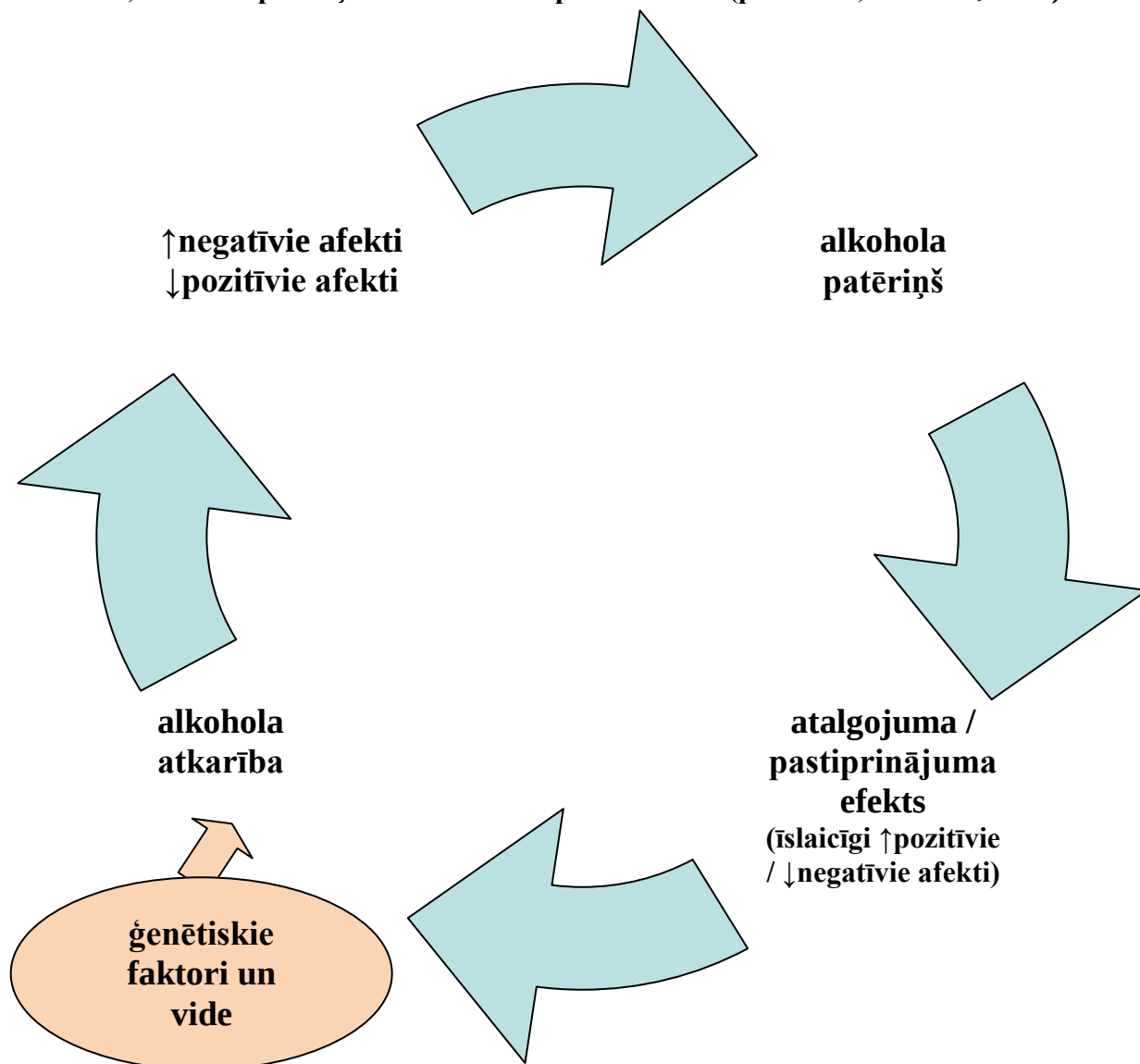
Vielā	Sistemātiskas lietošanas sekas
Alkohols	Smadzeņu bojājumi, amnestiskais sindroms, delīrijs, Parkinsona slimība, sirds un asinsvadu slimības, kardiomiopātija, gastrīts, pankreatīts, hepatīts, taukainā hepatoze, aknu ciroze, fetālais alkohola sindroms, miopātija, perifērā neiropātija, pelagra, pseido-Kušinga sindroms, cinga, tiamīna trūkuma sindroms, Vernikes encefalopātija.
Amfetamīns	Izteikta atkarība. Mentālas izmaiņas, provocē latentu psihisku slimību attīstību, personības un uzvedības izmaiņas, piemēram, impulsivitāti, agresivitāti, aizkaitināmību, aizdomīgumu, paranoīdopsihozi. Aknu bojājumi, tostarp hepatīti, sirds un asinsvadu slimības, paaugstināta uzņēmība pret infekcijām, HIV/AIDS. Bīstami grūtniecībai. Iespējama dzīvībai bīstama pārdozēšana.
Halucinogēni	Astenizācija, provocē latentu psihisku slimību attīstību, iespējama sajūtu spontāna atkārtošanās. Bīstami grūtniecībai.
Inhalanti	Aknu un nieru bojājumi, plaušu un bronhu slimības, apdegumi, demence. Ļoti bīstami grūtniecībai. Iespējama dzīvībai bīstama pārdozēšana.
Kokaīns	Izteikta atkarība. Apetītes un svara zudums, astenizācija, depresija, LORslimības, īpaši – deguna gļotādas bojājumi.
Marihuāna	Amotivācijas sindroms, astenizācija, plaušu un bronhu slimības, paaugstināta uzņēmība pret infekcijām, neauglība.
Miega līdzekļi, trankvilizatori	Izteikta atkarība ilgstoši lietojot, pat nepalielinot devas. Astenizācija, līdzsvara traucējumi, demence. Ļoti bīstami grūtniecībai. Iespējama dzīvībai bīstama pārdozēšana.
Opiāti	Īpaši augsta atkarība. Apetītes un svara zudums, paaugstināta uzņēmība pret infekcijām, HIV/AIDS, aknu bojājumi, tostarp hepatīti, vēnu tromboze, zobu bojājumi, libido traucējumi. Bīstami grūtniecībai. Iespējama dzīvībai bīstama pārdozēšana.

