

Klīniskais algoritms

Depresija gados vecākiem pieaugušajiem un hroniski somatiski slimiem pacientiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe

Atjaunots (2025): psihiatre dr. med. Liene Sīle, psihiatrs prof. Māris Taube, psihiatrs Elmārs Tērauds, psihiatre asoc. prof. Jeļena Vrubļevska, psihiatre, docente Ļubova Renemane, psihiatre Marta Gēbele, klīniskā psiholoģe prof. Ieva Bite, ārste psihoterapeite dr. med. Laura Valaine, ģimenes ārste Māra Meldere, ģimenes ārste Sanita Paudere-Logina, Metodiskā 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
Algoritma mērķis un uzdevumi	6
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.....	8
3. Depresijas skrīnings.....	9
4. Nav nepieciešama palīdzība.....	10
5. Novērošana	11
6. Garastāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika, smaguma un riska novērtēšana.....	11
6.1. Diferenciālā diagnostika un izmeklējumi.....	21
7. Pašnāvības riska novērtēšana.....	23
8. NMPD	26
9. Sekundārā stacionārā ārstēšana.....	26
10. Sekundāra psihiatriskā palīdzība	26
11. Depresijas vadība primārajā aprūpē	29
12. Pacienta un ģimenes izglītošana.....	29

13.	Depresijas smaguma noteikšana.....	30
14.	Viegla depresija.....	31
15.	Vieglas depresijas terapijas uzsākšana. Psihoterapija un psiholoģiskās intervences	32
16.	Vieglas depresijas farmakoterapija	32
17.	Vidēji smagas depresijas epizode, tās ārstēšana.....	35
18.	Psihoterapija, psiholoģiskās intervences vai farmakoterapija vidēji smagas depresijas ārstēšanā	35
19.	Farmakoterapija vidēji smagas depresijas ārstēšanā	37
20.	Farmakoterapijas un psihoterapijas/psiholoģisko intervenču kombinācija vidēji smagas depresijas ārstēšanā	37
21.	Smaga nepsihotiska/psihotiska depresija	38
22.	Citas bioloģiskās ārstēšanas metodes	39
23.	Depresijas remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana	39
24.	Remisija pēc pirmās depresijas epizodes	40
25.	Remisija pēc atkārtotas depresijas epizodes.....	40
26.	Augsts atkārtota paasinājuma, atkārtotas depresijas risks.....	41
27.	Terapeitiski rezistenta depresija	41
	Atsauces	42
	Pielikumi	45
	Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-2)	45
	Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9)	46
	Hamiltona depresijas vērtēšanas skala (HAMD-17).....	47
	Kolumbijas suicīda riska novērtējuma skala	50
	Ģeneralizētas trauksmes skala (GAD-7).....	51
	Montgomerija-Asberga depresijas vērtēšanas skala (MADRS).....	52

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

HAMD-17 – Hamiltona depresijas novērtēšanas skala (17 punktu versija)

KBT – kognitīvi biheiviorāla terapija

LPA – Latvijas Psihiatru asociācija

MADRS – Montgomerija-Asberga depresijas vērtēšanas skala

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 un 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

Ievads

Šis algoritms ir attiecas uz gados vecākiem pieaugušajiem (senioriem) un tiem, kuriem ir arī hroniskas fiziskās veselības problēmas (piemēram, ļaundabīgs audzējs, sirds slimības, diabēts vai skeleta-muskuļu, elpošanas sistēmas vai neiroloģiski traucējumi).

Depresija ir plaša izplatīta un neviendabīga diagnoze. Tās centrālais elements ir nomākts garastāvoklis un prieka zudums par lielāko daļu darbību. Hroniskas fiziskas veselības problēmas var izraisīt un saasināt depresiju – sāpes, funkcionāli traucējumi un invaliditāte, kas saistīta ar hronisku fizisko veselību problēmas var ievērojami palielināt depresijas risku cilvēkiem ar fizisku slimību un depresija var arī saasināt sāpes un ciešanas, kas saistītas ar fiziskām slimībām, un negatīvi ietekmēt rezultātu, tostarp saasināt paredzamo dzīves ilgumu. Turklāt depresija var būt riska faktors dažādu fizisku slimību, piemēram, sirds un asinsvadu slimību, attīstību. Kad personai ir gan depresija, gan hroniska fiziskās veselības problēma, funkcionālie traucējumi varētu būt lielāki nekā tad, ja personai ir tikai depresija vai fiziskās veselības problēma.

Depresija ir aptuveni divas līdz trīs reizes biežāka pacientiem ar hroniskām fiziskām veselības problēmām nekā cilvēkiem, kuriem ir laba fiziskā veselība un tā skar aptuveni 20 % cilvēku ar hroniskām fiziskās veselības problēmām. [1] Fiziskās slimības klātbūtne var sarežģīt depresijas novērtēšanu un daži simptomi, piemēram, nogurums, ir kopīgi gan psihiskiem, gan fiziskiem traucējumiem. Tāpēc šiem pacientiem tiek pieļauts zemāks diagnostisko simptomu skaits, lai izvērtētu depresijas smagumu. [2] Subklīniskās depresiju formas arī ir bieži izplatītas vispārējā populācijā, tajā skaitā arī Latvijā. [3] Papildus fiziskām slimībām, plašs psiholoģisko un sociālo faktoru klāsts, kas nav ietverts pašreizējās diagnostikas sistēmas, būtiski ietekmē depresijas gaitu un ārstēšanu. Tāpēc ir svarīgi ņemt vērā pacienta dzīves vēsturi un depresiju ģimenes anamnēzē, veicot diagnostisko novērtējumu. Depresijas ārstēšana cilvēkiem ar hroniskām fiziskās veselības problēmām var uzlabot viņu dzīves kvalitāti un paredzamo mūža ilgumu.

Pēc Slimību profilakses un kontroles centra datiem ar garastāvokļa traucējumiem (depresijām, bipolāri afektīviem traucējumiem u.c.) psihiatru un ģimenes ārstu praksēs gada laikā ārstējušies mazāk par 13 000 pacientu. [4] Vienlaicīgi plašākajā līdz šim veiktajā depresijas prevalences pētījumā Latvijas vispārējā populācijā tika konstatēts, ka ar depresiju katru gadu slimo 7,9 % jeb vairāk kā 130 000 iedzīvotāju. [3] Rādītāju atšķirība par vairāk kā 10 reizēm liek domāt par depresijas ļoti zemo atpazīšanu un ārstēšanu, kas rada ne tikai personiskas ciešanas pacientiem un viņu ģimenes locekļiem, bet arī būtiskus ekonomiskus zaudējumus sabiedrībai. Vienlaicīgi pētījums norādīja, ka depresija bija saistīta ar biežu veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu, saslimstību ar trim vai vairākiem somatiskajiem apstākļiem, neapmierinātību ar dzīves un smēķēšanas statusu. [3]

Depresijai bieži vien ir remitējoša un recidivējoša gaita, un simptomi var saglabāties starp epizodēm. Ja iespējams, iejaukšanās galvenajam mērķim depresijas gadījumā jābūt pilnīgai simptomu remisijai – tas ir saistīts ar labāku prognozi un mazāku recidīva iespējamību un labāku fizisko veselību.

Depresijas skrīningam gan vispārējā populācijā, gan primārajā un sekundārajā līmenī visā pasaulē plaši tiek pielietots Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9). Tam ir atrasti optimālie robežvērtējumi dažādās pacientu populācijās. [5] Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE 2014 – 2017 ietvaros pētnieku grupa Latvijā arī ir validējusi šo pasaulē vienu no atzītākajiem un plašāk pielietotajiem skrīninga instrumentiem un tā saīsināto versiju (PHQ-2) [6].

Algoritms “Depresijas gados vecākiem pieaugušajiem un hroniski somatiski slimiem pacientiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe” ietver gados vecāku pieaugušo (senioru) un hroniski somatiski slimu pacientu psihiskā stāvokļa novērtēšanu depresijas precīzai atpazīšanai, diagnostikai, diferencēšanai no citiem stāvokļiem, dažādu depresijas veidu atšķiršanai, kas sekmētu precīzu tālāku pacientu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi.

Algoritma mērķis un uzdevumi

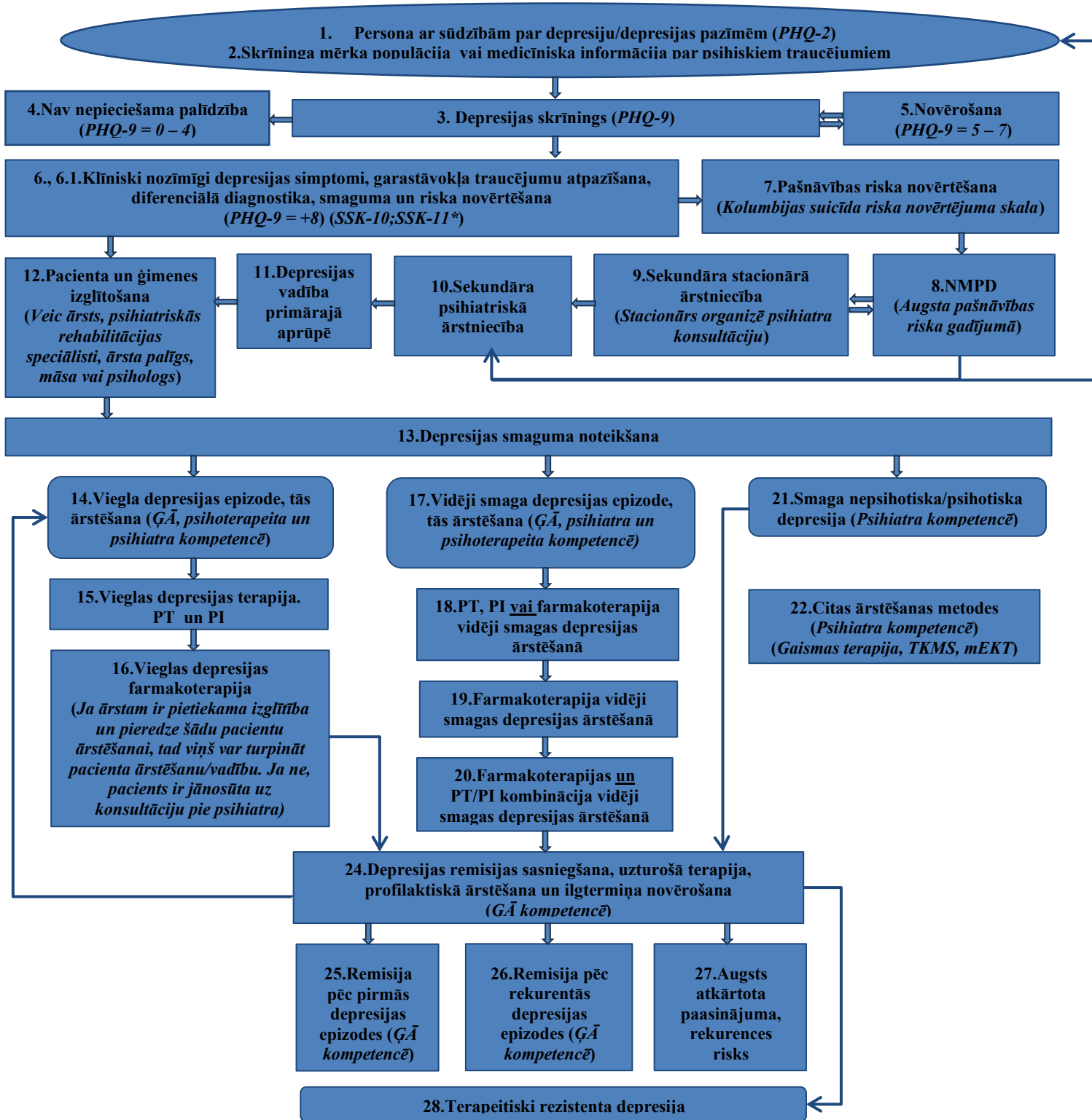
Organizēt pacienta ar depresiju mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu sadarbību ar ģimenes ārstu, psihiatru, citiem ārstiem un veselības aprūpes profesionāļiem, lai veicinātu agrīnu depresijas atpazīšanu un pareizu ārstēšanas uzsākšanu gados vecākiem pieaugušajiem.

