

Depresijas un neirotisko traucējumu diagnostikas un ārstēšanas rekomendācijas ģimenes ārstiem

Prof. Elmārs Rancāns
Dr. Elmārs Tērauds
Prof. Jānis Zaļkalns
Dr. Inguna Riževa
Dr. Edgars Tirāns
Asoc. prof. Māris Taube

Prof. Elmārs Rancāns, RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedras vadītājs
Dr. Elmārs Tērauds, Latvijas Psihiatru asociācijas prezidents
Prof. Jānis Zaļkalns, RSU Ģimenes medicīnas katedra
Dr. Ingunā Riževa, Dr. Edgars Tīrāns, Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas Valdes pārstāvji
Asoc. prof. Māris Taube, Nacionālā veselības dienesta direktors

Depresijas un neirotisko traucējumu diagnostikas un ārstēšanas rekomendācijas ģimenes ārstiem

RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra	Prof. Elmārs Rancāns
Latvijas Psihiatru asociācija	Dr. Elmārs Tērauds
RSU Ģimenes medicīnas katedra	Prof. Jānis Zaļkalns
Latvijas Ģimenes ārstu asociācija	Dr. Ingunā Riževa Dr. Edgars Tīrāns
Nacionālais Veselības Dienests	Asoc. prof. Māris Taube

© RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra, Latvija 2012

iespiests: **hromets**
poligrāfija 
poligrafija.lv

Priekšvārds

Cienijamo Kolēģi!

Pēdējā desmitgadē arvien būtiskāku lomu psihisko traucējumu ambulatorajā ārstēšanā veic ģimenes ārsti. Pakāpeniski pieaug gan veikto ambulatoro vizīšu, gan ārstēto pacientu skaits. Ģimenes ārsti savās praksēs visbiežāk diagnosticē neirotiskos un afektīvos traucējumus. 2009. gadā pieci no sešiem ģimenes ārstiem noteica vismaz vienu neirotisko traucējumu un pieci no desmit – depresīvo traucējumu diagnozes, kopā ārstējot vairāk nekā 45 000 pacientus. Epidemioloģiskie pētījumi liecina, ka Latvijā 2011. g. vispārējā populācijā no klīniski nozīmīgas depresijas cieta vairāk kā 120 000 cilvēku.

Apzinoties ģimenes ārstu būtisko nozīmi šo traucējumu ārstēšanā, Nacionālais Veselības Dienests 2011. g. izveidoja darba grupu, kuras sastāvā tika iekļauti psihiatru un ģimenes ārstu pārstāvji. Darba grupa diskutēja un meklēja labākos profesionāļu sadarbības veidus depresijas un neirotisko traucējumu diagnostikā un ārstēšanā. Izsaku lielu pateicību visiem darba grupas locekļiem par atsaucību un ieguldīto darbu šo rekomendāciju izveidē.

Dotās rekomendācijas ir iecerētas kā īss un kodolīgs atgādinājums ģimenes ārstiem par biežākām sūdzībām, ar kurām depresijas un neirotisko traucējumu pacienti var griezties pēc palīdzības; kādi ir galvenie šo traucējumu diagnosticēšanas un diferenciālās diagnosticēšanas principi; uzskaitīta būtiskākā informācija, ko būtu jāsniedz pacientiem un viņu ģimenes locekļiem; sniegtas rekomendācijas par optimālākajiem terapijas veidiem un norādes, kad būtu nepieciešama psihiatra konsultācija vai ārstēšana stacionārā.

Autoru kolektīvs cer, ka šīs rekomendācijas būs vērtīgs palīglīdzeklis ģimenes ārstu ikdienas darbā.

Prof. Elmārs Rancāns

Saturs

1	Adaptācijas traucējumi (F43.2)	6
2	Depresijas epizode (F32, F33.0–2)	8
3	Ģeneralizēta trauksme (F41.1)	14
4	Panika (F41.0)	20
5	Fobijas (F40.0–9)	24
6	Somatoformi traucējumi (F45)	28

Adaptācijas traucējumi (F43.2)

Diagnoze, klīniskās izpausmes, diferenciālās diagnozes

Biežākās sūdzības

- Pacients pārņemts ar notikušo vai nespēj tikt ar problēmām galā.
- Varētu pastāvēt stresa izraisīti fiziski simptomi tādi kā bezmiegs, galvassāpes, sāpes vēderā vai krūtīs, sirdsklauves.

Diagnoze

Stresa situācija bijusi pēdējā mēneša laikā, tā saistīta ar tuvinieku nāvi, ilgstošu nošķirību no tuviniekiem, interpersonālo attiecību problēmām, bezdarbu, migrāciju, grūtībām iedzīvoties jaunā dzīves vietā, fizisku slimību, hospitalizāciju u.c.

Psihiskie simptomi:

- trauksme, raizēšanās, sajūta, ka nav risinājuma, nomākts garastāvoklis vai skumjas,
- iekšējs sasprindzinājums,
- emocionāla labilitāte,
- pašapsūdzības domas, suicidāli izteikumi vai rīcība,
- alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošana, lai «nomierinātos», «aizmirstos».

Papildus simptomi:

- miega traucējumi,
- vainas sajūta,
- pazemināts pašvērtējums,
- enerģijas trūkums, enerģijas vai libido pazeminājums, aiztācija vai kustību, runas gausums, pazemināta apetīte, pašnāvības domas vai rīcība, pazemināta koncentrēšanās spēja.

Adaptācijas traucējumi ilgst no dažām dienām līdz vairākām nedēļām, reti ilgāk.

Adaptācijas traucējumu varianti:

- īslaicīga depresīva reakcija (viegli depresīvi traucējumi līdz 1 mēn.),
- prolongēta depresīva reakcija (ilgstoši (līdz 2 gadiem), viegli depresīvi traucējumi, kā rezultāts ilgstošai stresa situācijai,
- jaukta trauksmaini – depresīva reakcija (vienādi izteikti gan trauksmes, gan depresijas simptomi),
- jaukti emociju un uzvedības traucējumi (trauksme, depresija, dusmas, saspringums, uzvedības traucējumi u.c.),
- ar prevalējošiem uzvedības traucējumiem (bieži novēro agresīvu vai autoagresīvu uzvedību).

Traucējumus var novērot arī bērnu (t.sk. regresīvu uzvedību – enurēze, pirksta sūkāšana u.c.) un pusaudžu vecumā (bieži prevalē asociāla vai agresīva uzvedība).

Traucējumu intensitāte un izpausmes atšķirīgas pacientiem ar dažādiem personības tiptiem vai specifiskiem personības traucējumiem.

Diferenciālās diagnozes

- Fobijas (F40), ja bailu lēkmes saistītas ar kādu situāciju vai priekšmetu.
- Depresija (F32), ja ir nomākts garastāvoklis vai skumjas.
- Ģeneralizēta trauksme (F41), ja ilgstoši ir sūdzības par trauksmi.
- Konversijas – disociatīvie traucējumi (F45), ja somātisko traucējumu sākums ir straujš, bet norise dramatiska.
- Somatoformi traucējumi (F45), ja pārsvarā ir fiziski simptomi.

Terapija

Vispārēja informācija pacientam un ģimenei

1. Reakcija uz stresu ir bieži sastopami traucējumi, tie bieži saistīti ar psihiskiem un fiziskiem simptomiem.
2. Adaptācijas traucējumu ilgums ir no dažām dienām līdz dažām nedēļām.