Uzvedības izmaiņu procesa stadijas atkarību gadījumā (Larsen, Olsen Zwisler, 2003)

Stadija	Pacienta stāvoklis	Mērķis	Palīdzība
Pirmspārdomu stadija	Pacienti noliedz, ka viņiem ir problēmas. Viņiem nav nodoma mainīt savu uzvedību, kuru viņi neuzskata par problēmu, vismaz tuvākajos 6 mēnešos. Lielākā daļa pacientu vēlas izvairīties no informācijas par PAV kaitīgo ietekmi uz viņu uzvedību. Iepriekšējo mēģinājumu negatīvā pieredze mainīt uzvedību, var padarīt tos vienaldzīgus, neieinteresētus.	Panākt dialogu ar šiem pacientiem.	Cilvēku rosina domāt par savu problemātisko uzvedību, kā tā ietekmē citus cilvēkus; mudina apzināties ieguvumus, ja mainīs dzīves veidu. Galvenais ir veicināt pašizpēti, nevis rīcību.
Pārdomu stadija	Pacienti apzinās, ka viņu uzvedība rada risku veselībai. Viņiem parādās konfliktējošas jūtas attiecībā uz viņu dzīvesveidu, jo viņi ir informēti par vairākiem riskiem, kas saistīti ar viņu uzvedību, bet vienlaikus eksistē arī apmierinājums par ieguvumiem, ko šāda uzvedība sniedz. Tātad, cilvēkiem nav skaidrs, vai viņi vēlas mainīt savu uzvedību. Viņi neplāno izmaiņas tuvākā mēneša laikā. Daudziem cilvēkiem šāda ambivalence kļūst par pastāvīgu stāvokli, kurā viņi nemitīgi apsver iespēju mainīt savu uzvedību, bet tai pat laikā viņiem nav uzņēmības, lai īstenotu pārmaiņas.	Atbalstīt šos pacientus un noskaidrot, kāda ir to motivācija	Cilvēku mudina darboties, lai mazinātu pārmaiņu uzvedības mīnus.
Sagatavošanās stadija	Pacienti spēj precīzāk paskaidrot savas vēlmes un plāno mainīt uzvedību tuvākajā nākotnē (tuvākā mēneša laikā). Viņi vēl labāk apzinās savu veselībai kaitējošo uzvedību, biežāk sāk apsvērt stratēģijas un plānus, lai pārvarētu savus ieradumus, viņi pat ir sākuši mainīt uzvedību dažos gadījumos.	Vadīt pacientu praktiskā sagatavošanā un programmas plānošanai	Šiem pacientiem jāsniedz zināšanas, koncentrējoties uz ieguvumiem, kas izriet no izmaiņām uzvedībā. Cilvēks šajā stadijā būtu jāmudina meklēt atbalstu no saviem tuvākajiem cilvēkiem, stāstot par to, ka ir gatavs veikt pārmaiņas un uzlabot savu funkcionēšanas veidu.

Rīcības stadija	Cilvēks veic konkrētas darbības savā dzīvē pēdējo 6 mēnešu laikā, lai mazinātu savu problemātisko uzvedību vai lai apgūtu jaunu, veselīgu uzvedību. Daudzi pacienti ir pārsteigti par to, ka, lai varētu pilnvērtīgi dzīvot jauno dzīvesveidu, var paiet daudzi mēneši.	Mācīt pacientam, kā realizēt jauno plānu praksē un novērst recidīvu	Cilvēks apgūst veselīga dzīvesveida ieradumus, aizstājot problemātisko uzvedību ar veselīgām, konstruktīvām uzvedības aktivitātēm, izvairās no situācijām un cilvēkiem, kuri varētu radīt kārdinājumu atgriezties pie neveselīgā dzīves veida. Atalgo sevi par veiksmīgām darbībām.
Uzturēšanas stadija	Cilvēks darbojas, lai novērstu recidīvu. Jaunais uzvedības modelis tiek iekļauts pacientu ikdienas dzīvē.	Mudināt un palīdzēt pacientiem, lai novērstu recidīvu, un koncentrēties uz priekšrocībām	Meklē atbalstu no cilvēkiem, kuriem uzticas, pavadā laiku ar tiem, kuri rīkojas un uzvedas konstruktīvi, veselīgi. Mācās tikt galā ar stresu. Ārstam jāatbalsta pacienti, liekot pievērst uzmanību jaunā dzīvesveida redzamām priekšrocībām. Jānorāda pacientam, ka, panākt ilgstošas pārmaiņas veselīgā uzvedībā, ir ilgtermiņa process, kura laikā pacientam jāturpina apzināties augsta riska situācijas, jāplāno un jāintegrē ikdienas dzīvē stratēģijas, lai izvairītos no recidīva.
Recidīvs	Tā ir regresija uz iepriekšējām stadijām. Ne visi pacienti var uzturēt savu jauno dzīvesveidu, jo ir neapmierināti, frustrēti. Daži jūtas vainīgi, un viņi neuzdrošinās apmeklēt plānotās sanāksmes, lai izvairītos no konfrontācijas. Visiem pacientiem ir nepieciešama pieņemšana un sapratne. Lielākā daļa pacientu, kuri cenšas mainīt savu dzīvesveidu, vairākkārt atgriežas dažādos modeļa posmos, pirms sasniedz ilgtermiņa pārmaiņas.	Palīdzēt atgriezties rīcības un uzturēšanas stadijā	Novērtēt recidīva izraisītājus, riska momentus. Pārskatīt motivāciju un šķēršļus. Apgūt stingrākas stresa pārvarēšanas stratēģijas.

Afektu, alkohola patēriņa un atkarības apburtais loks (pēc Koob, Le Mool, 2008)



Emocionālās regulācijas traucējumi, alkohola lietošana, nostiprināšana un alkoholisms. Saskaņā ar šo modeli, samazināts pozitīvo / palielināts negatīvo emociju stāvoklis ir gan cēlonis alkohola lietošanai, gan arī alkohola lietošanas sekas. Šis negatīvais emocionālais stāvoklis ir faktors, kas piedalās alkoholisma attīstībā un uzturēšanā.

Trīs emocionālā intelekta modeļi (Mayer et al., 2000)

<u>Jauktais modelis</u> (Goleman, 1995)	<u>Spēju modelis</u> (Mayer, Salovey, 1997)	<u>Jauktais modelis</u> (Bar – On, 1997)
<u>Definīcija</u>		
Spējas, kas raksturo emocionālo intelektu, sevī ietver paškontroli, centību un neatlaidību, un spēju motivēt sevi.	Emocionālais intelekts ir spēja uztvert emocijas, integrēt tās savā domāšanā, spēja izprast un spriest emociju iespaidā, spēja regulēt emocijas, lai veicinātu personīgo izaugsmi.	Emocionālais intelekts ir nekognitīvu spēju, kompetenču un prasmju kopums, kas ietekmē cilvēka spējas gūt sekmes un spējas tikt galā ar apkārtējo apstākļu prasībām un spiedienu.
<u>Galvenās spēju, prasmju un specifisko iemaņu grupas</u>		
<u>Emociju atpazīšana:</u> • izjūtu atzīšana, • periodiska izjūtu novērtēšana. <u>Emociju vadīšana:</u> • Spēja vadīt emocijas piemērotā veidā, • spēja sevi mierināt, • spējas mazināt raizes, nomāktību un uzbudinājumu. <u>Sevis motivēšana:</u> • emociju pakārtošana izvirzītajam mērķim, • spēja aizkavēt apmierinājuma gūšanu un apspiest impulsivitāti, • spēja būt mierīgam. <u>Emociju atpazīšana citos:</u> • empātija, • spēja pieskaņoties citu vajadzībām. <u>Attiecību vadīšana:</u> • spējas vadīt emocijas citos; • mierīga mijiedarbība ar citiem.	<u>Emociju uztvere un izpaušana:</u> • emociju identificēšana un izpaušme fiziskos stāvokļos, sajūtās un domās, • emociju un to izpaušmju identificēšana citos cilvēkos, mākslas darbos, valodā utt. <u>Emociju integrēšana domās:</u> • emociju prioritāšu izvērtēšana (emociju sakārtošana pēc nozīmības), • emociju kā līdzekļu izmantošana spriedumos un iegaumēšanā. <u>Emociju izpratne un analīze:</u> • spēja izprast emocijas (dot tām nosaukumu), tai skaitā kompleksas un vienlaicīgi pastāvošas emocijas, • spēja saprast emociju maiņu starppersonu attiecībās. <u>Reflektīva emociju regulēšana:</u> • spēja būt atvērtam sajūtām, • spēja reflektīvi novērot un regulēt emocijas, tādējādi veicinot emocionālu un intelektuālu izaugsmi.	<u>Intrapersonālās spējas:</u> • emocionālā pašapzināšanās, • pašpārlicība, • pašcieņa, • pašaktualizācija, • neatkarīgums. <u>Interpersonālās spējas:</u> • starppersonu attiecības, • sociālā atbildība, • empātija. <u>Adaptēšanās spējas:</u> • problēmu risināšana, • realitātes pārbaude, • elastīgums. <u>Stresa vadīšanas spējas:</u> • noturība pret stresu, • impulsu kontrole. <u>Vispārējais noskanojums:</u> • laimes izjūta, • optimisms.