1. Uzlabot depresiju atpazīšanu;
2. Sekmēt precīzāku depresiju gados veciem un hroniski somatiski slimiem pacientiem diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku, koordinētāku pacientu ar depresiju virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem un veselības aprūpes 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. Psihoterapeiti;
4. Narkologi (atkarību psihiatri);
5. Neurologi;
6. Citi ārsti speciālisti;
7. Klīniskie un veselības psihologi, psihoterapijas speciālisti;
8. Māsas un ārstu palīgi;
9. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas.

Algoritma shēma



Rekomendācijas

Sākotnējais kontakts var būt pie ģimenes ārsta, psihiatra vai pie cita ārsta. Novērtēšana sākas ambulatori.

1. Persona ar sūdzībām par depresiju/depresijas pazīmēm

Jāpievērš uzmanība pacientam, ja:

- Pēdējā mēneša laikā ir juties grūtsirdīgs, nomākts vai bezcerīgs;
- Bija samazinātas intereses 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.

Ģimenes ārsta konsultācijas laikā ieteicams uzdot šādus jautājumus (PHQ-2) (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?*

Pozitīvas atbildes uz šiem jautājumiem liecina par nepieciešamību veikt padziļinātu izvērtējumu.

Psihiatra konsultācijas laikā ieteicams kā skrīninga instrumentu izmantot PHQ-9.

2. Skrīninga mērķa populācija – pacienti ar sekojošiem simptomiem

1. Sūdzības par nomāktu garastāvokli, anamnēzē depresija;
2. Pašnāvību mēģinājumi vai paškaitējumi anamnēzē;
3. Nespēks, nogurums, svara zudums bez medicīniska iemesla;
4. Miega traucējumi, ilgstoša miega līdzekļu vai bezodiazepīnu lietošana;
5. Sūdzības par atmiņas traucējumiem, koncentrēšanās grūtības;
6. Trauksmes simptomi (iekšēja spriedze, nemiers vai sirdsklauves, reiboņi, smakšanas sajūta, “kamols kaklā”, panikas lēkmes);
7. Daudzas medicīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības, nav skaidri cēloņi, nav skaidra diagnoze;
8. 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);
9. Ilgstošas psihotraumējošas situācijas (vientulība, vardarbība, sociāli-ekonomiskas problēmas);

10. Pārmērīga alkohola vai narkotisko vielu lietošana, smēķēšana;
11. Pacients, par kuru pēdējo 3 mēnešu laikā ir parādījusies jauna medicīniska informācija par psihiskiem traucējumiem (nosūtījumi, izraksti, epikrīzes utt.).

3. Depresijas skrīnings

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

Depresijas pamata simptomi pēc PHQ-2:

Ja persona atbildēja pozitīvi uz abiem jautājumiem, vai jebkurā no jautājumiem problēmas ilgušas vairāk par 7 dienām, tad liela varbūtība, ka viņai ir depresija (PHQ-2 summa 2 un vairāk).

Jānoskaidro vai personai ir ievērojamas ikdienas funkcionēšanas grūtības personiskajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās jomās.

Depresijas smaguma novērtējums:

Ja skrīnings uzrāda depresiju, tad aizpilda atlikušos 7 PHQ-9 jautājumus (sk. pielikumu nr. 2):

Depresijas smaguma novērtējums:

- 1 – 4 punkti – subklīniskas 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.

MADRS, 10 jautājumi:

- 0 – 6 punkti – nav depresijas vai remisija;
- 7 – 19 punkti – viegla depresija;
- 20 – 34 punkti – vidēji smaga depresija;
- ≥ 35 punkti – smaga depresija.

HAMD, 17 jautājumu versija:

- 0 – 7 punkti – nav depresijas vai remisija;
- 8 – 16 punkti – viegla depresija;
- 17 – 23 punkti – vidēji smaga depresija;
- ≥ 24 punkti – smaga depresija.

Interpretācija un rīcība

PHQ-9 $\geq 8^*$: Jāveic depresijas diagnozes precizēšana un smaguma izvērtēšana. [5] Psihiatra konsultācija, ja ir uzsākta terapija un nav uzlabojumu pēc 4 – 8 nedēļu ārstēšanas.

PHQ-9 ≥ 16 : Vēlama psihiatra konsultācija.

PHQ-9 < 5 : Depresijas nav, palīdzība nav nepieciešama.[4]

PHQ-9 5 – 7: Depresijas simptomi viegli izteikti – nerasniedz klīnisko nozīmību.[3]

Jānoskaidro vai personai ir ievērojamas ikdienas funkcionēšanas grūtības personiskajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās jomās.

Lai vērtētu depresijas smagumu ir svarīgs arī depresijas simptomu ilgums. Minimālais simptomu ilgums ir 2 nedēļas, bet jo ilgāk ir sūdzības par depresiju, jo smagāka norise. [7]

Ja grūtības pastāv, tas norāda uz depresiju.

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;
- 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, narkotiku (recepšu vai nelegālu) un alkohola lietošana, parādi, nodarbinātības situācija, vientulība un sociālā izolācija.

4. Nav nepieciešama palīdzība

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

Rekomendēta pacienta izglītošana par iespējām, kur vērsties pēc palīdzības un kā atpazīt depresijas simptomus. [8]

Apsvērumi, izvērtējot PHQ-9. Tests izmantojams kā skrīninga instruments, tas vērtējams kontekstā ar pacienta izvērtēšanu klīniskas intervijas laikā. Pacienti ar trauksmi vai

*Robežpunkts ir noteikts pacientiem primārajā aprūpē

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 pašlaik nav, taču ĢĀ novērtējums jāatkārto pēc 1 mēneša, katrā vizītē jāizslēdz somatisku slimību iespējamība, kas varētu izraisīt depresijas simptomātiku.

Rekomendēta pacienta izglītošana par iespējām, kur vērsties pēc palīdzības un kā atpazīt depresijas simptomus. [8]

6. Garastāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika, smaguma un riska novērtēšana

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 8+ tad pašlaik ir depresijas simptomi. [6] ĢĀ veic pacienta diagnozes precizēšanu un smaguma izvērtēšanu ārsta kompetences ietvaros.

PHQ-9 ir skrīninga instruments, tāpēc, lai apstiprinātu diagnozi un noteiktu tās smagumu ir jāizmanto starptautiskā slimību klasifikatorā (SSK) noteiktie diagnostiskie kritēriji. Tā kā šobrīd aktīva ir SSK 10. redakcija un drīzumā notiks pāreja uz 11. redakciju, klīniskajā algoritmā ir pievienoti abu redakciju diagnostiskie kritēriji. Papildus depresijas smaguma noteikšanai ir iespējams izmantot Hamiltona depresijas vērtēšanas skalu 17 punktu versiju. (sk. pielikumu nr. 3)

ĢĀ un citu specialitāšu ārstu kompetencē ir:

1. Sēru reakcija (atbalsta, ģimenes u. c. psihoterapija);
 2. Viegla/vidēji smaga depresijas epizode (kompensēto medikamentu izrakstīšana, ja 4 – 8 nedēļu periodā pēc antidepresanta (AD) nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešama psihiatra konsultācija);
 3. Rekurenti depresīvi traucējumi – viegla/vidēji smaga depresijas epizode (kompensēto medikamentu izrakstīšana, ja 4 – 8 nedēļu periodā pēc AD nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešama psihiatra konsultācija);
 4. Adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju, izvērtējot pašnāvības risku;
 5. Organiski (simptomātiski) depresīvi traucējumi;
 6. Demences ar depresīvu papildus simptomātiku
- Jāveic rūpīga garastāvokļa traucējumu un komorbīdo traucējumu diagnostika;
 - Depresija senioru vecumā ir iespējama kā rekurentu depresīvu traucējumu kārtējā epizode;
 - Pirmreizējas depresijas epizodes gadījumā noteikti ir jāizvērtē somatisko slimību komorbiditāte, īpaši bieži kardioloģiskās, onkoloģiskās, endokrinoloģiskās, neiroloģiskās saslimšanas var būt par cēloni organiskās (simptomātiskas) depresijas attīstībai;

- Somatisku slimību komorbiditāte senioriem ietekmē gan depresijas gaitu, gan ārstēšanas procesu;
- Polifarmācijas gadījumā jāvērtē dažādu medikamentu depresioģenie efekti;
- Svarīgi ir novērtēt arī kognitīvo traucējumu attīstību un ietekmi uz pacienta funkcionēšanu, tie var pasliktināt komorbīdas depresijas norisi;
- Nedrīkst aizmirst par bipolāri afektīvu traucējumu, t.sk. organisku bipolāru traucējumu diferenciāldiagnozi.

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem, ĢĀ/ārsts 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.1) attālināti par pacienta uzraudzības un pārvaldības iespējām līdz psihiatra vizītei.

Tabula Nr.1

Veselības aprūpes iestāde	Konsultācijas iespējas
Nacionālais Psihiskās veselības centrs *	25428561, darbojas darba dienās no plkst. 08:00 –16:00

Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija (SSK - 10)

Depresija SSK-10 slimību klasifikatorā tiek ietverta vairākos diagnostiskos blokos, jo tai ir vairāki nozoloģiski varianti. [2] 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;
- F31.8 Maskētas depresijas epizode BAT ietvaros.

F32 Depresijas epizode:

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

*Tālrunis darbojas algoritma atjaunināšanas brīdī

- F32.8 Cita depresijas epizode (Maskēta depresija).

