

Klīniskais algoritms

Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe

Atjaunots (2025): ģimenes ārste Māra Meldere, ģimenes ārste Sanita Paudere-Logina, psihiatrs Elmārs Tērauds, psihiatre dr. med. Liene Sīle, psihiatre asoc. prof. Jeļena Vrubļevska, psihiatrs prof. Māris Taube, psihiatre, docente Ļubova Renemane, psihiatre Marta Gēbele, klīniskā psiholoģe prof. Ieva Bite, ārste psihoterapeite dr. med. Laura Valaine, Metodiskās vadības institūcija psihiatrijas jomā

Autors (2019): psihiatrs prof. Elmārs Rancāns. Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un psihiatra prof. Elmāra Rancāna vadībā: psihiatrs Ņikita Bezborodovs, psihiatrs Aigars Kišuro, ģimenes ārste Līga Kozlovska, neirologs Ainārs Stepens, ģimenes ārsts Edgars Tirāns, klīniskā psiholoģe prof. Ieva Bite, psihiatrs prof. Māris Taube

Saturs

Saīsinājumi.....	3
Ievads	4
Klīniskā algoritma lietotāji	6
Algoritma shēma.....	7
Rekomendācijas	8
1. Persona ar sūdzībām par depresiju/depresijas pazīmēm.....	8
2. Skrīninga mērķa populācija – pacienti ar sekojošiem simptomiem un/vai sūdzībām 8	
3. Depresijas skrīnings	9
4. Nav nepieciešama palīdzība.....	12
5. Novērošana	13
6. Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi, garastāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika, smaguma un riska novērtēšana	13
6.1. Diferenciālā diagnostika un izmeklējumi	21
7. Pašnāvības riska novērtēšana.....	25
8. NMPD.....	25
9. Ārstēšanās somatiskā stacionārā	26
10. Sekundārā psihiatriskā ārstniecība.....	26
11. Viegla depresijas epizode, tās ārstēšana	26
12. Vieglas depresijas epizodes terapija. Psihoterapija un psiholoģiskās intervences 27	

13.	Vieglas depresijas farmakoterapija	28
14.	Vidēji smagas depresijas epizode, tās ārstēšana	32
15.	Psihoterapija, psiholoģiskās intervences vai farmakoterapija vidēji smagas depresijas ārstēšanā	32
16.	Farmakoterapija vidēji smagas depresijas ārstēšanā.....	32
17.	Farmakoterapijas un psihoterapijas/psiholoģisko intervenču kombinācija vidēji smagas depresijas ārstēšanā	32
18.	Smaga nepsihotiska/psihotiska depresija.....	33
19.	Citas ārstēšanas metodes, citas depresijas un depresija speciālās populācijās ..	33
20.	Pacienta un ģimenes izglītošana	33
21.	Depresijas remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana	35
22.	Remisija pēc pirmās depresijas epizodes	36
23.	Remisija pēc atkārtotas depresijas epizodes	36
24.	Augsts atkārtota paasinājuma, atkārtotas depresijas epizodes risks	36
25.	Terapeitiski rezistenta depresija.....	36
26.	Darba nespējas lapa.....	37
	Atsauces	38
	Pielikumi	41
	Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-2)	41
	Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9)	42
	Ģeneralizētas trauksmes skala (GAD-7)	43
	Kolumbijas suicīda riska novērtējuma skala	44
	Depresijas medikamentozās ārstēšanas stratēģija	45

Saīsinājumi

AD – antidepresanti
BAT – bipolāri afektīvie traucējumi
CNS – centrālā nervu sistēma
GAD-7 – (ang. *General Anxiety Disorder Scale-7*) Ģeneralizētas trauksmes skala
ĢĀ – ģimenes ārsts
KBT – kognitīvi biheiviorāla terapija
LPA – Latvijas Psihiatru asociācija
NICE – (ang. *National Institute for Health and Care Excellence*)
NMPD – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
NSSAI – noradrenālīna un specifiskie serotonīna antidepresanti
PAV – psihoaktīvās vielas
PHQ-2 – (ang. *Patient Health Questionnaire-2*) Pacienta veselības aptauja – depresijas tests
PHQ-9 – (ang. *Patient Health Questionnaire-9*) Pacienta veselības aptauja – depresijas tests
PI – psiholoģiskās intervences
PT – psihoterapija
PVO – Pasaules veselības organizācija
SNAI – serotonīna norepinefrīna atpakaļsaistes inhibitori
SSAI – selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori
SSK-10 – Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.redakcija
SSK-11 – Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 11.redakcija*
TCA – tricikliskie antidepresanti

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums

Ievads

Depresija ir nopietna sabiedrības veselības problēma un viens no galvenajiem darbnespējas un sliktas dzīves kvalitātes iemesliem. Statistika rāda, ka tā skar vairāk kā 300 miljonus cilvēku pasaulē. 2018. – 2020. gada dati rāda, ka Eiropā klīniski nozīmīgus simptomus vidēji piedzīvo 6,54 % iedzīvotāju. [1] 2021. gada Globālajā Slimību sloga pētījumā norādīts, ka depresīvā spektra traucējumi ir otrs biežākais iemesls, kā dēļ pacients dzīvo ar invaliditāti/darbnespēju (*YLD*), norādot uz pieaugumu par 36,5 % salīdzinot ar 2010. gadu. Kaut arī depresija sastopama abiem dzimumiem un dažādos vecumos, visbiežāk tā sastopama sievietēm vecumā no 15 – 19 un 60 – 64 gadiem. [2] Latvijas dati rāda, ka depresijas punkta izplatība pieaugušo populācijā ir 6,4 % un nozīmīgākie ar dzimumu saistītie specifiskie riska faktori vīriešiem bija šķirteņa, atraitņa vai vientuļnieka statuss, tikmēr sievietēm – zems izglītības līmenis un ekonomiska stagnācija. [3]

Pētījumi liecina, ka bieži depresija paliek nediagnosticēta, un dati rāda, ka tas notiek 8,5 % līdz vairāk kā 50 % gadījumu. Kavēšanās ar diagnozes noteikšanu un ārstēšanas saņemšanu saistīta ar zemāku remisijas iespējamību un sliktāku prognozi. [4] Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Pasaules psihiskās veselības apsekojumā par 21 valsti 12 mēnešu garumā tika veikts smagas depresijas izplatības pētījums pieaugušo iedzīvotāju populācijā. Depresijas izplatības līmenis 12 mēnešos bija paaugstinājies no 2,4 % līdz 10,1 %. Pētījumā ziņots, ka tikai neliela daļa pacientu ar smagu depresiju saņem minimāli piemērotu ārstēšanu: 1 no 5 cilvēkiem valstīs ar augstiem ienākumiem un 1 no 27 cilvēkiem valstīs ar zemiem/vidējiem ienākumiem. [5]

Primārajā aprūpē depresija ir bieži sastopama, kaut arī sijājošās diagnostikas rādītāji ir zemi. Praksēs bez universāli izstrādāta skrīninga depresīva spektra traucējumi bieži paliek neatpazīti. [6] Situācija Latvijā analizēta caur Valsts pētījumu programmu BIOMEDICINE 2014 – 2017. Vairāk kā puse primārās aprūpes speciālistu (66,3 %) atzīmē, ka vizītes laikā pacientam vaicā par viņa psihoemocionālo stāvokli un gandrīz tikpat daudzi (65,7 %) uzskata, ka spēj veiksmīgi noteikt pacienta potenciālos psihiskās veselības traucējumus. Kaut arī lielākā daļa (62,6 %) ģimenes ārstu (ĢĀ) atzīmē, ka praksē var ārstēt pacientus ar depresiju, puse (50,9 %) norāda, ka viņu spējas attīstīt uzticamu kontaktu un motivēt pacientu ārstēties ir tikai vidējas.

Augstāk minētās pētījumu programmas ietvaros veiktajā depresijas biežuma pētījumā konstatēts, ka 10,2 % no pacientiem, kas katru dienu apmeklē ĢĀ, cieš no klīniski nozīmīgas depresijas. [7] Zināms, ka ik gadu vairāk nekā 50 tūkstoši (pirms pandēmijas periodā ap 55 tūkstošiem, pandēmijas laikā ap 52 tūkstošiem) personu jeb vidēji 62 no 1000 iedzīvotājiem vēršas pie ĢĀ psihisku un uzvedības traucējumu dēļ. Kopā tie ir apmēram 90 tūkstoši apmeklējumu gadā pirms pandēmijas periodā un 82 tūkstoši ĢĀ apmeklējumu gadā pandēmijas laikā. No apmeklētības viedokļa otrajā vietā ar 14 % ir tieši garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30 – F39), kur dinamikā ir vērojams pieaugums (kopš 2015. gada relatīvais apmeklējumu skaits pieaudzis par 29 %). [8] Tas pasvīturo primārās aprūpes nozīmīgumu depresīva spektra traucējumu ārstēšanā un atpazīšanā. Turklāt jāņem vērā, ka bieži vien pacienti ar depresiju pie ĢĀ galvenokārt vēršas ar fiziskiem simptomiem (miega traucējumi, apetītes zudums, sliktas koncentrēšanās spējas, enerģijas zudums, utt.), ko bieži ĢĀ var neatpazīt kā depresijas simptomātiku. [9]

Depresijas simptomu un traucējumu skrīningam, smaguma novērtēšanai un pacientu stāvokļa izvērtēšanai dinamikā Latvijā ir validēts pasaulē viens no atzītākajiem un plašāk lietotajiem skrīninga instrumentiem – Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9) un tā saīsinātā versija PHQ-2. [7]

Algoritms “Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe” aptver pacientu psihiskā stāvokļa novērtēšanu primārajā aprūpē depresijas precīzai atpazīšanai, diagnostikai, diferencēšanai no citiem stāvokļiem, dažādu depresijas veidu atšķiršanai, kas sekmētu precīzu tālāku pacientu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi.

Mērķis un uzdevumi

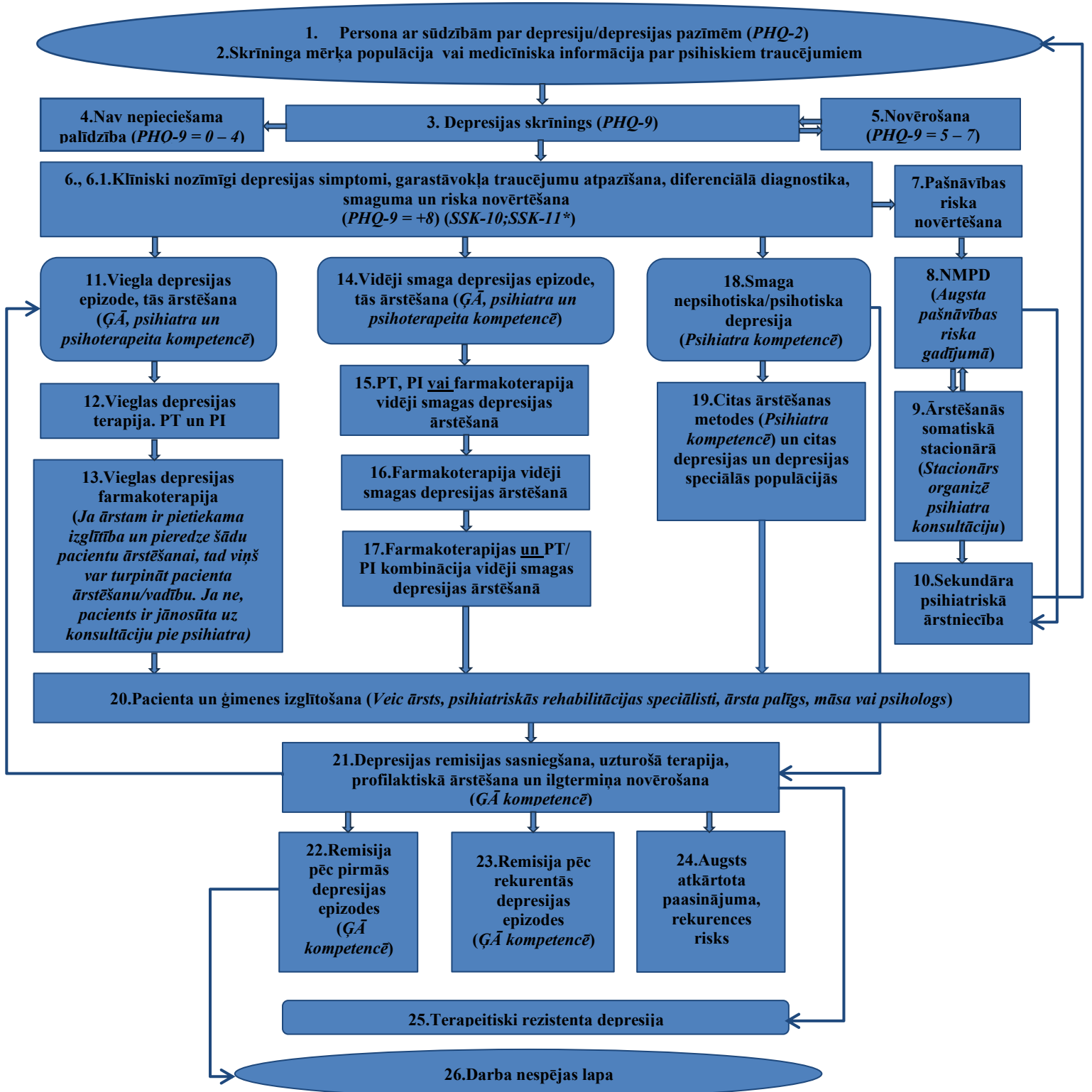
Organizēt pacienta ar depresiju mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu sadarbību ar ĢĀ, citiem ārstiem un profesionāļiem, lai veicinātu agrīnu depresijas atpazīšanu un pareizu ārstēšanu.