Sociālā intelekta mērījumu veidi (pēc Vasilova, Baumgatner, 2004)

Metode, tests	Autori	SI aspekti
<u>1. Metodes, kuru pamatā ir sasniegumu izvērtējums</u>		
Džordžs Vašingtons, Sociālā intelekta tests – (George Washington, Social Intelligence Test, GWIST)	HUNT (1928), MOSS (1931), OMWAKE (1949) & WOODWARD (1955)	- sociālo situāciju vērtējums; - vārdu, izskata atcerēšanās spējas; - uzvedības novērojumi; - psihiskā stāvokļa atpazīšana, pamatojoties uz cilvēka runāto; - sociālā informācija; - humora izjūta.
Sešu faktoru sociālā intelekta tests (Six Factors Test of Social Intelligence)	O`SULLIVAN (1966)	- uzvedības paternu izzināšana; - uzvedības paternu klasifikācija - uzvedības izzināšana savstarpējo attiecību kontekstā; - uzvedības sistēmu izzināšana; - uzvedības transformāciju izzināšana; - uzvedības paternu savstarpējo ietekmju izzināšana.
Sternberga Trīs spēju tests (Sternberg Triarchic Abilities Test, STAT)	STERNBERG (1966)	- analītiskās spējas; - radošās spējas; - praktiskās spējas.
<u>2. Metodes, kas balstās uz pašnovērtējumu</u>		
Matsona Sociālo spēju novērtējums jauniešiem (Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters, MESSY)	MATSON, ROTATORI & HELSEL (1983)	- vecumam atbilstošas sociālās spējas; - neadekvāta pašpārlicinātība; - impulsivitāte/ nepakļāvība; - pārmērīga pašpārlicinātība; - greizsirdība/ noliegums
Sociālo spēju ranžēšanas sistēma (Social Skills Rating System, SSRS)	GRESHAM & ELLIOT (1990)	- sociālās spējas; - problēmuzvedība; - akadēmiskā kompetence; - vecāku atbalsts.
Sociālo spēju aptauja (Inventory of Social Skills)	LORR, YOUNISS & STEFIC (1991)	- sociālās spējas; - empātija.

Metode, tests	Autori	SI aspekti
3. <u>Metodes, kas balstās uz saskarsmes ar citu cilvēku novērtējumu</u>		
Vienaudžu sociālā intelekta vērtējums (Peer-Estimated Social Intelligence, PESI)	BJORKQVIST, OSTERMAN &KAUKIAINEN (1995)	- sociālās spējas; - fleksibilitāte - mērķtiecība
	WONG, DAY, MAXWELL & MEARA (1995)	- sociālā pieņemšana; - sociālais insaits; - sociālās zināšanas.
Sociālās kompetences skala - Vecāku versija (Social Competence Scale, Parent Version)	CORRIGAN (2003)	- prosociālas/ komunikatīvas spējas; - emociju kontroles spējas.
4. <u>Metodes, kas balstās uz citu cilvēku uzvedības vērtējumu</u>		
Hendricks Bihevioral Pattern Test (HBPT, 1969)	HENDRICKS (1969)	- atšķirības kononatīvo paternu veidošanā; - atšķirības kononatīvo klašu veidošanā; - atšķirības kononatīvo attiecību veidošanā; - atšķirības kononatīvo sistēmu veidošanā; - atšķirības kononatīvo transformāciju veidošanā; - atšķirības savstarpējo ietekmju veidošanā.
Uzvedības biežuma izpēte (Act Frequency Approach, AFA)	BUSS & CRAIK (1983)	- uzvedības modeļu veidošanās; - nominatīvo uzvedības modeļu novērtējums; - uzvedības modeļu prototipu rādītāji; - uzvedības pašnovērtējums/ vienaudžu vērtējums.
Sociālās kompetences video tests (Video Test of Social Competence)	FUNKE & SCHULER (1998)	- komunikatīvās spējas; - emociju kontroles spējas

Respondentu ārstu aptaujas anketa

Cienījamie kolēģi!

Lai noskaidrotu Latvijas ārstu informētību par narkoloģiskās palīdzības iespējām, lūdzu, atbildiet uz anketas jautājumiem! Anketa ir anonīma, iegūtie dati tiks izmantoti tikai RSU doktorantes Velgas Sudrabas promocijas darba ietvaros.

1.Specialitāte

2.Dzimums.....

3.Vecums.....

4.Reģions

- ☐ Rīgas
- ☐ Kurzemes
- ☐ Latgales
- ☐ Vidzemes
- ☐ Zemgales

5.Vai Jūs savā ikdienas darbā sastopaties ar pacientiem, kuriem ir atkarības?

- ☐ no alkohola
- ☐ no narkotikām
- ☐ no azartspēlēm
- ☐ nē

6.Kādas narkoloģiskās palīdzības iespējas Jūs zināt Latvijā?

- ☐ detoksikācija
- ☐ depo preparāta implantācija s „ampula”
- ☐ preparāta i/v ievadīšana s „torpēda”
- ☐ „kodēšana”
- ☐ metadona, buprenorfīna aizvietojošā terapija
- ☐ Minesotas programma
- ☐ kopienas narkomāniem
- ☐ nevienu

7.Kuras Minesotas programmas Latvijā Jums ir zināmas?

- ☐ Rīga, Dārza ielā, RPNC (vēlāk-Tvaika 2)
- ☐ Rīga, Lielvārdes ielā, SIA „Akrona”
- ☐ Jelgavas PNS, Ģintermuiža
- ☐ neviena

8. Kuras kopienas (ilgttermiņa rehabilitācijas programmas) narkomāniem un alkoholatkarīgajiem Jums ir zināmas?

- ☐ „Daytop”, Rīgā

13.Kādas, Jūsaprāt, ir nepilnības, trūkumi narkoloģiskās palīdzības sniegšanā?.....

14. Ko, Jūsaprāt, vajadzētu uzlabot narkoloģiskās palīdzības sniegšanā?.....

☐ Rindzele, Tukuma raj.

☐ „Saulrīti”, Cēsu raj.

