



Д-р Георги Недков Василев е роден на 6.03.1963 г. в гр. Варна. Специалист по психиатрия, магистър по обществено здраве от Университета "Джон Хопкинс" САЩ. От 2000 г. е директор на Националния център по наркомании.



Д-р Александър Иванов Канчелов е роден на 2.06.1962 г. в гр. Видин. Завършва Медицинска академия в гр. София през 1991 г. От 1993 г. работи в областта на зависимостите. Специализира в Чикаго през 1996 г. Зам. директор е на Националния център по наркомании, Председател на Експертния съвет на Националния съвет по наркотични вещества, Президент на Българската секция на Европейската Асоциация за лечение на опиева зависимост. Има над 40 научни публикации, включително съавторство на глава в изданието на Guilford Press, New York "Motivational Interviewing" Second Edition, 2002. Лицензиран треньор по мотивационно интервюване.



Д-р Георги Несторов Арсенов е роден на 24.12.1961 г. в гр. София. Завършва медицина в София през 1987 г. Работил е в Специализираната болница за лечение на зависимости "Мурено" и в Сектора за лечение на зависимости в Първа психиатрична клиника в София. От 1989 до 2000 г. е научен сътрудник и асистент в Катедрата по психиатрия в Медицински университет-София. От 2000 г. е главен асистент в Националния център по наркомании.



Доц. д-р Мария Александрова е родена през 1945 г. в гр. Плевен. Завършва Медицинска академия в гр. София през 1970 г. До 1974 г. работи като психиатър в ПБ гр. Бяла, а от 1975 г. досега - в Катедра по психиатрия и медицинска психология при ВМИ гр. Плевен. След защита на дисертация през 1990 г. се хабилитира и става ръководител на клиника за лечение на алкохолизъм и наркомании. Научните интереси на доц. Александрова са в областта на епидемиологията на шизофренията, психосоматичните заболявания, съдебната психиатрия и наркологията. Има над 90 научни труда, съавторство в учебник по Съдебна психиатрия, Обща медицина за общопрактикуващи лекари, монография "Остри и хронични невроинтоксикации" и в предстоящото ново издание на учебник по Психиатрия за студенти по медицина. Член е на редакционната колегия на сп. "Психосоматична медицина" и на бюлетин "Комуникации за по-добро здраве" на ВМИ гр. Плевен. Международен фасилитатор на здравна фондация "Драйфус" Ню Йорк САЩ от 1995 г.

1

ТЕМАТИЧНА ПОРЕДИЦА:
Лечение на зависимости

КОНСЕНСУСНО СТАНОВИЩЕ ОТНОСНО ПРЕПОРЪЧИТЕЛЕН ПОДХОД ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАВИСИМОСТИ

Д-Р Г. ВАСИЛЕВ, Д-Р АЛ. КАНЧЕЛОВ
Д-Р Г. АРСЕНОВ, ДОЦ. Д-Р М. АЛЕКСАНДРОВА



1



Очаквайте следващата книжка от
Тематичната поредица "Лечение на зависимости"
на Националния център по наркомании:

Европейски насоки за Метадоново лечение

Издание на *Euro-methwork*, 1999 г.,
Автори: *Анет Верстер* и *Ернст Бюнинг*,
Редакция на българското издание: *д-р Ал. Канчелов*

Съдържа основните указания за ефективно прилагане на
метадоново лечение в съответствие с критериите за добра
практика, както и преглед на научните доказателства и
професионалния опит във водещите страни в света.

За актуална и разнообразна информация
посетете Интернет-страницата на
Националния център по наркомании
на адрес: www.ncn-bg.org

д-р Георги Василев, д-р Александър Канчелов,
д-р Георги Арсенов, доц. д-р Мария Александрова

**Консенсусно становище относно препоръчителен
подход за лечение на зависимости**

Снимка на корицата *Красимир Тодоров*
Оформление на корицата *Калин Семерджиев*
Предпечатна подготовка "СЕПА - ИНФОМА" ООД
Формат 60/84/16, Тираж 1500

Печат "СЕПА - ИНФОМА" ООД - София
бул. "Цариградско шосе" 125, бл.5

КОНСЕНСУСНО СТАНОВИЩЕ ОТНОСНО ПРЕПОРЪЧИТЕЛЕН ПОДХОД ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАВИСИМОСТИ

*(Прието на 8.06.2002 на Научно-практическа конференция
с международно участие на Сдружение "Частна психиатрия" - Боровец)*

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. УВОД

Зависимостите към психоактивни вещества са разстройства със сложна био-психо-социална генеза и се отличават с хронично-рецидивиращ ход на протичане. Както при всички останали хронични състояния, тяхното лечение е дълговременен процес и за постигането на стабилна продължителна ремисия и трайно възстановяване може да се изискват дълго време и много епизоди на лечение.