F33 Rekurenti depresīvi traucējumi:

- F33.0 Viegla epizode (ar/bez somatiskā sindroma);
- F33.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiskā sindroma);
- F33.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem;
- F33.3 Smaga epizode ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem;
- F33.4 Remisija;
- F33.8. Cita depresijas epizode (Atkārtota maskētas depresijas epizode).

F06.32 Organiski afektīvi traucējumi, depresīvs tips

F0*.3 Demence ar papildus depresīvu simptomātiku:

- F00.03* Agrīnā Alzheimer demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju (G30.0†);
- F00.13* Vēlīnā Alzheimer demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju (G30.1†);
- F00.23 Alzheimer demence ar citu simptomātiku, atipiska vai jaukts tips (G30.8†), pārsvarā depresiju;
- F00.93* Neprecizēta Alzheimer demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju (G30.9†);
- F01.03 Vaskulāra demence ar akūtu sākumu ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju;
- F01.13 Multiinfarktu demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju;
- F01.23 Subkortikāla vaskulāra demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju;
- F01.33 Jaukta kortikāla un subkortikāla vaskulāra demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju;
- F01.83 Cita veida vaskulāra demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju;
- F01.93 Neprecizēta vaskulāra demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju;
- F02.03* Pika demence (G31.0†) ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju;
- F02.13* Kreicfelta-Jakoba demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju (A81.0†);
- F02.23* Hentingtona demence (G10†) ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju;
- F02.33* Parkinsona demence (G20†) ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju;
- F02.43* Demence humānā imūndeficīta vīrusa (HIV) slimības gadījumā (B22.0†) ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju.

F06.7 Viegli kognitīvi traucējumi

F43.2 Adaptācijas traucējumi:

- F43.20 Īslaicīga depresīva reakcija;
- F43.21 Prolongēta depresīva reakcija;

Neobligātu papildkodi tā izpaušmeapzīmē ar zvaigznīti (*), primārais ir pamatslimības kods, kuru apzīmē ar krustiņu (†).

– F43.22 Jaukta trauksmaini – 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 ģimenes ārsta vai citiem speciālistiem ar sūdzībām par somatiskiem simptomiem, kuriem netiek noteikts apstiprinājums nedz analizēs, 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 fiziskās sūdzības. Fizisko simptomu ārstēšana parasti nesniedz stāvokļa uzlabošanos. Pacienta sūdzības ir smagākas dienas pirmajā pusē.

Organiski afektīvi traucējumi, depresijas epizode (F06.32, SSK-10)

Pacientam ar organisku depresiju vienmēr jāņem vērā somatisko traucējumu fons vai procesi, kas izraisījuši organiskās izmaiņas CNS. Depresijas attīstību sekmē gan somatiskā stāvokļa pasliktināšanās (arī polipragmāzija), gan sociālās funkcionēšanas ierobežojumi (pacienta ietekmes samazināšanās ģimenē un darbā, kustību traucējumi, grūtības sevī apkopšanā). Raksturīgākās pazīmes ir astēnija, trauksmainība un viegli(mēreni) nomākts garastāvoklis. Raksturīgi, ka simptomātika pastiprināšanās pēcpusdienā. Organiskai depresijai 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 saslīmšanu vai somatoformiem traucējumiem) un somatiskā stāvokļa pasliktināšanās. Arī medikamenti var izsaukt depresijas simptomātiku, piemēram, beta blokatori, statīni, nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi, kortizols, antineoplastiskie līdzekļi, vairāki antibakteriālie līdzekļi, antipsihotiskie, sedatīvie un miega līdzekļi, iedzīvotājiem senioru vecumā vairāku medikamentu kombinācija var būt riska faktors organiskas depresijas attīstībai.

Organiskas depresijas gadījumā nereti novēro neiroloģisku simptomātiku, atkarībā no organisko izmaiņu lokalizācijas – jušanas traucējumus, refleksu asimetriju, parēzes, gaitas traucējumus u.c.

Organiskas depresijas pacientiem ir raksturīgas domas par nāvi un ļoti augsts pašnāvības risks. Šīs grupas pacientiem suīcīdi visbiežāk ir ilgi, rūpīgi plānoti un pabeigti.

Depresijas simptomi vispārējās medicīnas praksē sastopami pie: [9]

- Neiroloģiskiem traucējumiem:
 - Alcheimera slimība, demences;
 - Cerebrovaskulāras slimības;
 - Smadzeņu audzēji;
 - CNS infekcijas;
 - Epilepsija;
 - Ekstrapiramidālās slimības, Parkinsona slimība;
 - Hidrocefālija;
 - Migrēna;
 - Multiplā skleroze;
 - Narkolepsija, miega apnoe;
 - Vilsona slimība.

- Sistēmas slimībām, iekaisīgiem procesiem:
 - Vīrusu un baktēriju infekcijas;
 - Reimatoīdais artrīts;
 - Sjogrena sindroms;
 - Sistēmiskā sarkanā vilkēde;
 - Temporālais arteriīts, nodozais periarterīts.

- Endokrīniem traucējumiem:
 - Virsnieru disfunkcija (Kušinga sindroms, Adisona slimība, hiperaldosteronisms);
 - Vairogdziedzera saslimšanas, hiperparatireoze;
 - Cukura diabēts.

- Dažādiem traucējumiem:
 - Klainfeltera sindroms;
 - Iedzimtas sirdskaites, miokarda infarkts, kardiopulmonālas saslimšanas;
 - Audzēji – aizkuņģa dziedzērī, plaušās, galvas smadzenēs;
 - Hepatīts, tuberkuloze;
 - Nieru saslimšanas, urēmija;
 - Porfīrijas;
 - Pēcoperāciju stāvokļi;
 - HIV/AIDS.

Medikamenti, kuri var izsaukt depresīvu simptomātiku:

- Beta-blokatori (Propranolols), Klonidīns, Rezerpīns, sirds glikozīdi, Lidokaīns, Prazozīns;

- Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi (Diklofenaks, Ibuprofēns), Opiāti;
- Kortizols, AKTH, orālie kontraceptīvie līdzekļi;
- Neuroleptiķi (Hlorpromazīns, Triftazīns, Tizercīns, Klozapīns);
- Sedatīvi un miega līdzekļi (Fenobarbitāls, Benzodiazepīni)
- Amantadīns, Bromkriptīns, Levodopa, Karbamazepīns, Fenitoīns;
- Metronidazols, Ampicillīns, Nitrofurāni, Tetraciklīns;
- Antineoplastiskie līdzekļi (Azatioprīds, Vinkristīns).

Adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju (F43.2, SSK-10)

Gan akūtas, gan ilgstošas psihotraumējošas situācijas rezultātā cilvēkam var attīstīties dažāda smaguma depresīvs stāvoklis. Mūsdienās ar reaktīvo depresiju apzīmē adaptācijas traucējumus. Adaptācijas traucējumi retos gadījumos var ieilgt līdz pat 12 mēnešiem vai ilgāk. Jau 2 mēnešus pēc psihotraumējošas situācijas, ja saglabājas depresīvs stāvoklis, var tikt diagnosticēta depresijas epizode (F32).

Demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresija (SSK-10, ceturtā zīme “3” demences šifra kodā, piemēram, F00.13* Vēlīnā Alcheimera demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju (G30.1†), F01.33 Jaukta kortikāla un subkortikāla vaskulāra demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju, F02.33* – Parkinsona slimības demence ar citu simptomātiku, pārsvarā depresiju (G20† u.c.):

Pacientiem senioru vecumposmā ir palielināts risks demences attīstībai, līdz ar to jāveic tās rūpīga novērtēšana. (sk. klīnisko algoritmu “Demences novērtēšana un diagnostika”). Būtiski uzvērt, ka lēnas demences attīstības gadījumā depresijas un citi emocionālie simptomi var būt pirmās pazīmes kognitīvo traucējumu attīstībā. Tradicionāli izšķirt pseidemences sindromu, kad emocionālo un garstāvokļu simptomu ietekmē tiek traucētas kognitīvas funkcijas, tas ir atgriezenisks psihopatoloģisks fenomens, kas labojas ar ārstēšanu un demences slimības attīstību, kur var ar terapiju koriģēt garstāvokļa un emocionālos traucējumus, bet ne kognitīvos simptomus.

Tabula nr.2

Pseidodemence	Demence
Ātri meklē palīdzību	Novēloti, simptomi ilgi
Ātrāka simptomu attīstība	Lēnāk attīstās
Anamnēzē informācija par depresiju	Nav informācijas par psihiskiem traucējumiem
Pacients sūdzas par koncentrēšanās grūtībām	Pacients nesūdzas
Garstāvoklis stabili pazemināts	Mainīgs noskaņojums
Tipiskas pacienta atbildes “es nezinu”, “ir tik grūti”	Pacients atbild, komunicē, bet kļūdaini atbild
Sākotnēji pazemināts garstāvoklis	Sākotnēji atmiņas grūtības

Ja pacientam konstatē atgriezeniskus demences cēloņus, pacients paliek ģimenes ārsta uzraudzībā, kurš izvērtē un veic darbības, lai novērstu atgriezeniskus demences cēloņus. [10]

Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 11. redakcija (SSK - 11)* [11]

Depresijas diagnostiskie kritēriji:

Diagnozei nepieciešama vienlaicīga vismaz piecu no tālāk minētajiem raksturīgajiem simptomiem, kas parādās lielāko dienas daļu, gandrīz katru dienu, vismaz 2 nedēļu laikā. Jābūt klāt vismaz vienam simptomam no afektīvās simptomu kopas. Simptomu klātbūtnes vai neesamības novērtējums jāveic, ņemot vērā indivīda tipisko funkcionēšanu.

Afektīvo simptomu kopa

- 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).

Kognitīvi biheiviorālo simptomu kopa

- 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 pārmetumi ir tikai par depresiju);
- Bezcerības izjūta par nākotni;
- Atkārtotas domas par nāvi (ne tikai bailes no nāves), atkārtotas domas par pašnāvību (ar vai bez konkrēta plāna) vai pierādījumi par pašnāvības mēģinājumu.

Neiro-veģetatīvo simptomu kopa

- Būtiski traucēts miegs (aizkavēta aizmigšana, biežāka pamošanās naktī vai agrā pamošanās no rīta vai pārmērīgs miegs);
- Būtiskas ēstgribas 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);
- Samazināta enerģija, nogurums vai izteikts nogurums pēc minimālas piepūles.

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums

Simptomi nav saistīti ar sēru procesu.

Simptomi nav cita medicīniska stāvokļa izpausme (piemēram, smadzeņu audzējs) un nav saistīti ar vielas vai medikamenta ietekmi uz centrālo nervu sistēmu (piemēram, benzodiazepīni), tostarp abstinences simptomiem (piemēram, no stimulantiem).