☐ neviena no nosauktajām

9. Kuras no minētajām metodēm Jūs iesakāt pacientiem?

- ☐ detoksikācija
- ☐ depo preparāta implantācija s „ampula”
- ☐ preparāta i/v ievadīšana s „torpēda”
- ☐ „kodēšana”
- ☐ metadona, buprenorfīna aizvietojošā terapija
- ☐ Minesotas programma
- ☐ kopienas narkomāniem
- ☐ nevienu

10.Vai kādas no metodēm Jūs praktizējat savā profesionālajā ikdienā?

- ☐ detoksikācija
- ☐ depo preparāta implantācija s „ampula”
- ☐ preparāta i/v ievadīšana s „torpēda”
- ☐ „kodēšana”
- ☐ metadona, buprenorfīna aizvietojošā terapija
- ☐ Minesotas programma
- ☐ kopienas narkomāniem
- ☐ nevienu

11.Vai Jūsu darba reģionā ir pieejamas pašpalīdzības grupas?

- ☐ „Anonīmie Alkoholoki”
- ☐ „Anonīmie Narkomāni”
- ☐ „Anonīmie Azartspēlmaņi”
- ☐ nē
- ☐ nezinu

12.Vai Jūs iesakāt pacientiem apmeklēt pašpalīdzības grupas?

- ☐ jā
- ☐ nē

Paldies par atsaucību! Ja Jums rodas jautājumi par anketu vai pētījumu, interesēties varat: Velga Sudraba- tel.29115522, 67080210; e-mail:velgasudraba@gmail.com

Respondentu pacientu aptaujas anketa

Šīs anketas mērķis ir noskaidrot, kādas izmaiņas rodas narkoloģijas pacientiem dažādu palīdzības veidu ietekmē. Lūdzu, aizpildiet anketu, atzīmējot ar "X" Jums atbilstošo atbilžu variantu. Sākot ar 7. jautājumu, ir iespējami vairāki atbilžu varianti, tāpēc, lūdzu, atzīmējiet visus, kuri atbilst Jūsu situācijai. Iegūtie rezultāti tiks izmantoti tikai pētījuma ietvaros un ir pilnīgi anonīmi. Jūsu aprūpe necietīs un nemainīsies, ja tomēr atteiksieties aizpildīt anketu.

Anketa

Vārds (ja vēlaties to norādīt)

1. Vecums

2. Dzimums

3. Izglītība :

- ☐ pamata
- ☐ vidējā
- ☐ vidējā-speciālā
- ☐ augstākā

4. Darbs (pašreiz):

- ☐ ir
- ☐ nav

5. Ģimenes stāvoklis :

- ☐ precējies(-usies)
- ☐ šķirts(-a)
- ☐ atraitnis(-e)
- ☐ dzīvo viens(-a)
- ☐ civilattiecības

6. Bērni :

- ☐ ir. Cik?
- ☐ nav

7. Vai esat lietojis (-usi):

- ☐ alkoholu
- ☐ narkotikas
- ☐ spēlējis azartspēles
- ☐ nē

8. Cik gadu vecumā 1. reizi pagaršojāt alkoholu?

9. Cik gadu vecumā 1. reizi lietojāt narkotikas?

10. Vai lietošanas dēļ ir radušās sekas:

- ☐ veselības jomā
- ☐ darba jomā
- ☐ attiecību (ģimene, draugi, radi) jomā
- ☐ finansiālā jomā
- ☐ seksuālā jomā
- ☐ ar likumu saistītā jomā
- ☐ ētiskā (morālā) jomā-negodīgums, neuzticība, krāpšana, principu pārkāpšana utt.
- ☐ emocionālā jomā
- ☐ nē, nav bijušas

11. Vai atzīstat, ka esat atkarīgs(-a) no:

- ☐ alkohola

- ☐ narkotikām

- ☐ azartspēlēm

- ☐ nē, neesmu atkarīgs(-a)

12. Vai atkarības dēļ esat meklējis (-usi) palīdzību?

- ☐ jā
- ☐ nē

13. Kurš ieteica?

- ☐ pats(-i) atradu
- ☐ ģimene (sieva/vīrs, māte/tēvs/bērni u.c.)
- ☐ draugi
- ☐ darba biedri
- ☐ ģimenes ārsts
- ☐ psihiatrs

14. Vai esat saņēmis(-usi) detoksikāciju?

- ☐ jā
- ☐ nē

Cik reizes? (Ja var, norādīt, kurā gadā?)

Cik ilga remisija pēc tam bija?

(nelietošanas laiks: gads, mēns, dienas)

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
- ☐ darba joma
- ☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
- ☐ emocionālā pašsajūta
- ☐ seksuālās attiecības
- ☐ morālā joma
- ☐ ar likumu saistītā joma
- ☐ finansiālā joma
- ☐ neuzlabojās nekas

15. Vai esat saņēmis(-usi) „kodēšanu”?

- ☐ jā
- ☐ nē

Cik reizes? Kad?

Cik ilga remisija?

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
- ☐ darba joma
- ☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
- ☐ emocionālā pašsajūta
- ☐ seksuālās attiecības
- ☐ morālā joma
- ☐ ar likumu saistītā joma

- ☐ finansiālā joma
- ☐ neuzlabojās nekas

16.Vai saņēmis(-usi) „ampulu” ?

- ☐ jā
- ☐ nē

Cik reizes? Kad?.....

Cik ilga remisija?.....

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
- ☐ darba joma
- ☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
- ☐ emocionālā pašsajūta
- ☐ seksuālās attiecības
- ☐ morālā joma
- ☐ ar likumu saistītā joma
- ☐ finansiālā joma
- ☐ neuzlabojās nekas

17.Vai esat saņēmis(-usi) „torpēdu”?

- ☐ jā
- ☐ nē

Cik reizes? Kad?.....

Cik ilga remisija?.....

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
- ☐ darba joma
- ☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
- ☐ emocionālā pašsajūta
- ☐ seksuālās attiecības
- ☐ morālā joma
- ☐ ar likumu saistītā joma
- ☐ finansiālā joma
- ☐ neuzlabojās nekas

18.Vai esat ārstējies(-usies) Motivācijas nodaļā ?

- ☐ jā
- ☐ nē

Cik reizes? Kad?.....

Cik ilga remisija?.....

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
- ☐ darba joma
- ☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
- ☐ emocionālā pašsajūta
- ☐ seksuālās attiecības
- ☐ morālā joma
- ☐ ar likumu saistītā joma
- ☐ finansiālā joma
- ☐ neuzlabojās nekas

19.Vai esat ārstējies(-usies) Minesotas programmā?

- ☐ jā
- ☐ nē

Cik reizes? Kad?.....

Cik ilga remisija?.....

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
- ☐ darba joma
- ☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
- ☐ emocionālā pašsajūta
- ☐ seksuālās attiecības
- ☐ morālā joma
- ☐ ar likumu saistītā joma
- ☐ finansiālā joma
- ☐ neuzlabojās nekas

20.Vai esat saņēmis(-usi) Metadona/subutex kursu?

Cik reizes? Kad?.....

Cik ilga remisija?.....

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
- ☐ darba joma
- ☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
- ☐ emocionālā pašsajūta
- ☐ seksuālās attiecības
- ☐ morālā joma
- ☐ ar likumu saistītā joma
- ☐ finansiālā joma
- ☐ neuzlabojās nekas

21.Vai esat bijis(-usi) rehabilitācijas kopienās (Daytop , Rindzele)?