Pacienta un ģimenes konsultēšana

1. Nomierināt pacientu, ka ārsts izprot viņa problēmu svarīgumu.
2. Jautāt par agresīvām domām pret citiem.
3. Vienmēr izvērtēt pašnāvības risku.
4. Plānot īstermiņa aktivitātes, kas pacientu iepriecinātu vai paceltu pašapziņu.
5. Pārskatīt un akcentēt pozitīvos risinājumus.
6. Identificēt soļus, ko pacients var spert, lai modificētu situāciju, ja situācija nav maināma, diskutēt par problēmu risināšanas stratēģijām.
7. Identificēt radniekus, draugus un sabiedriskos resursus, kas palīdzētu sniegt atbalstu.
8. Īslaicīga atpūta un «norobežošanās» no stresa var palīdzēt pacientam.
9. Ieteikt atgriezties ikdienas aktivitātēs dažu nedēļu laikā.
10. Izteiktu vai ilgstošu simptomu gadījumā nepieciešama krīžu terapija.
11. Ja pacients piedzīvojis ļoti smagu, personiski ļoti nozīmīgu psihosociālu stresu, krīžu terapija jāusāk nekavējoties.

Medikamentozā ārstēšana

1. Pārsvārā adaptācijas traucējumi mazinās bez medikamentu lietošanas.
2. Ja nepieciešams var nozīmēt prettrauksmes līdzekļus uz dažām dienām, nedēļu (piem.: alprazolāms 0,5–3 mg, bromazepāms 3–6 mg, diazepāms 5–20 mg u.c.).

3. Ja pacientam ir izteikts bezmiegs, tad jānozīmē miega līdzekļi (zolpidēms 10 mg, zopiklons 7,5 mg, nitrazepāms 5 mg) īslaicīga kursa veidā, ne ilgāk par 3 nedēļām.
4. Regulāra benzodiazepīnu lietošana ir saistīta ar atkarības risku.

Psihiatra konsultācija nepieciešama:

- simptomi ilgst vairāk par vienu mēnesi, nepieciešams precizēt diagnozi (Depresijas epizode u.c.),
- pacients pauž noturīgas pašnāvības domas, runā par konkrētu pašnāvības plānu (jālemj par pacienta stacionēšanu),
- medikamentozā terapija mēneša laikā nesniedz uzlabojumu vai sniedz to tikai daļēji,
- adaptācijas traucējumi ir saistīti ar izteiktiem sociālās funkcionēšanas traucējumiem,
- adaptācijas traucējumi ir komorbidi ar ģeneralizētu trauksmi, paniku, fobijām, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, depresiju,
- krīžu palīdzība nesniedz uzlabojumu vai sniedz to tikai daļēji;
- nepieciešams izvērtēt nepieciešamību nozīmēt intensīvu psihoterapeitisku palīdzību.

Stacionēšanas indikācijas:

- pašnāvības mēģinājums, augsts pašnāvības risks,
- neefektīva terapija,
- būtiskas blakusslimības (alkohola un psihoaktīvu vielu atkarība, nopietnas somatiskās veselības problēmas),
- adaptācijas traucējumi ar izteiktiem uzvedības traucējumiem, trauksmi vai afektīviem traucējumiem pacientiem ar citu psihiatrisku diagnozi.

Depresijas epizode (F32, F33.0–2)

Diagnoze, klīniskās izpausmes, diferenciālās diagnozes

Biežākās sūdzības

- Sākotnēji pacienti varētu sūdzēties par vienu vai vairākiem fiziskiem simptomiem (nogurums, bezmiegs, sāpes). Turpmāka iztaujāšana atklās depresīvu garastāvokli un interešu/dzīvesprieka zudumu.
- Dažkārt aizkaitināmība varētu būt galvenais sūdzību iemesls
- Atsevišķas pacientu grupas ir riska grupā (piem. pēc dzemdībām, pārciesta insulta, infarkta, ar Parkinsona slimību vai multiplo sklerozi)

Diagnoze

Depresijas epizodes (DE) diagnozes uzstādīšanai nepieciešami vismaz **2** no pamata simptomiem un **4** vai vairāki papildus simptomi, kas pastāv dienas lielāko daļu vismaz **2 nedēļas** no vietas

Depresijas pamata simptomi:

- pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla,
- pazeminātas intereses un spēja izjust prieku,
- nogurdināmība, enerģijas trūkums.

Depresijas papildus simptomi:

- pazemināta pašpārliecinātība vai pašnovērtējums,
- pašapsūdzības domas vai neadekvāta vainas sajūta,
- suicidālas domas vai uzvedība,
- neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties,
- psihomotorās aktivitātes traucējumi – aģitācija vai kavēšana,
- miega traucējumi,
- apetītes izmaiņas (pazemināšanās vai pieaugums) ar atbilstošām svara izmaiņām.

Depresijas «somatiskais» sindroms raksturo endogēnu depresiju:

- būtiski pazemināta interese un prieks par aktivitātēm, kas agrāk sagādāja prieku,
- emocionālo reakciju iztrūkums uz notikumiem vai aktivitātēm, kas parasti izraisa emocionālas reakcijas,
- pamošanās vismaz 2 stundas pirms laika,
- depresija smagāka no rīta,
- trauksme vai apātija,
- būtiski pazemināta apetīte,
- svara zudums pēdējā mēneša laikā par 5% no ķermeņa masas un vairāk,
- būtiska libido pavājināšanās.

Diagnožu grupas:

- F32.0/1 Viegla/vidēji smaga depresijas epizode ar/bez somatiskā sindroma.
- F32.2/3 Smaga depresijas epizode ar/bez psihotiskiem simptomiem.
- F33.0/3 Rekurenti depresīvi traucējumi, precizējot kārtējās depresijas epizodes smagumu un ilgumu.

Depresija Bipolāri afektīvo traucējumu ietvaros (F 31)

Ir raksturīgas t.s. atipiskās depresijas pazīmes – reaktīvas garastāvokļa svārstības, paaugstināta apetīte un/vai svara pieaugums, miegainība, smaguma sajūta un funkcionāli kustību vai jušanas traucējumi, jūtīgums uz atteikumu interpersonālo attiecību veidošanā. Anamnēzē vismaz 1 hipomānijas vai mānijas epizode.

Organiskas depresijas (F06.32)

Norise atkarīga no pavadošo somatisko, neiroloģisko traucējumu ārstēšanas iespējām. Papildus depresijas kritērijiem raksturīga

Terapija

Vispārēja informācija pacientam un ģimenei

- Depresija (DE) ir bieži sastopama saslimšana un ir iespējama efektīva depresijas ārstēšana.
- Depresija nav rakstura vājums vai slinkums, pacients cenšas tikt ar depresīvo stāvokli galā.
- Ja depresija ir vidēji smaga vai smaga, nepieciešama ilgstoša antidepresantu (AD) terapija, tad konsultējoties ar psihiatru pacientam var tikt izrakstīti valsts kompensēti medikamenti.
- Antidepresantu terapija nav saistāma ar atkarības risku (Nice, 2009).
- Depresijas gadījumā var tikt novērota «pašārstēšanās» ar alkoholu vai nomierinošiem līdzekļiem, šajos gadījumos jākonsultējas ar ārstu.

Pacienta un ģimenes konsultēšana

- Jautāt par pašnāvības domām. Vai pacients bieži domā par nāvi vai nomiršanu? Vai pacientam ir pašnāvības plāns? Vai pacients ir veicis pašnāvības mēģinājumu vai pašnāvības domas nerealizē? Lemt vai ir nepieciešama stingra ģimenes uzraudzība vai hospitalizācija.
- Jautāt par agresīvām domām pret citiem.
- Plānot īstermiņa aktivitātes, kas pacientu iepriecinātu vai paceltu pašapziņu.
- Mazināt pacienta izteikto pesimismu un paškritiskumu, neatbalstīt ar to saistītās idejas (šķirt laulību, pamest darbu u.c.) un nefokusēties uz negatīva satūra domām. Identificēt pašreizējās dzīves problēmas un sociālos stresorus. Fokusēties uz mazākām problēmām, ar mērķi mazināt un labāk risināt problēmas. Izvairīties veikt lielas pārmaiņas dzīvē.
- Ja pacients akcentē fiziskas sūdzības – akcentēt fizisko sūdzību saikni ar depresiju (skatīt Somatoformus traucējumus F45).

- Pēc atveseļošanās skaidrot pacientam, cik ilgi jāturpina balstterapiju (4–6 mēneši pēc atveseļošanās), ko darīt, ja sūdzības par depresiju atkal atjaunojas.