1. Uzlabot depresijas atpazīšanu primārajā aprūpē;
2. Sekmēt precīzāku depresijas diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar depresiju virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem un profesionāļiem;
3. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes;
4. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

Klīniskā algoritma lietotāji

1. ĢĀ;
2. Psihiatri;
3. Narkologi (atkarību psihiatri);
4. Psihoterapeiti;
5. Neurologi;
6. Citi ārsti speciālisti;
7. Klīniskie un veselības psihologi, psihoterapijas speciālisti;
8. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas.

Algoritma shēma



Rekomendācijas

1. Persona ar sūdzībām par depresiju/depresijas pazīmēm

Jāpievērš uzmanība pacientam ar iespējamu depresiju, īpaši cilvēkiem ar:

- Depresijas epizodi anamnēzē;
- Hroniskām somatiskām un neiroloģiskām slimībām, kas saistītas ar funkcionēšanas traucējumiem.

Sūdzību ilgums – sākot no 2 nedēļām. Pacients jūtas grūtsirdīgs, nomākts vai bezcerīgs. Samazināta interese par lietām un darbībām, kas agrāk sagādāja gandarījumu.

Rekomendēt aizpildīt Latvijas psihiatrisko slimnīcu tīmekļa vietnēs pieejamo tiešsaistes palīdzības anketu (pieejams: <https://palidziba.npvc.lv/>), kuras mērķis ir nodrošināt, ka pacientam psihiatriskā palīdzība tiek sniegta pēc medicīniskās nepieciešamības un riska izvērtējuma, vienlaikus saglabājot ārstniecības personas centrālo lomu lēmumu pieņemšanā.

Mērķtiecīgā izpēte – pacientam ar riska faktoriem ir iesakāma tālāka izpēte ar depresijas testu palīdzību. Depresijas skrīnings testa veidā (PHQ-2, jautājumus uzdod ĢĀ/ārsta palīgs/māsa. (sk. pielikumu nr. 1)

1. *Vai pēdējā mēneša laikā Jūs bieži ir nomākts noskaņojums, depresijas sajūta vai bezcerība?*
2. *Vai pēdējā mēneša laikā Jūs bieži ir nomācis intereses vai prieka trūkums par lietām, ko parasti darāt?*

Positīvas atbildes uz šiem jautājumiem liecina par nepieciešamību veikt padziļinātu izvērtējumu. Precīza diagnoze iespējama balstoties uz pamatsimptomiem un blakus simptomiem, par kuriem var uzdot mērķētus jautājumus (sk. tabulu nr. 1).

2. Skrīninga mērķa populācija – pacienti ar sekojošiem simptomiem un/vai sūdzībām

Atpazīt depresīvus traucējumus ir samērā sarežģīti. Pacients reti stāsta par tipiskiem depresijas simptomiem. Zemāk redzamas sūdzības ar kādām biežāk vērsas pacients ĢĀ praksē, kas varētu norādīt par depresīviem traucējumiem:

- Sūdzības par nomāktu garastāvokli, anamnēzē depresijas epizode;
- Pašnāvību mēģinājumi vai paškaitējums anamnēzē;
- Miega traucējumi, ilgstoša miega līdzekļu vai benzodiazepīnu lietošana;
- Trauksmes simptomi (iekšēja spriedze, nemiers vai sirdsklauves, reiboņi, smakšanas sajūta, “kamols kaklā”, panikas lēkmes);
- Sūdzības par atmiņas traucējumiem, koncentrēšanās grūtības;
- Svāra zudums bez medicīniska iemesla;
- Nespēks, nogurums, intereses un prieka trūkums ikdienā;

- Daudzas medicīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības, nav skaidri cēloņi, nav skaidra diagnoze, veikti multipli izmeklējumi;
- Pašlaik hroniskas somatiskas slimības (piemēram, sirds asinsvadu, onkoloģiskas slimības, cukura diabēts, hroniskas sāpes utt.), kuras grūti padodas ārstēšanai; bieži ārsta apmeklējumi (6 un vairāk reizes gadā);
- Sievietes grūtniecības periodā un 12 mēnešus pēc dzemdībām;
- Ilgstošas psihotraumējošas situācijas (vientulība, vardarbība, sociāli-ekonomiskas problēmas);
- Pārmērīga alkohola vai narkotisko vielu lietošana, smēķēšana;
- Pacients, par kuru pēdējo 3 mēnešu laikā ir parādījusies jauna medicīniska informācija par psihiskiem traucējumiem (nosūtījumi, izraksti, epikrīzes utt.).

Punkti 1. – 12. iekļaujami turpmāk vispārējā izpētē jeb anamnēzē!

3. Depresijas skrīnings

Jautājumus uzdod ĢĀ/ārsta palīgs/māsa vai pacients aizpilda pašaptaujas anketu, kuru var izsniegt māsa/ārsta palīgs.

Precīza diagnoze iespējama balstoties uz pamatsimptomiem un blakus simptomiem, par kuriem varam uzdot mērķētus jautājumus:

Tabula nr. 1

Pamatsimptomi	Jautājumi
Depresīvs noskaņojums	<i>Vai pēdējo divu nedēļu laikā esiet juties nomākts vai skumīgs? Vai bija brīži, kad Jūsu pašsajūta periodiski uzlabojās vai pasliktinājās?</i>
Intereses un prieka zudums	<i>Vai Jūs pēdējā laikā esiet zaudējis interesi par sev nozīmīgām aktivitātēm (darbs, hobijs, ģimene)? Vai Jums pēdējās divās nedēļās gandrīz vienmēr ir izjūta, ka nav vēlmes neko darīt?</i>
Paaugstināta nogurdināmība un enerģijas trūkums	<i>Vai Jums ir pazudusi enerģija? Vai jūtaties patstāvīgi noguris? Vai ir grūtības veikt ikdienas aktivitātes?</i>
Papildus simptomi	Jautājumi
Samazināta uzmanība un koncentrēšanas spējas	<i>Vai Jums ir grūtības koncentrēties? Vai Jums ir jāpieliek pūles, lai lasītu avīzi, skatītos TV vai sekotu sarunai?</i>
Samazināts pašvērtējums un ticība saviem spēkiem	<i>Vai Jums ir samazināts pašvērtējums un neticība saviem spēkiem? Vai jūtaties tik pat pārlicināts par sevi kā parasti?</i>
Vainas un nevajadzības izjūta	<i>Vai bieži sev pārmetat kādu situāciju? Vai jūtaties bieži vainīgs par visu, kas noticis?</i>
Negatīvas un pesimistiskas nākotnes perspektīvas	<i>Vai nākotni redzat pesimistiskāku kā iepriekš? Vai Jums ir nākotnes plāni?</i>
Suicīda domas un darbības	<i>Vai jūtaties tik nomākts, ka domājat par nāvi vai labāk būtu miris?</i>

	<i>Vai Jums ir bijuši plāni sev ko nodarīt? Vai esiet mēģinājis sev ko nodarīt? Vai ir kas tāds, kas Jums dod motivāciju dzīvot?</i>
Miega traucējumi	<i>Vai Jums ir izmainīts miegs? Vai guļat vairāk/mazāk kā iepriekš?</i>
Samazināta apetīte	<i>Vai Jums ir lielāka/mazāka apetīte pēdējā laikā? Vai esiet negribēti nokrities svarā?</i>

vai 5 jautājumus, kurus pacients atbild pēc savām izjūtām/pašsajūtas:

1. *Vai pēdējo 2 nedēļu laikā esmu juties priecīgs un labā noskaņojumā?*
2. *Vai pēdējo 2 nedēļu laikā esmu juties mierīgs un relaksēts?*
3. *Vai pēdējo 2 nedēļu laikā man ir bijusi pietiekama enerģija ikdienā?*
4. *Vai pēdējo 2 nedēļu laikā man bijusi laba pašapziņa?*
5. *Vai pēdējā 2 nedēļu laikā manā ikdienā ir bijušas lietas, kuras mani interesē?* [10]

Depresijas pamata simptomi pēc PHQ-2 (sk. pielikumā nr. 1):

Ja persona atbildēja pozitīvi uz abiem jautājumiem, vai jebkurā no jautājumiem problēmas ilgušas vairāk par 7 dienām, tad ir jāveic pilns skrīnings ar PHQ-9 (sk. pielikumā nr. 2) (PHQ-2 summa – 2 un vairāk).

Interpretācija un rīcība

PHQ-9 $\geq 8^*$: Jāveic depresijas diagnozes precizēšana un smaguma izvērtēšana.[11] Psihiatra konsultācija, ja ir uzsākta terapija ar antidepresantiem (AD) un nav uzlabojumu pēc 4 – 8 nedēļu ārstēšanas.

PHQ-9 ≥ 16 : Vēlama psihiatra konsultācija.

PHQ-9 < 5 : Depresijas nav, palīdzība nav nepieciešama.[12]

PHQ-9 5 – 7: Depresijas simptomi viegli izteikti – nesasniedz klīnisko nozīmību.[13]

Tabula nr.2

PHQ – 9 rezultāts	ĢĀ taktika
0 – 4 punkti	Depresijas pašlaik nav. Pacientam palīdzība nav nepieciešama.
5 – 7 punkti	Depresijas simptomi viegli izteikti, pacienta novērtējums jāatkārto pēc 1 mēneša.
8 + punkti	Pašlaik ir depresijas simptomi. [14] ĢĀ veic pacienta diagnozes precizēšanu un smaguma izvērtēšanu ĢĀ kompetences ietvaros.

Jānoskaidro vai personai ir ievērojamas ikdienas funkcionēšanas grūtības personiskajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās jomās. Vērtējot depresijas smagumu ir jāņem vērā depresijas simptomu ilgums. Minimālais simptomu ilgums ir 2 nedēļas, bet jo ilgāk ir sūdzības par depresiju, jo smagāka norise. [15] Ja grūtības pastāv, tas norāda uz depresiju.

*Robežpunkts ir noteikts pacientiem primārajā aprūpē

Papildus simptomu un ar tiem saistīto funkcionālo traucējumu novērtēšanai pārrunājiet ar personu, kā tālāk minētie faktori varētu būt ietekmējuši viņu depresijas attīstību, gaitu un smagumu:

- Jebkāda depresijas un vienlaicīgu psihiskās veselības vai fizisku traucējumu anamnēze;
- Jebkāda garastāvokļa paaugstināšanās anamnēze (lai noteiktu, vai depresija varētu būt daļa no bipolāriem traucējumiem);
- Jebkāda iepriekšēja pieredze ar iepriekšējām ārstēšanas metodēm un reakcija uz tām;
- Narkotiku (recepšu vai nelegālu) un alkohola lietošana;
- Personīgās stiprās puses un resursi, tostarp atbalstošas attiecības;
- Grūtības ar iepriekšējām un pašreizējām starppersonu attiecībām;
- Pašreizējais dzīvesveids (piemēram, uzturs, fiziskās aktivitātes, miegs);
- Jebkāda nesena vai iepriekšēja stresa vai traumatisku dzīves notikumu pieredze, piemēram, atlaišana no darba, šķiršanās, sēras, trauma;
- Dzīves apstākļi, parādi, nodarbinātības situācija, vientulība un sociālā izolācija.

Vispārējā izpēte un riska faktori

Tā kā pacienti reti spontāni sāk sarunu par tipiskiem depresijas simptomiem, bet biežāk runā par nespecifiskiem simptomiem kā, piemēram, miega traucējumiem un agru pamošanos, apetītes samazināšanos, vispārēju spēka zudumu, nepārejošām sāpēm/dažāda veida sāpēm, tad nepieciešams aktīvi veikt tālāku depresijas izpēti. Riska faktori:

- Pirmais kontakts – acu kontakts, noguruma pazīmes;
- Psihopatoloģiskā atrade (kontakts ar pacientu, emocijas (līdzsvarotas, labilas, atbilstošas situācijai u.c.), garastāvoklis pēdējo dienu vai nedēļu laikā (nomākts, svārstīgs, pacilāts, dūsmīgs u.c.), domāšanas temps (palēnināts vai paātrināts), domu saturs (pesimistiskas, pašnomicinošas domas, pārmērīga vainas sajūta, pašnāvības domas u.c.), kustības (palēninātas, nemiers), koncentrēšanās un atmiņas traucējumi);
- Suicidalitātes novērtējums – mērķtiecīgi jautājumi un to dokumentācija. Jāapspriež atklāti un neitrāli, tas var sniegt pacientam ievērojamu atvieglojumu;
- Komorbiditāte – tipiski miega traucējumi, atkarību raisošas vielas, hroniskas sāpes;
- Psihiatriskā anamnēze – iepriekš depresīvas epizodes, bipolāri vai depresīvi traucējumi ģimenes anamnēzē, medikamenti, atkarību izraisošas vielas, sociālā anamnēze un suicīda anamnēze (paša pacienta vai ģimenes anamnēzē);
- Nespecifiski simptomi – miega traucējumi un agrs pamošanās, apetītes samazināšanās, vispārējs spēka zudums, nepārejošas sāpes/dažādas veida sāpes, nogurums, difūzas sāpes, seksuālās funkcijas traucējumi, kuņģa-zarnu trakta traucējumi;
- Hroniskas slimības anamnēzē – piemēram, iekaisīgas zarnu slimības, reimatiskas slimības.