Зависимостите към вещества увреждат много сфери от функционирането на индивида и по принцип изискват мултимодален подход в планирането и осъществяването на лечението.

Терапията изисква многопосочна работа, свързана със съответните проблемни кръгове - соматични проблеми, психиатрични проблеми, семейни проблеми, социални проблеми, психологични проблеми. Основна роля в лечението има специалистът по психиатрия, квалифициран в лечение на зависимости, често подпомаган от мултидисциплинарен тим от специалисти или от мрежи от специалисти.

2. ОСНОВНИ ЦЕЛИ НА ЛЕЧЕНИЕТО НА ЗАВИСИМОСТИТЕ

Като основни цели на лечението на зависимости могат да бъдат определени:

1. Постигане на пълно въздържание и/или значително намаляване на тежестта на злоупотреба и/или щетите причинени от нея
2. Намаляване на честотата и тежестта на рецидивите
3. Значимо подобряване на соматичното състояние, психологическото и социално функциониране на индивида

3. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ НА УСПЕШНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАВИСИМОСТИТЕ

1. Няма единствен лечебен подход, който да е подходящ за всички пациенти - избирането на подходяща форма на лечение, интервенции и услуги, които да отговарят на нуждите на пациента са от основно значение за успеха на лечението.

2. Лечението трябва да бъде лесно достъпно, за да е ефективно - зависимите пациенти често са амбивалентни относно постъпването на лечение и липсата на достъпно такова води до загубването на значителен брой потенциални пациенти.

3. Ефективното лечение на зависими пациенти е насочено към повлияване на множествените различни нужди на пациентите, а не само на злоупотребата с психоактивни вещества - асоциираните със зависимостта или злоупотребата медицински, психосоциални, социални, трудови, правни и други проблеми често са основни за трайния успех.

4. Лечението на зависимите пациенти трябва да се провежда от индивидуален терапевт, обучен в лечение на зависимости, или от мултидисциплинарен екип, като водещ трябва да бъде специалистът по психиатрия.

5. Всеки пациент трябва да се лекува съобразно изготвен план за индивидуално лечение, който се преразглежда и при нужда да се модифицира непрекъснато, за да отговаря на текущите нужди на пациента.

6. Ефективното лечение изисква достатъчна продължителност - изследванията показват необходимостта от минимален период 3 месеца за постигане на значителен напредък при повечето пациенти.

7. Консултирането (индивидуално и/или групово) и психотерапията имат основна роля в ефективността на лечението - промяната на зависимото поведение е свързано с мотивация, промяна на мисленето и стила на живот, изработване на знания и умения за отказ от зависимото поведение и постигане на емоционален контрол без употреба на вещества, разрешаване на редица интрапсихични, семейни и други проблеми и т.н.

8. Медикаментите са основен елемент в лечението, като тяхната ефективност е особено значима при комбинация с консултиране и психотерапия. За пациентите с двойни диагнози, медикаментозната терапия е от решаващо значение.

9. Зависимите или злоупотребяващи с психоактивни вещества пациенти, които страдат и от други психиатрични разстройства, трябва да бъдат лекувани интегративно за всички психиатрични разстройства.

10. Детоксификацията е ефективна за преодоляване на физическата зависимост и като въвеждащ етап в лечението, но сама по себе си не може да предизвика дълготрайна промяна и корекция на зависимото поведение.

11. Лечението не е задължително да е "доброволно", за да е ефективно -

макар и силната индивидуална мотивация да улеснява лечебния процес, наличието на санкции или натиск от средата (семейство, работа, полиция, съдебни органи) за постъпване на лечение не е свързана с намалена ефективност на лечението.