Cik reizes? Kad?.....

Cik ilga remisija?.....

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
- ☐ darba joma
- ☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
- ☐ emocionālā pašsajūta
- ☐ seksuālās attiecības
- ☐ morālā joma
- ☐ ar likumu saistītā joma
- ☐ finansiālā joma
- ☐ neuzlabojās nekas

22.Vai esat apmeklējis(-usi) pašpalīdzības grupas?

- ☐ jā
- ☐ nē

AA

AN

AS

Cik ilgi?

Cik ilga remisija?.....

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
- ☐ darba joma
- ☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
- ☐ emocionālā pašsajūta
- ☐ seksuālās attiecības
- ☐ morālā joma
- ☐ ar likumu saistītā joma
- ☐ finansiālā joma

- ☐ neuzlabojās nekas

23.Vai esat apmeklējis(-usi) individuālo psihoterapiju?

- ☐ jā

- ☐ nē

Cik ilgi?

Cik ilga remisija?.....

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

- ☐ fiziskā veselība
☐ darba joma
☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
☐ emocionālā pašsajūta
☐ seksuālās attiecības
☐ morālā joma
☐ ar likumu saistītā joma
☐ finansiālā joma
☐ neuzlabojās nekas

24.Vai esat apmeklējis(-usi) grupu psihoterapiju?

- ☐ jā

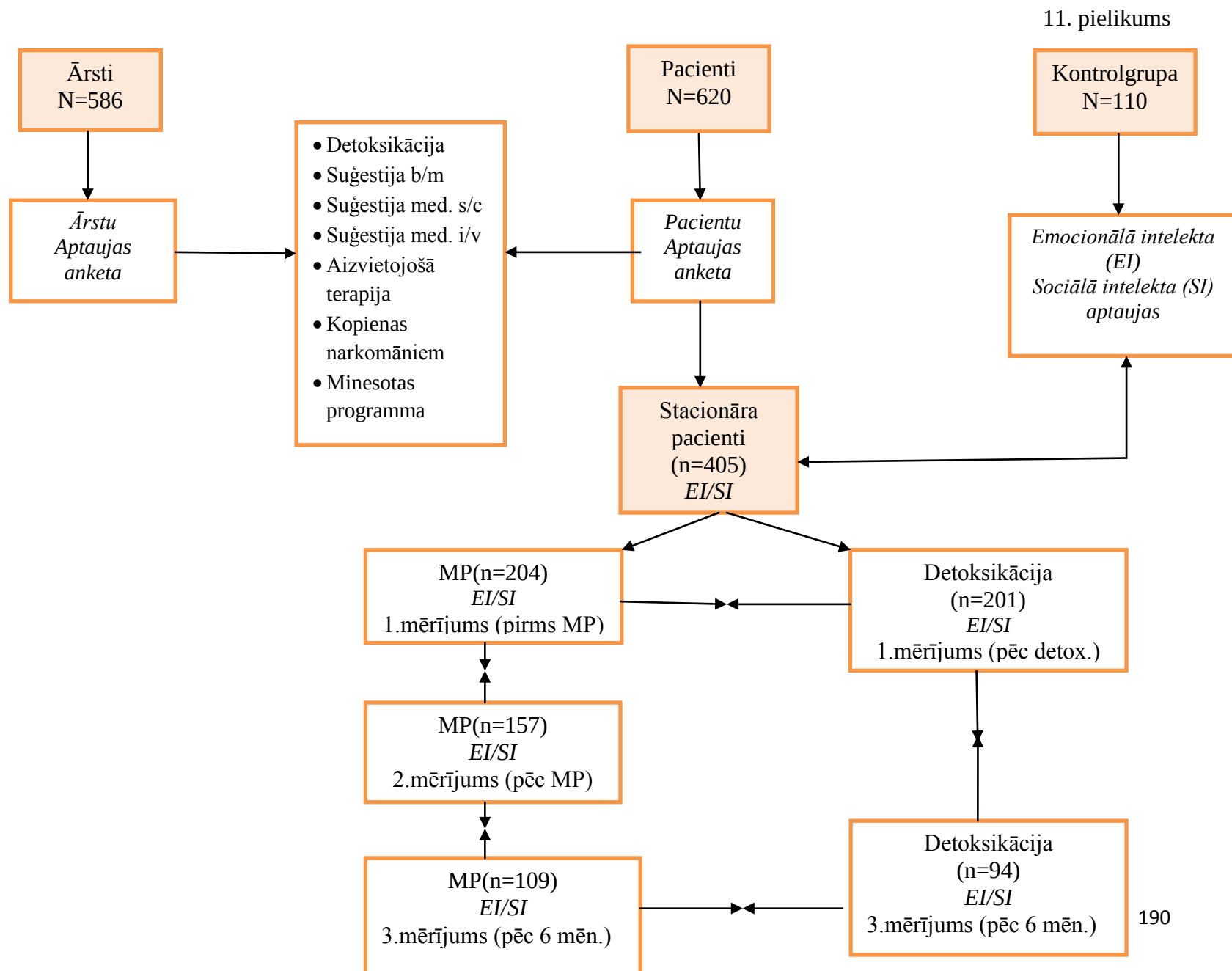
- ☐ nē

Cik ilgi?

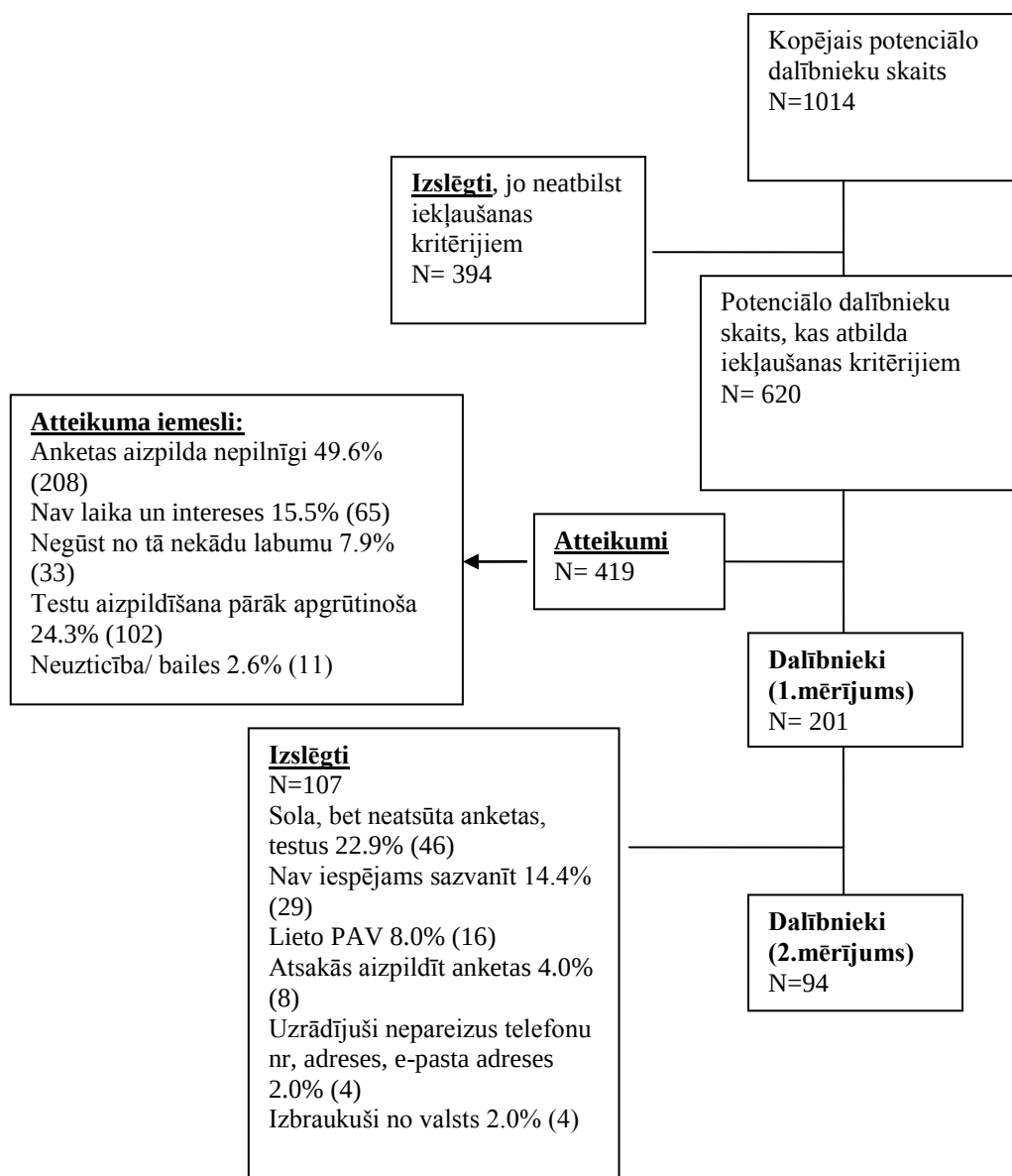
Cik ilga remisija?.....