Izslēgt somatisku iemeslu (🚩 sarkanie karogi). Daudzas somatiskas slimības var būt par cēloni depresīvai simptomātikai. It sevišķi uzmanība jāpievērš, ja ir jauni depresīvi simptomi ar vienu vai vairākām pazīmēm, tad jādomā par iespējamiem organiskiem traucējumiem (skatīt punktu 6.1.):

- Depresija var attīstīties pacientam ar somatisku slimību, depresija par pasliktināt somatiskās slimības (kardioloģiskas, endokrinoloģiskas, onkoloģiskas u.c.) gaitu;

- Somatiska slimība var pasliktināt depresijas norisi;
- Depresijas gadījumā pacients var nevērsties savlaicīgi pie ģimenes ārsta, lai saņemtu palīdzību somatiskas slimības gadījumā, var nevērtīgi attiekties pret ārstēšanu;
- Depresija var būt saistīta ar kognitīviem traucējumiem (uzmanība, atmiņa), šajos gadījumos ir jāvērtē ārstēšanas, t.sk. antidepresīvās terapijas (ne)efektivitāte, savlaicīgi jāiesaka neirologa konsultācija, neirovizuālā izmeklēšana un/vai psiholoģiskā izpēte;
- Ja ir komorbīda depresija un somatiska slimība ir vēlams iesaistīt (vai ar pacienta atļauju vismaz informēt) kādu no tuviniekiem par ārstēšanas plānu un norisi.

Pazīmes, kas var norādīt uz prognostiski smagāku slimības gaitu:

- Psihoemocionāla trauma bērnībā;
- Vidējs līdz smags psiholoģisks stress pašreiz (satraukums par nākotni, ierobežots sociālais atbalsts, šobrīd pastāvoša (ieilgusi) stresa situācija, vardarbība u.c.);
- Vairākas, biežas vai persistējošas somatiskas sūdzības;
- Disfunkcionāla slimības uztvere (t.s. *health anxiety*);
- Problēmas saņemt savlaicīgu ārstniecību;
- Sarežģījumi ārsta – pacienta attiecībās;
- Smagi izteikti depresīvie simptomi;
- Ilgstošs depresīvs stāvoklis pirms saņemtās ārstēšanas;
- Atkārtotas/hroniskas depresīvas epizodes iepriekš;
- Psihiatriskas un ne-psihiatriskas komorbiditātes. [16; 17; 18]

Diagnozes izvērtēšanas brīdī jāņem vērā, ka pacienti ar depresīvā spektra traucējumiem sūdzas par dažādām somatiskām izpausmēm.

🚩 Depresijas gadījumā dažādas somatiskas sūdzības var tikt novērotas atšķirīgā biežumā:

- Nogurums (līdz 86 % gadījumu);
- Bezmiegs (līdz 79 % gadījumu);
- Nelaba dūša (līdz 51 % gadījumu);
- Elpas trūkums (līdz 38 % gadījumu);
- Sirdsklauves (līdz 38 % gadījumu);
- Muguras sāpes (līdz 36 % gadījumu);
- Caureja (līdz 29 % gadījumu);
- Galvassāpes (līdz 28 % gadījumu);
- Sāpes krūtīs (līdz 27 % gadījumu). [19]

Asins analīžu novērtēšana

Skatīt sadaļu nr. 6.1. “Diferenciālā diagnostika un izmeklējumi”.

4. Nav nepieciešama palīdzība

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir mazāk par 0 – 4, depresijas pašlaik nav. Pacientam tālāka depresijas diagnostika nav nepieciešama.

Rekomendēta pacienta izglītošana par iespējām, kur vērsties pēc palīdzības un kā atpazīt depresijas simptomus.[20]

Apsvērumi, izvērtējot PHQ-9 (sk. pielikumu nr.2). Tests izmantojams kā skrīninga instruments, tas vērtējams kontekstā ar pacienta izvērtēšanu klīniskas intervijas laikā. Pacienti ar trauksmi vai personības traucējumiem var būt augstāks punktu skaits testā, pacienti ar smagu depresiju var aizpildīt testu ar zemāku punktu skaitu.

5. Novērošana

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 5 – 7, depresijas pašreiz nav, taču ĢĀ novērtējums jāatkārto pēc viena mēneša, jāizslēdz somatisku slimību iespējamība, kas varētu izraisīt depresijas simptomātiku.

Rekomendēta pacienta izglītošana par iespējām, kur vērsties pēc palīdzības un kā atpazīt depresijas simptomus.[20]

6. Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi, garastāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika, smaguma un riska novērtēšana

Taktika ĢĀ praksē, nosakot depresijas smaguma pakāpi

Depresijai izšķir 3 smaguma pakāpes:

- Vieglas depresijas epizodes gadījumā jābūt 2 nedēļu periodā novērotiem 2 pamatsimptomiem un vismaz 3 papildus simptomiem. Šie simptomi pārsvarā ir viegli izteikti. Vieglas depresijas epizodi var sekmīgi ārstēt tikai ambulatori;
- Vidēji smagai depresijai ir raksturīgi 2 nedēļu periodā divi pamatsimptomi un vismaz četri papildus simptomi, un vismaz 1 no simptomiem ir smagi izteikts. Pacientam ir traucēta sociālā funkcionēšana, grūtības darbā, kā arī ar grūtībām tiek galā ar ikdienas pienākumiem;
- Smagas depresijas gadījumā ir spilgti izteikti visi trīs pamatsimptomi, kā arī vismaz četri papildus simptomi. Depresijas klīnisko ainu smagāku dara izteikta trauksme vai apātija. Pacients nespēj strādāt, nespēj veikt vienkāršus ikdienas darbus;
- Smaga depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem. Klīnisko ainu papildina grēcīguma, izsīkuma, nabadzības murgu idejas, pašapsūdzības murgu idejas; ļauna, izmejoša satura dzirdes halucinācijas. Iespējams depresīvs stupors.

PHQ-9 skalas vērtības:

- 1 – 4 punkti – subklīniski depresijas simptomi;
- 5 – 9 punkti – vieglas depresijas simptomi;
- 10 – 14 punkti – vidēji izteiktas depresijas simptomi;
- 15 – 19 punkti – vidēji smagas depresijas simptomi;
- 20 – 27 punkti – smagi izteiktas depresijas simptomi.

Praksē izmantojams PHQ-9 (sk. pielikumu nr. 2) vai citi pašvērtējuma testi, kā depresijas smaguma novērtējuma palīglīdzeklis. Taču precīza diagnostika ir iespējama tikai balstoties

uz klīnisko novērtējumu, kas ietver pamatsimptomus un papildus simptomus pēc SSK-10 (F32, F33). Nepieciešams papildus izvērtēt simptomu ilgumu un izmaiņas dinamikā.

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 8+ tad pašlaik ir depresijas simptomi. [20] Ārsts veic pacienta diagnozes precizēšanu un smaguma izvērtēšanu ārsta kompetences ietvaros.

ĢĀ kompetencē ir:

1. Sēru reakcija (rekomendēt atbalsta, ģimenes u.c. psihoterapiju);
2. Viegla/vidēji smaga depresijas epizode (kompensēto medikamentu izrakstīšana) (ja 4 – 8 nedēļu periodā pēc AD nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešams rekomendēt psihiatra konsultāciju) – to organizēt iespēju robežās pēc speciālista pieejamības: klātienēs vizīte, attālināta konsultācija, attālināta konsultācija ĢĀ ar konsultējošu psihiatru;
3. Rekurenti depresīvi traucējumi – atkārtota viegla/vidēji smaga depresijas epizode (kompensēto medikamentu izrakstīšana). Ja 4 – 8 nedēļu periodā pēc AD nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešams rekomendēt psihiatra konsultāciju – to organizēt iespēju robežās pēc speciālista pieejamības: klātienēs vizīte, attālināta konsultācija, attālināta konsultācija ĢĀ ar konsultējošu psihiatru;
4. Adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju, izvērtējot pašnāvības risku;
5. Viegli izteikti organiski (simptomātiski) depresīvi traucējumi.

ĢĀ jāsūta uz konsultāciju pie psihiatra uz ambulatoro, dienas stacionāra vai stacionāro psihiatrisko ārstniecību, šādi pacienti atbilstoši pamata slimībai:

- Pacienti, kuri izsaka pašnāvības domas (vēlama psihiatra konsultācija 2 nedēļu laikā);
- Pacienti, kuri izsaka pašnāvības domas un ir plāns tās realizēt, ir augsts akūts pašnāvības risks (neatliekami);
- Pacienti pēc pašnāvības mēģinājuma (neatliekami);
- Depresijas pacienti ar psihotiskiem simptomiem (neatliekami);
- Pacienti ar depresijas epizodi bipolāri afektīvu traucējumu ietvaros (psihiatra ambulatora konsultācija);
- Pacienti ar depresiju, kas ir komorbīda ar panikas lēkmēm, obsesīvi – kompulsīviem traucējumiem, ģeneralizētu trauksmi, psihoaktīvu vielu atkarību;
- Šizofrēnijas pacienti, kuriem ir depresijas sindroms (t. sk. postšizofrēniskā depresija);
- Pacienti, kuriem ir izteiktas organiskas psihiskas vai somatiskas slimības;
- Grūtniecības periodā un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām (vēlama psihiatra konsultācija 2 nedēļu laikā);
- Depresija pacientiem ar dzimuma identitātes traucējumiem vai citām personām no LGBTQ+ kopienas;
- Pacienti, kuriem sāka ārstēšana ar AD, bet netiek panākta klīniska uzlabošanās 4 – 8 nedēļu laikā.

Psihoterapeita kompetences*:

- Sēru reakcija;

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

- Viegla/vidēji smaga depresijas epizode;
- Adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju, izvērtējot pašnāvības risku;
- Pacienti, kuri izsaka pašnāvības domas, vai pacienti pēc pašnāvības mēģinājuma (psihoterapijas uzsākšanai);
- Pacienti ar depresiju, kas ir komorbīda ar panikas lēkmēm, obsesīvi – kompulsīviem traucējumiem, ģeneralizētu trauksmi;
- Depresija pacientiem ar somatoformiem traucējumiem;
- Depresija pacientiem ar personības traucējumiem;
- Rekurenti depresīvi traucējumi – viegla/vidēji smaga depresijas epizode;
- Pacienti, kuriem sāka ārstēšana ar AD, bet netiek panākta klīniska uzlabošanās 4 – 8 nedēļu laikā;
- Terapeitiski rezidenta depresija, ja AD monoterapija ir neefektīva;
- Organiski (simptomātiski) depresīvi traucējumi;
- Depresija pacientiem ar dzimuma identitātes traucējumiem vai citām personām no LGBTQ+ kopienas.

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem ĢĀ šo 2 nedēļu laikā pacientam izsniedz nosūtījumu pie psihiatra un/vai nepieciešamības gadījumā izmanto iespēju konsultēties ar psihiatru (t.sk. izmantojot psihiatra dežūrtālruni (sk. tabulu nr.3) attālināti par pacienta turpmāko ārstēšanas ambulatorās ārstēšanas taktiku līdz psihiatra vizītei.

Tabula nr. 3

Veselības aprūpes iestāde	Konsultācijas iespējas ĢĀ
Nacionālais Psihiskās veselības centrs *	25428561, darbojas darba dienās no plkst. 08.00 – 16.00

Tā kā šobrīd aktīva ir Starptautiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakcija (SSK-10) [21] un drīzumā notiks pāreja uz SSK 11. redakciju (SSK-11) (algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums) [22], algoritmā ir pievienoti abu redakciju diagnostiskie kritēriji.

Depresijas simptomi, iedalījums pēc SSK-10

Galvenie depresīvas epizodes pamatsimptomi pēc SSK-10:

1. Nomākts garastāvoklis (lielāko dienas daļu, gandrīz katru dienu un neņemot vērā apkārtējos ietekmējošos faktorus);
2. Emociju trūkums bieži pacients to raksturo kā “iekšēju tukšumu” – pacients to uztver kā ļoti nepatīkamu;
3. Prieka vai intereses zudums par aktivitātēm, kas parasti sagādāja prieku;
4. Samazināta enerģija vai paaugstināts nogurums (bieži pēc minimālas piepūles) un aktivitātes ierobežojumi.

Papildus simptomi pēc SSK-10:

- Jebkura veida miega traucējumi;

*Tālrunis darbojas algoritma atjaunināšanas brīdī

- Nepamatota pārmetuma izjūta sev (sevis šaustīšana nepamatota) un pārlietu liela vainas izjūta;
- Pašapziņas vai pašcieņas zudums;
- Suicīda domas – arī atkārtotas domas par nāvi vai pašnāvību vai pašnāvnieciska uzvedība.
- Apetītes zudums vai palielināta apetīte ar atbilstošām svara izmaiņām;
- Samazināta spēja domāt vai koncentrēties, neizlēmība (pseudodementia), samazināta uzmanība;
- Negatīvas un pesimistiskas nākotnes perspektīvas.