Psihoterapija un psihosociālā palīdzība depresijas pacientiem

Subklīniskas depresijas un vieglas DE pacientiem piemērotas (arī, depresija kombinējas ar somatisku saslimšanu) strukturētas fizisko nodarbību programmas (ārstnieciskās vingrošanas grupas u.c.), pašpalīdzības grupas, uz kognitīvi biheiviorālo terapiju (KBT) balstītas individuālas pašpalīdzības nodarbības, balstītas uz strukturētiem materiāliem, datorprogrammām (nav šobrīd adaptētas Latvijai)

Psihoterapijas veidi vieglas DE, vidēji smagas DE ārstēšanā – atbalsta, kognitīvi biheiviorālā, interpersonālā, īsveida psihodinamiskā psihoterapija. Atsevišķos gadījumos var tikt uzsākta garā veida psihodinamiskā psihoterapija.

Medikamentozā ārstēšana

- Nenozīmēt AD pacientiem ar atsevišķiem depresijas simptomiem.
- Izvērtēt AD nozīmēšanas nepieciešamību pie vieglas depresijas, jo iespējama blakņu risks var būt lielāks kā iespējama ieguvums no terapijas.
- Viegla depresijas pacientam AD nozīmējami, ja anamnēzē ir vidēji smagas vai smagas DE, ja atsevišķi depresijas simptomi (subklīniska depresija) ir ilgāki par 2 gadiem (distīmija), kā arī ja subklīniska vai viegla depresijas simptomātika saglabājas pēc cita veida ārstēšanas.
- Izvērtēt antidepresantu nozīmēšanu, ja nomākts garastāvoklis vai interešu zudums un 4 un vairāk depresijas papildus simptomi ilgst vairāk kā 2 nedēļas.
- Smagas depresijas gadījumā nozīmēt AD jau pirmajā vizītē.

Diagnoze, klīniskās izpausmes, diferenciālās diagnozes

nogurdināmība, astenizācija, kairināmība, raudulība, emocionāla labilitāte, somatoformas sūdzības. Kognitīvie procesi ir gausi, ikdienas aktivitātes – neproduktīvas. Sāpes vai citas somatiskas sūdzības nemazinās, neskatoties uz somatisko traucējumu sekmiņu ārstēšanu.

Vecumā pēc 65 gadiem parasti ir jāizvērtē vai klīniskajā ainā būtisku vietu neieņem demences simptomātika, kad pacientam ir pavājināta atmiņa, koncentrēšanās spējas, uzmanība un intelekts.

Vairāki medikamenti var būt saistīti ar depresijas simptomiem (beta blokatori, antihipertensīvie medikamenti, H2 blokatori, orālie kontraceptīvie līdzekļi, kortikosteroīdi u.c.) Depresija alkohola vai psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ F1X.5 Ilgstoši lietojot alkoholu vai psihoaktīvas vielas ir iespējama simptomātiska depresija ar trauksmi, miega traucējumiem, nopietnām sociālās adaptācijas grūtībām, augstu suicīda risku.

Diferenciālās diagnozes

- *Ģeneralizēta trauksme (F41.0)* – pacientam klīniskajā ainā dominē ilgstošas bažas par ikdienišķiem notikumiem un mērena trauksme ar trauksmes somatiskajiem simptomiem
- *Somatoformi traucējumi (F45)* – pacientam klīniskajā ainā dominē sūdzības par fiziskiem simptomiem, kuru saistība ar somatisku saslimšanu nav apstiprinājusi klīniskajā apskatē un izmeklējumos.
- *Šizoafektīvi traucējumi (ŠAT, F25)* – divu nedēļu periodā novēro gan afektīvus traucējumus, gan šizofrēnijai raksturīgus psihotiskus traucējumus. Izdala maniākālu, depresīvu un jaukti afektīvu ŠAT tipu. Jāņem vērā iepriekšējo epizožu klīniskā aina, kā arī tas, ka BAT gadījumā psihotiskie simptomi vērojami vēlīni – afektīvo traucējumu kulminācijas laikā.
- *Akūti psihotiski traucējumi (F23)* – pacients sūdzas par halucinācijām, iedarbības sajūtām, izsaka divainus, nekorrigējamus, kultūras normām neatbilstošus spriedumus (murgu idejas). Psihotiskie pārdzīvojumi var būt ar depresīvu, apsūdzību, izsmejošu saturu.

Terapija

Medikamentu izvēle:

1. Noskaidrot vai un kādi AD iepriekš lieto ti un bijuši efektīvi, to agrākās blaknes un kontrindikācijas.
2. Ja pacients ir trauksmais vai viņam ir bezmiegs, izvēlēties AD ar sedatīvu efektu.
3. Nozīmēt AD efektīvā devā, mazākas devas pacientiem ar pavadošu somatisku saslimšanu.
4. Benzodiazepīnu un miega līdzekļu nozīmēšana rekomendējama līdz 3 nedēļām, paralēli antidepresantu terapijai.

Skaidrot, ka pacientam medikamenti jālieto katru dienu, ka AD deva tiks pielāgota **4 nedēļu** laikā, bet AD klīniskais efekts gaidāms pēc **10–14 terapijas dienām**. Ja gadījumā parādās AD blakusparādības, tad tās parasti pāriet pirmās nedēļas laikā bez jebkādas papildus terapijas. AD jālieto vismaz **3 mēnešus** ārstējošā devā, balstterapija **4–6 mēnešus** pēc atveseļošanās (vai ilgāk pēc atkārtotām epizodēm).

Antidepresants	Vidējā dienas deva	Biezākās blaknes
Amitriptilīns	(25) 75–150 mg	Neskaidra redze, aizcietējumi, sausa mute, samazināta svišana, reibonis, ortostātiska hipotensija, tahikardija, hipotensija, sedācija, sirds ritma traucējumi, vemšana un nelabums
Klomipramīns	75–150 mg	
Imipramīns	(50) 75–150 mg	
Nortriptilīns	(25) 50–150 mg	
Citalopram	20–40 mg	Nelabums, diareja, pazemināta apetīte, svišana, galvas sāpes, seksuāla disfunkcija, nervozitāte, bezmiegs, sedācija, reibonis, tahikardija
Escitaloprams	10–20 mg	
Fluoksetīns	20–40 mg	
Fluvoksamīns	50–150 mg	
Paroksetīns	20–40 mg	
Sertralīns	50–150 mg	Galvas sāpes, nervozitāte, bezmiegs, sedācija, seksuāla disfunkcija, nelabums, diareja, pazemināta apetīte, reibonis, svišana, pie lielām devām hipertensija
Venlafaksīns	75–225 mg	
Duloksetīns	60 mg	Nelabums, diareja, pazemināta apetīte, bezmiegs, sedācija, seksuāla disfunkcija, svišana, hipertensija
Mirtazapīns	15–45 mg	Bieži paaugstina svaru (siev.>vīr.), izraisa sedāciju, sausa mute
Tianeptīns	25–37,5 mg	Sedācija, miegainība, gremošanas traucējumi
Agomelatīns	25 mg	Galvassāpes, slikta dūša, kas novērojamas tik pat bieži kā placebo grupā
Bupropions	150–225 (300) mg	Sausa mute, aizcietējumi, pavājināta apetīte, muskuļu sāpes, galvas sāpes, nervozitāte, bezmiegs, hipertensija

Psihiatra konsultācija nepieciešama:

- pacientiem, kuri izsaka nopietnas pašnāvības domas vai draudus; pacientiem pēc pašnāvības mēģinājuma (jāizvērtē neatliekamas stacionēšanas nepieciešamība),
- depresija simptomi nav būtiski mazinājušies 8 nedēļu laikā pēc terapijas uzsākšanas,
- pacientam konstatē psihotiskus traucējumus vai depresija ir šizofrēnijas pacientam,
- depresijas epizode ir bipolāru afektīvu traucējumu ietvaros, t.sk. atipiska depresija vai, ja pacientam konstatēti hipomānijas simptomi,
- depresija ir komorbīda ar panikas lēkmēm, obsesīvi – kompulsīviem traucējumiem, ģeneralizētu trauksmi, psihoaktīvu vielu atkarību; depresijas stāvoklis pacientam ar šizofrēniju,

- lai izvērtētu nepieciešamību nozīmēt intensīvu psihoterapeitisku palīdzību (kognitīvi – biheivoriālo terapiju, interpersonālo terapiju) gan uzsākot terapiju, gan atkārtotas depresijas epizodes profilaksei.