Ja uzlabojās, tad kas uzlabojās?

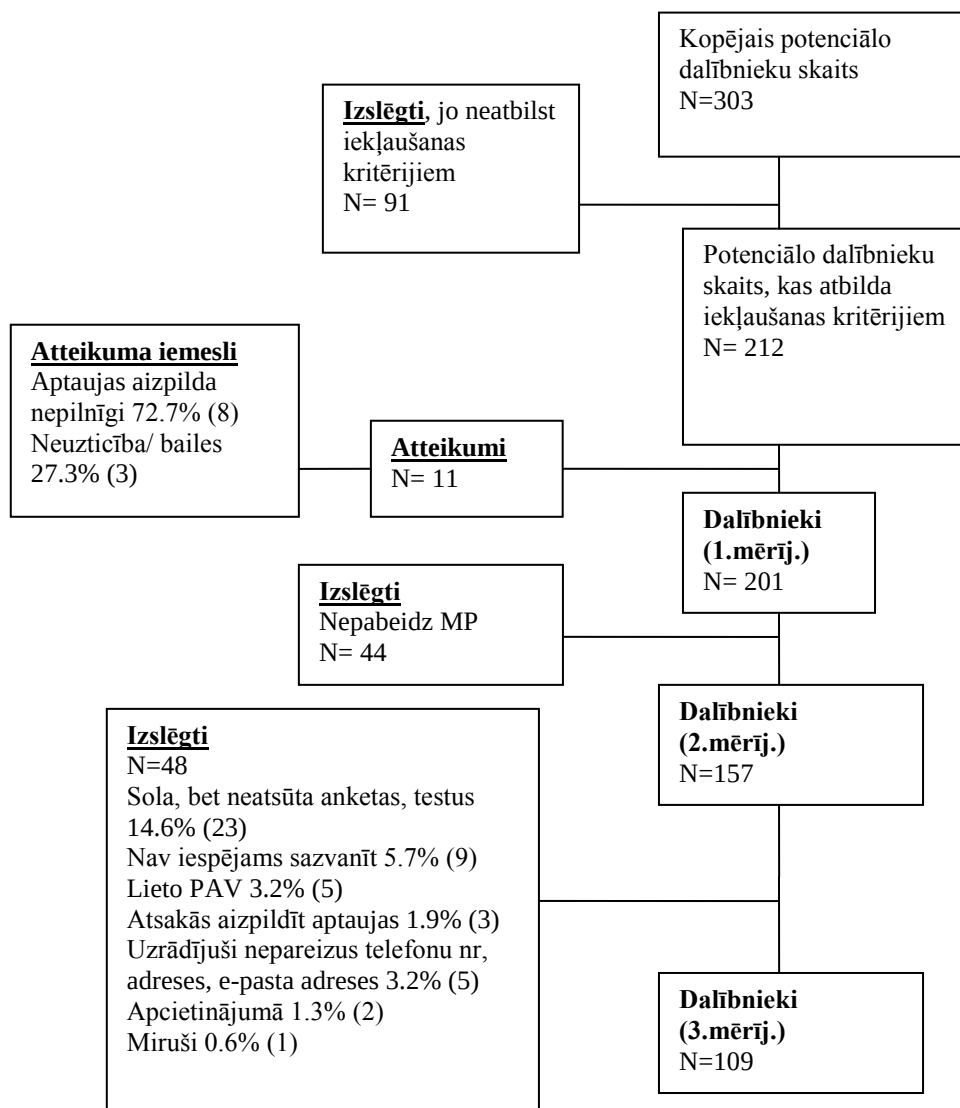
- ☐ fiziskā veselība
☐ darba joma
☐ attiecības ar ģimeni, radiem, draugiem
☐ emocionālā pašsajūta
☐ seksuālās attiecības
☐ morālā joma
☐ ar likumu saistītā joma
☐ finansiālā joma
☐ neuzlabojās nekas



Respondentu pacientu atlase detoksikācijas nodaļā



Respondentu pacientu atlase Minesotas programmas nodaļā



**Detoksikācijas respondentu, kuri turpināja un neturpināja piedalīties pētījumā,
salīdzinājums**

Sociāl- demogrāfiskie dati		Izpilda n (%)	Neizpilda n (%)	% no tiem, kas izpilda	% no tiem, kas neizpilda	p-vērtība
Dzimums	Vīrieši	60 (42,6)	81 (57,4)	63,8	75,7	0,066 ^a
	Sievietes	34 (56,7)	26 (43,3)	36,2	24,3	
Vidējais vecums		41,3±11,0	42,1±11,0			0,609 ^b
Izglītība	Pamata	18 (58,1)	13 (41,9)	19,1	12,1	0,547 ^c
	Vidējā	31 (44,9)	38 (55,1)	33,0	35,5	
	Vid.spec.	32 (42,1)	44 (57,9)	34,0	41,1	
	Augstākā	13 (52,0)	12 (48,0)	13,9	11,2	
Ģimenes stāvoklis	Precējies	24 (40,7)	35 (59,3)	25,5	32,7	0,073 ^a
	Šķīries	20 (54,1)	17 (45,9)	21,3	15,9	
	Atraitnis	4 (33,3)	8 (66,7)	4,3	7,5	
	Dzīvo viens	16 (36,4)	28 (63,6)	17,0	26,2	
	Nereg. attiec.	30 (61,2)	19 (38,8)	31,9	17,8	
Lietošanas uzsākšanas laiks	Alkohols	15,5±4,0	15,9±3,1			0,220 ^d
	Narkotikas	19,5±7,2	19,7±6,4			0,888 ^b
Atkarību atzīst	Alkohola atkarība	69 (46,0)	81 (54,0)	73,4	75,7	0,709 ^a
	Narkotiku atkarība	14 (51,9)	13 (48,1)	14,9	12,1	0,569 ^a