Klīniskā aina neatbilst jauktas epizodes diagnostikas prasībām.

Garastāvokļa traucējumi izraisa ievērojamus traucējumus personīgajās, ģimenes, sociālajās, izglītības, profesionālajās vai citās svarīgās funkcionēšanas jomās. Ja funkcionēšana tiek saglabāta, tas ir iespējams tikai ar ievērojamu papildu piepūli.

Dažiem pacientiem depresijas epizodes afektīvā komponente var izpausties kā viegla aizkaitināmība vai emociju iztrūkums (piemēram, "tukšums"). Šādas afektīvās komponentes izpausmes variācija var atbilst depresijas epizodes nomākta garastāvokļa prasībai, ja tā rada būtiskas izmaiņas indivīda ikdienas funkcionēšanā, ir skaidri nosakām funkcionēšanas pasliktinājums.

Dažiem pacientiem, īpaši tiem, kuri piedzīvo smagu depresijas epizodi, ir grūtības un nevēlēšanās aprakstīt noteiktu pieredzi (piemēram, psihotiskus simptomus) vai nespēja to darīt pietiekami detalizēti/secīgi (piemēram, psihomatora uzbudinājuma vai psihiskās attīstības traucējumu dēļ). Šādos gadījumos ārsta novērojumi vai anamnēze, kas ievākta no līdzcilvēkiem, ir svarīga, nosakot epizodes diagnostisko statusu un smagumu.

Depresijas epizodes var būt saistītas ar palielinātu alkohola vai citu psihoaktīvo vielu patēriņu, iepriekš pastāvošu psiholoģisku simptomu (piemēram, fobisku vai obsesīvu simptomu) saasināšanos vai somatiskām bažām.

Tabula nr. 3

Depresijas diagnostiskie kritēriji

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>Diagnozei nepieciešama <u>vienlaicīga vismaz piecu</u> 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.</p> <p><u>Afektīvo simptomu kopa:</u></p>

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums

<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. 	<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 pārmetumi ir tikai par depresiju); - Bezcerības izjūta par nākotni; - Atkārtotas domas par nāvi (ne tikai bailes no nāves), atkārtotas domas par pašnāvību (ar vai bez konkrēta plāna) vai pierādījumi par pašnāvības mēģinājumu. <p><u>Neiro-veģetatīvo 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 svārstības izmaiņās (pieaugums vai zudums);
---	---

	<p>– Psihomotors uzbudinājums vai gausums (ko var novērot citi, ne tikai subjektīvas nemiera vai palēninājuma izjūtas);</p> <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, hipotireoidisms, 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.;
- Jāizvērtē medikamentu mijiedarbību – senioriem un hroniski somatiski slimiem pacientiem bieži raksturīga polifarmācija, palielināts blakņu risks un izmainīta farmakokinētika;
- Jāizvērtē valsts apmaksāta rutīnas vēža skrīninga veikšanas statuss – jāņem vērā pacienta vecumu, simptomus, anamnēzi un vispārējo veselības stāvokli, jo nediagnostificētas onkoloģiskas slimības var izpausties ar depresijas simptomiem (nogurumu, svara zudumu, apetītes izmaiņām u.tml.).

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:

Organiski afekīvi traucējumi, depresīvs tips (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;

Organiski afektīvi traucējumi, bipolārs tips (Organiski bipolāri traucējumi) – raksturīgas gan depresijas epizodes, gan paaugstināta garastāvokļa (hipomānijas, mānijas) epizodes, kā arī jaukta afekta epizodes. Pacienti ir somatiska slimība vai organisks CNS bojājums, kas ir garastāvokļa traucējumu cēlonis. Tās var ietekmēt arī somatisku u.c. saslimšanu ārstēšanā izmantotie medikamenti. Organisku bipolāru traucējumu gadījumā ir augstāks pašnāvības risks, kā arī biežāka sabiedriski bīstamas uzvedības iespēja.

- 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 izraisīto 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.
- Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem, GĀ/ārsts 2 nedēļu laikā pacientam izsniedz nosūtījumu pie psihiatra un/vai nepieciešamības gadījumā izmanto iespēju konsultēties ar psihiatru attālināti par pacienta uzraudzības un pārvaldības iespējām līdz psihiatra vizītei.

Papildu faktori, kas jāizvērtē:

- Iepriekšēja depresijas vai citu psihisku traucējumu vēsture;
- Dzīvesveids – miegs, fiziskās aktivitātes, uzturs;
- Psihosociālie faktori – stress, traumas, attiecības, sociālā izolācija, senioru vecumposmā palielinās laika biedru nāves iespējamība, kas veicina vientulību un eksistenciālu krīzi;
- Vielu lietošana – alkohols, narkotikas, medikamenti.

Noskaidrot, vai pēdējo 6 mēnešu laikā nav bijis būtisks zaudējums (sēras). Šajā gadījumā veikt psihoizglītošanu un rekomendēt klīniskā un veselības psihologa konsultāciju.

Rekomendētie izmeklējumi depresijas simptomātikas diferenciāl diagnostikai:

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 megaloplastiska anēmija;
- Folskābe – veikt, ja anamnēzē ir diagnosticēti uzsūkšanās traucējumi, ir bijuši iekaisīgi procesi zarnu traktā, nesena grūtniecība, pastiprināta alkohola lietošana, diagnosticēta megaloplastiska anēmija;
- Vitamīns D 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.

Attēladiagnostika (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.

7. Pašnāvības riska novērtēšana

Pieejams diennakts atbalsta tālrunis, kas sniedz atbalstu krīzes un atkarību jautājumos, nodrošinot tūlītēju emocionālu atbalstu, krīzes intervenci un rekomendācijas par turpmāko rīcību. Pacients vai viņa tuvinieki var vērsties pēc palīdzības jebkurā laikā, īpaši, ja pastāv paškaitējuma vai pašnāvības riska pazīmes.*

Pašnāvības risks ir jāizvērtē katrā tikšanās reizē ar pacientu. Saruna par paškaitējumu nerada un neveicina paškaitējumu. Tā bieži samazinās trauksmi, kas saistīta ar domām vai paškaitējuma aktiem un palīdz personai justies saprastai. Tomēr mēģiniet iegūt uzticību un izveidot kontaktu ar personu, pirms uzdotat jautājumu par paškaitējumu. Palūdziet personai izskaidrot, kāpēc viņa veikusi paškaitējumu.

*Tālruna numurs pieejams Nacionālā psihiskās veselības centra tīmekļa vietnē

Pašnāvības risku jāizvērtē, ja:

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

Pazīmes, kas liecina par augstu pašnāvības risku: [12]

- Vīriešiem paaugstināts risks 20 – 30 gadu vecumā, pēc 50 gadu vecuma, īpaši augsts;
- Pēc 65 gadu vecuma; sievietēm paaugstināts suicīda risks ir 40 – 60 gadu vecumā;
- Ilgstoša fiziska vai psihiska slimība;
- Alkohola vai citu vielu atkarība;
- Traucējumi ar masīvu trauksmi, bezpalīdzīgumu, anhedoniju, nespēja iespaidot apdraudošus faktorus;
- Hroniskas, nekoriģējamas sāpes;
- Vājš sociālās funkcionēšanas līmenis vai sociāla izolētība, negribēta pensionēšanās;
- Nesens tuvākā cilvēka vai darba zaudējums;
- Pašnāvības mēģinājums anamnēzē;
- Pārtraukts pašnāvības mēģinājums ar sekojošiem veselības sarežģījumiem;
- Intensīvas pašnāvības domas, pašnāvības plāns;
- Pacients slēpj līdzekļus pašnāvības izdarīšanai.

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.

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)

Pašnāvības risku jāizvērtē, ja:

- Pacientam ir konstatēta depresijas simptomātika:
 - Īpaši, ja depresija ir vidēji smaga vai smaga;
 - Ja ir psihotiski simptomi, garastāvokļa svārstības, bezcerības izjūta vai izteikta trauksme.
- Pacientam anamnēzē paškaitējuma epizodes:
 - Neatkarīgi no paškaitējuma smaguma vai nodoma;
 - Ieteicams veikt psihosociālu izvērtējumu visiem, kas nonāk aprūpē pēc paškaitējuma epizodes.

- Pacienti ar pašnāvības domām vai izteikumiem:
 - Pat ja nav konkrēta plāna vai mēģinājuma;
 - Jāizvērtē domu intensitāte, biežums, konteksts un pieejamie līdzekļi.
- Pacienti ar psihiskām slimībām:
 - Bipolāri traucējumi, šizofrēnija, personības traucējumi;
 - Īpaši, ja ir neārstēti vai slikti kontrolēti simptomi.
- Pacienti ar riska faktoriem:
 - Iepriekšējs paškaitējums vai pašnāvības mēģinājums;
 - Vielu lietošana (alkohols, narkotikas);
 - Sociālā izolācija, nesēn zaudējumi, finansiālas grūtības, vardarbība ģimenē;
 - Fiziskas slimības, kas izraisa ciešanas vai invaliditāti.

Pašnāvības riska faktori [13]

- Individuālais līmenis: depresija vai citu psihiskas slimības anamnēzē, bezcerība, psihoaktīvo vielu lietošana, noteikti veselības stāvokļi, iepriekšējais pašnāvības mēģinājums, vardarbības pieredze, kā arī ģenētiskie un bioloģiskie faktori;
- Attiecību līmenis: konfliktējošas vai vardarbīgas attiecības, izolācijas izjūta un sociālā atbalsta trūkums, pieredzēta ģimenes locekļa vai mīļotā cilvēka pašnāvība, finansiālais un darba stress;
- Kopienas līmenis: nepietiekama piederības izjūta kādai noteiktai cilvēku grupai, šķēršļi veselības aprūpei (piemēram, pakalpojumu sniedzēju un medikamentu pieejamības trūkums);
- Sabiedrības līmenis: pieejamība nāvējošu pašnāvības līdzekļu, nepareizi pašnāvību attēlojumi plašsaziņas līdzekļos, stigmatizācija, kas saistīta ar palīdzības meklēšanu psihisku traucējumu gadījumā.

Akūts pašnāvības risks: [14]

- Augsta akūtā pašnāvības riska būtiskās pazīmes ietver gan domas par pašnāvību ar nolūku mirt pašnāvības rezultātā, gan nespēju nodrošināt drošību neatkarīgi no ārēja atbalsta vai palīdzības. Šādos scenārijos var būt dažādas brīdinājuma zīmes un/vai riska faktori, piemēram:
 - Plāno mirt izdarot pašnāvību; piekļuve līdzekļiem, kas nepieciešami pašnāvības plāna izpildei; nesēn vai notiekošā sagatavošanās uzvedība un/vai pašnāvības mēģinājums;
 - Akūtas psihiskas slimības, piemēram, aktīva smagas depresijas epizode, akūta psihoze un/vai narkotiku vai alkohola lietošana recidīvs;
 - Personības traucējumu saasināšanās, piemēram, pastiprināta uzvedība, kas saistīta ar robežlīmeņa personības traucējumi;
 - Akūti psihosociāli stresa faktori, piemēram, darba zaudēšana, attiecību izjukšana vai ieslodzījums.