Stacionēšanas indikācijas:

- pašnāvības mēģinājums, augsts pašnāvības risks,
- neefektīvi atkārtoti terapijas kursi, terapeitiski rezistenta depresija,
- būtiskas blakusslimības (psihoaktīvu vielu atkarības, nopietnas somatiskās veselības problēmas),
- smagas depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem, t.sk. bipolāra depresija, atteikšanās no ēdiena, bezpalīdzība,
- mēreni izteikta vai smaga depresijas norise šizofrēnijas pacientam, t.sk. postšizofrēniskā depresija.

Generalizēta trauksme F41.1

Diagnoze, klīniskās izpausmes, diferenciālās diagnozes

Biežākās sūdzības

Sākotnējās sūdzības visbiežāk ir saistītas ar spriedzes radītajiem fiziskajiem simptomiem (galvassāpes, muskuļu sāpes, sirdsklauves) vai bezmiegu. Iztaujāšana atklās izteiktus trauksmes simptomus.

Diagnoze

Laika kritērijs Generalizētās trauksmes (GT) diagnosticēšanai **6 mēneši**. Ilgstošā laika periodā pacients atzīmē traucējošu, vieglu vai mērenu trauksmes sajūtu ikdienišķās situācijās. Tiek novērota nozīmīga saspringuma sajūta, nemiers, nelaimes priekšnojauša ikdienišķās situācijās, ko pavadā vismaz **1** no pamata un **3** no papildus simptomiem.

Pamata simptomi:

- sirdsklauves;
- pastiprināta svišana;
- tremors;
- sausums mutē.

Papildus simptomi:

Krūšu kurvja un vēdera simptomi:

- elpošanas traucējumi;
- smakšanas sajūta;
- diskomforts vai sāpes krūšu kurvī;
- slikta dūša vai abdomināls diskomforts.

Psīhiskā stāvokļa simptomi:

- reibšanas, ģībšanas sajūta;
- apkārtējie objekti šķiet nereāli

(derealizācija), pats sev liekas svešs (depersonalizācija);

- bailes zaudēt kontroli, sajukt prātā vai noģībt;
- bailes nomirt.

Vispārējie simptomi:

- karstuma, aukstuma vilņi;
- nejutīgums vai tirpšanas sajūtas.

Spriedzes simptomi:

- muskuļu saspringums vai sāpes;
- iekšējs nemiers, nespēja relaksēties;
- nervozitāte, spriedze;
- kamola sajūta kaklā, grūtības norīt.

Citi simptomi:

- pastiprināta reaktivitāte uz nebūtiskiem notikumiem;
- trauksmes dēļ grūtības koncentrēties;
- patstāvīga aizkaitināmība;
- trauksmes dēļ grūti iemigt.

Diferenciālās diagnozes

- Medikamentu pārdozēšana, blaknes, individuāla nepanesība (t.sk. nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi, orālie kontraceptīvi, neiroleptiķi, reti arī antidepresanti)
- Psihoaktīvu medikamentu strauja atcelšana
- Abstinences stāvokļi
- Somatiskas saslimšanas – hipertireoze vai hipotireoze, diabēts, koronārā sirds slimība, ļaundabīgi audzēji, sistēmiskas slimības, hipertensija u.c.

Terapija

Vispārēja informācija pacientam un ģimenei

1. Stress un uztraukums bieži izsauc fiziskas un psihiskas sūdzības.
2. Svarīgi ir mācīt iemaņas, kas mazinātu stresa izpausmes, nevis nozīmēt sedatīvus medikamentus.

Pacienta un ģimenes konsultēšana

1. Ieteikt, lai pacients ikdienā izmanto relaksācijas metodes fizisko trauksmes simptomu mazināšanai. Ieteikt, lai pacients atsāk patīkamas aktivitātes un vingrojumus, kas agrāk bijušas noderīgas.
2. Ieteicamas regulāras fiziskas aktivitātes ar mērenu slodzi.
3. Identificējiet un precizējiet pārspīlēto uztraukumu (raizes), lai mazinātu trauksmes simptomus.
4. Identificējiet pārspīlēto uztraukumu vai pesimistiskās domas (piemēram: meita kavējas, paciente raizējas, ka meita iekļuvusi satiksmes negadījumā).
5. Diskutēt par veidiem (ceļiem) kā izmainīt pārmērīgo satraukumu, kad tas rodas (piem. paciente sāk raizēties par meitu,

pacientei ir sev jāpasaka, ka nevajag atkal sākt uztraukties par meitu. Mana meita būs mājās tikai dažas minūtes vēlāk. Es zvanišu meitai uz skolu tikai, ja viņa kavēsies vairāk par stundu.).

6. Strukturējiet problēmu risināšanas metodes, kas var palīdzēt pacientam mēdzēt sadzīves stresu, kas ir saistīts ar trauksmes izpausmēm.
7. Identificē notikumus, kas ir saistīti ar izteiktu uztraukumu (piem. jauna sievietes sūdzas par saspringumu, nelabumu un bezmiegu. Simptomi sākās pēc tam, kad viņas dēlam sākās astma. Viņas trauksmes simptomi pastiprinās, ja dēlam ir astmas paasinājums.).
8. Jāizrunā, kā pacientam jārikojas konkrētā situācijā. Paskaidro, kā tas darbojas.
9. Identificē konkrētas aktivitātes, kas pacientam jāveic tuvākajās nedēļās:
 - jātiekas ar dēla ārstu, medicīnas māsu, kas labāk izskaidrotu, kas ir astma, kā ir jārikojas lēmumu laikā,
 - jārunā ar citiem vecākiem, kuru bērni slimo ar astmu,
 - jāuzraksta rīcības plāns, kas jādara astmas lēkmes laikā.

Medikamentozā ārstēšana

Ārstēšana ar medikamentiem ir otrās izvēles metode ĢT ārstēšanā, tomēr medikamenti jānozīmē, ja psihoterapija ir neefektīva.

Medikamenti	Vidējā dienas deva	Biezākās blaknes
Amitriptilīns	(25) 75–150 mg	Devas, blaknes kā pie F32. Lietojami, kā otrās vai trešās izvēles medikamenti pēc neefektīva 12 nedēļu terapijas kursa ar buspironu, SSAI vai venlafaksīnu. Nozīmējami pakāpeniski, individuāli piemērojot devas, augsto blakņu riska dēļ.
Klomipramīns	75–150 mg	
Nortriptilīns	(25) 50–150 mg	
Citaloprāms	20–40 mg	Pirmās izvēles antidepresanti. Nozīmējami individuāli piemērojot devas. Nelabums, diareja, pazemināta apetīte, svīšana, galvas sāpes, seksuāla disfunkcija, nervozitāte, bezmiegs, sedācija, reibonis, tahikardija
Escitaloprāms	10–20 mg	
Fluoksetīns	20–40 mg	
Fluvoksamīns	50–150 mg	
Paroksetīns	20–40 mg	
Sertralīns	50–150 mg	
Venlafaksīns	75–225 mg	
Mirtazapīns	15–45 mg	
Tianeptīns	25–37,5 mg	Reibonis, galvas sāpes, nervozitāte, sedācija, nelabums, kairināmība, neizraisa pieradumu
Buspirons	30 mg	
Benzodiazepīni, sedatīvie un citi līdzekļi		
Alprazolāms	0,5–2 mg	Nozīmējami 2–3 nedēļu periodam. Ilgstoša medikamentu lietošana var būt saistīta ar atkarības risku. Kontrindicēti, ja pacientam ir alkohola vai psihoaktīvu vielu atkarība. Var palēnināt psihomotorās reakcijas, ierobežojumi vadot automašīnu.
Bromazepāms	3–6 mg	
Fenazepāms	0,5–2 mg	
Diazepāms	5–10 mg	
Lorazepāms	1–5 mg	
Fenibuts	0,25–0,75 g	Sedācija, hipotonija, slikta dūša. Var palēnināt psihomotorās reakcijas, ierobežojumi vadot automašīnu.
Mebikārs	0,5–2,0 g	
Propanolols	20–60 mg	Beta blokatori var palīdzēt trauksmes fizisko simptomu ārstēšanai. Var pastiprināt depresijas simptomātiku.
Metoprolols	25–100 mg	
Pregabalīns	150–300 mg	Sedācija, reibonis.