12. Възможната употреба на алкохол и наркотични вещества от страна на пациентите по време на лечението трябва да се мониторира редовно и внимателно с цел отчитане на прогреса на пациента, ранна идентификация на възобновяване на злоупотребата и съответна модификация на лечебния план.

13. Лечебните програми трябва да осигуряват прегледи и тестване за ХИВ, Хепатити В и С, Туберкулоза, Сифилис и други инфекциозни заболявания, както и консултиране, което да помогне на пациентите да променят рисковите си поведения.

14. Трайното преодоляване на зависимостта към алкохол или наркотични вещества може да е продължителен процес и често да изисква много епизоди на лечение - както и при други хронични рецидивиращи състояния, постигането на стабилна продължителна ремисия и пълно възстановяване на функционирането може да изискват дълго време и много епизоди на лечение.

II. ФАЗИ НА ЛЕЧЕНИЕТО

Лечението на зависимите пациенти включва три основни фази:

1. Първата фаза е изследване, оценка, диагностициране и договориране.
2. Втората фаза е детоксификация (при наличие на физическа зависимост).
3. Третата фаза е разработване и прилагане на мултидименционална стратегия за дългосрочна терапия.

В лечението на зависимостта към опиати има две основни насоки в зависимост от модела на прилаганата терапия – лечение без използване на опиевидни агонисти или дългосрочна поддържаща терапия.

III. ФАЗА НА ИЗСЛЕДВАНЕ, ОЦЕНКА, ДИАГНОСТИЦИРАНЕ И ДОГОВОРИРАНЕ

1. МУЛТИДИМЕНЗИОНАЛНОТО ПСИХИАТРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

То е основата на воденето на лечението на пациентите, зависими от алкохол и наркотични вещества. Изследването включва :

А. подробна анамнеза, особено за взимането на вещества в миналото и в настоящия момент- увреждането на когнитивните, психологичните, поведенческите и соматичните функции.

Б. обща медицинска и психиатрична анамнеза и общо изследване

- В. предишни психиатрични лечения и резултати
- Г. семейна и социална анамнеза
- Д. скрининг на кръв и урина за психоактивни вещества
- Е. Клинично-лабораторни изследвания.
- Ж. лабораторни тестове за коморбидни състояния явяващи се при зависимите от психоактивни вещества

2. ДИАГНОСТИКА НА ЗАВИСИМОСТИТЕ

В света са разпространени две сравними диагностични системи: X-та ревизия на Международната Класификация на Болестите (МКБ - 10 (ICD - 10)) и американската система (Diagnostic and Statistical Manual, 4-th Revision (DSM - IV)).

Диагнозата Зависимост към Психоактивни вещества се поставя по наличието на диагностичните показатели, които обхващат съчетание от физиологични, поведенчески и когнитивни явления, които трябва да се наблюдават заедно в пациента в определен интервал от време – 1 година. Особено важно е извеждането на силното, понякога непреодолимо субективно желание за употреба на вещества, медикаменти, алкохол или тютюн като водещ симптом, при което вече не е необходимо да е налице физическа зависимост изразена в абстиненция, за да бъде поставена диагнозата.

Табл. 1 Критерии за Зависимост към психоактивни вещества по МКБ -10

1. Силно желание или чувство на вътрешна принуда да се приемат психоактивни вещества
 2. Затруднен контрол върху приема на психоактивното вещества по отношение на началото, края или нивото на употреба
 3. Физиологично състояние на абстиненция
 4. Данни за повишен толеранс
 5. Прогресивно отпадане на алтернативни удоволствия или интереси, поради употребата на психоактивното вещество; нужда от повече време за доставка или употреба на веществото или за възстановяване от ефектите му
 6. Продължаване на употребата, въпреки наличието на очевидни вредни последици
- Времева продължителност – едновременно съществуване на поне 3 показателя поне последната година.
- Не е необходимо наличие на физическа зависимост за поставяне на диагнозата.

Освен синдрома на зависимост, има още няколко синдрома, които са важни

при лечението на проблеми свързани с наркотични вещества: вредната употреба и абстинентните състояния – неусложнение и усложнени с делир и/или припадъци.