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.).

9. Sekundārā stacionārā ārstēšana

Sniedz neatliekamu medicīnisko palīdzību – dzīvības funkciju uzturēšanu, 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. Sekundāra psihiatriskā palīdzība

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.

ĢĀ jāsaņem pacients konsultācijai pie psihiatra uz ambulatoro, dienas stacionāra vai stacionāro psihiatrisko ārstniecību, 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;
- 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.

Ambulatorā psihiatra kompetences:

- Viegla/vidēji smaga depresijas epizode akūtā periodā; smaga (nepsihotiska) depresijas epizode, izvērtējot pašnāvības risku akūtā periodā;
- Smaga depresijas epizode subakūtā (pēcstacionāra) posmā, stabilizācijas un profilaktiskās ārstēšanas periodā;
- Visu veidu depresijas komorbīdie stāvokļi,
- Organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi;
- Depresijas epizode bipolāru afektīvu traucējumu ietvaros; t.sk. depresijas stāvokļi un psihoaktīvu vielu lietošana;
- Terapeitiski rezidenta vidēji smaga depresijas epizode;
- Terapeitiski rezidenta depresija, kurai ir rekomendēta ārstēšana ar transkraniālo magnētisko stimulāciju (TKMS) un Esketamīnu.

Dienas stacionāra (atvērta tipa psihiatrijas nodaļas) psihiatra kompetences:

- Vidēji smaga, smaga depresijas epizode akūtā periodā, subakūtā periodā pēc izrakstīšanas no stacionāra;
- Pacienti, kuriem nepieciešama parenterāla medikamentu ievade vai kuriem ir nepieciešama AD titrēšana un augmentācija;
- Terapeitiski rezidenta depresijas epizode;
- Pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama terapija ar Esketamīnu vai modificētās elektrokonvulsīvās terapijas (mEKT) nepieciešamības izvērtēšana.

Stacionārās palīdzības psihiatra kompetences:

- Vidēji smaga/smaga depresijas epizode, terapeitiski rezidenta;
- Hroniska, terapeitiski rezidenta depresija;
- Smaga depresijas epizode ar/bez psihotiskiem simptomiem;
- Izteikti/smagi organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi, ja somatiskā slimība ir kompensētā stāvoklī;
- Pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama mEKT;
- Jebkuri depresijas pacienti, kuriem ir indikācijas neatliekamai hospitalizācijai;
- Depresija ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem traucējumiem (ļauna, lamājoša, noniecinoša satura dzirdes halucinācijas; pašnolieguma u.c. murgu idejas);
- Pēc pašnāvības mēģinājuma;
- Nopietni nodomi par pašnāvību, ir plāns un pacients sāk veikt sagatavošanās darbus, uzmācīgas domas par pašnāvību, kas rada smagus trauksmes simptomus;
- Depresīvais (melanholiskais) raptuss, depresīvs stupors;
- Vidēji smags/smags depresīvs stāvoklis pacientam ar izteiktu sociālu dezadaptāciju, stāvokli pēc tuva cilvēka zaudējuma, kad nevar tikt nodrošināta pacienta uzraudzība;
- Vientuļš pacients ar vidēji smagu/smagu depresijas epizodi, ja tas kombinējas ar hronisku smagu somatisku patoloģiju;
- Pacienta uzstājīga atteikšanās no ēdiena/dzēriena, ja tas apdraud pacienta dzīvību;

- Pacientam smags funkcionālo spēju zudums depresijas ietekmē.

Psihoterapeita kompetences*:

- Sēru reakcija;
- 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 rezistenta depresija, ja AD monoterapija ir neefektīva;
- Organiski (simptomātiski) depresīvi traucējumi;
- Depresija pacientiem ar dzimuma identitātes traucējumiem vai citām personām no LGBTQ+ kopienas.

Saskaņā ar Ārstniecības likuma 67. pantu pacients savu piekrišanu stacionārai ārstēšanai apstiprina ar rakstisku piekrišanu (parakstu). Pacienta ārstēšanu stacionārā pret pacienta gribu (neatliekamības kārtā) Latvijā reglamentē Ārstniecības likuma 68. pants un 69. pants. [15]

Tabula nr.4

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.

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

11. Depresijas vadība primārajā aprūpē

Sadarbībā ar ĢĀ tiek noteikts pacienta somatiskais stāvoklis, vai esošās slimības tiek atbilstoši ārstētas, novērtēta nozīmēto un lietoto medikamentu ietekme uz pacienta garastāvokli, iespējamās medikamentu mijiedarbības. ĢĀ veic visus nepieciešamos izmeklējumus, stabilizē somatisko stāvokli, sniedz psihiatram izrakstu par pacientam paralēli esošajām somatiskajām slimībām, rekomendētajām zāļu terapijām.

Skatīt klīnisko ceļu un algoritmu “Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe”.

12. Pacienta un ģimenes izglītošana

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

- 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. Ar lielāko ticamību 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 un ilgstoša psihoterapija (PT), tad pacientam var tikt izrakstīti valsts kompensēti (75 % apjomā) medikamenti, ko atkarībā no zāļu kompensācijas nosacījumiem var izrakstīt ģimenes ārsts 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 ģimenes ārsta.
- Senioru vecumposmā ļoti nozīmīga ir sociālo aktivitāšu ieviešana, lai pasargātu no vientulības, kā arī uzturētu kognitīvo funkciju noturību. Visefektīvākās ir kopienās balstītas aktivitātes – kopīgi interešu klubi, sociālie klubi, vaļasprieku klubi. Kā viens no piemēriem, kas tiek ieviests Nacionālajā psihiskās veselības centrā ir “*Circle of friends*” iniciatīva, kad senioriem ir iespēja sanākt grupās, dalīties ar savu dzīves pieredzi, emocijām un kopīgi ļauties kognitīvi stimulējošiem, emocionālo labsajūtu radošiem hobijiem.

Papildu informatīvie materiāli:

Tabula nr.5

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 konstantākus gulēt iešanas un celšanās laikus, regulāras fiziskas aktivitātes, miega higiēnu un veselīgu uzturu, ir būtiska daļa no depresijas ārstēšanas un recidīvu profilakses;
- Pārmērīga ekrāna laika un sēdoša dzīvesveida ietekme ir saistīta ar paaugstinātu depresijas risku; [16]
- 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; [17]
- 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; [18]
- 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. [19]

13. Depresijas smaguma noteikšana

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 viens 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;
- Hamiltona depresijas novērtēšanas skala (17 punktu versija) (HAMD-17) (sk. pielikumu Nr. 3) vai Montgomerija-Asberga depresijas vērtēšanas skala (MADRS) (sk. pielikumu nr. 6).

PHQ-9 skalas vērtības:

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

14. Viegla depresija

GĀ, psihiatra un psihoterapeita kompetencē. Pirmreizējas vieglas depresijas epizodes gadījumā pārrunā iespējamās dzīves/sadzīves problēmas, izglīto par miega higiēnas un aktivitāšu uzturēšanas nozīmi, sniedz informāciju par pierādījumos balstītām dzīvesveida intervencēm. (sk. sadaļu nr. 12). Piedāvā psiholoģiskas intervences (PI) vai uzsākt terapiju ar 1. izvēles AD.

Ja pacients atsakās no terapijas uzsākšanas, pacientu izglīto par depresijas norisi un komorbiditātēm un vienojas par atkārtotu konsultāciju pēc 2 – 4 nedēļu laikā. Ja sūdzības nemazinās, tad ārsts iesaka pieejamās PI 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.

15. Vieglas depresijas terapijas uzsākšana. Psihoterapija un psiholoģiskās intervences

PI mērķis senioru vecumposmā ir radīt emocionālu komfortu un sniegt psihosociālu atbalstu. Senioriem būtisks ir sociālais kontakts, pati tikšanās kļūst par depresijas riska mazinošu faktoru. Uzsvars uz resursu atjaunošanu, patīkamo aktivitāšu ieviešanu, sociālās saziņas veidošanu, vientulības un sociālās izolācijas mazināšanu, adaptācijas jaunām dzīves pārmaiņām un jaunas identitātes veidošana, būtisks aspekts ir kognitīvo funkciju treniņš. Pierādījumos pamatotās metodes:

- Psiholoģiskā konsultēšana (6 – 12 sesijas)*;
- KBT (10 – 16 sesijas)*.

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

Ja 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.

16. Vieglas depresijas farmakoterapija

- Nenožīmēt AD pacientiem ar atsevišķiem depresijas simptomiem;

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

- Izsvērt AD nozīmēšanas nepieciešamību pie vieglas depresijas, jo iespējamais blakņu risks var būt lielāks kā iespējamais ieguvums no terapijas;
- Viegla depresija 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 [12] SSAI (Citaloprams**, Escitaloprams, Fluoksamīns**, 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”. [12]

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 psihoeducācija par AD darbību, iespējamām blaknēm un lietošanas ilgumu.

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.

Viegla depresija ārstēšanu var organizēt ĢĀ praksēs, psihiatra vai psihoterapeita praksēs vai ambulatorajās nodaļās/klīnikās pie psihiatra.

Senioru vecumposmā medikamentu nozīmēšanā ir jāievēro piesardzība, bet vecums nav kontraindikācija depresijas medikamentozai ārstēšanai.

1. Ārstēšanas īpatnības senioru populācijā: [20]

- Jebkuram nozīmētajam medikamentam jāpārbauda krišanas un lūzuma risku iespējamība;
- Senioriem jo īpaši būtiski ir nodrošināt ārstēšanu sabiedrībā balstīti – tuvāk dzīves vietai, sociālo aktivitāšu centros, sociālos aprūpes centros, kā arī uzsvars ir ārstēšanai ir primārās veselības aprūpes līmenī;
- SSRI kopā ar diurētiķiem var radīt būtisku hiponatrēmiju;
- SSRI (*Paroxetinum, Fluvoxaminum, Fluoxetinum*) jābūt piesardzīgiem lietojot kopā ar nesteroidiem pretiekaisuma līdzekļiem (CYP sistēmas

** Nozīmēt ar piesardzību

***Latvijā uz algoritma atjaunināšanas brīdi nav reģistrēts

- aktivizācijas dēļ var palielināties gastrointensitnālas asiņošanas risks, ieteicams lietot kopā ar protonu sūkņu inhibitoriem);
- SNRI var paaugstināt asinsspiedienu, kā arī kopā ar diurētiķiem ir līdzīga ietekme hiponatirēmijas izraisīšanā;
 - Agomelatīnam nav nekādas novērotas ietekmes uz nātrija metabolismu.