Somatiskais sindroms (ja ir vismaz četras no zemāk minētajām pazīmēm, tad depresija ir vērtējama kā “endogēna” slimība):

- Izteikts interese un prieka zudums par aktivitātēm, kas kādreiz ir sagādājušas prieku;
- Reakcijas trūkums – samazināta spēja priecāties par pozitīviem notikumiem;
- Agrīna pamošanās, divas vai vairākas stundas pirms pierastā laika, no rīta zemākais emocionālais punkts;
- Ievērojams apetītes zudums;
- Svara zudums vairāk kā 5 % no ķermeņa svara pēdējā mēneša laikā;
- Ievērojams libido zudums;
- Objektīvi psihomotorais nomākums vai uzbudinājums;
- Izteikta nomāktība no rītiem.

Psihotiskie simptomi – depresijas gadījumā atšķiras no tipiskiem šizofrēnijas simptomiem. (SSK-10 tie var tik kodēti kopā tikai ar smagu depresīvu epizodi. Taču pēc SSK-11* tos var kodēt kopā ar vidēji smagu depresiju):

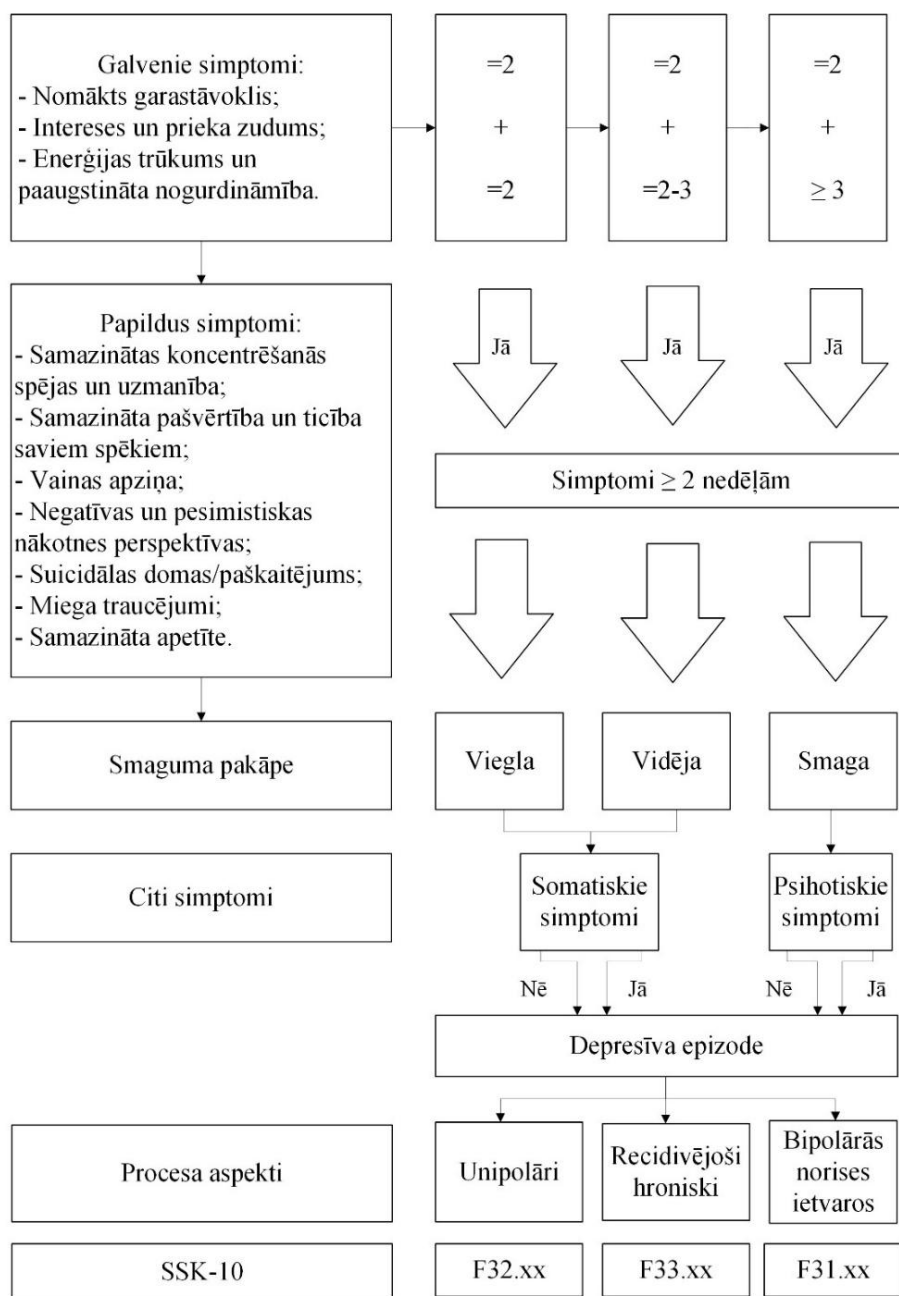
- Halucinācijas;
- Neatbilstoša situācijai, neadekvāta vainas izjūta/murgu idejas (piemēram, nabadzības murgi, attiecību murgi, grēcīguma murgi utt.).

🚩 Psihotiskas depresijas gadījumā nosūtīt konsultācijai pie psihiatra.

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums

Attēls nr.1

Depresīvās epizodes diagnostika pēc SSK-10 kritērijiem



SSK-10

Depresija SSK-10 slimību klasifikatorā tiek ietverta vairākos diagnostiskos blokos, jo tai ir vairāki nozoloģiski varianti [21]. Izšķir tā saucamo endogēno, organisko un neirotisko depresiju. Depresija tiek ietverta dažādās SSK-10 diagnostiskās kategorijās atbilstoši depresijas definīcijai un tās nozoloģiskam variantam. Tās klasifikācija ir šāda:

F31 Bipolāri afektīvi traucējumi (BAT norisē ir iespējamās hipomānijas, mānijas, jaukti afektīvas epizodes un dažāda dziļuma depresijas epizodes):

- F31.3 Pašreizējā epizode viegla vai vidēji smaga depresija;
- F31.4 Pašreizējā epizode smaga depresija bez psihotiskiem simptomiem;
- F31.5 Pašreizējā epizode smaga depresija ar psihotiskiem simptomiem;

F32 Depresijas epizode:

- F32.0 Viegla depresijas epizode (ar/bez somatiskā sindroma);
- F32.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiskā sindroma);
- F32.2/3 Smaga epizode bez/ar psihotiskiem simptomiem;

F33 Rekurenti depresīvi traucējumi:

- F33.0 Viegla epizode;
- F33.1 Vidēji smaga epizode;
- F33.2/3 Smaga epizode bez/ar psihotiskiem simptomiem;
- F33.4 Remisija;

F06.32 Organiski afektīvi traucējumi, depresīvs tips.

F43 Adaptācijas traucējumi (*reaktīva depresija*):

- F43.20 Īslaicīga depresīva reakcija;
- F43.21 Prolongēta depresīva reakcija;
- F43.22 Jaukta trausmaini – depresīva reakcija.

Depresijas epizode (F32, SSK-10)

Depresijas epizode kā diagnostiska kategorija jānosaka tiem cilvēkiem, kam depresija tiek noteikta pirmo reizi mūžā un ja tiek konstatēti depresijas diagnostiskie kritēriji. Depresijas epizode var sākties bez acīmredzama iemesla, tomēr tā var arī attīstīties pēc smagas un ilgas psihotraumējošas situācijas. Bieži pirmā depresijas epizode ir sākums rekurentu depresīvu traucējumu gaitai, taču atsevišķos gadījumos turpmāk var attīstīties bipolāri afektīvi traucējumi.

Rekurenti depresīvi traucējumi (F33, SSK-10)

Tā ir visbiežāk sastopamā depresijas norises forma. Ir svarīgi, ka pacientam anamnēzē nav bijušas mānijas, hipomānijas (patoloģiski paaugstināts garastāvoklis) vai jaukta afektīva stāvokļa epizodes. Rekurenti depresīvi traucējumi var sākties jebkurā vecumā, bet biežāk tie sākas ap 30 gadiem. Vairāk kā pusei pacientu nākotnē tiks novērotas atkārtotas, recidivējošas depresijas epizodes. Ap 60 % depresīvo traucējumu recidivē 1 – 5 gadu laikā, ap 30 % gadījumu, neskatoties uz ārstēšanu, depresijas epizode beidzas ar reziduālu simptomātiku un 5 – 10 % gadījumu depresija hronificējas.

Viens no biežākajiem rekurentās depresijas variantiem ir maskēta depresija. Tās gadījumā pacients bieži konsultējas pie ĢĀ vai citiem speciālistiem ar sūdzībām par fiziskiem simptomiem, kuriem netiek noteikts apstiprinājums nedz analīzēs, nedz citos izmeklējumos. Šīs sūdzības bieži vien ir saistāmas ar somatoformiem traucējumiem (somatizācija, somatoformas sāpes). Par depresijas masku var būt arī alkohola vai citu psihoaktīvu vielu pārmērīga lietošana vai atkarība, ēšanas traucējumi, seksuāla disfunkcija. Pacienti depresijas simptomus neizjūt, priekšplānā izvirzot somatiskas sūdzības, to ārstēšana parasti nesniedz stāvokļa uzlabošanu. Pacienta sūdzības ir smagākas dienas pirmajā pusē.

Tabula nr. 4

Depresijas diagnostisko kritēriju salīdzinājums SSK-10 un SSK-11

SSK-10	SSK-11*
<p>Traucējumu ilgums ar dažādu intensitāti lielāko dienas daļu tiek novērots vismaz 2 nedēļas. Ja traucējumi strauji progresē un simptomi ir ļoti smagi, depresijas diagnoze var tikt noteikta arī ātrāk.</p> <p>1. Traucējumus neizsauc intoksikācija ar psihoaktīvām vielām vai CNS bojājums.</p> <p>2. Depresijas pamatsimptomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla; – Pazeminātas intereses un spēja izjust prieku; – Nogurdināmība, enerģijas trūkums. <p>3. Depresijas papildu simptomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pašapsūdzības domas, neadekvāta vainas izjūta; – Pazemināts pašvērtējums; – Pašnāvības domas vai uzvedība; – Neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties; – Psihomotorās aktivitātes traucējumi; – Jebkādi miega traucējumi; – Pazemināta ēstgriba. <p>Depresijas “somatisko” jeb bioloģisko sindromu (t.s. endogēno depresiju) raksturo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pamošanās vismaz 2 stundas pirms laika; – Pazeminātas intereses un spēja izjust prieku; – Depresija ir smagāka no rīta; – Objektīvas anamnēzes dati par būtisku psihomotoru kavēšanu vai ažitāciju; – Būtiski pazemināta ēstgriba (svara zaudēšana vairāk par 5 % mēneša laikā); – Būtiska libido pavājināšanās. 	<p>Diagnozei nepieciešama <u>vienlaicīga vismaz piecu no tālāk minētajiem raksturīgajiem simptomiem, kas parādās <u>lielāko dienas daļu, gandrīz katru dienu, vismaz 2 nedēļu laikā</u>. Jābūt klāt <u>vismaz vienam simptomam no afektīvās simptomu kopas</u>. Simptomu klātbūtnes vai neesamības novērtējums jāveic, ņemot vērā indivīda tipisko funkcionēšanu. [22]</u></p> <p><u>Afektīvo simptomu kopa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nomākts garastāvoklis, par ko stāsta pats pacients (piemēram, nomākts, skumjš) un to ir iespējams novērot (piemēram, raudulīgs, satraukts izskats, gausums) (Piezīme: bērniem un pusaudžiem nomākts garastāvoklis var izpausties kā aizkaitināmība); – Ievērojami samazināta interese vai prieks par aktivitātēm, īpaši tām, kas indivīdam parasti šķiet patīkamas (Piezīme: tas var ietvert arī seksuālās vēlmes samazināšanos). <p><u>Kognitīvi biheiviorālo simptomu kopa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Samazināta spēja koncentrēties un noturēt uzmanību uzdevumiem vai izteikta neizlēmība; – Zems pašvērtējums vai pārmērīga un nepiemērota vainas apziņa, kas var būt acīmredzami maldinoša (Piezīme: šis punkts nav jāuzskata par esošu, ja vainas apziņa vai sevis pārmētumi ir tikai par depresiju); – Bezcerības izjūta par nākotni; – Atkārtotas domas par nāvi (ne tikai bailes no nāves), atkārtotas domas par

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums

	<p>pašnāvību (ar vai bez konkrēta plāna) vai pierādījumi par pašnāvības mēģinājumu.</p> <p><u>Neiroveģetatīvo simptomu kopa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Būtiski traucēts miegs (aizkavēta aizmigšana, biežāka pamošanās naktī vai agra pamošanās no rīta vai pārmērīgs miegs); – Būtiskas apetītes izmaiņas (samazināta vai palielināta) vai ievērojamas svara izmaiņas (pieaugums vai zudums); – Psihomotors uzbudinājums vai gausums (ko var novērot citi, ne tikai subjektīvas nemiera vai palēninājuma izjūtas); <p>Samazināta enerģija, nogurums vai izteikts nogurums pēc minimālas piepūles.</p>
--	--

6.1. Diferenciālā diagnostika un izmeklējumi

Somatiskā stāvokļa izvērtēšana:

- Jāveic vispārējais somatiskā stāvokļa izvērtējums, ievācot detalizētu anamnēzi, izslēdzot somatiskas slimības, kas var radīt depresijas simptomātiku – anēmija, malnutricija, hipotireoīdisms, hronisks sāpju sindroms, hroniskas somatiskas slimības u.c.;
- Jāizvērtē somatisko slimību ārstēšanas efektivitāte, nepieciešamības gadījumā konsultēties gan ar attiecīgās jomas speciālistu, gan psihiatru, veidojot multidisciplināru pieeju;
- Jāizvērtē medikamentu blakusparādības – steroīdu, citostatiķu, interferonu saturošu preparātu, kontracepcijas līdzekļu lietošana u.c.