Концепцията за вредната употреба е особено важна при работата на общопрактикуващите лекари, тъй като в повечето случаи хората с алкохолни проблеми и свързаните с тях соматични р-ва, които ще лекуват попадат в тази категория.

Табл. 2 Критерии за Вредна употреба с психоактивни вещества по МКБ -10

Най-важния критерий е наличието на действителна увреда на психичното или телесно здраве, като основната разлика от DSM-IV е , че в този случай социалните последици и неодобрението на другите не се приема като достатъчно доказателство за вредна употреба.

Табл. 3 Критерии за Абстинентен синдром

Диагностицирането на абстинентните състояния и особено тези, свързани с усложнения като припадъци и делир е задължително за всички практикуващи клинично лекари, тъй като това са от една страна най-честата причина за обръщение за лечение, а от друга страна това са състояния, които често изискват спешни и интензивни лечебни мерки.

Абстинентното състояние е група от симптоми с различна тежест и съчетание помежду си, които се появяват след пълно спиране или намаляване на приема на веществото, което е употребявано редовно и обикновено за дълъг период от време. Началото, продължителността и протичането на абстинентния синдром са ограничени във времето и зависят от вида на веществото, начина на употреба и дозата, приемана в периода от време непосредствено преди спирането.

Веществата, които могат да предизвикат абстинентно състояние са: алкохол, опиоиди, амфетамини и производните им вещества, кокаин, никотин, седативи, транквилизатори и сънотворни.

3. ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН МИНИМУМ ПАРАКЛИНИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Задължителния минимум от параклинични изследвания при пациенти със зависимости включва:

1. Пълна кръвна картина с диференциално броене
2. СГОТ, СГПТ, ГГПТ
3. Хематокрит

4. Албуминово ниво
5. Протромбиново време
6. Кръвна захар, кръвна урея, бикарбонати, К, Na, Cl, за жени и Mg, и Ca.
7. Po на гръден кош, ЕКГ, анализ на урината
8. Уринна токсикология за злоупотреба с алкохол и наркотични вещества
9. Изследвания за ХИВ, Хепатит В и С, Сифилис и Туберкулоза

4. ДОГОВОРИРАНЕ

Договорирането на лечението с пациента и близките му се базира на обратна връзка от изследванията и оценката, информирано съгласие и сключване на терапевтичен договор.

5. ПРИНЦИПИ НА ИЗБОРА НА ЛЕЧЕБЕН СЕТИНГ

Следните области на оценка имат основно значение при избора на лечебен сетинг при пациенти със зависимости:

1. Тежест или потенциална тежест на зависимостта и/или абстинентното състояние
2. Соматични състояния и усложнения
3. Психиатрични/поведенчески състояния и усложнения
4. Приемане/резистентност към лечението от страна на пациента
5. Потенциал за рецидив
6. Наличие/липса на подкрепяща среда

6. ВИДОВЕ СЕТИНГИ:

1. Извънболнични:
 - 1.1 неинтензивно извънболнично лечение
 - 1.2 интензивно извънболнично лечение
 - 1.3 програми за дневни грижи (дневен стационар)
 - 1.4 програми за поддържащо лечение с опиеви агонисти
2. Вътреболнични
 - 2.1 Интензивна реанимация
 - 2.2 Интензивно краткосрочно лечение
 - 2.3 Средно срочни програми
3. Резиденциални
 - 3.1 Дългосрочни рехабилитационни програми
 - 3.2 Домове за междинно настаняване

3.3 Жилища за съвместно живеене

Ако зависимостта не е тежка и трите фази могат да се осъществят амбулаторно, ако е тежка – детоксификацията, а в последствие и част от активното лечение и/или рехабилитация трябва да се извърши в клинични условия.

7. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Хоспитализира се пациент, който е в абстиненция или интоксикация и наличие на:

1. История за тежки абстинентни симптоми
2. Скорошни припадъци или анамнеза за припадъци в абстинентно състояние
3. Скорошна ЧМТ
4. Сегашни медицински усложнения
5. Делир или друго психотично разстройство, причинено от злоупотребата с алкохол и/или наркотични вещества
6. Значимо недोхранване или дехидратация
7. Синдром на Корсаков
8. Тежка депресия и/или суициден риск
9. Тежък запой, който не може да бъде прекратен в амбулаторни условия

IV. ФАЗА НА ДЕТОКСИФИКАЦИЯ

Във фазата на детоксификация, водеща роля има фармакотерапията. Тя се провежда специфично, съобразно вида на веществото, предизвикало физическата зависимост.

1. ФАРМАКОЛОГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

1. При алкохолна зависимост

1.1 Антиепилептичните средства Карбамазепинът и Депакин освен поради седирация си ефект, са особено подходящи за протектиране на едно от опасните усложнения на алкохолния абстинентен синдром - епилептичните припадъци. Към медикаментите не се развива зависимост и могат да се приемат продължително време.

1.2 Витамините от група В и най-вече В1, заради възможностите им да предотвратяват демиелинизацията и профилактират развитието на алкохолни енцефалопатии, както и поради от необходимостта от тях при общото възстановяване на организма. Препоръчителни са техните мастно разтворими форми - бенфотиамините, които дават високи плазмени концентрации при орално приложение.

1.3 Ноотропните препарати и особено пирацетамът имат освен

подобряващото метаболизма на нервните клетки действие и общото повишаване на вигилитета, и значимо противоабстинентно действие.

1.4 Бензодиазепините (най-често диазепам, транксен и други) се използват заради седирания се, анксиолитичен, начален сънотворен и при някои и антиепилептичен ефект. При пациентите с чернодробни усложнения или пациенти с анамнеза за делириозни епизоди, когнитивни нарушения, са показани бензодиазепините с кратко действие и без междинни метаболити, като оксазепам и лоразепам.

1.5 Меките невролептици /тиоридазин, флуанксол, сулпирид и други/ са подходящи за транквилизация и туширане на невропатните черти. Основното им качество е липсата на развитие на зависимост при продължителна употреба.

2. ПРИ ЗАВИСИМОСТ КЪМ КОКАИН И ДРУГИ ПСИХОСТИМУЛАНТИ

Кокаинът и амфетамините не водят до застрашаващи живота абстинентни симптоми, както при опиати или барбитуратите. Следните симптоми могат да се появяват при рязко спиране или намаляване на злоупотребата със стимуланти: интензивно желание за употреба на наркотика, депресия и суицидни мисли и тенденции, раздразнителност, силна умора, психомоторна забавеност, гадене, треперене, “вълчи” апетит, нарушения на съня. Основният подход в лечението е внимателното търсене на суицидни мисли и депресивност. Ключово за детоксификацията е постоянния контакт и подкрепа за пациента. Медикаментозното лечение включва антидепресанти – например – дезипрамин, ефектин и други.

3. ПРИ ЗАВИСИМОСТ КЪМ СЪНОТВОРНИ, ТРАНКВИЛИЗАТОРИ И ДРУГИ ЦНС ДЕПРЕСАНТИ

Абстиненцията при зависимост към сънотворните, транквилизаторите и другите ЦНС депресанти може да доведе до делир, припадъци и в крайни случаи до смърт. Ето защо, хоспитализацията трябва да има приоритет при колебанието за избор на лечебен сетинг.

3.1 Основната медикаментозна стратегия при детоксификация от ЦНС депресанти е постепенното намаляване на веществото, с което се злоупотребява – обикновено с не повече от 10% от текущата доза дневно. Времевия интервал, на който се извършват тези стъпки зависи от продължителността на полуживот на веществото и характеристиките на пациента и на подкрепящата му среда.

3.2 При кратковременните барбитурати, основната стратегия е в заместването на веществото с вещество от същия клас но с по-дълъг полуживот (фенobarбитал основно) и постепенно се намалява дозата, както по-горе.

3.3 Антиконвулсантите – Карбамазепин и Депакин са особено подходящи при терминирането на основното вещество, тъй като протектират едно от опасните усложнения на абстинентния синдром - епилептичните припадъци.

3.4 Ноотропните препарати и особено пирацетамът имат освен подобряващото метаболизма на нервните клетки действие и общото повишаване на вигилитета, и значимо противоабстинентно действие.