Psihiatra konsultācija nepieciešama:

- trauksmes simptomi ilgāk par 6 mēnešiem,
- pacients pauž noturīgas pašnāvības domas, runā par konkrētu pašnāvības plānu (jālemj par pacienta stacionēšanu),
- ģeneralizēta trauksme komorbīda ar panikas lēkmēm, obsesīvi – kompulsīviem traucējumiem, ēšanas traucējumiem,
- simptomi nemazinās pēc terapijas pirmā kursa,
- nepieciešams izvērtēt psihoterapeitiskas ārstēšanas lietderību.

Stacionēšanas indikācijas:

- pašnāvības mēģinājums, augsts pašnāvības risks,
- neefektīvs atkārtots 3 mēnešu terapijas kurss,
- būtiskas blakusslimības (alkohola un psihoaktīvu vielu atkarība, nopietnas somatiskās veselības problēmas).

Panika (F41.0)

Diagnoze, klīniskās izpausmes, diferenciālās diagnozes

Biežākās sūdzības

Pacienti varētu sūdzēties par vienu vai vairākiem fiziskiem simptomiem (piem. sāpēm krūtīs, reiboņiem, elpas trūkumu). Turpmākā iztaujāšanā atklāsies zemāk aprakstītās pazīmes.

Diagnoze

Panika ir neprognozējamas trauksmes vai bailu lēkme, kas sākas pēkšņi bez jebkāda konkrēta provocējoša faktora vai to nevar identificēt. Panikas lēkmes nav saistītas ar acīm redzamu stresu vai dzīvībai bīstamām situācijām.

Panikas lēkmi raksturo:

1. atsevišķas intensīvu bailu vai diskomforta epizodes,
2. sākas pēkšņi,
3. sasniedz savu maksimumu dažu minūšu laikā un ilgst ne vairāk par **30** minūtēm,
4. Lēkmi pavada vismaz **1** no pamata un **3** no papildus simptomiem:

Pamata simptomi:

- sirdsklauves,
- pastiprināta svišana,
- trīce un drebuļi,
- sausums mutē.

Papildus simptomi:

Krūšu kurvja un vēdera simptomi:

- elpošanas traucējumi,
- smakšanas sajūta,
- diskomforts vai sāpes krūšu kurvī,
- slikta dūša vai diskomforts vēderā,

Psihiskā stāvokļa simptomi:

- reibšanas, nestabilitātes, gībšanas sajūta,
- apkārtējie objekti šķiet nereāli (derealizācija), pats sev liekas svešs (depersonalizācija),

- bailes zaudēt kontroli, sajukt prātā vai noģībt,
- bailes nomirt,

Vispārējie simptomi:

- karstuma, aukstuma vilņi,
- nejutīgums vai tirpšanas sajūtas.

Lēkme bieži ir saistīta ar bailēm no nākamās lēkmes (bailes no personiskas katastrofas – kontroles zudums pār sevi, sajukšana prātā, sirds lēkme, pēkšņa nāve). Tāpēc pacientiem raksturīgas izvairīšanās no vietām, kur bija panikas lēkme. Pacients izvairās no uzdevumiem vai aktivitātēm, kā rezultātā varētu novērot panikas lēkmei līdzīgas sūdzības.

Diferenciālās diagnozes

- Dažādi somatiski traucējumi var būt saistīti ar līdzīgām izpausmēm (aritmijas, cerebrāla išēmija, koronārā sirds slimība, tireotoksikoze). Svarīga ir anamnēze par somātiskām saslimšanām, jāveic pilns fiziskā stāvokļa novērtējums.
- Fobijas (F40), ja bailu lēkmes saistītas ar kādu konkrētu situāciju vai priekšmetu.
- Depresijas (F32), ja ir nomākts garastāvoklis vai skumjas.
- Akūti psihotiski traucējumi (F23), ja pacients sūdzas par halucinācijām, iedarbības sajūtām, izsaka divainus, nekorrigējamus, kultūras normām neatbilstošus spriedumus (murgu idejas). Psihotiskos traucējumus var pavadīt masīva trauksme un somatoformas sūdzības.

Terapija

Vispārēja informācija pacientam un ģimenei

1. Panika ir bieži sastopama saslimšana un ir iespējama efektīva trauksmes ārstēšana.
2. Trauksme bieži ir saistīta ar biedējošām fiziskām sajūtām. Sāpēs krūtīs, reibonis vai elpošanas traucējumi vienmēr nav saistīti ar fizisku saslimšanu, tās koriģējas, kad trauksme mazinās.
3. Panika izraisa biedējošas domas, bailes par kontroles zudumu, sajukšanu prātā, sirds lēkmi, pēkšņu nāvi; tās koriģējas, kad trauksme mazinās.
4. Psihiskie un fiziskie trauksmes simptomi var pastiprināt viens otru. Koncentrēšanās uz fiziskajām izjūtām pastiprina trauksmi.
5. Personām, kas izvairās no vietām vai situācijām, kas saistītas ar trauksmi – lēkmes ir stiprāk izteiktas.

Pacienta un ģimenes konsultēšana

1. Ieteikt pacientam vairākus soļus, ja novēro panikas lēkmes:
 - palikt uz vietas, kamēr lēkmes beigsies,
 - koncentrēties uz trauksmes mazināšanu, nevis uz fiziskajiem simptomiem,
 - uzsākt lēnu un mierīgu elpošanu. Elpot dziļi, ja elpošana ir strauja un sekla, hiperventilācija ir saistīta ar panikas fiziskajiem simptomiem. Kontrolēt elpošanu līdz beidzas lēkme,
 - stāstīt sev, ka trauksmes lēkme un biedējošās domas drīz beigsies. Sekot līdz pulkstenim, kad beidzas lēkme, lēkme šķiet ilga, kaut patiesībā tā ilgst dažas minūtes.
2. Identificēt pārspīlētas bailes, kuras pavada panikas lēkmi (bailes no infarkta u.c.).

3. Diskutēt par iespējām pārvarēt bailes lēkmes laikā (atcerēties, ka lēkmes laikā infarkts nav noticis u.c.), sajūtas pāries dažu minūšu laikā.
4. Pašpalīdzības grupas pacientam var palīdzēt mēdēt panikas simptomus un pārvarēt bailes.

Medikamentozā ārstēšana

1. Lielai daļai pacientu nav vajadzīgi medikamenti, traucējumi mazinās no psihoterapijas (PT).
2. Ja PT nav pieejama vai tai ir daļējs efekts jāapsver medikamentu lietošana.
3. Ja panikas lēkmes ir biežas un smagi izteiktas vai, ja pacients ir izteikti nomākts, ieteicama AD nozīmēšana (fluoksetīns 20 mg, sertralīns 50 mg, paroksetīns 20 mg, citaloprams 20 mg, escitaloprams 10 mg, fluvoksamīns 50–100 mg, tianeptīns 37,5 mg, venlafaksīns 75 mg, mirtazapīns 30 mg), pirmo 2 nedēļu laikā ieteicams paralēli AD nozīmēt anksiolītiskus.
4. Pacientiem ar retām panikas lēkmēm (situatīvi, lēkmes laikā) var tikt nozīmēti prettrauksmes līdzekļi (alprazolāms 0,5–3 mg, bromazepāms 3–6 mg, diazepam 5–20 mg u.c.).
5. Regulāra anksiolītiku lietošana ir saistīta ar pierašanu, medikamentu pārtraukšanas gadījumā var atjaunoties trauksme.
6. Ja panikas lēkmes klīniskajā ainā prevalē kardioloģiskas sūdzības var nozīmēt betablokatorus – propranololu 20–40 mg, metoprololu 50–100 mg.
7. Skaidrot pacientam, ka panika parasti ir saistīta ar fiziskiem simptomiem, izvairīties no nevajadzīgas medikamentu lietošanas.
8. Rekomendēt kognitīvo vai biheiviorālo psihoterapiju.