Tabula nr. 6

Antidepresantu receptoru profils, minimālās un efektīvās devas
(Adaptēts pēc *Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 14. ed. 2021;
CANMAT Depresijas vadlīnijām, 2023) [21]

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
Citaloprams**	Selektīvs serotonīna atpakaļsaistes inhibitors	20 mg	20 – 40 mg
Escitaloprams		20 mg	20 – 40 mg
Fluoksetīns**		20 mg	20 – 60 mg
Fluvoksamīns**		50 mg	100 – 300 mg
Proksetīns**		20 mg	20 – 50 mg
Sertralīns		50 mg	50 – 200 mg
Agomelatīns	Melatonīna 1., 2. tipa receptoru agonists, 5HT2 antagonists	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 antagonists, 5HT2 receptoru antagonists	30 mg	30 – 60 mg
Moklobemīds*	Atgriezeniskas darbības MAO-I	300 mg	150 – 450 mg
Reboksetīns*	Noradrenalīna atpakaļsaistes inhibitors	8 mg	8 – 12 mg

*Latvijā uz algoritma atjaunināšanas brīdi nav reģistrēts

**Nozīmēt ar piesardzību

Trazodons	Serotonīna atpakaļsaistes inhibitors, 5HT2 receptoru antagonists	150 mg	150 – 400 mg
Vortiooksetīns	Serotonīna atpakaļsaistes inhibitors, 5HT1A, 1B receptoru agonists; 5HT1D; 3A; 7 receptoru antagonists	10 mg	20 mg
Tianeptīns	Glutamāterģisks modulators (potencē AMPA receptorus) un mu-opioīdu agonists.	12.5 mg	25 – 37.5mg

AD sākotnēji nozīmējami pusē no standarta devas, taču devu pakāpeniski jākāpina. Nenožīmēt AD subterapeitiskajās devās.

Psihiatrs vai ģimenes ārsts 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.

17. 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 pierādījumos balstītām dzīvesveida intervencēm. Piedāvā PI vai farmakoterapiju, vai abu metožu kombināciju.

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

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

Iespējamie PI veidi:

1. KBT (10 – 16 vizītes; t.sk. biheiviorālā terapija, apzinātībā balstītā KBT, pieņemšanas un apņemšanās terapija (ACT))^{*}.

KBT nozīmīgākās metodes:
<ul style="list-style-type: none"> – 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 automatiskas, disfunkcionālus domāšanas modeļus un aizstāt tos ar reālistiskākiem, funkcionālākiem domāšanas veidiem;

^{*}Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

- Uzvedības aktivizācija: mazi, plānoti soļi, lai atjaunotu pozitīvas, patīkamas un nozīmīgas aktivitātes;
- Pašpalīdzības prasmju stiprināšana un ikdienas grūtību risināšana (piemēram, attīstot veselīgākus komunikācijas modeļus).

Ja PI procesā progress ir nepietiekams, vispirms tiek izvērtēti cēloņi (papildus faktori, kas ietekmē psihisko stāvokli; līdzestības un motivācijas grūtības), pārrunā terapijas plānu un turpina PT vai maina PI veidu, vai izvērtējot interpersonālās PT vai citu PT veidu mērķtiecīgu pielietojumu, vai uzsāk AD kombinētā terapijā vai monoterapijā.

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

Papildus vidēji smagas depresijas gadījumos ārsts izvērtē iespēju pacientam iestāties dienas stacionārā. Gan dienas stacionāra ietvaros, gan ambulatori psihiatra komandas ietvaros pacientam ir iespējams saņemt mākslas terapijas, ergoterapijas un fizioterapijas pakalpojumus.

Nepieciešamības gadījumos pacientam ieteicams piedāvāt konsultācijas par būtiskām psihosociālām, attiecību vai nodarbinātības problēmām (piemēram, sociālā darbinieka vai ģimenes terapeita konsultācijas).

Kombinēt medikamentozu terapiju ar PT un psihiatrisko rehabilitāciju dienas stacionārā ar multiprofesionālu speciālistu komandu. Ieteicamie PT/PI virzieni – KBT vai atbalsta terapija.

Mākslas terapijas galvenās metodes:

- Emociju aktivizēšana, identificēšana, izteikšana, izpratne un regulācija ar neverbālu, radošu izteiksmes līdzekļu palīdzību (īpaši nozīmīga gadījumos, kad pacientam ir grūti verbalizēt savu pieredzi);
- Problēmu eksternalizēšana, simboliska izstrāde un risināšana radošā veidā;
- Nākotnes perspektīvas veidošana, mērķu uzstādīšana, pašefektivitātes un kompetences izjūtu veicināšana ar vizuālu materiālu un radošu uzdevumu palīdzību.

Ergoterapijas galvenās metodes:

- Dienas ritma atjaunošana, balansējot aktivitāti un atpūtu;
- Ikdienas funkcionālo prasmju trenēšana atbilstoši pacienta vajadzībām (piemēram, ēdiena gatavošana, budžeta plānošana, laika plānošana u.c.);
- Stresa vadīšanas un sensorās integrācijas prasmju trenēšana.

Fizioterapijas galvenās metodes:

- Nervu sistēmas aktivēšanas un regulēšanas metodes, kā arī ķermeņa kontroles atjaunošana: aerobie vingrinājumi, muskuļu stiprināšana, mobilizācija un stiepšanās, elpošanas tehnikas, stājas korekcija, relaksācijas metodes, somatiskā apzināšanās un grupu aktivitātes.

19. Farmakoterapija vidēji smagas depresijas ārstēšanā

Psihiatrs 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).

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

GĀ vai psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles AD [24] atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. Pacientam var tikt izrakstīti valsts kompensēti medikamenti.

Ja pirmās izvēles AD ir neefektīvs, jāizvēlas cits AD ar atšķirīgu darbības mehānismu, t. sk. cits Mirtazapīns, Tianeptīns, Trazodons, Reboksetīns, Vortiooksetīns, Agomelatīns.

Ja pirmās izvēles AD lietošanas laikā novēro būtiskas, pacientam traucējošas blaknes, jāmaina pret citu tās pašas grupas AD vai jāizvēlas AD ar citu darbības mehānismu.

- AD neefektivitātes gadījumā jāizvērtē, vai ir pareiza depresijas diagnoze;
- AD neefektivitātes gadījumā jāizvērtē pacienta līdzestība, jāpārrunā AD lietošanas režīms;
- Polifarmācijas gadījumā jāņem vērā iespējamā mijiedarbība CYP izoenzīmu sistēmā.

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

Pieejama uz pierādījumiem balstīta labās prakses programma, kuras mērķis ir mazināt vientulību vecāka gadagājuma cilvēku vidū – “*Circle of friends*”^{*} (sk. sadaļā nr. 12 “Pacienta un ģimenes izglītošana”).

Psihiatrs, GĀ un psihoterapeits var rekomendēt farmakoterapijas un PT/PI kombinēšanu. Vienmēr jāņem vērā komorbīdo somatisko un neiroloģisko saslimšanu ietekme, kā arī somatisko traucējumu ārstēšanā izmantoto medikamentu (īpašu polifarmācijas) ietekme, mijiedarbības depresijas ārstēšanas procesā.

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

Ārsts pēc 8 – 10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu. Vai kombinē iepriekš minēto AD terapiju ar PT/PI (biežāk izmantojamas PI, atbalsta PT, strukturēta KBT vai KBT elementi, psihiatrisko dienestu dienas stacionāros).

^{*}Vairāk informācijas Nacionālā psihiskās veselības centra tīmekļa vietnē. Pieejams: <https://npvc.lv/prism/>

Ārstēšana var tikt organizēta ambulatori, psihiatrijas dienas stacionāros, atvērta tipa psihiatrijas nodaļās vai (retāk) slēgta tipa psihiatrijas stacionārajās nodaļās.

Jāizvērtē psihosociālā atbalsta iespējas Sociālā dienesta struktūrās.

21. Smaga nepsihotiska/psihotiska depresija

Nepsihotiska – smaga depresija bez psihotiskiem simptomiem (32.0 – F32.2). Depresijas simptomi ir smagi izteikti, būtiski ietekmē ikdienas funkcionēšanu, pašaprūpi. Jāseko komorbīdo somatisko traucējumu ārstēšanai, pacients depresijas dēļ vai pārtraukt lietot medikamentus vai citu ārstēšanas procesu.

Psihotiska – smaga depresijas epizode, vienlaikus ar smagi izteiktiem depresijas simptomiem, novēro arī psihotiskus simptomus (halucinācijas, murgus u.c.), tos pavada izteikta psihomatora kavēšana vai stupors, kas padara neiespējamu parasto ikdienas pienākumu veikšanu (F32.3, F33.3). Vienmēr jāizvērtē hospitalizācijas nepieciešamība.

Psihiatra kompetencē. Pacientam var tikt izrakstīti valsts kompensēti medikamenti. Psihiatrs rekomendē farmakoterapiju (atipsikos antipsihotiskus un antidepresantus), pēc psihiskā stāvokļa uzlabošanās arī pievieno PI/PT – atbalsta PT, izglītojoša PT, KBT vai KBT elementi. Vienmēr jāizvērtē komorbīdu somatisku saslimšanu un to ārstēšanas ietekme uz depresijas ārstēšanas procesu.

Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, atvērta vai slēgta tipa psihiatriskajos stacionāros.

Saskaņā ar LPA “Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas” [12], kombinēt 2 AD ar atšķirīgu darbības mehānismu. Piemēram, SSAI + Mirtazapīns.

Kombinēt AD ar kādu no atipiskajiem antipsihotikiem (AP) (Aripiprazolu, Kvetiapīnu, Olanzapīnu, Amisulprīdu u.c.), vai tipiskajiem AP Flupentiksolu vai Sulpirīdu.

Kombinēt medikamentozu terapiju ar PT un psihiatrisko rehabilitāciju dienas stacionārā ar multiprofesionālu speciālistu komandu. Ieteicamie PT/PI virzieni – KBT vai atbalsta terapija.

<p>KBT metodes smagas depresijas gadījumos:</p> <ul style="list-style-type: none">– Uzvedības aktivizācija ar mazu, plānotu soļu palīdzību, lai atjaunotu nelielas pozitīvas, aktivitātes. Kontakts ar terapeitu var būt vairākas reizes nedēļā;– Pašpalīdzības prasmju stiprināšana un ikdienas grūtību risināšana (piemēram, plānojot laiku);– Domu – emociju – uzvedības saistības izpratne un maiņa: negatīvo domu atpazīšana un maiņa: KBT māca pamanīt automātiskas, disfunkcionālus domāšanas modeļus un aizstāt tos ar reālistiskākiem, funkcionālākiem domāšanas veidiem; domu malšanas (ruminēšanas) apturēšana, mainot uzmanības fokusu;

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">– Psihotisku simptomu gadījumos papildus: līdzestības veicināšana medikamentozajai terapijai un iejūtīga realitātes pārbaudīšana. |
|---|

Atbalsta terapijas galvenās metodes:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Pacienta emocionālā stāvokļa stabilizēšana (distresa, bezcerības, trauksmes mazināšana).– Ikdienas pamata funkcionēšanas uzturēšanas veicināšana (miegs, ēšana, ikdienas aktivitātes);– Pašnāvības riska regulāra monitorēšana un novēršana, fokusējoties uz drošības plānu;– Emocionāla atbalsta nodrošināšana;– Sociālo resursu aktivizēšana (ģimenes iesaiste, atbalsts praktisku problēmu risināšanā). |
|--|

22. Citas bioloģiskās ārstēšanas metodes

Psihiatru kompetencē. Ārstēšana notiek ambulatori, dienas stacionārā vai psihiatriskā stacionārā.