Konstatējot depresijas simptomātiku, kas ir saistīta ar somatiskā stāvokļa izmaiņām, uzsākt atbilstošas somatiskas slimības ārstēšanu vai medikamentozās terapijas korekciju. Ja pēc tā visa depresīvā simptomātika saglabājas rekomendēta psihiatra konsultācija.

Citu psihisku traucējumu izslēgšana:

- *Bipolāri afektīvi traucējumi (BAT)* – raksturojas ar pacilātības, paātrinātas domāšanas un paaugstinātas kustību aktivitātes periodiem (hipomānija/mānija), kas mijas ar depresijas periodiem;

- *Hipomānijas/mānijas simptomu izvērtēšana anamnēzē.* Vai vienlaikus parādījās vairāki no zemāk uzskaitītiem simptomiem, kas ilgst vismaz vienu nedēļu un pietiekami būtiski traucē darbam un sociālajām aktivitātēm:
 - Pacilāts garastāvoklis un/vai aizkaitināmība;
 - Samazināta vajadzība pēc miega;
 - Paaugstināta aktivitāte, palielināta enerģijas izjūta, pārmērīga runātība vai ātra runa;
 - Impulsīvas vai neapdomīgas rīcības, piemēram, pārmērīgas tērēšanas, svarīgu lēmumu pieņemšana bez plānošanas un seksuāla neizvēlība;
 - Parasto sociālās normu neievērošana, kas noveda pie nepieņemamas uzvedības;
 - Nenoturīga uzmanība;
 - Nereālistiski paaugstināts pašvērtējums.
- *Organiska depresija* – raksturīgi pieaugoši, subjektīvi smagi atmiņas un koncentrēšanās spējas traucējumi, ko pavada raudulīgums, augsts trauksmes līmenis, miega traucējumi, apetītes pārmaiņas. Depresijas klīnisko ainu vienmēr dara smagāku sāpju simptomi (kas saistāmi ar somatisku slimību vai somatoformiem traucējumiem) un somatiskā stāvokļa pasliktināšanās;
- *Postšizofrēniska depresija* – pacientam pēdējā gada laikā ārstēta šizofrēnijas epizode, dotajā brīdī saglabājas atsevišķi negatīvie, retāk pozitīvie simptomi. Klīniskajā ainā dominē pasivitāte, trauksmainība, grūtības interpersonālajās attiecībās, miega traucējumi;
- *Somatoformie traucējumi F45* – atkārtotām fiziskām sūdzībām, kurām nav pietiekama medicīniska pamatojuma, un ar pārmērīgu uzmanību šiem simptomiem, kas izraisa būtisku ciešanu un funkcionālu traucējumu.

🚩 Konstatējot depresijas epizodi bipolāri afektīvo traucējumu ietvarā, **BŪTISKI** mainās depresijas ārstēšanas taktika – pacients steidzami jānosūta uz konsultāciju pie psihiatra ar CITO nosūtījumu.

🚩 Somatoformus traucējumus kā diagnozi var izlikt tikai tad, ja ir izslēgtai depresijas, trauksmes un adaptācijas traucējumi. F45 pamata ārstēšanas metode ir ilgtermiņa psihodinamiskā psihoterapija.

🚩 Jāizvērtē iespējama pārmērīga vielu lietošana (alkohols, benzodiazepīni, narkotiskās vielas). Šo vielu strauja pārtraukšana var izraisīt depresijai līdzīgu simptomātiku, kas ir saistīta ar abstinenci. Abstinence – nepatīkamu fizisku un psihisku simptomu kopums, kas parasti iestājas 24 – 48 stundu laikā pēc pēkšņas atkarību izraisošas vielas lietošanas pārtraukšanas vai tās devas būtiskas samazināšanas. Simptomu smagums un ilgums ir atkarīgs no:

- Lietotās vielas veida;
- Lietošanas ilguma un intensitātes;
- Individuālajiem bioloģiskajiem un psiholoģiskajiem faktoriem.

🚩 Depresijas gadījumā pie atkarību izraisošo vielu lietošanu pacients steidzami jānosūta uz konsultāciju pie narkologa (atkarību psihiatra)/psihiatra ar CITO nosūtījumu.

- Depresija un trauksmes kombinējas (ir komorbīdas) līdz pat 70 % gadījumā. Izvērtējot depresiju, ir jānovērtē trauksmes traucējumi un otrādi. Trauksmes smaguma izvērtēšanai var izmantot Ģeneralizētas trauksmes skalu GAD-7 (sk. pielikumu nr.3).
- Jo ilgstošāka un smagāka ir trauksme, jo lielāks ir komorbiditātes risks. Komorbīdi traucējumi norit smagāk, grūtāk padodas ārstēšanai un rada būtiskāku funkcionālu nespēju/slogu. Komorbīdu traucējumu gadījumā pacients jānosūta pie psihiatra uz konsultāciju 2 nedēļu laikā.

Rekomendētie izmeklējumi depresijas simptomātikas diferenciāldiagnostikai:

Vispārīgi izmeklējumi – anamnēze, īpaši pirmajā vizītē. Tas ir noteicošais faktors, lai izvērtētu nepieciešamību tālākiem izmeklējumiem. Nepieciešamības gadījumā neiroloģiskie izmeklējumi.

Aparātizmeklējumi – ja nepieciešams – piemēram, ĢĀ praksē elektrokardiogramma (EKG), nosūtījums uz elektroencefalogrāfiju (EGG), datortomogrāfija (CT) galvai utt.

Stingri izvērtēt nepieciešamo izmeklējumu veikšanu un pamatojumu! Vispārējie laboratoriskie izmeklējumi:

- Pilna asinsaina (PAA) – anēmija, infekcijas, iekaisuma pazīmes;
- Elektrolīti – Na, K, Ca, Mg, fosfāti (jāizvērtē ja ir bijušas dehidratācijas epizodes, pastiprināta alkohola lietošana, endokrīni traucējumi, kas var izraisīt elektrolītu disbalansu);
- Nieru funkcijas testi – kreatinīns (ja ir aizdomas par nieru darbības traucējumiem, vai ir ilgstoši lietoti medikamenti, kuru izvade/metabolizācija notiek caur nierēm);
- Aknu funkcijas testi – ALAT, (ja ir aizdomas par hronisku alkohola lietošanu, hepatītu risku);
- Glikozes līmenis asinīs – jāizslēdz prediabēta stāvoklis, ja ir paaugstināts diabēta risks vai pozitīva ģimenes anamnēze.

Endokrīnās sistēmas izvērtējums:

- TSH fT4 – ja novērojami garastāvokļa traucējumi bez būtiska psiholoģiska iemesla, ir izmaiņas metaboliskajos procesos, ir parādījušies vairāki somatiski simptomi.

Vitamīnu un mikroelementu izvērtējums:

- B12 vitamīns – veikt, ja anamnēzē ir bijušas kuņģa operācija, čūlas vai agrāk diagnosticētas uzsūkšanās problēmas, pastiprināta alkohola lietošana, diagnosticēta megaloblastiska anēmija;
- Folskābe – veikt ja anamnēzē ir diagnosticēti uzsūkšanās traucējumi, ir bijuši iekaisīgi procesi zarnu traktā, nesena grūtniecība, pastiprināta alkohola lietošana, diagnosticēta megaloblastiska anēmija;
- D vitamīns, kopējais – veikt, ja ir paaugstināts depresijas, noguruma vai vispārēja nespēka risks, liekais svars, malabsorbcijas sindroms (piemēram, celiakija, iekaisīgas zarnu slimības), hroniskas aknu vai nieru slimības, pastiprināta alkohola lietošana, ilgstoša medikamentu, kas var ietekmēt D vitamīna metabolismu, lietošana.

Infekciju un toksikoloģijas skrīnings:

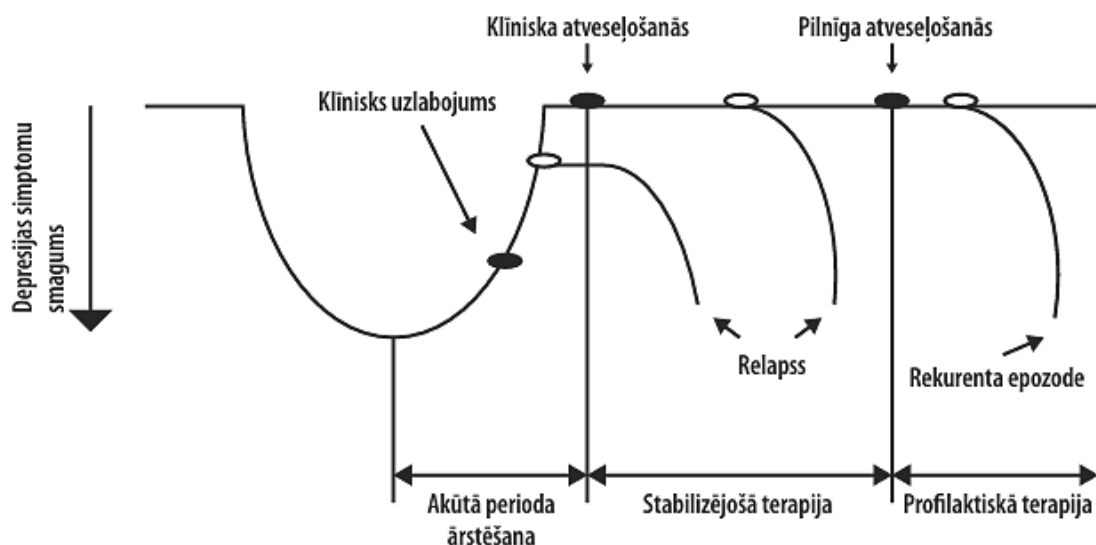
- HIV tests – ja pacientam ir bijušas dzimumattiecības ar nezināmu partneri bez prezervatīva lietošanas, veikti pīrsingi vai tetovējumi nesertificētos salonos;
- RPR (sifilisa skrīnings) – ja pacientam ir bijušas dzimumattiecības ar nezināmu partneri bez prezervatīva lietošanas.

Attēldiagnostika (ja nepieciešams):

- CT vai MRI galvas smadzenēm – ja ir neiroloģiski simptomi vai aizdomas par organisku smadzeņu bojājumu;
- EKG – lai izvērtētu QTc pirms medikamentozās terapijas uzsākšanas.

Attēls nr.2

Depresijas ārstēšanas fāzu shēma [24]



Shēmas paskaidrojums:

- Depresijas simptomu smagums – vērtējot pēc depresijas klīniskā smaguma novērtējuma skalas PHQ-9 – pacienta veselības (depresijas) aptauja;
- Klīniskais uzlabojums – klīniskais uzlabojums, sākot ārstēšanu (>25 – 50% no sākuma vērtējuma skalām);
- Klīniska atveseļošanās – klīniska atveseļošanās, depresijas simptomi pilnīgi izzuduši;
- Pilnīga atveseļošanās – pilnīga atveseļošanās, atgriešanās iepriekšējā funkcionēšanas līmenī;
- Relapss – paasinājums epizodes laikā;
- Rekurenta epizode – atkārtota depresijas epizode;
- Akūtā perioda ārstēšana – akūtā depresijas perioda ārstēšana;
- Stabilizējošā terapija – uzturošā terapija;
- Profilaktiskā terapija.

7. Pašnāvības riska novērtēšana

Pašnāvības risks ir jāizvērtē katrā tikšanās reizē ar pacientu. Saruna par paškaitējumu vai pašnāvības domām nerada un neveicina paškaitējumu, nepastiprina pašnāvības domas. Saruna samazina trauksmi, kas saistīta ar paškaitējumu, pašnāvības domām vai plāniem. Tā palīdz personai justies saprastai.

Pašnāvības risku jāizvērtē, ja:

- Izteikta bezcerība un izmisums, pašreizējās pašnāvības domas/plāni/mēģinājumi vai tie bijuši pagātnē;
- Pašnāvības mēģinājums ar saindēšanās pazīmēm/intoksikāciju, asiņošana no pašradītas brūces;
- Ir jebkura nozīmīga psihiska slimība, hroniskas sāpes vai ļoti izteikti emocionāli pārdzīvojumi.

Jautājumi pacientam:

- *Vai jau kādreiz esiet mēģinājis sev nodarīt pāri?*
- *Vai jau esiet kādreiz domājis kā un kur varētu sev atņemt dzīvību?*
- *Cik bieži domājat par iespējamību tuvākajā laikā sev atņemt dzīvību?*
- *Vai ir lietas Jūsu dzīvē, kas Jūs attur sev nodarīt pāri?*

Saruna jāveic ar sapratni, bez nosodījuma. Tai jābūt atbalstošai, vērstai uz pacienta izjūtām, ar mērķi mazināt emocijas un izjūtas, kuras ir veicinājušas šīs domas un rīcību. Pašnāvības riska izvērtēšanai var izmantot Kolumbijas pašnāvības riska novērtēšanas skrīninga versiju (sk. pielikumu nr.4).