Psihiatra konsultācija nepieciešama:

- novērotas vairāk kā 4 panikas lēkmes viena mēneša laikā, neskatoties uz terapiju,
- simptomi nemazinās pēc terapijas pirmā kursa, panikas traucējumi ir saistīti ar izteiktiem sociālās funkcionēšanas traucējumiem,
- panika ir komorbida ar ģeneralizētu trauksmi, fobijām, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, depresiju,
- ja pacients pauž noturīgas pašnāvības domas, runā par konkrētu pašnāvības plānu (jālemj par pacienta stacionēšanu),
- nepieciešams izvērtēt nepieciešamību

nozīmēt intensīvu psihoterapeitisku palīdzību (KBT, IPT), psihoterapijas (KBT) un medikamentu kombinācija sniedz maksimālo rezultātu.

Stacionēšanas indikācijas:

- pašnāvības mēģinājums, augsts pašnāvības risks,
- neefektīvs atkārtots 3 mēnešu terapijas kurss,
- būtiskas blakusslimības (alkohola un psihoaktīvu vielu atkarība, nopietnas somatiskās veselības problēmas).

Fobijas (F40.0–9)

Diagnoze, klīniskās izpausmes, diferenciālās diagnozes

Biežākās sūdzības

- bailu dēļ pacients izvairās vai ierobežo savas aktivitātes
- viņiem varētu būt grūtības atbraukt līdz dakterim, iet iepirkties, apmeklēt citus
- pacienti brīžiem sūdzas par fiziskiem simptomiem (sirdsklauvē, elpas trūkumu, «astmu»). Iztaujāšana atklās specifiskas bailes

Diagnozes

Agorafobija. Bailes, ka varētu sākties trauksme, panikai līdzīgi simptomi vai ģībšanas sajūta sabiedriskā vietā, cilvēku pūlī; bailes ceļot vienam. Pacients pakāpeniski sāk izvairīties no visām tām vietām, kurās varētu subjektīvi palikt slikti, no kurām nevarētu izkļūt ārā vai netiktu sniegta tūlītēja palīdzība. Panikai līdzīgi simptomi vai izvērsta lēkme var sākties arī tikai domājot par iespējamu nokļūšanu šādās situācijās.

Bailes saistītas ar sekojošām situācijām:

- izešana vienam no mājām vai bailes palikt vienam mājās,
- ceļošana ar autobusu, mašīnu, vilcienu vai lidmašīnu,
- atrašanās pūlī vai plašos, atklātos laukumos.

Agorafobija bieži kombinējas ar paniku.

Sociālās fobijas. Bailes nokļūt uzmanības centrā vai uzvesties tādā veidā, kas būs apkaunojoši vai pazemojoši.

Trauksme visbiežāk parādās uzstājoties publikas priekšā, atrodoties sabiedriskās vietās, ēdot vai negaidīti tiekoties ar paziņām.

Bailes pavada:

- sarkšana vai trīce,
- bailes no vemšanas,
- vēlme urinēt vai izdarīt defekāciju.

Pacients izprot, ka trauksme ir pārmērīga un nepamatota, taču pašam to neizdodas pietiekami kontrolēt. Tādēļ pacienti cenšas pēc iespējas izvairīties no visām šādām situācijām.

Izolētas fobijas. Pacients izvairās vai ierobežo savas aktivitātes, jo viņam ir izteiktas bailes no noteikta priekšmeta, dzīvnieka, parādības, saslimšanas vai nokļūšanas noteiktās situācijās (izņemot agorafobijas situācija). Pacients izprot, ka trauksme ir pārmērīga un nepamatota.

Saskarsmi ar katriem iepriekš minētajiem trauksmi izraisošiem faktoriem pavada vismaz 1 no pamata un 1 no papildus simptomiem.

Pamata simptomi:

- sirdsklauves,
- pastiprināta svīšana,
- trīce un drebuļi,
- sausums mutē.

Papildus simptomi:

Krūšu kurvja un vēdera simptomi:

- elpošanas traucējumi,
- smakšanas sajūta.
- diskomforts vai sāpes krūšu kurvī,
- slikta dūša vai abdomināls diskomforts

Psihiskā stāvokļa simptomi:

- reibšanas, nestabilitātes, ģībšanas sajūta,
- apkārtējie objekti šķiet nerealī (derealizācija), pats sev liekas svešs (depersonalizācija)
- bailes zaudēt kontroli, sajukt prātā vai noģībt
- bailes nomirt

Vispārējie simptomi:

- karstuma, aukstuma vilņi
- nejutīgums vai tirpšanas sajūtas

Trauksmes intensitāte mainīga no viegla diskomforta līdz intensīvām bailēm, āžītācijai, šausmām.

Terapija

Vispārēja informācija pacientam un ģimenei

1. Fobijas var ārstēt.
2. Izvairšanās no situācijām, ar kurām saistītas bailes, fobijas tikai pastiprina.
3. Specifisku pasākumu soļu ievērošana var palīdzēt pārvarēt bailes.

Pacienta un ģimenes konsultēšana

1. Ieteikt pacientam praktizēt elpošanas vingrinājumus, lai samazinātu bailu simptomus.
2. Jautāt, lai pacients uzskaita visas situācijas, no kurām pacients izvairās vai jūt bailes, bet citi nejut.
3. Diskutēt par iespējām pārvarēt bailes (piem.: pacients izjutis nelielu diskomfortu atrodoties lielā cilvēku pūlī, kas ildzis dažas minūtes).
4. Plānot sekojošus soļus, lai pacients spētu rīkoties, sastopoties ar bailēm:
 - identificēt nelielus pirmos soļus bailu situācijā (aiziet ciemos, kopā ar kādu ģimenes locekli uz īsu laiku),
 - tas ir jāveic katru dienu, bet ciemošanās nav ilgāka par 1 stundu,
 - ja situācija joprojām izsauc trauksmi, pacientam jāpraktizē elpošanas vingrinājumi, jāstāsta, ka trauksme nav ilgāka par 30 minūtēm, nav vajadzības pamest situāciju, ar kuru saistīta trauksme, pirms trauksmes lēkme nav beigusies,
 - pakāpeniski pagarināt laiku, cik ilgi pacients atrodas ārpus mājās,
 - izvairīties no alkohola un prettrauksmes medikamentu lietošanas vismaz 4 stundas pirms uzvedības treniņa.
5. Identificēt draugus vai ģimenes locekļus, kas var palīdzēt pārvarēt bailes un adekvāti rīkoties bailu situācijā.
6. Pacientam jāizvairās lietot alkohols un benzodiazepīni, lai mazinātu bailes.