a- pēc χ^2 testa

b- pēc Stjūdenta t- testa

c- pēc Spīrmana korelācijas testa

d- pēc Manna-Vitnija testa

**Minesotas programmas respondentu, kuri turpināja un neturpināja piedalīties
pētījumā, salīdzinājums**

Sociāl- demogrāfiskie dati		Izpilda n (%)	Neizpilda n (%)	% no tiem, kas izpilda	% no tiem, kas neizpilda	p-vērtība
Dzimums	Vīrieši	73 (58,4)	52 (41,6)	67,0	54,7	0,074 ^a
	Sievietes	36 (45,6)	43 (54,4)	33,0	45,3	
Vidējais vecums		37,3±10,6	36,4±11,7			0,591 ^b
Izglītība	Pamata	21 (40,4)	31 (59,6)	19,3	32,6	0,002^c
	Vidējā	27 (49,1)	28 (50,9)	24,8	29,5	
	Vid.spec.	37 (56,9)	28 (43,1)	33,9	29,5	
	Augstākā	24 (74,2)	8 (25,8)	22,0	8,4	
Ģimenes stāvoklis	Precējies	37 (66,1)	19 (33,9)	33,9	20,0	0,220 ^c
	Šķīries	13 (40,6)	19 (59,4)	11,9	20,0	
	Atraitnis	5 (55,6)	4 (44,4)	4,6	4,2	
	Dzīvo viens	24 (49,0)	25 (51,0)	22,0	26,3	
	Nereg. attiec.	30 (51,7)	28 (48,3)	27,5	29,5	
Lietošanas uzsākšanas laiks	Alkohols	15,1±3,5	14,7±3,3			0,454 ^d
	Narkotikas	18,8±4,0	17,4±3,8			0,143 ^b
Atkarību atzīst	Alkohola atkarība	94 (52,5)	85 (47,5)	86,2	89,5	0,482 ^a
	Narkotiku atkarība	20 (50,0)	20 (50,0)	18,3	21,1	0,628 ^a

a- pēc χ^2 testa

b- pēc Stjudenta t- testa

c- pēc Spīrmana korelācijas testa

d- pēc Manna-Vitnija testa

TROMSO SOCIĀLĀ INTELEKTA SKALA

Šīs anketas mērķis - izpētīt no alkohola un narkotikām atkarīgu cilvēku saskarsmes prasmju dažādos aspektus. Dati tiks izmantoti tikai pētījuma ietvaros.

Lūdzu, aizpildiet anketu, atzīmējot Jums atbilstošāko atbilžu variantu.

Atbilžu varianti doti vērtējuma amplitūdā no 1 līdz 7, kur "1" nozīmē – "pilnīgi nepiekrītu" un "7" nozīmē - "pilnīgi piekrītu".

Anketa ir anonīma.

Dzimums _____ Vecums _____

1.	Es varu paredzēt citu cilvēku uzvedību.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Es zinu, kā mana rīcība tiks justies citiem.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Es saprotu citu cilvēku jūtas.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Es saprotu citu cilvēku vēlēšanos.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Es bieži spēju saprast, ko citi cenšas panākt – arī tad, ja viņi neko par to nepaskaidro.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Es spēju paredzēt, kā citi reaģēs uz manu uzvedību.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Es bieži spēju saprast, ko citi vēlas paust ar savu sejas izteiksmi, ķermeņa valodu, u.c.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Es bieži jūtos nepārlicināts par sevi, ja apkārt daudz jaunu cilvēku, kurus es nepazīstu.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Es viegli pielāgojos sociālām situācijām.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Es viegli spēju iejusties jaunās situācijās un viegli saprotos ar cilvēkiem, kurus satieku pirmo reizi.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Man ir grūti saprasties ar citiem cilvēkiem.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Paiet ilgs laiks, kamēr iepazīstu citus cilvēkus.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Es ātri iepazīstos ar agrāk nezināmiem cilvēkiem.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Man bieži ir problēmas atrast piemērotu sarunas tematu.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Man bieži ir grūti saprast citu izvēles.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Cilvēki bieži mani pārsteidz ar lietām, ko viņi dara.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Es nespēju izskaidrot, kādēļ citi cilvēki kļūst dusmīgi uz mani.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Šķiet, ka cilvēki bieži dusmojas uz mani, kad es saku, ko domāju.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Man šķiet, ka cilvēki ir neprognozējami.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Es bieži aizvainoju citus, kaut pats/pati to neapzinos.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Es bieži esmu pārsteigts/pārsteigta par citu reakciju uz to, ko es daru.	1	2	3	4	5	6	7

Paldies par atsaucību un sniegtajām atbildēm!

Aptaujāto ārstu biežāk uzrādītie narkoloģiskās palīdzības trūkumi

Atbilžu rakstība saglabāta respondentu izpildījumā.

- 1) Biežāk atzīmētā problēma ir informācijas trūkums (26,8%) – gan pacientiem, gan speciālistiem, gan par metodēm, gan par izcenojumiem un iespējām:

„Nav centralizēti pieejama informācija par tās pieejamību, kā arī sašķeltība...”

„Pusaudžu neinformēšana, nav speciālistu skolās.”

„Katastrofāli trūkst informācijas...”

„Nepietiekoša informētība ārstu vidū. Maz datu zināmi par efektivitāti”

„informācijas trūkums par nark.pal.sniegšanas iespējām,vietām”

„par maz informācijas par atrašanas vietām un iespējām”

„par maz informācijas pat ārstiem...”

- 2) Valsts nerūpēšanās par iedzīvotājiem (22,5%) – gan par pacientiem, gan par ārstiem– zems valsts finansiālais atbalsts, nav bezmaksas palīdzības:

„Ambulatorā narkoloģija Latvijā praktiski ir iznīcināta finansiālu apsvērumu dēļ.”

„maz speciālistu, finansiālas problēmas, lokālās slimnīcās detoksikācija ir tikai kā maksas pasākums”

„finansējuma samazinājums uz 60% nelauj realizēt ārstnieciskās programmas, ārstu, māsiņu niecīgās algas, kas atņem motivāciju strādāt. Zems profesijas prestižs, izdegšanas sindr.”

„Nav kopēja plāna, sistēmas. Ļoti nesakārtota. Lai ārstētu, vispirms jādomā par cēloņiem, bet tā ir valsts politika.”

- 3) Pacientu nevēlēšanās ārstēties, zema motivācija (18,1%):

„...slimnieku nevēlēšanās mainīt savu dzīves veidu un ieradumus...”

„Pacientiem trūkst motivācijas, lai vispār saņemtu šo palīdzību.”

„...pilnīga pacientu nevēlēšanās ārstēties, nav motivācijas, nav nākotnes šinī valstī, bezdarbs”

„Pacienti ļoti bieži neuzskata, ka viņiem ir problēmas un tāpēc palīdzība ir problemātiska.”