■ Ja konstatē mēreni augstu vai ļoti augstu pašnāvības risku, nekavējoties nosūta pie psihiatra ar CITO nosūtījumu, savukārt tūlītēja apdraudējuma gadījumā – ziņo NMPD pa tālruni 113.

8. NMPD

Augsta pašnāvības riska, tūlītēja apdraudējuma, pašnāvības mēģinājuma vai paškaitējošas uzvedības ar nolūku veikt pašnāvību gadījumā ārstam vai citas medicīnas jomas profesionālim nekavējoties jāziņo NMPD pa tālruni 113 un jāorganizē tūlītēja psihiatra konsultēšana vai pacienta stacionēšana psihiatriskajā stacionārā – pašnāvības riska novērtēšanai un pacienta psihemocionālā stāvokļa stabilizēšanai, vai stacionēšanai somatiskajā stacionārā neatliekamas medicīniskas palīdzības sniegšanai (intoksikācija ar medikamentiem, traumas u.c.).

Suicidāliem pacientiem nepieciešama īpaša uzmanība un aprūpe gan laika, gan terapeitiskās piesaistes ziņā.

9. Ārstēšanās somatiskā stacionārā

Sniedz neatliekamam medicīnisko palīdzību – dzīvības funkciju uzturēšanu, akūtu somatisku traucējumu ārstēšanu, dezintoksikāciju, traumatoloģisku palīdzību utt. Pēc somatiskā stāvokļa stabilizēšanas sekundārā stacionārā aprūpē, stacionārs organizē psihiatra konsultāciju, lai izvērtētu par tālākās psihiatriskās palīdzības sniegšanas veidu un pacienta nogādāšanu psihiatriskā stacionārā vai nosūtīšanu ambulatorai psihiatriskai ārstēšanai. Pacienta pārvešanai uz psihiatrisko stacionāru jāiesaista NMPD.

10. Sekundārā psihiatriskā ārstniecība

Pacienta diagnozes precizēšana un specifiskas palīdzības organizēšana atbilstoši pamata diagnozei, kura var tikt organizēta ambulatori – psihiatriskā profila ambulatorajos centros, nodaļās vai klīnikās, psihiatriska profila dienas stacionāros vai stacionāri – atvērta vai slēgta tipa psihiatriskā profila nodaļās.

Tabula nr.5

Ambulatorās psihiatru prakses:	https://www.vmnvd.gov.lv/lv/psihiska-veseliba
Psihiatriskie stacionāri:	
Rīga – Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA	https://npvc.lv/
Jelgava – VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža””	http://www.gintermuiza.lv
Strenči – VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca”	https://strencupns.lv/lv/
Daugavpils – VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca”	https://dpns.gov.lv/
Liepāja – VSIA “Piejūras slimnīca”	https://piejurasslimnica.lv/lv

Pēc ārstēšanas kursa pacients atgriežas ārsta uzraudzībā.

11. Viegla depresijas epizode, tās ārstēšana

GĀ, psihiatra un psihoterapeita kompetencē. Pirmreizējas vieglas depresijas epizodes gadījumā pārrunā iespējamās dzīves problēmas, izglīto par miega higiēnas un fizisko/brīvā laika aktivitāšu uzturēšanas nozīmi, sniedz informāciju par pierādījumos balstītām dzīvesveida intervencēm. (sk. sadaļu nr. 20). Piedāvā psiholoģiskas intervences vai uzsākt terapiju ar 1. izvēles AD.

Ja pacients nevēlas uzsākt ārstēšanos, ņemot vērā to, ka depresijas simptomi ir viegli izteikti, tad pacientu izglīto par depresijas norisi un komorbiditātēm un vienojas par atkārtotu konsultāciju pēc 2 – 4 nedēļu laikā. Ja sūdzības nemazinās, tad ārsts iesaka pieejamās psiholoģiskās intervences vai AD.

Atkārtotas (rekurentas) vieglas depresijas gadījumā pārrunā iespējamās atkārtotas depresijas epizodes iemeslus, pārrunā dzīvesveida, fizisko aktivitāšu lomu, veic izglītošanu un rekomendē terapiju, kas bija efektīva iepriekšējās depresijas epizodes ārstēšanā.

Viegla depresijas epizodes gadījumā pacientam piedāvā PI vai ārstēšanu ar AD.

12. Viegla depresijas epizodes terapija. Psihoterapija un psiholoģiskās intervences

PI mērķis ir mainīt pacienta domāšanas un uzvedības modeļus, kā arī stiprināt pašefektivitāti. Pierādījumos pamatotās metodes:

- Digitālās intervences (iKBT jauniem pieaugušajiem);
- Psiholoģiskā konsultēšana (6 – 12 sesijas)*;
- Kognitīvi biheiviorālā terapija KBT (10 – 16 sesijas)*;
- Īstermiņa psihodinamiskā terapija (12 – 16 vizītes)*.

Digitālās intervences:

- I-KBT: tiešsaistes kognitīvi biheiviorālās terapijas moduļi ar video, uzdevumiem, dienasgrāmatu, automātisku atgriezenisko saiti. Var būt īstermiņa (10 – 15 minūšu) iknedēļas kontakts ar terapeitu;
- Mobilās lietotnes (aplikācijas): visbiežāk kā papildinājums terapijai; palīdz garastāvokļa uzraudzībai, miega higiēnai, stresa vadīšanas tehniku praktizēšanai, apzinātības trenēšanai, uzvedības aktivizēšanai.

Psiholoģiskā konsultēšana:

- Empātiska, atbalstoša, pieņemoša saruna;
- Emociju atspoguļošana, validēšana un izpēte;
- Palīdzība problēmu risināšanā un atbalsts lēmumu pieņemšanā: problēmu definēšana, risinājumu ģenerēšana un izvērtēšana, rīcības plānošana;
- Palīdzība pacienta uzvedības aktivēšanā, piemēram, “pirmo soļu” plānošana;
- Resursu un stipro pušu apzināšana;
- Psihoizglītošana: informācija par miegu, stresu, fiziskajām aktivitātēm, negatīvām domām u.c.

KBT:

KBT ir strukturēta, rokasgrāmatā balstīta terapijas pieeja psihiskās veselības traucējumu novēršanā, kuras galvenās metodes ir:

- Domu – emociju – uzvedības saistības izpratne un maiņa: cilvēka izjūtas un rīcība izriet no viņa domāšanas, nevis tikai notikumiem;
- Negatīvo domu atpazīšana un maiņa: tiek mācīts pamanīt automātiskas, disfunkcionālus domāšanas modeļus un aizstāt tos ar reālistiskākiem, funkcionālākiem domāšanas veidiem; domu malšanas (ruminēšanas) apturēšana;
- Uzvedības aktivizācija: mazi, plānoti soļi, lai atjaunotu pozitīvas, patīkamas un nozīmīgas aktivitātes;

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

- Pašpalīdzības prasmju stiprināšana un ikdienas grūtību risināšana (piemēram, attīstot veselīgākus komunikācijas modeļus).

Psihodinamiskās terapijas raksturojums:

- Saiknes izpratne starp pašreizējām izjūtām un pagātnes pieredzi;
- Pārneses (transference) analīze: terapeits pēta, kā pacients izjūtas pret citiem cilvēkiem parādās attiecībās ar viņu;
- Pretestības analīze: terapeits palīdz pacientam apzināties, kā viņš izvairās no saskares ar sāpīgām emocijām;
- Emociju identificēšana, izprašana, izteikšana un izturēšana (piemēram, dusmas, vainas izjūta, skumjas);
- Attiecību modeļu apzināšana: tiek pētīts, kā pacients atkārtoti destruktīvus attiecību modeļus, kas uztur vientulību vai vainas izjūtu.

Ja psihoterapija (PT) nav pieejama vai pacients to neizvēlas, izvērtēt terapijas uzsākšanu ar AD.

Ārsts pēc 4 – 8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

13. Vieglas depresijas farmakoterapija

- Nenožīmēt AD pacientiem ar atsevišķiem depresijas simptomiem;
- Izsvērt AD nozīmēšanas nepieciešamību pie vieglas depresijas, jo iespējamais blakus parādību risks var būt lielāks kā iespējamais ieguvums no terapijas;
- Vieglas depresijas pacientam AD nozīmējami, ja anamnēzē ir vidēji smagas vai smagas depresija, 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.

Ārsts terapiju uzsāk ar 1.izvēles AD [24] SSAI (Citaloprams, Escitaloprams, Fluvoksamīns, Fluoksetīns, Paroksetīns, Sertralīns), SNAI (Venlafaksīns, Duloksetīns, Milnaciprāns*), Tianeptīns, Vortiooksetīns, NSSAI (Bupropions), Mirtazapīns, Agomelatīns, Vortiooksetīns, Trazodons.

AD ieteicamās devas un blakusparādības skatīt Latvijas Psihiatru asociācijas (LPA) “Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas”. [24]

ĢĀ vai psihiatrs var izrakstīt valsts kompensētos medikamentus. Atkārtotā vizīte pēc 2 nedēļām un tad – reizi mēnesī. Ārsts pēc 4 – 8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

Nozīmējot AD rekomendējama pacienta psihoedukācija par AD darbību, iespējamām blakusparādībām un lietošanas ilgumu.

*Latvijā uz algoritma atjaunināšanas brīdi nav reģistrēts

Ja 4 – 8 nedēļu laikā pacienta depresijas simptomu smagums nav samazinājies par vairāk kā 25 – 50 % no sākotnējā PHQ-9 vērtējuma, vai arī depresijas smagums pieaug, jāvērtē depresijas smagums un tālākā terapijas taktika.

■ Ja ārstam ir pietiekama izglītība un pieredze šādu pacientu ārstēšanai, tad viņš var turpināt pacienta ārstēšanu/vadību. Ja ne, pacients ir jānosūta uz konsultāciju pie psihiatra.

Vieglas depresijas ārstēšanu var organizēt ĢĀ praksēs, psihiatra vai psihoterapeita praksēs vai ambulatorajās nodaļās/klīnikās pie psihiatra.

Tabula nr. 6

Antidepresantu receptoru profils, minimālās un efektīvās devas

(Adaptēts pēc *Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 14. ed. 2021; CANMAT Depresijas vadlīnijām, 2023*) [25]

Antidepresanti	Darbības mehānisms	Minimālā deva	Efektīvās devas
Tricikliskie antidepresanti (Amitriptilīns/Nortriptilīns/Klomipramīns)	Dažāda receptoru piesaiste	75 – 125 mg; 150 mg	75 – 300 mg; 75 – 250 mg
Citaloprāms	Selektīvs serotonīna atpakaļsaistes inhibitors	20 mg	20 – 40 mg
Escitaloprāms		20 mg	20 – 40 mg
Fluoksetīns		20 mg	20 – 60 mg
Fluvoksamīns		50 mg	100 – 300 mg
Paroksetīns		20 mg	20 – 50 mg
Sertralīns		50 mg	50 – 200 mg
Agomelatīns	Melatonīna 1., 2. tipa receptoru agonists, 5HT ₂ antagonist	25 mg	25 – 50 mg
Bupropions	Selektīvs dopamīna un noradrenalīna receptoru atpakaļsaistes inhibitors	150 mg	150 – 450 mg
Duloksetīns	Selektīvs noradrenalīna un serotonīna atpakaļsaistes inhibitors	60 mg	60 – 120 mg
Venlafaksīns		75 mg	75 – 225 mg
Mirtazapīns	α 2 receptoru antagonist, 5HT ₂ receptoru antagonist	30 mg	30 – 60 mg
Moklobemīds*	Atgriezeniskas darbības MAO-I	300 mg	150 – 450 mg
Reboksetīns*	Noradrenalīna atpakaļsaistes inhibitors	8 mg	8 – 12 mg

Trazodons	Serotonīna atpakaļsaistes inhibitori, 5HT ₂ receptoru antagonisti	150 mg	150 – 400 mg
Vortiooksetīns	Serotonīna atpakaļsaistes inhibitori, 5HT _{1A} , 1B receptoru agonisti; 5HT _{1D} ; 3A; 7 receptoru antagonisti	10 mg	10 – 20 mg

Tabula nr.7

Piemērs. Escitaloprāma lietošanas rekomendācijas [26]

<i>Cik ilgi jāgaida efekts?</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Pirmās 4 dienas nozīmēt pa 5 mg no rīta, turpmāk 10 mg; – Efekts sagaidāms pēc 2 – 4 nedēļām; – Ja tas nestrādā pēc 6 – 8 nedēļām, jāpaaugstina deva vai iespējams medikaments nestrādās vispār; – Nozīmējot AD, jāsažinās ar pacientu pēc 2 nedēļām, lai izvērtētu iespējamās blakusparādības un pašnāvības riska izmaiņas (īpaši gados jauniem pacientiem); – Var būt efektīvs ilgus gadus, lai novērstu simptomu recidīvu.
<i>Svara pieaugums?</i>	Ir ziņojumi, bet nav bieža parādība.
<i>Sedācija?</i>	Ir ziņojumi, bet nav bieža parādība.
<i>Seksuāla disfunkcija?</i>	Var būt ejakulācijas un erekcijas traucējumi vīriešiem, samazināts libido un anorgasmija abiem dzimumiem.
<i>Dozēšanas rekomendācijas</i>	<ul style="list-style-type: none"> – 10 – 20 mg/dienā; – Sāk ar 10 mg/dienā, paaugstina līdz 20 mg/dienā, ja nepieciešams. Lietošanai vienu reizi dienā – rītā vai vakarā/.
<i>Kā pārtraukt?</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Devas pakāpeniska samazināšana vienmēr nav nepieciešama; – Tomēr pakāpeniska devas samazināšana var novērst atcelšanas sindroma attīstīšanos. – Liela daļa pacientu tolerē 50 % devas samazinājumu 3 dienas, tad vēl 50 % devas samazinājumu 3 dienas un tad pārtraukšanu

Tabula nr.8

Ieteicamās vispārējās veselības pārbaudes lietojot antidepresantus

	Pirms medikamentu sākšanas	Mēnesis						Reizi ceturksnī	Pus-gadā
		1	2	3	4	5	6		
Atbilstības pārbaude un tipisko blakusparādību novērošana		2x ¹	2x ¹	2x ¹	1x	1x	1x	1x	
Asins aina	1x	1x					1x		1x ⁴
GFĀ	1x	1x		1x			1x		1x ⁴
Aknu enzīmi ⁷	1x	1x	1x ²	1x ²	1x ²	1x ²	1x	1x ²	
Seruma elektrolīti	1x	1x					1x		1x ⁴
EKG	1x ³	1x ³							
Asinsspiediens ⁵ , Pulss	1x	1x					1x ⁶		
Ķermeņa svars	1x			1x ⁶			1x	1x ⁶	

Adaptēts pēc Benkert O et.al, 2021. [27], taču tās saturs daļēji modificēts atbilstoši *Nationale Versorgungs Leitlinie*, 2022 [28] klīniskiem un aprūpes aspektiem.
Nepieciešamo regulāro pārbaūžu skaits empīriski vēl nav pierādīts un no tabulā uzrādītā pārbaūžu biežuma pieļaujamas atkāpes.