- *Gaismas terapija* – jeb fototerapija ir viena no izvēles metodēm, lai ārstētu sezonālo (ziemas) depresiju. Gaismas terapiju iespējams kombinēt ar AD terapiju (g.k. SSAI), PT vai pielietot atsevišķi. Gaismas terapijas laikā pacients skatās uz spilgtu gaismu, ietekme uz smadzenēm notiek caur retinotalamisko traktu, nodrošinot diennakts miega – nomoda ritma regulāciju (melatonīna sintēzes regulācija) un pakārtotu ietekmi uz serotonīna un dopamīna regulāciju CNS. Fototerapijai izmanto plaša spektra un spēcīgas intensitātes gaismu ziemas periodā. Pārsvārā pielieto dienas gaismas lampas (rekomendē ar iezālšanu gaismas spektru). Nepieciešamais gaismas spilgtums līdz 10 000 LUX, piemērotas fluorescentās spuldzes (bez UV spektra), kā arī gaismas emisijas diodes (LED (*light-emitting diodes*)). Fototerapija efektīvāka no rīta vai priekšpusdienā. Rekomendējams seansa ilgums >2 stundas dienā. Gaismas iedarbība notiek caur acīm, nevis ādu. Seansu skaits 10 – 14 viena kursa laikā. Biežākās blaknes ir acu asarošana, vieglas galvassāpes, miega traucējumi, hipomānija; [10]
- *Transkraniālā magnētiskā stimulācija (TKMS)* (sk. klīnisko algoritmu “Terapeitiski rezistentas depresijas atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe”);
- *Modificētā elektrokonvulsīvā terapija (mEKT)* (sk. klīnisko algoritmu “Terapeitiski rezistentas depresijas atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe”).

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

Pieejama Mobilā psihiatriskā komanda – veselības aprūpes komanda, kas sniedz pakalpojumus pacientiem ar psihiskiem traucējumiem viņu dzīvesvietās atbilstoši konstatētajām pakalpojuma saņemšanas indikācijām. Komandas mērķis ir nodrošināt

aprūpi un uzraudzību tiem pacientiem, kuri veselības iemeslu dēļ nevar regulāri apmeklēt ambulatorās ārstniecības iestādes.*

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

■ Psihiatra konsultācija ieteicama ne retāk kā reizi pusgadā!

■ Nepārtraukt balstterapiju!

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

Jāturpina farmakoterapija ar AD tādā pašā AD devā nākamo 4 – 6 mēnešus. Vizītes reizi mēnesī. Senioru populācijā nozīmīgi atcerēties, ka vienīgā sekundārā profilakse depresijas epizodes rezicīdīvam ir farmakoloģiskās terapijas turpināšana. Terapiju jāpārvērtē, ja mainās psihiskās vai somatiskās veselības stāvoklis.

Pirms lēmuma pieņemšanas par terapijas pārtraukšanu, veikt pacienta stāvokļa novērtēšanu ar PHQ-9 vai HAMD, vai MADRS (sk. pielikumus nr. 2 un nr. 6).

Pacientus, kuriem pēc psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija saskaņā ar LPA “Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas” var uzraudzīt GĀ, izrakstīt valsts kompensētos medikamentus, reizi pusgadā rekomendējot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Reizi pusgadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9 (sk. pielikumu nr.2).

24. 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.

25. Remisija pēc atkārtotas depresijas epizodes

GĀ kompetence. Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. Ambulatoras vizīte reizi 1 – 1,5 mēnešos. 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 fiziskās veselības problēmas un psihosociālās grūtības.

Pacientus, kuriem pēc psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija (>2 depresijas epizodes anamnēzē, terapijas ilgums 2 gadi saskaņā ar LPA “Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas” var uzraudzīt GĀ, izrakstīt valsts kompensētos medikamentus, reizi pusgadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Ambulatoras vizītes reizi 1 – 1,5 mēnešos. Reizi pusgadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9 (sk. pielikumu nr.2).

*Pieejams algoritma atjaunināšanas brīdī

26. Augsts atkārtota paasinājuma, atkārtotas depresijas risks

Ja pacientam ir augsts atkārtotu paasinājumu risks vai vairāk kā 2 depresijas epizodes anamnēzē, 2 gadu garumā tiek turpināta psihiatra nozīmētā profilaktiska farmakoterapija ar AD, AD augmentētā terapija vai individuālā PT (KBT, psihodinamiskā terapija, ja paasinājums noticis uz AD terapijas fona, vai neskatoties uz AD ārstēšanu pastāv reziduāli simptomi).

Augsts atkārtota paasinājuma risks:

- Vairākas iepriekšējās 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.

Pacientu ambulatori var uzraudzīt ĢĀ, izrakstīt valsts kompensētos medikamentus, reizi pusgadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Ambulatoras vizīte reizi 1 – 1,5 mēnešos. Reizi pusgadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9 (sk. pielikumu nr. 2).

27. Terapeitiski rezistenta depresija

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

Atsauces

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology: The Journal Of The European College Of Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655-79. web 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
2. WHO. Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada izdevums "International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision, Fifth edition. 2016. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexb513.html?p=%235#g_5.
3. Vrublevska J, Trapencieris M, Snikere S, Grinberga D, Velika B, Pudule I, 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. web 10.1016/j.jad.2016.12.031.
4. Pulmanis T, Japenina, S., Taube, M. Psihiskā veselība Latvijā 2015. gadā. Tematiskais ziņojums. Pieejams: https://spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/psihiska_veseliba_latvija_2015_gada.pdf.
5. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*. 2012;184(3):E191-E6. web 10.1503/cmaj.110829.
6. 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. web 10.1186/s12991-018-0203-5.
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022. Depression in adults: Treatment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>
8. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2013;14(5):334-85. web 10.3109/15622975.2013.804195.
9. Lam RW. Depression. Oxford University Press, 2nd ed. Oxford, 2013.
10. Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). Demences novērtēšana un diagnostika: klīniskais algoritms. Pieejams:

- https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/26.dem_alg_1_apr_dem_no_v_un_diagn1.pdf.
11. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Pieejams: [ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics](#)
 12. Elmārs Tērauds ER, Raisa Andrēziņa, Biruta Kupča, Gunta Ancāne, Iveta Ķiece, Nikita Bezborodovs. Latvijas psihiatru asociācija. Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. 3.izdevums. 2015.
 13. Risk and Protective Factors for Suicide | Suicide Prevention. (2024, April 25). CDC. Retrieved November 13, 2024, from <https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/index.html>.
 14. Wortzel, H., Homaifar, B., Matarazzo, B., & Brenner, L. (2014). Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient Stratifying Risk in Terms of Severity and Temporality. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1), 63-67. 10.1097/01.pra.0000442940.46328.63.
 15. Ārstniecības likums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>.
 16. Li L, Zhang Q, Zhu L, Zeng G, Huang H, Zhuge J, Kuang X, Yang S, Yang D, Chen Z, Gan Y, Lu Z, Wu C. Screen time and depression risk: A meta-analysis of cohort studies. *Front Psychiatry*. 2022 Dec 22;13:1058572. doi: 10.3389/fpsy.2022.1058572. PMID: 36620668; PMCID: PMC9815119.
 17. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2021 Dec;60:101556. doi: 10.1016/j.smrv.2021.101556. Epub 2021 Sep 23. PMID: 34607184; PMCID: PMC8651630.
 18. Kris-Etherton PM, Petersen KS, Hibbeln JR, Hurley D, Kolick V, Peoples S, Rodriguez N, Woodward-Lopez G. Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. *Nutr Rev*. 2021 Feb 11;79(3):247-260. doi: 10.1093/nutrit/nuaa025. PMID: 32447382; PMCID: PMC8453603.
 19. Mahindru A, Patil P, Agrawal V. Role of Physical Activity on Mental Health and Well-Being: A Review. *Cureus*. 2023 Jan 7;15(1):e33475. doi: 10.7759/cureus.33475. PMID: 36756008; PMCID: PMC9902068.
 20. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, Blier P, Blumberger DM, Brietzke E, Chakrabarty T, Do A, Frey BN, Giacobbe P, Gratzner D, Grigoriadis S, Habert J, Ishrat Husain M, Ismail Z, McGirr A, McIntyre RS, Michalak EE, Müller DJ, Parikh SV, Quilty LC, Ravindran AV, Ravindran N, Renaud J, Rosenblat JD, Samaan Z, Saraf G, Schade K, Schaffer A, Sinyor M, Soares CN, Swainson J, Taylor VH, Tourjman SV, Uher R, van Ameringen M, Vazquez G, Vigod S, Voineskos D, Yatham LN, Milev RV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines

for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. Can J Psychiatry. 2024 Sep;69(9):641-687. doi: 10.1177/07067437241245384. Epub 2024 May 6. Erratum in: Can J Psychiatry. 2025 Aug;70(8):652. doi: 10.1177/07067437251349087. PMID: 38711351; PMCID: PMC11351064.

21. Tērauds, E., Sīle, L. (2024). Praktiskā psihofarmakoterapija. Rekomendācijas psihietriem, psihiatrijas rezidentiēm un ģimenes ārstiem (4. izdevums).

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. Interesu 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 pievilis/-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).