4. ПРИ ЗАВИСИМОСТ КЪМ ОПИАТИ

4.1 Основна медикаментозна стратегия е прилагането на комбинация от транквилизатори, антиепилептични препарати, клонидин, витамини, ноотропи и симптоматични средства.

4.2 Друга алтернатива е заместване с дългодействащ и перорално получаван опиа̀т – метадон, DHC, MST и постепенното му намаляване.

4.3 Друга алтернатива е използването на хлофазолин (клонидин), който не е рецепторен агонист, но е физиологичен агонист на опиа̀тите.

5. ПРИ ЗАВИСИМОСТ КЪМ ХАЛЮЦИНОГЕНИ И КАНАБИС

Халюциногените не водят до развиване на физическа зависимост и абстиненция, психологическото влечение е сравнително по-слабо в сравнение с останалите наркотични вещества. Злоупотребата с канабис може да доведе до меки абстинентни симптоми само при редовно поглъщане на големи дози. При спирането на редовната злоупотреба с канабис могат да се наблюдават раздразнителност, безсъние, намалена работоспособност, апатия, изпотяване, гадене и повръщане. И при двата вида наркотични вещества не е необходима специфична медикаментозна терапия, а основна роля има психотерапията и консултирането.

V. ФАЗА НА ДЪЛГОСРОЧНА МУЛТИДИМЕНСИОНАЛНА ТЕРАПИЯ

1. ФАРМАКОЛОГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

В тази фаза, фармакотерапията цели повлияването на широк спектър от соматични и психиатрични симптоми и разстройства.

1. Стабилизиране на общото соматично състояние и лечение на съпътстващи заболявания

2. Повлияване на психиатрични симптоми и разстройства

2.1 Депресивни състояния – пациентите със зависимости често страдат и от

депресивност по време на епизодите си на интензивна злоупотреба или абстиненция, но обикновено депресивността значимо намалява след преодоляването на абстинентните симптоми. Ето защо, диагностиката на депресивни разстройства трябва да се извършва най-малкото 14 дни след спирането на редовната злоупотребата с алкохол и/или наркотични вещества. Не се препоръчва употребата на трициклични антидепресанти. Препоръчва се използването на блокери на серотониновия реџптейк или други нови антидепресанти.

2.2 Тревожност и страхови състояния – често срещани при пациенти със зависимости. Препоръчват се използването на кратки курсове на лечение със съвременни бензодиазепинови транквилизатори, антидепресанти с анксиолитичен ефект, меки невролептици.

2.3 Разстройства на съня - особено интензивни в първите 1-4 седмици от прекратяване на злоупотребата, поради разстройство на циркадианния ритъм на сън-бодърстване. Когато разстройствата съществено нарушават функционирането на индивида се препоръчват кратковременни курсове на лечение със съвременни бензодиазепинови и небензодиазепинови сънотворни (Дормикум, Стилнокс и др.) с внимание към опасността за развиване на зависимост към препарата.

2.4 Разстройства на когнитивните функции – понякога те могат да продължават дълго след прекратяване на редовната злоупотреба и изискват масирана и често продължителна терапия с ноотропи и витамини – B1 и поливитамини.

2.5 Обсесивно-компулсивни разстройства – съгласно общите принципи за лечение на тези състояния.

3. Повлияване на патологичното влечение – в последните години в лечението на зависимостта към алкохол навлязоха акампросат и налтрексон, които в клиничните изследвания показаха свойства значително да снижават крейвинга и оттам честотата на рецидиви.

4. Аверзивна терапия (дисулфирам) – прилага се при зависими към алкохол пациенти след цялостното преодоляване на абстинентните симптоми, в перорална таблетна форма или като таблетки за имплантация, като част от комплексните медикаментозни, социални и психотерапевтични интервенции, използвайки психологичната му аверзивна подкрепяща функция. Особено внимание към информираността на пациента за токсичните ефекти при съпътстваща употреба на алкохол и преценка на риска за рецидив и капацитета на подкрепящата среда.

5. Лечение с опиевидни антагонисти (налтрексон) – използва се за дългосрочна терапия при зависими към опиати пациенти, като се използва ефекта на фармакологично блокиране на ефектите на приетите опиати за намаляване на патологичния крейвинг в комбинация с широк спектър от психосоциални интервенции.