Augšrakstu skaidrojums:

1. Iespējams arī telefoniski;
2. Tikai pacientiem ar atbilstošām blakusslimībām vai vairāku medikamentu lietošanu;
3. Tikai Citaloprama, Escitaloprama un Venlafaksīna, kā arī pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām;
4. Ilgstoši stabiliem pacientiem var pietikt ar ikgadējām pārbaudēm;
5. Biežāk sastopams lietojot SNRI lielās devās (retāk pastāvīgi paaugstinātas vērtības);
6. Biežākas pārbaudes Mirtazapīna lietošanas laikā, pretējā gadījumā ilgstoši stabiliem pacientiem var pietikt ar retākām pārbaudēm;
7. Agomelatīna lietošanas gadījumā medikamentu ražotājs iesaka veikt papildu pārbaudes aptuveni pēc 3, 6, 12 un 24 nedēļām, kā arī pēc devas palielināšanas ar tādu pašu biežumu kā ārstēšanās sākumā. [28]

Medikamentozās terapijas pārtraukšana

Atceļot AD iespējama nespecifiska, galvenokārt viegla simptomātika: gripai līdzīgi simptomi, galvassāpes, miega traucējumi, murgi miegā, slikta dūša, vemšana, reiboņi, līdzsvara traucējumi, bailes, satraukums, aizkaitināmība, kā arī specifiski serotonīn/holīnērgiskais sindroms.

Simptomi biežāk parādās pēc medikamenta atcelšanas 36 – 96 stundās. Parasti spontāni beidzas 2 – 6 nedēļu laikā. Ātra simptomu uzlabošanās, ja medikaments tiek atsākts lietot.

Ieteikumi:

- Ieteicams medikamentozo terapiju beigt pakāpeniski 4 nedēļu laikā;

- Ja medikamentu plānots atcelt bīstamu vai stipri izteiktu blakusparādību dēļ, tad tam jānotiek tūlītēji bez pakāpeniskas atcelšanas;
- Pacientiem, kuri saņem kombinētu terapiju, iesakāms medikamentus atcelt pakāpeniski vienu pēc otra nevis abus kopā;
- Atceļot medikamentozo terapiju rekomendē telefonisku kontaktu ar pacientu pēc 1 – 2 nedēļām.

14. Vidēji smagas depresijas epizode, tās ārstēšana

GĀ, psihiatra un psihoterapeita kompetencē. Pārrunā iespējamās dzīves/sadzīves problēmas, izglīto par miega higiēnas un aktivitāšu uzturēšanas nozīmi, sniedz informāciju par pierādījumiem balstītām dzīvesveida intervencēm. Piedāvā psiholoģiskas intervences vai farmakoterapiju, vai abu metožu kombināciju.

15. Psihoterapija, psiholoģiskās intervences vai farmakoterapija vidēji smagas depresijas ārstēšanā

Vidēji smagas depresijas gadījumā indicēta psihoterapija (PT), PI vai AD monoterapijā vai kombinētā terapija (PT/ PI+AD).

Iespējamos PT/PI veidus Skatīt klīniskajā algoritmā “Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”.

16. Farmakoterapija vidēji smagas depresijas ārstēšanā

Uzsāk farmakoterapiju ar 1. izvēles vai 2. izvēles AD [24] atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. Psihiatrs/GĀ var izrakstīt valsts kompensētos medikamentus (no 1. vizītes, kad uzstādīta diagnoze). Psihoterapeita konsultācijas nav valsts apmaksāts pakalpojums.*

Atkārtotas vizītes ik 2 – 4 nedēļas. Ārsts pēc 4 – 8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

17. Farmakoterapijas un psihoterapijas/psiholoģisko intervenču kombinācija vidēji smagas depresijas ārstēšanā

Ārsts pēc 8 – 10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu. Vai kombinē iepriekš minēto AD terapiju ar PT/PI (KBT, psihodinamiskā terapija (līdz 28 vizītēm vai ilgāk, ja ir nepieciešams))* . Ārstēšana var tikt organizēta ambulatori, psihiatrijas dienas stacionāros, atvērta tipa psihiatrijas nodaļās vai (retāk) slēgta tipa psihiatrijas stacionārajās nodaļās.

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

18.Smaga nepsihotiska/psihotiska depresija

Psihiatra kompetencē. Skatīt klīniskajā algoritmā “Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”.

19.Citas ārstēšanas metodes, citas depresijas un depresija speciālās populācijās

Psihiatra kompetencē. Skatīt klīniskajā algoritmā “Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”.

Citas depresijas (sk. atbilstošus klīniskos ceļus un klīniskos algoritmus):

- Bipolāra depresija;
- Depresija šizofrēnijas ietvaros;
- Depresijas atkarību izraisošo vielu lietošanas gadījumā.

Depresija speciālās populācijās (sk. atbilstošus klīniskos ceļus un klīniskos algoritmus):

- Bērni un pusaudži;
- Seniori un somatiski slimie;
- Sievietes perinatālā periodā.

20.Pacienta un ģimenes izglītošana

Izglītošanu veic ārsts, psihiatriskās rehabilitācijas speciālisti, ārsta palīgs, māsa vai psihologs.

Jāņem vērā, ka sarunai ir jānotiek pacientam saprotamā valodā. Ja tiek izmantoti specifiski termini, tad tie jāpaskaidro. Pacients un pacienta piederīgie jāinformē par pašpalīdzības grupām. Pacientu jāinformē arī par slimības simptomātiku, norisi un ārstēšanu. Ja pacients piekrīt, tad jāveic arī pacienta piederīgo izglītošana, izmantojot šādus informāciju:

- Depresija ir ļoti bieži sastopama slimība, ar ko var saslimt jebkurš;
- Šī slimība nenozīmē, ka cilvēks ir vājš vai slinks;
- Negatīva attieksme no apkārtējiem (piemēram, “Tev jābūt stiprākam”, “Saņem sevi rokās”), iespējams, rodas tādēļ, ka depresija nav ar neapbruņotu aci redzama slimība, kā kaula lūzums vai brūce. Pastāv maldīgs uzskats, ka cilvēki ar depresiju spēj savus simptomus kontrolēt ar sava gribasspēka palīdzību;
- Cilvēkiem ar depresiju mēdz būt nepamatoti negatīvi uzskati par sevi, savu dzīvi un nākotni. Šo cilvēku pašreizējā situācija var būt ļoti sarežģīta, taču depresija var izraisīt papildu nepamatotas domas par situācijas bezcerīgumu un savu nevērtīgumu. Visticamāk, šīs domas uzlabosies, mazinoties depresijas simptomiem;
- Domas par paškaitējumu vai pašnāvību ir bieži sastopamas. Ja pacientam šādas domas parādās, viņam nevajadzētu rīkoties to iespaidā, bet gan pateikt par tām kādai uzticības personai un nekavējoties vērsties pēc palīdzības;
- Depresija padodas ārstēšanai;

- Ja depresija ir vidēji smaga vai smaga, nepieciešama ilgstoša AD terapija, tad pacientam var tikt izrakstīti valsts kompensēti (75% apjomā) medikamenti, ko atkarībā no zāļu kompensācijas nosacījumiem var izrakstīt ĢĀ vai psihiatrs;
- AD terapija nav saistāma ar atkarības risku;
- Depresijas gadījumā var tikt novērota “pašārstēšanās” ar alkoholu vai nomierinošiem līdzekļiem, par ko jāpārrunā vizītes laikā pie ĢĀ.

Papildu informatīvie materiāli:

Tabula nr.9

Slimību profilakses un kontroles centra materiāls “Kas ir depresija? Kas jāievēro saskarsmē ar cilvēku, kuram ir šī saslimšana”	https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/content/depresija_148x210.pdf
Veselības ministrijas portāls “Es par veselību”, informatīvie materiāli par psihisko veselību	https://www.esparveselibu.lv/lejupielade/informativi-materiali-par-psihisko-veselibu
Kampaņa “Nenovērsies”	https://www.spkc.gov.lv/lv/nenoversies
Latvijas psihiatru asociācijas informatīvais portāls “Depresija.lv”	http://www.depresija.lv/

Pacientam ir nozīmīgi izskaidrot ka depresija ir ārstējama, tas ir pakāpenisks process, kur svarīgu lomu ieņem dzīvesveids. Depresija ir slimība, kas pasliktina ikdienas funkcionēšanu, kas prasa kompleksu ārstēšanu, kur paša pacienta un viņa tuvinieku iesaiste uzlabo slimības iznākumu. Nemedikamentozā ārstēšana, kas saistīta ar ikdienas rutīnas sakārtošanu un iespējams jaunu ieradumu veidošanu, ieņem būtisku lomu.

Ar dzīvesveidu saistītās izmaiņas, kas uzlabo psihisko veselību:

- Strukturēts dienas režīms, kas ietver regulāras maltītes, pēc iespējas stabilākus gulēt iešanas un ceļšanās laikus, regulāras fiziskas aktivitātes, miega higiēnu un veselīgu uzturu, ir būtiska daļa no depresijas ārstēšanas un recidīvu profilakses;
- Pētījumi rāda, ka regulāras kustības uzlabo garastāvokli, miega kvalitāti un kognitīvās spējas, kā arī samazina depresijas un trauksmes simptomus. Tie ir zemas vai vidējas intensitātes treniņi 30 – 40 minūtes 3 vai 4 reizes nedēļā; [29]
- Pārmērīga ekrāna laika un sēdoša dzīvesveida ietekme ir saistīta ar paaugstinātu depresijas risku; [30]
- Miega trūkums pasliktina garastāvokli, koncentrēšanos un palielina trauksmes un depresijas risku. Lai uzlabotu miega kvalitāti un veicinātu psihisko veselību, ir svarīgi ievērot regulāru miega režīmu un miega higiēnu; [31]
- Uzturs tieši ietekmē smadzeņu darbību, garastāvokli un kognitīvās spējas. Pārmērīga cukura, piesātināto tauku un pārstrādātu produktu lietošana var veicināt iekaisuma procesus organismā, kas saistīti ar depresijas un trauksmes simptomiem. Nepietiekams uzturvielu daudzums, piemēram, omega-3 taukskābju, B grupas vitamīnu vai magnija trūkums, var negatīvi ietekmēt nervu sistēmas darbību. [32]

Tabula nr.10

Rekomendācijas dzīvesveida intervencēm
(adaptēts pēc CANMAT Depresijas vadlīnijām 2023) [18]

Ārstēšanas izvēles līmenis	Dzīves veida intervences	Pierādījumu līmenis*
1. izvēles ārstēšana	<ul style="list-style-type: none"> – Uzraudzīta fiziskā slodze (zema vai vidēja intensitāte, 30 līdz 40 minūtes, 3 līdz 4 reizes nedēļā, vismaz 9 nedēļas) vieglai depresijas epizodei – Gaismas terapija (10 000 LUX baltā gaisma 30 minūtes dienā) smagai sezonālas (ziemas) depresijas epizodei 	1. līmenis
2. izvēles ārstēšana	<ul style="list-style-type: none"> – Gaismas terapija vieglai nesezonālas depresijas epizodei – Papildinoši – fiziskā slodze vidēji smagai depresijas epizodei – Papildinoši – gaismas terapija vidēji smagai nesezonālas depresijas epizodei – Papildinoši – miega higiēnas ievērošana un KBT bezmiega gadījumā 	2. līmenis 3. līmenis
3. izvēles ārstēšana	<ul style="list-style-type: none"> – Papildinoši – veselīga uztura ievērošana (dažāds uzturs ar augstu augļu, dārzeņu un šķiedrvielu saturu un zemu piesātināto tauku un ogļhidrātu saturu) – Papildinoši – Vidusjūras diēta – Papildinoši – miega deprivācija (nepietiekamība) (modināšanas terapija) 	3. līmenis
Nepietiekami pierādījumi	<ul style="list-style-type: none"> – Probiotikas 	n/a

21. Depresijas remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana

GĀ kompetence (pārņem pacientu, kas sasnieguši remisiju, ārstēšanu). Ārstēšana notiek ambulatori. Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8.