Hamiltona depresijas vērtēšanas skala (HAMD-17)

1. Depresīvs garastāvoklis (verbāli un neverbāli izteikta nomāktības, bezcerības, bezpalīdzības, nevērtības sajūta):
 - 0 – nav depresijas;
 - 1 – nenozīmīgas uzvedības pazīmes vai sajūtas uzrādās tikai aktīvi izvaicājot;
 - 2 – viegls, sajūtas verbāli pauž pats;
 - 3 – vidējs, neverbālās pazīmes – poza, sejas izteiksme, balss, bieža raudāšana;
 - 4 – smags, spontānas verbālas un neverbālas izpausmes, kas raksturīgas depresīvam garastāvoklim.
2. Vainas apziņa (pazemināts pašnovērtējums un vainas apziņa, kas neatbilst reālai situācijai):
 - 0 – nav;
 - 1 – nenozīmīgi pašpārmetumi iztaujājot, ka pametis citus nelaimē;
 - 2 – viegla, spontāni pauž vainas apziņu par agrāk pieļautām kļūdām vai grēcīgu rīcību;
 - 3 – vidēja, slimība un ciešanas ir pelnīts sods par iepriekšējām kļūdām, pašapsūdzības murgi;
 - 4 – smaga, novēro nosodošas vizuālas un dzirdes halucinācijas.
3. Pašnāvība (domas un darbības pēdējās nedēļas laikā):
 - 0 – nav;
 - 1 – nenozīmīgs, uz tiešiem jautājumiem apliecina, ka dzīve ir tukša un nav vērts dzīvot;
 - 2 – viegls, atkārtotas domas par nāvi, vēlēšanās nomirt;
 - 3 – vidējs, suicidālas domas un uzvedība;
 - 4 – smags, suicidāls mēģinājums.
4. Iemigšanas grūtības
 - 0 – nav;
 - 1 – vieglas, neregulāri iemigšanas traucējumi, ilgāk par pusstundu;
 - 2 – smagas, regulāras iemigšanas grūtības.
5. Virspusējs miegs (24.00 līdz 03.00):
 - 0 – nav;
 - 1 – sūdzības par traucētu miegu, kas nedod atpūtu;
 - 2 – smagi traucējumi, pamošanās vienu vai vairākas reizes un grūti atkārtoti iemigt, jebkura celšanās no gultas vērtējama ar 2.
6. Agrīna pamošanās:
 - 0 – nav ;
 - 1 – viegla, pamošanās agrāk kā paredzēts, var atkal iemigt līdz normālam mošanās laikam;
 - 2 – smaga, agrīna pamošanās un nespēja atkal iemigt.
7. Darbs un aktivitātes:

- 0 – nav traucējumu;
- 1 – nenozīmīgi, jūtas bezspēcīgs, apātisks, mazāk aktīvs;
- 2 – viegli, jāpiespiež sevi veikt ikdienas aktivitātes; interešu zudums, nesaskata jēgu, gūst mazāk gandarījuma;
- 3 – vidēji, izteikti samazinājusies aktivitāte, pavada mazāk laika darbā (< par 3 stundām), mazāk paveic;
- 4 – smagi, nespēj strādāt, nepiedalās ikdienas aktivitātēs, neveic sevis aprūpi bez piespēšanās.

8. Kavēšana (palēninātas domas, runa un kustības):

- 0 – nav;
- 1 – viegla, aizkavētība sarunas laikā;
- 2 – vidēja, acīmredzama aizkavētība;
- 3 – izteikta, grūtības sarunāties;
- 4 – depresīvs stupors.

9. Ažitācija (satraukums, uzbudinājums):

- 0 – nav;
- 1 – viegla, nervozē sarunas laikā, grozās;
- 2 – vidēja, lauza rokas, rausta matus;
- 3 – izteikta, nespēja nosēdēt uz vietas, staigāšana;
- 4 – smaga, nepārtraukta kustība.

10. Trauksmes psihiskie simptomi (spriedze, nespēja atslābināties, aizkaitināmība, nedrošība, satraucamība, bailes zaudēt kontroli, epizodiska panika):

- 0 – nav;
- 1 – šaubīga, subjektīva spriedze, satraucamība;
- 2 – viegla, raizēšanās par mazsvarīgām lietām;
- 3 – vidēja, bažīgums redzams sejā un dzirdams balsī;
- 4 – smaga, bailes izpaužas bez iztaujāšanas, verbāli un neverbāli.

11. Trauksmes somatiskie simptomi (sausā mute, vēdera gāzēšanās, gremošanas traucējumi, caureja, atraugas, spazmi; sirdsklauves, galvassāpes; hiperventilācija, nopūtas; bieža urinācija; svīšana):

- 0 – nav;
- 1 – viegli;
- 2 – mēreni;
- 3 – smagi;
- 4 – nepanesami.

12. Gremošanas traucējumi:

- 0 – nav;
- 1 – viegls apetītes pazeminājums, bet ēd bez citu pamudinājuma, smaguma sajūta vēderā;
- 2 – smags, grūtības ēst bez apmudinājuma, nepieciešami laksatīvi līdzekļi vai citi līdzekļi gastrointestinālu traucējumu korekcijai.

13. Vispārējie somatiskie simptomi:

- 0 – nav;
- 1 – viegls smagums vai sāpes ķermenī, mugurā, galvā, muskuļos, enerģijas zudums un nogurdināmība;

- 2 – smags, jebkurš izteikts simptoms jāvērtē kā 2.
14. Ģenitālie simptomi:
- 0 – nav;
 - 1 – viegli;
 - 2 – smagi;
15. Hipohondrija:
- 0 – nav;
 - 1 – pārņemtība ar savu ķermeni;
 - 2 – norūpēšanās par veselību;
 - 3 – biežas sūdzības, lūgumi pēc palīdzības utt.;
 - 4 – hipohondriski murgi.
16. Svara zudums:
- A: vērtējot pacienta vēsturi:
- 0 – nav svara zuduma;
 - 1 – iespējams svara zudums, saistīts ar pašreizējo slimību;
 - 2 – neapšaubāms svara zudums (saskaņā ar pacienta teikto);
- B: saskaņā ar reāliem iknedēļas svara mērījumiem, ko veic nodaļas psihiatrs:
- 0 – svara zudums ir mazāks nekā 1,5 kg nedēļā;
 - 1 – svara zudums ir lielāks nekā 1,5 kg nedēļā;
 - 2 – svara zudums ir lielāks nekā 3 kg nedēļā;
17. Slimības kritika:
- 0 – apzinās, ka ir depresīvs un slims;
 - 1 – apzinās slimību, taču attiecina to uz sliktu uzturu, klimatu, pārslodzi, vīrusa
 - infekciju, nepietiekamu atpūtu utt.;
 - 2 – pilnībā noliedz, ka ir slims.

HAMD – 17 vērtējums:

0 – 7: norma (*normal*)

8 – 13: viegla depresija (*mild depression*)

14 – 18: mērena depresija (*moderate depression*)

19 – 22: smaga depresija (*severe depression*)

≥ 23: ļoti smaga depresija (*very severe depression*)

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 sevis 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

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)

Montgomerija-Asberga depresijas vērtēšanas skala (MADRS)

1. Ārējais izskats (izskatās grūtsirdīgs, drūms. Tas redzams sejas izteiksmē, pozā, valodā). Vērtēt izteiktību un nespēju atdzīvoties.	0 – nav grūtsirdīgs 2 – brīžiem grūtsirdīgs 4 – visu laiku bēdīgs un nelaimīgs 6 – pauž galējas bēdas un izmisums
2. Sūdzības par grūtsirdību (subjektīvi nomākts garastāvoklis, bezcerīgums, skumjas).	0 – brīžiem, zināmos apstākļos grūtsirdīgs 2 – nomākts garastāvoklis, taču brīžiem jūtas labāk 4 – uzmācīga bēdu un grūtsirdības sajūta, to spēj ietekmēt ārējie apstākļi 6 – pastāvīga grūtsirdības un bēdu izjūta
3. Iekšējā spriedze (slimīgs diskomforts, spriedze, nemiers līdz panikai, šausmām, ciešanām). Novērtēt spriedzes intensitāti.	0 – mierīgs, īslaicīga iekšējā spriedze 2 – reizēm sasprindzinājums, diskomforts 4 – ilgstoša iekšējā spriedze, periodiska panika, ko pacients pārvar ar grūtībām 6 – pastāvīgas, neremdināmas ciešanas un šausmas
4. Miega traucējumi (sūdzības par samazinātu miega ilgumu vai dziļumu, salīdzinot ar pacienta normu).	0 – miegs nav traucēts 2 – nelielas grūtības iemigt, ilgums samazināts, virspusējs, ar pārtraukumiem 4 – miega ilgums samazināts par 2 stundām 6 – miegs mazāk kā 2 – 3 stundas
5. Pavājināta apetīte (sūdzības par samazinātu ēstgribu, salīdzinot ar periodu, kad jūties labi).	0 – normāla vai paaugstināta apetīte 2 – viegli pavājināta apetīte 4 – nav ēstgribas, nejūt garšu, jāmudina uz ēšanu 6 – atsakās no ēdiena
6. Koncentrēšanās grūtības (grūtības sakopot domas). Novērtēt intensitāti, biežumu un izteiktības pakāpi.	0 – nav 2 – laiku pa laikam grūti sakopot domas 4 – grūtības koncentrēties un izsekot domai, tas traucē lasīšanai un sarunai 6 – ļoti traucē koncentrēšanās spēja
7. Gurdenums, apātija (iniciatīvas trūkums, grūtības veikt ikdienas darbus).	0 – nav grūtību kaut ko uzsākt, nav pasivitātes 2 – grūtības uzsākt ikdienas darbus

	<p>4 – grūtības uzsākt vienkāršus darbus, tie tiek veikti ar piepūli</p> <p>6 – apātija, bez palīdzības neko nevar uzsākt</p>
<p>8. Nespēja just (interesu zudums par apkārtējiem notikumiem un pasauli, kas agrāk sagādāja prieku. Samazināta spēja adekvāti reaģēt uz apkārtējo vidi un cilvēkiem).</p>	<p>0 – normāla interese par apkārtni un cilvēkiem</p> <p>2 – samazināta spēja baudīt vaļasprieku, apzemināta spēja izjust dusmas</p> <p>4 – nav intereses par apkārtējo pasauli, vienaldzība pret draugiem un paziņām</p> <p>6 – sajūta, ka emocijas ir paralizētas, neizjūt ne dusmas, ne prieku, ne bēdas. Sāpīga nespēja just līdzī tuviniekiem</p>
<p>9. Pesimistiskas domas (vainas apziņa, mazvērtības vai grēcīguma sajūta, nožēlas un bojāejas idejas).</p>	<p>0 – pesimistisku domu nav</p> <p>2 – epizodiski domas par neveiksmēm, pašapsūdzības un pašpārmētuma idejas</p> <p>4 – pastāvīgas pašapvainošanās idejas vai konkrētas grēcīgas idejas</p> <p>6 – bojāejas murgu, nožēlas un nelabojama grēka idejas</p>
<p>10. Pašnāvības domas (nav vērts dzīvot, nāve kā risinājums, pašnāvības domas un plāns). Suicīda mēģinājums nevar ietekmēt vērtējumu.</p>	<p>0 – spēj baudīt dzīvi</p> <p>2 – noguris no dzīves, reizēm pašnāvības domas</p> <p>4 – labāk justos miris, suicīds dotu atrisinājumu, konkrēta plāna nav</p> <p>6 – skaidri izteikts pašnāvības plāns, aktīva gatavošanās</p>

0 – 6: normās/bez simptomiem
7 – 19: viegla depresija
20 – 34: vidēji smaga depresija
35 – 60: smaga depresija