Medikamentozā ārstēšana

1. Lielai daļai pacientu nav vajadzīgi medikamenti, traucējumi mazinās no psihoterapijas. (PT)
2. Ja PT nav pieejama vai tai ir daļējs efekts jāapsver medikamentu lietošana.
3. Pacienti ar retām panikas lēkmēm (situatīvi, lēkmes laikā) var tikt nozīmēti prettrauksmes līdzekļi (alprazolāms 0,5–3 mg, bromazepāms 3–6 mg, diazepāms 5–20 mg u.c.). Regulāra benzodiazepīnu lietošana ir saistīta ar atkarības risku.
4. Benzodiazepīnu grupas trankvilizatoriem **devas un ierobežojumi** kā pie ģeneralizētas trauksmes.
5. Jaunākie pētījumi norāda par antidepresantu ilgtermiņa terapijas efektu trauksmes ārstēšanā.
6. Ja pieņemts lēmums uzsākt antidepresantu lietošanu, tad pirmā izvēle ir selektīvie serotonina atpakaļsaistes inhibitori (SSAI) vai selektīvie serotonina un noradrenalina atpakaļsaistes inhibitori (SNAI), piem. fluoksetīns 20 mg, sertralīns 50–100 mg, paroksetīns 20 mg, citaloprams 20 mg, escitaloprams 10 mg, fluvoksamīns 50–100 mg, tianeptīns 37,5 mg, venlafaksīns 75 mg, mirtazapīns 30 mg.
7. Pirms uzsākšanas noskaidrot iepriekšējās ārstēšanas gaitu, blaknes, informēt pacientu, ka antidepresantu prettrauksmes efekts būs pēc 3–4 nedēļām, antidepresanti būs jālieto 3 mēneši un ilgāk.
8. Jūtīgiem pacientiem terapijas sākuma periodā var novērot nelielu trauksmes simptomātikas pastiprināšanos. Tādos gadījumos vēlām sakt ar pusi no antidepresanta mērķa devas.
9. Terapijas sākuma periodā (pirmās 3–4 nedēļas) varētu papildus terapijā pielietot benzodiazepīnus standarta devās.

Diferenciālās diagnozes

- Depresijas (F32), ja ir nomākts garastāvoklis vai skumjas.
- Ja prevalē somatiskas (somatoformas sūdzības) jādiferencē no somatoformiem traucējumiem (F45).
- Ja pārsvarā ir trauksmes lēkmes, jādiferencē no panikas (F41.0), bieži novērojama komorbiditāte.
- Medikamentu pārdozēšana, blaknes, individuāla nepanesība.
- Psihoaktīvu medikamentu strauja atcelšana.
- Abstinences stāvokļi.
- Somatiskas saslimšanas – hipertireoze, diabēts, paroksizmālā tahikardija, hipertensija u.c.

Stacionēšanas indikācijas:

- pašnāvības mēģinājums, augsts pašnāvības risks,
 - neefektīvs atkārtots 3 mēnešu terapijas kurss,
 - būtiskas blakusslimības (alkohola un psihoaktīvu vielu atkarība, nopietnas somatiskās veselības problēmas).
10. Nedrīkst strauji pārtraukt ārstēšanu ar AD, jo dažreiz var tikt novēroti atcelšanas simptomi.
11. Ja pacientam novēro depresijas simptomus, piemēroti ir antidepresanti terapeitiskās devās (skat. depresijas ārstēšanu).

Psihiatra konsultācija nepieciešama:

- fobijas ilgākas par 3 mēnešiem,
- ar fobijām ir saistīti nozīmīgi sociālās funkcionēšanas traucējumi (piem.: nevar iziet no mājām),
- fobijas ir komorbīdas ar ģeneralizētu trauksmi, paniku, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, depresiju,
- neefektīvs pirmais 12 nedēļu ārstēšanas kurss,
- ja pacients pauž noturīgas pašnāvības domas, runā par konkrētu pašnāvības plānu (jālemj par pacienta stacionēšanu),
- jālemj jautājums par psihoterapijas izvēli (KBT, IPT), gan pirmo reizi uzsākot psihoterapiju, gan atkārtotu fobiju saasināšanās periodā.

Somatoformi traucējumi F45

Diagnoze, klīniskās izpausmes, diferenciālās diagnozes

Biežākās sūdzības

- Var pastāvēt sūdzības par jebkuriem fiziskiem simptomiem. Simptomi var plaši atšķirties dažādās kultūrās.
- Var būt atsevišķas vai daudzas sūdzības; laika gaitā simptomi var mainīties.

Diagnoze

Šajā traucējumu grupā ietilpst diagnozes Somatizācija, Hipohondrija, Somatoforma veģetatīva disfunkcija, Somatoformas sāpes.

Kopējie Somatoformu traucējumu (SFT) diagnostiskie kritēriji

- atkārtotas sūdzības par somatiskiem traucējumiem (fiziskiem simptomiem).
- prasība pēc atkārtotiem izmeklējumiem un analizēm.
- ārsta viedokļa noraidīšana, ja tas neapstiprina pacienta aizdomas. Pacienti uzstājīgi nepieņem viedokli, ka sūdzību pamatā ir psihiski traucējumi.
- pacienta sūdzību intensitāte, raizēšanās un trauksme nav atbilstoša pacienta objektīvi esošai saslimšanai.
- traucējumu intensitāte pastiprinās pēc sadzīves problēmām, konfliktiem u.c.

Somatizācija F45.0. Hroniski, recidivējoši traucējumi 2 gadu periodā ar dažādām, mainīgām somatiskām sūdzībām, kas skar dažādas orgānu sistēmas un tās nav apstiprināmas ar objektīvo atradi. Bieži kombinējas ar depresiju.

Hipohondrija F45.2. Pacienta pārmērīga rūpēšanās un bailes par savu veselību un pārliecība par smagas somatiskas saslimšanas esamību, pamatojoties uz maldīgiem, subjektīviem simptomiem vai pārmērīga

raizēšanās par iedomātu ķermeņa kropību vai deformāciju. Traucējumi ilgāki par 6 mēnešiem. Sūdzību intensitāte var būt mainīga, tās ierobežo ikdienas aktivitātes un sociālo funkcionēšanu. Hipohondrija ir vieni no biežāk sastopamajiem neirotikajiem traucējumiem «nepsihiatru» praksē.

Somatoforma veģetatīva disfunkcija F45.3. Ietver plašu traucējumu grupu, kas ir saistīta ar veģetatīvās nervu sistēmas regulācijas traucējumiem. Parasti novēro 2 simptomu grupas:

- veģetatīva *uzbudinājuma* simptomi (sirdsklauves, svišana, tremors, sarkšana, sausa mute), kas izsauc pastāvīgu raizēšanos,
- sūdzības par kādas konkrētas orgānu sistēmas disfunkciju (ietilpst psihogēna hiperventilācija, kreškināšana, sirds nei-roze, neirocirkulatora astēnija, psihogēna diareja, meteorisms, psihogēns nemierīgo zarnu sindroms, psihogēna bieža urinācija, dizūrija). Pacients izsaka bažas par kādas nopietnas slimības esamību, kas saistīta ar konkrēto orgānu sistēmu.

Sūdzības saasinās saistībā ar stresa situācijām. Lai gan nav skaidri definēts minimālais simptomu ilgums, klīniskajā praksē pacients jānovēro **vairākus mēnešus** līdz var uzstādīt šo diagnozi

Somatoformas sāpes F45.4. 6 mēnešu periodā galvenās sūdzības ir par sāpēm muguras lejas daļā, sāpēm kājā, atipiskām sāpēm sejā, hroniskām sāpēm mazajā iegurnī, neiropātiskām sāpēm u.c. Sāpes ir ilgstošas, mokošas, bez objektīva organiska (trauma vai somatiska saslimšana) iemesla. Pacientam ir tendence savu sāpju sūdzību dēļ gūt konkrētu personu vai medicīnu pastiprinātu uzmanību, aprūpi. Sūdzības saasinās saistībā ar stresa situācijām.

Terapija

Vispārēja informācija pacientam un ģimenei

1. Stress bieži izsauc fiziskas sūdzības.
2. Fokusēties uz simptomu mazināšanu, nevis uz to cēloņu noteikšanu.
3. Izārstēšanās ne vienmēr ir iespējama; pamatmērķis ir iemācīties dzīvot pēc iespējas labāku dzīvi, ja pat simptomi saglabājas.