GĀ var turpināt psihiatra rekomendēto uzturošo terapiju nākamos 4 – 6 mēnešus, izrakstīt valsts kompensētos medikamentus, novērot pacientu un vajadzības gadījumā korigēt uzturošo terapiju. Vizītes pie GĀ rekomendējamās reizi mēnesī.

■ Psihiatra konsultācija ieteicama ne retāk kā reizi pusgadā.

Ja ārstēšanā bija efektīvas PI uzturošā terapija ir jāturpina ar 3 – 4 PI turpmāko 3 – 6 mēnešu laikā, tās efektivitāti vērtē pats psihoterapeits.

Pirms lēmuma pieņemšanas par terapijas pārtraukšanu, veikt pacienta stāvokļa novērtēšanu ar PHQ-9 (sk. pielikumu nr. 2).

22.Remisija pēc pirmās depresijas epizodes

GĀ kompetence. Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. Ambulatoras vizītes reizi 1 – 1,5 mēnešos. Ārsti var izrakstīt valsts kompensētos medikamentus. Ja pēc 4 – 6 mēnešu ārstēšanas kursa pacients visu laiku ir remisijā, tad epizode skaitās izārstēta un speciāla uzraudzība nav nepieciešama.

23.Remisija pēc atkārtotas depresijas epizodes

GĀ kompetence. Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. Ja pēc 4 – 6 mēnešu ārstēšanas kursa pacients visu laiku ir remisijā, tad epizode skaitās izārstēta.

Ārsts izvērtē iepriekšējo epizožu skaitu, reziduālos simptomus, blakus esošas somatiskās veselības problēmas un psihosociālās grūtības.

Rekurentas depresijas pacientam ieteicamas kontroles vizītes pie GĀ vismaz reizi 6 mēnešos.

24.Augsts atkārtota paasinājuma, atkārtotas depresijas epizodes risks

Ja pacientam ir augsts atkārtotu paasinājumu risks vai vairāk kā divas depresijas epizodes anamnēzē, 2 gadu garumā tiek turpināta psihiatra nozīmētā profilaktiska terapija ar AD, AD augmentētā terapija vai individuālā KBT, ja paasinājums noticis uz AD terapijas fona, vai neskatoties uz AD ārstēšanu pastāv reziduāli simptomi. Pacienta ambulatoro ārstēšanu var turpināt GĀ, psihiatra konsultācija rekomendējama ne retāk kā 1 reizi 6 mēnešos.

Augsts atkārtota paasinājuma risks:

- Vairākas iepriekšējas depresijas epizodes;
- Reziduālas depresijas simptomātikas pazīmes;
- Personības traucējumi;
- Nelabvēlīga bērnības pieredze;
- Agrīns depresijas sākums;
- Komorbīdi traucējumi (piemēram, trauksmes, psihoaktīvo vielu (PAV) lietošana);
- Stresa notikumi (šķiršanās, darba zaudējums, tuvinieka nāve u.c.);
- Zems sociālais atbalsts;
- Zems sociālekonomiskais statuss;
- Hroniskas somatiskas slimības.

25.Terapeitiski rezistentā depresija

Skatīt klīnisko ceļu un klīnisko algoritmu “Terapeitiski rezistentas depresijas atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”.

26.Darba nespējas lapa

1. Izvērtēt nepieciešamību darba nespējas lapas (DNL) atvēršanai. DNL kopā tikai ar terapeitisku intervenci. Individuāli pieņemams lēmums – priekšrocības un trūkumi.
2. Izvērtēt individuāli DNL nepieciešamību vidēji smagas depresijas pacientiem. Smagas depresijas pacientiem ir nepieciešama DNL.
3. DNL var veicināt hronifikāciju, taču jautājums jāvērtē saistībā ar pacienta sociālajiem un citiem blakusfaktoriem.

Atsauces

1. Arias-de la Torre J, et al. Prevalence and variability of depressive symptoms in Europe: update using representative data from the second and third waves of the European Health Interview Survey (EHIS-2 and EHIS-3). *Lancet Public Health*. 2023;8(11):e889–e898.
2. Global Burden of Disease 2021: mental health messages. *Lancet Psychiatry*. 2024;11(8):573.
3. Vinogradova VV, Kivite-Urtane A, Vrublevska J, Rancans E. Point prevalence and sex-specific associated factors of depression in Latvian general population. *Front Psychiatry*. 2023;14:1065404. doi:10.3389/fpsy.2023.106540.
4. Faisal-Cury A, Ziebold C, Rodrigues DMO, Matijasevich A. Depression underdiagnosis: Prevalence and associated factors. A population-based study. *J Psychiatr Res*. 2022;151:157–65. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.04.02.
5. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry*. 2018;210(2):119–24. doi:10.1192/bjp.bp.116.188078.
6. Jackson JL, et al. Depression in Primary Care, 2010–2018. *Am J Med*. 2022;135(12):1505–8.
7. Rancans E, Trapencieris M, Ivanovs R, Vrublevska J. Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 to screen for depression in nationwide primary care population in Latvia. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17:33. doi:10.1186/s12991-018-0203-5.
8. Skrule J, Štāle M, Rožkalne G. Psihiskā veselība Latvijā 2015–2021. 18. izdevums. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs; 2022. ISBN 978-9934-514-66-1.
9. Lech S, Herrmann W, Trautmann S, et al. Depression in primary care and the role of evidence-based guidelines: cross-sectional data from primary care physicians in Germany. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1279. doi:10.1186/s12913-022-08631-w.
10. World Health Organization. WHO-5 Well-Being Index. Pieejams: <https://www.who-5.org/>.
11. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the PHQ-9: a meta-analysis. *CMAJ*. 2012;184(3):E191–6. doi:10.1503/cmaj.110829.
12. Pulmanis T, Japenina S, Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2015. Tematiskais ziņojums. Rīga: SPKC; 2016. Pieejams: <https://spkc.gov.lv/>.
13. Vrublevska J, Trapencieris M, Snikere S, et al. The 12-month prevalence of depression and health care utilization in the general population of Latvia. *J Affect Disord*. 2017;210:204–10. doi:10.1016/j.jad.2016.12.031.
14. Vinogradova VV, et al. Latvian family physicians' experience and attitude in diagnosing and managing depression. *Proc Latv Acad Sci Sect B*. 2019;73(2):164–70. doi:10.2478/prolas-2019-0026.
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: treatment and management. NG222. 2022. Pieejams: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/>.

16. Wang SM, Pae CU. Major depressive disorder: how to evaluate and manage patients with psychiatric and medical comorbidities. In: Carvalho AF, McIntyre RS, editors. *Mental Disorders in Primary Care: A Guide to Their Evaluation and Management*. Oxford University Press; 2017. doi:10.1093/med/9780198746638.003.0019.
17. DynaMed. Major Depressive Disorder (MDD). EBSCO Information Services.
18. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder. *Can J Psychiatry*. 2024;69(9):641–87. doi:10.1177/07067437241245384.
19. Sato S, Yeh TL. Challenges in treating patients with major depressive disorder: the impact of biological and social factors. *CNS Drugs*. 2013;27 Suppl 1:S5–10. doi:10.1007/s40263-012-0028-8.
20. Bauer M, Severus E, Möller HJ, Young AH. Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017;21(3):166–76. doi:10.1080/13651501.2017.1306082.
21. Slimību profilakses un kontroles centrs. Starptautiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija (SSK-10). Pieejams: <https://ssk10.spkc.gov.lv/>.
22. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. Pieejams: <https://icd.who.int/>
23. Bauer M, et al. WFSBP Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on acute and continuation treatment. *World J Biol Psychiatry*. 2013;14:334–85.
24. Tērauds E, Andrēziņa R, Kupča B, Ancāne G, Ķiece I, Bezborodovs Ņ. Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. Latvijas Psihiatru asociācija. 3. izdevums. Rīga; 2015.
25. Tērauds E, Sīle L. Praktiskā psihofarmakoterapija. Rekomendācijas psihiatriem, psihiatrijas rezidenti un ģimenes ārstiem. 4. izdevums. Rīga; 2024.
26. Stahl SM. *Essential Psychopharmacology: Prescriber's Guide*. 7th ed. Cambridge University Press; 2021.
27. Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL). Unipolare Depression. Kurzfassung Version 3.2. 2022. Pieejams: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005k_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf.
28. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187–232. doi:10.1037/bul0000084.
29. Mahindru A, Patil P, Agrawal V. Role of physical activity on mental health and well-being: a review. *Cureus*. 2023;15(1):e33475. doi:10.7759/cureus.33475.
30. Li L, Zhang Q, Zhu L, et al. Screen time and depression risk: a meta-analysis of cohort studies. *Front Psychiatry*. 2022;13:1058572. doi:10.3389/fpsy.2022.1058572.
31. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: a meta-analysis of RCTs. *Sleep Med Rev*. 2021;60:101556. doi:10.1016/j.smr.2021.101556.

32. Kris-Etherton PM, Petersen KS, Hibbeln JR, et al. Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. *Nutr Rev.* 2021;79(3):247–60. doi:10.1093/nutrit/nuaa025.

Pielikumi

Pielikums nr. 1

Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-2)

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām?	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interēšu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3

Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9)

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindiņā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3
3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	0	1	2	3
4. Nogurums vai enerģijas trūkums	0	1	2	3
5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0	1	2	3
6. Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievīlis/-usi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0	1	2	3
8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0	1	2	3
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0	1	2	3
Vērtējumu skaits				
Summa				
Ja Jūs uz kādu no 9 apgalvojumiem atbildējāt apstiprinoši, novērtējiet, cik lielas grūtības Jums radīja darbs, nodarbošanās ar sadzīves lietām vai saskarsme ar cilvēkiem				
Nebija grūti (1)	Nedaudz grūti (2)	Ļoti grūti (3)	Ārkārtīgi grūti (4)	

Skalas vērtības:

1 – 4 punkti (subklīniska depresija);

5 – 9 punkti (viegla depresija);

10 – 14 punkti (vidēji izteikta depresija);

15 – 19 punkti (vidēji smaga depresija);

20 – 27 punkti (smagi izteikta depresija).

Ģeneralizētas trauksmes skala (GAD-7)

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs saskārāties ar kādu no zemāk minētajām problēmām? (Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindiņā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu	0	1	2	3
2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu	0	1	2	3
3. Pārmērīgi satraucāties par dažādām lietām	0	1	2	3
4. Grūtības atslābināties	0	1	2	3
5. Bijāt tik nemierīgs, ka nespējāt nosēdēt uz vietas	0	1	2	3
6. Viegli kļūvāt aizkaitināms/-a	0	1	2	3
7. Jūtāt bailes, ka varētu notikt kaut kas šausmīgs	0	1	2	3
Kopsavilkums:				

Skalas vērtības:

5 – 9 (viegla trauksme)

10 – 14 (mērena trauksme)

15 – 21 (smaga, ģeneralizēta trauksme)

Kolumbijas suicīda riska novērtējuma skala

Uzdod pasvītrotos jautājumus	Pēdējā mēneša laikā		Dzīves laikā (sliktākajā periodā)	
	JĀ	NĒ	JĀ	NĒ
Uzdod 1. un 2. jautājumu				
1) <u>Vai esi vēlējies, kaut Tu būtu miris, vai arī vēlējies aiziet gulēt un nekad nepamosties?</u>				
2) <u>Vai Tev ir bijušas domas par sevi nogalināšanu?</u>				
Ja uz 2. jautājumu – JĀ, tad uzdod 3., 4., 5. un 6. jautājumu Ja uz 2. jautājumu – NĒ, tad uzreiz uzdod 6. jautājumu				
3) <u>Vai esi domājis, kā to varētu izdarīt?</u> Piem., “Es varētu pārdozēt zāles, bet man nekad nav bijis konkrēts plāns, kur un kā to darīt..., un es nekad to neizdarītu.”				
4) <u>Vai Tev ir bijušas šādas domas un arī vēlme tās realizēt?</u> Pretstatā “Man ir tādas domas, bet es nekad tā nedarītu”				
5) <u>Vai esi sācis domāt par lietām, kas jāpaveic, lai sevi nogalinātu? Vai Tev ir doma īstenot šo plānu?</u>				

Pirms cik ilga laika bija pašnāvības domu sliktākais punkts?

<ul style="list-style-type: none"> • <u>Vai kādreiz dzīvē esi kaut ko darījis, sācis vai gatavojies kaut ko darīt, lai nogalinātu sevi?</u> • Piemēri: Vācis tabletes, ieguvis ieroci, atdevis vērtīgās lietas, uzrakstījis pašnāvības vēstuli, turējis rokā tabletes, bet neizdzēris vai izdzēris un vēlāk pamodies, stāvējis uz jumta, bet nenolēcis, mēģinājis pārgriezt sev vēnas, pakārties u.tml. 	JĀ	NĒ
Ja atbilde JĀ, prasi: Vai tas ir noticis pēdējo trīs mēnešu laikā?		

Mērens risks

Vidēji augsts risks

Ļoti augsts risks

Depresijas medikamentozās ārstēšanas stratēģija

(Adaptēts pēc CANMAT Depresijas vadlīnijām, 2023) [18]