6. Дългосрочна поддържаща терапия с опиевидни агонисти (метадон, бупренорфин, субститол, LAAM) – Средство на избор при неуспешни лечения на

зависимост към опиати в различни терапевтични модалности, когато зависимия към опиати пациент е навършил 18 години, редовно злоупотребява с опиати поне от 3 години и поне 1 година е злоупотребявал с опиатите интравенозно, пациентът може да бъде насочен към програма за субституиращо или поддържащо лечение, като с приоритет се приемат пациенти, при които са налице някои от следните медицински показания: бременност, заразяване с вируса на СПИН, заболяване от Хепатит В и С.

2. ПСИХОСОЦИАЛНИ МЕТОДИ

Психотерапевтичните програми трябва да са съобразени с индивидуалните потребности на пациента. Утвърдените психотерапевтични въздействия при пациенти със зависимости в тази фаза на терапията са: мотивационно интервюиране, когнитивно-поведенческа терапия, фамилна и брачна терапия, краткосрочна фокусирана към решения терапия, групова терапия, групи за взаимопомощ и самопомощ.

Професионалната психотерапевтична помощ се осъществява само от квалифициран индивидуален/групов терапевт или екип специално обучен за работа със зависими пациенти.

За постигане на трайна промяна за зависимото поведение е необходима продължителна психо-социална работа в съответствие със цялостния индивидуален терапевтичен план.

VI. РОЛЯ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ И СПЕЦИАЛИСТИТЕ НЕПСИХИАТРИ

1. Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и специалистите непсихиатри могат да лекуват при амбулаторни условия самостоятелно само леки (до средни) по тежест неусложнени абстинентни състояния при зависими към алкохол пациенти, без суициден риск. За да могат да извършват тези дейности те следва да имат сертификат за проведено обучение и успешно положени изпити в тази насока.

2. Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и неспециалистите по психиатрия могат да извършват индивидуално и семейно консултиране по проблемите на зависимостите към алкохол и наркотични вещества, както и скрининг, ранна идентификация и кратки интервенции при идентифициране на проблемна злоупотреба с алкохол или наркотични вещества. За да могат да извършват тези дейности те следва да имат сертификат за проведено обучение и успешно положени изпити в тази насока.

3. При осъществяването на лечение на абстинентни състояния при зависимости към алкохол и наркотични вещества трябва да се има предвид, че само предоставянето на лечение на абстиненцията е неефективно и оттам безсмислено в

дългосрочна перспектива.Ето защо, ОПЛ и неспециалистите следва да ограничат лечението на неусложнените абстинентни състояния при зависими към алкохол в рамките на 7-14 дневен курс на лечение, след което пациентите да бъдат насочени за по-нататъшно лечение към специалист по психиатрия или към дипломиран психотерапевт.

VII. РОЛЯ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПСИХИАТРИ

1. При неповлияване или неубедителен ефект от лечението на неусложнените абстинентни състояния при зависими към алкохол в рамките на 7-14 дни, пациентът трябва да се оцени от специалист по психиатрия за по-нататъшното поведение.Специалистът по психиатрия разполага с лимит от лечебен курс от 3 месеца в амбулаторни условия, за да постигне начална стабилизация на пациента. За да могат да извършват тези дейности те следва да имат сертификат за проведено обучение и успешно положени изпити в тази насока.

2. При липса на ефект в рамките на 3 месеца, пациентът трябва да бъде преоценен от екип, включващ специалисти по психиатрия и дипломиран психолог и се насочва за лечение в програма с по-висока интензивност на грижи - домашен стационар, дневен стационар, болнично лечение.

3. Общата продължителност на специализираното лечение на зависимост към алкохол или наркотични вещества не бива да е по-малка от 3 месеца, след което пациента трябва да бъде оценен от екип от психиатър, психолог и социален работник и насочен за продължителна рехабилитация.

4. Лечение с аверзивни средства (дисулфирам) при зависимост към алкохол се извършва само от специалисти по психиатрия.

5. Програмите за субституиращо и поддържащо лечение могат да се ръководят само от специалист по психиатрия, който е получил сертификат за обучение по реда на Наредба No 24/ 31.10.2000 г. на МЗ (ДВ, бр. 91/2000 г).