Pacienta un ģimenes konsultēšana

1. Paskaidrot, ka pacienta fiziskie simptomi ir reāli, tas nav izdomājums. Apspriest emocionāla stresa saistību ar fizisko simptomu sākumu.
2. Izvaicāt par pacienta uzskatiem – kādi ir cēloņi ir simptomiem? Vai bailēm – par ko pacients baidās?
3. Izteikt atbilstošu mierinājumu (piem. sāpes vēderā pacientam nav saistītas ar ļaundabīgu audzēju), ieteikt nekonzentrēties uz medicīniskajām bažām.
4. Pārrunāt emocionālos stresus, kuri sakrīta ar slimības sākumu.
5. Hronisku traucējumu gadījumā limitēt medicīnisko vizīšu biežumu.
6. Izvērtēt un izmeklēt vienīgi somatisko traucējumu raksturīgākās objektīvās pazīmes, rekomendējama regulāra konsultēšanās pie viena, konkrēta ārsta.
7. Strikti dokumentēt pacienta sūdzību dinamiku, objektīvo atradi, nozīmētos izmeklējumus un to rezultātus. Sastādīt konkrētu izmeklējumu plānu, izskaidrot to nozīmi diagnostikā, izvairīties no ārpuskārtas vizītem.

8. SFT pacienti bieži mēdz manipulēt ar ārstu, medicīniskās iestādes administrāciju un saviem tuviniekiem.
9. Ieteicamas relaksējošas nodarbības, kas mazina ar sasprindzinājumu saistītās sūdzības (galvas sāpes, muguras sāpes).
10. Nozīmēt fizikālās procedūras, ārstniecisko vingrošanu, mudināt uz aktīvu un veselīgu dzīvesveidu.
11. Var palīdzēt pacientu izglītošana, psiholoģiskais atbalsts, kognitīvi-biheviorālā terapija, isā veida psihodinamiskā psihoterapija.

Medikamentozā ārstēšana

Ja izglītošana, psiholoģiskais atbalsts vai psihoterapija nepalīdz vai nav pieejama, var mēģināt nozīmēt medikamentus.

1. Noteikt konkrētu ārstēšanās shēmu, izmantojot medikamentus, kas neizraisa atkarību.
2. Izvairīties no polifarmācijas.
3. Ierobežot nevajadzīgu nosūtīšanu pie speciālistiem.
4. Izvairīties no nevajadzīgu medikamentu lietošanas.
5. Var tikt nozīmēti antidepresanti zemās vai vidējās devās (galvassāpes, kairinātu zarnu sindroms, atipiskas sāpes krūšu kurvī).
6. Somatoformu sāpju simptomiem var nozīmēt SSAI vai duālas darbības antidepresantus (arī, lai ārstētu depresijas simptomus), normotimikus (karbamazepīns, valproāti, gabapentīns).

Diagnoze, klīniskās izpausmes, diferenciālās diagnozes

Citi somatoformi traucējumi F45.8. Jaukta traucējumu grupa – sūdzības saistītas gan ar veģetatīvās nervu sistēmas disfunkciju, gan ar dažādu simptomu cēloņu emocionālu interpretāciju. Traucējumiem nav pārliecinoša organiska cēloņa. Ietver: disfāgijas (*globus hystericus*), psihogēns *torticollis*, psihogēna nieze, psihogēna dismenoreja, bruksisms.

Diferenciālās diagnozes

Somatoformo traucējumu diagnoze ir izslēgšanas diagnoze. Sākotnēji novērotie simptomi ir jādiferencē no visiem zemāk minētajiem traucējumiem:

- Akūtas reakcijas uz stresu vai adaptācijas traucējumiem (F43) – simptomus provocē konkrēti psihosociāli stressori
- Visām fobijām (F40), bailes izraisa konkrēts provocējošais faktors, bailu lēkmes

var būt saistītas ar medicīnisko aprūpi vai saslimšanu.

- Depresijas (F32), ja prevalē nomākts garastāvoklis vai skumjas.
- Akūtiem psihotiskiem traucējumiem (F23), ja pacients sūdzas par halucinācijām, iedarbības sajūtām, izsaka divainus, nekoriģējamus, kultūras normām neatbilstošus spriedumus (murgu idejas).
- Hipohondriskiem murgiem. Psihotiskos traucējumus var pavadīt masīva trauksme un somatoformas sūdzības.
- Ģeneralizētas trauksmes (F41), ja ilgstoši sūdzas par trauksmi, prevalē trauksmes psihiskie simptomi.
- Konversijas – disociatīviem traucējumiem (F44), ja somatisko traucējumu sākums ir straujš, bet norise dramatiska, prevalē jušanas un kustību traucējumi.

Terapija

Antidepresants	Vidējā dienas deva	Biežākās blaknes
Amitriptilīns	(25) 75–150 mg	Devas, zemākas kā pie depresijas. Blaknes skatīt kā pie F32. Lietojami, kā otrās vai trešās izvēles medikamenti pēc neefektīva 12 nedēļu terapijas kursa ar SSAI vai venlafaksīnu. TCA pie kairinātu zarnu sindroma ar prevalējošu diareju. Nelielas TCA devas pie somatoformām sāpēm. Nozīmējami pakāpeniski, individuāli piemērojot devas, augsto blakņu riska dēļ.
Klomipramīns	75–150 mg	
Nortriptilīns	(25) 50–150 mg	
Citaloprāms	20–40 mg	
Escitaloprāms	10–20 mg	
Fluoksetīns	20–40 mg	Devas, blaknes kā pie F32. Pirmās izvēles antidepresanti. Nozīmējami individuāli piemērojot devas. SSAI pie kairinātu zarnu sindroma ar prevalējošām obstipācijām. Duālas darbības (venlafaksīns, duloksetīns) AD iespējams efektīvāki par SSAI somatoformu sāpju gadījumā.
Fluvoksamīns	50–150 mg	
Paroksetīns	20–40 mg	
Sertralīns	50–150 mg	
Venlafaksīns	75–225 mg	
Mirtazapīns	15–45 mg	Benzodiazepīni, sedatīvie un citi līdzekļi
Tianeptīns	25–37,5 mg	
Alprazolāms	0,5–2 mg	
Bromazepāms	3–6 mg	
Fenazepāms	0,5–2 mg	
Diazepāms	5–10 mg	Devas kā pie Ģeneralizētas trauksmes. Nozīmējami 2 nedēļu periodam. Ilgstoša medikamentu lietošana var būt saistīta ar atkarības risku. Kontrindicēti, ja pacientam ir alkohola vai psihoaktīvu vielu atkarība. Var palēnināt psihomotorās reakcijas, ierobežojumi vadot automašīnu.
Lorazepāms	1–5 mg	
Fenibuts	0,25–0,75 g	Blaknes: sedācija, hipotonija, slikta dūša. Var palēnināt psihomotorās reakcijas, ierobežojumi vadot automašīnu.
Mebikārs	0,5–2,0 g	
Propanolols	20–60 mg	Beta blokatori var palīdzēt trauksmes fizisko simptomu mazināšanai, īpaši pacientiem ar tahiaritmiju vai hipertoniju. Var pastiprināt depresijas simptomātiku.
Metoprolols	25–100 mg	

Psihiatra konsultācija nepieciešama:

- problēmas veikt precīzu diferenciālo diagnostiku,
- nozīmētie medikamenti 12 nedēļu laikā nesniedz pietiekamu efektu vai izraisa būtiskas blakusparādības,
- ja pacients pauž noturīgas pašnāvības domas, runā par konkrētu pašnāvības plānu (jālemj par pacienta stacionēšanu),
- somatoformi traucējumi ir komorbīdi ar ģeneralizētu trauksmi, paniku, fobijām, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, depresiju,

- nepieciešams izvērtēt psihoterapeitiskas ārstēšanas lietderību (relaksācijas tehnikas, atbalsta PT, psihoeducācija, grupu PT, kognitīvi – biheiviorālā terapija, īstermiņa dinamiskā terapija).

Stacionēšanas indikācijas:

- pašnāvības mēģinājums, augsts pašnāvības risks,
- neefektīva terapija (otrais 12 nedēļu kurss neefektīvs),
- būtiskas blakusslimības (atkarības, nopietnas fiziskās veselības problēmas).