- 4) Finansiālās grūtības pacientiem (13,8%), kas liedz viņiem saņemt narkoloģisko palīdzību:

„Valsts maz finansē gan ārstēšanu, gan ilgstošu rehabilitāciju un pacientiem šī veida palīdzība ir ierobežota nestabila pacientu finansiālā stāvokļa dēļ.”

„pacientu radinieki sūdzas, ka palīdzības sniegšana pārsvarā par maksu”

- 5) Slikta vai vispār nav sadarbības starp institūcijām (6,7%):

„Ja pacients nestāsta, tāda informācija nav pieejama, jo tādi dati ģim.ārstam netiek sniegti. Nav sadarbības starp narkol. iestādi un ģim. ārstiem”

„Trūkst informācijas un komunikācijas starp pacientiem, narkologiem un dažādu specialitāšu ārstiem.”

„Trūkst komandas darba, kurā tiek iesaistīts arī psihoterapeits (par maksu to var atļauties nedaudzi). Dzērāji nonāk slimnīcu uzņemšanas nodaļās, tiek stacionēti terapijas profila nodaļās un nepamatoti iztērē daļu valsts kvotas, kas paredzēta terapeitiska prof. pacientiem. šādus pacientus detoksikācijai jābūt iespējams stacionēt specializētās iestādēs. nav skaidrs, kas notiek ar pusaudžiem - nav izvērstas programmas, lai palīdzētu viņiem, pārsvarā tas tiek atstāts ģimenes ziņā - te vajadzētu obligātu valsts apmaksātu ārstēšanu”.

- 6) Pastāvošā uzskaites sistēma, nav anonimitātes, kas traucē pacientiem vērsties pēc palīdzības (3,4%):

„pacienti baidās apmeklēt narkologus, jo nevēlas nokļūt narkol. dienesta uzskaitē; narkologi netērē daudz laika, lai pamatotu terapijas nepieciešamību”

„informācijas trūkums; nav anonimitātes- pacienti baidās, ka būs uzskaitē;tie, kas ārstējās ar adatu terapijas palīdzību Dārza ielā, ir bez aprūpes, nezina,kur sūtīt”

„formala attieksme, maksa, anonimitates trukums”

- 7) Valstī ir tikai simptomātiskā ārstēšana (3,0%):

„piejamība- tikai detox”

„pēc detoksikācijas netiek nodrošināta pilnvērtīga tālāka ambulatora terapija...”

„...bezizeja, jo palīdzība ir tikai simptomatiska. Valsts nerūpējas par saviem iedzīvotājiem, bet uz tīra entuziasma tālu netiksi, man tas jau lēnām beidzas...”

Aptaujāto ārstu biežāk uzrādītie narkoloģiskās palīdzības uzlabojumi

Atbilžu rakstība saglabāta respondentu izpildījumā.

- 1) Uzlabot pacientu, viņu ģimenes locekļu, ārstu informētību par ārstēšanās iespējām, izglītot citu specialitāšu ārstus (24,8%):

„...iestādes, kas sniedz narkoloģisko palīdzību varētu plašāk informēt par savu piedāvājumu (metodi, izmaksām, pieejamību).”

„...izglītot, motivēt sabiedrībā līdzatkarīgos, lai atkarīgie gribētu ārstēties un pārtraukt agresijas ģimenēs, atbildību par nodarīto reālu, atbilstoši nodarītam.”

„varētu sniegt informāciju nakts patversmēs”

„Informēt gan sabiedrību kopumā, gan apmācīt konkrēti tos cilvēkus, kuri ikdienā sastopas ar atkarīgajiem - policiju, sociālos darbiniekus, šļirču apmaiņas punktu darbiniekus, dažādu pašpalīdzības organizāciju t.sk. reliģisko organiz. darbiniekus, lai tie motivētu atkarīgos uzsākt ārstēšanos.”

„nodrošināt visu specialitāšu ārstus ar informāciju, varbūt vajadzētu izglītojošus seminārus ārstiem par diagnostiku, th iespējām”

„informācijas pieejamību; pasākumus par tēmu iedzīvotājiem un, protams, citu specialitāšu (ne narkol.) med.darb., pirmkārt, lai emocionāli neaizbaida atkarīgo, neaizraujas ar moralizēšanu, kritizēšanu; Bālinta grupas med.personālam saistībā ar šādiem pacientiem.”

- 2) Uzlabot narkoloģiskās palīdzības pieejamību (17,3%):

„Vajadzētu narkoloģisko nodaļu katrā slimnīcā. Vajadzētu narkologu katrā pilsētas poliklīnikā.”

„...speciālistu ambulatoru darbību rajona,(novada) centrā.”

„Veicināt pieejamību.”

„Pieejamību un līdzjutību”

„Katrā lielākā pilsētā AA, AN.. , Minesotas programma”

- 3) Finansiālais atbalsts no valsts, samazināt pakalpojumu cenas (10,9%):

„...samazināt pakalpojumu cenas...”

- „...atjaunot rehabilitācijas centrus, bezmaksas palīdzību, konsultācijas.”*
- „...valsts programmu alkoholiķu ārstēšanai, sevišķi ieslodzītajiem, kuru pārkāpumi notikuši reibumā.”*
- 4) Uzlabot profilakses darbu (6,9%):
- „profilaktisko (informatīvo) darbu skolēnu vidū”*
- „strādāt ar jaunatni”*
- „Vairāk veikt profilaktisko darbu.”*
- „profilakses pasākumi Valsts līmenī”*
- „vairāk preventīvu pasākumu jauniešu vidū”.*
- 5) Uzlabot sadarbību starp institūcijām (6,7%):
- „Kooperatīvs darbs ar psihoterapeitiem”*
- „labus speciālistus un pieejamību, sadarbību ar psihologiem.”*
- „piesaistīt sociālos dienestus, valsts apmaksātus psihologa pakalpojumus”*
- „problemas risināšana vairāk apvienot narkologus un psihoterapeitus”*
- „izmainīt esošo sadarbību starp ģimenes ārstiem un narkoloģisko dienestu, citādi-ārstēt visu citu drīkstam, bet zināt problēmu, vai izmeklēšanas rezultātus, u.c.-nē”*
- 6) Attīstīt psihoterapijas pieejamību (6,2%):
- „piejamāku psiholoģisko palīdzību, uzlabot sociālos apstākļus iedzīvotājiem”*
- „palielināt pieejamību narkologam, psihologam, psihoterapeitam lauku reģionos dzīvojošajiem”*
- „vairāk psihoterapeitisku, mazāk bioloģisku metožu”*
- „Vairāk psihologu piesaistīt procesā un patīkamākus apstākļus šajās iestādēs, jo dažās ieejot- sajūta, ka esi nonācis centrālcietumā...”*
- 7) Atjaunot piespiedu ārstēšanu (3,2%):
- „Pieejamību. Piespiedu ārstēšanu asociāliem pacientiem. Nepieciešamas atskurptuves, nevis visu alkoholiķu transportēšana uz lielajām plaša spektra slimnīcām.”*
- „Ar tiesas lēmumu noteikta piespiedu ārstēšana.”*
- „piespiedu ārstēšana”.*