

Klīniskais algoritms

Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana un ārstēšana

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

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

Saturs

Saīsinājumi.....	3
Ievads	4
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 un/vai sūdzībām 8	
3. Depresijas skrīnings.....	9
4. Nav nepieciešama palīdzība.....	10
5. Novērošana	10
6. Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi, garastāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika, smaguma un riska novērtēšana	10
6.1. Diferenciālā diagnostika un izmeklējumi.....	17
7. Pašnāvības riska novērtēšana.....	19
8. NMPD.....	21
9. Ārstēšanās somatiskā stacionārā.....	21
10. Sekundāra psihiatriskā ārstniecība	21
11. Depresijas vadība primārajā aprūpē.....	24

12.	Pacienta un ģimenes izglītošana.....	24
13.	Depresijas smaguma noteikšana.....	26
14.	Viegla depresijas epizode, tās ārstēšana.....	27
15.	Vieglas depresijas terapijas uzsākšana. Psihoterapija un psiholoģiskās intervences 27	
16.	Vieglas depresijas farmakoterapija	29
17.	Vidēji smagas depresijas epizode, tās ārstēšana.....	31
18.	Psihoterapija, psiholoģiskās intervences vai farmakoterapija vidēji smagas depresijas ārstēšanā	31
20.	Farmakoterapijas un psihoterapijas/psiholoģisko intervenču kombinācija vidēji smagas depresijas ārstēšanā	34
21.	Smaga nepsihotiska/psihotiska depresija	34
22.	Citas ārstēšanas metodes	35
23.	Citas depresijas un depresija speciālās populācijās.....	35
24.	Depresijas remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana	36
25.	Remisija pēc pirmās depresijas epizodes	36
26.	Remisija pēc atkārtotas depresijas epizodes.....	36
27.	Augsts atkārtota paasinājuma, atkārtotas depresijas epizodes risks.....	36
28.	Terapeitiski rezistenta depresija	37
29.	Darba nespējas lapa.....	37
	Atsauces	38
	Pielikumi	41
	Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-2).....	41
	Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9).....	42
	Hamiltona depresijas vērtēšanas skala (HAMD-17).....	43
	Kolumbijas suicīda riska novērtējuma skala.....	46
	Ģeneralizētas trauksmes skala (GAD-7).....	47
	Montgomerija-Asberga depresijas vērtēšanas skala (MADRS).....	48

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 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

Psihiskā veselība ir viens no galvenajiem faktoriem, kas nosaka cilvēku labklājību, un tai ir milzīga nozīme gan sociāli, gan ekonomiski. Vēl pirms COVID-19 pandēmijas psihiskās veselības problēmas skāra aptuveni 84 miljonus cilvēku Eiropas Savienībā (ES) (vienu no sešiem), un vairāk nekā 7 % cilvēku ES cieta no depresijas. Pašnāvība ir otrais galvenais nāves cēlonis jauniešu (15 – 19 gadu vecumā) vidū pēc ceļu satiksmes negadījumiem. ES bērnu un jauniešu garīgās veselības zaudējumu ikgadējā vērtība tiek lēsta 50 miljardu eiro apmērā. [1;2]

Pasaules veselības organizācijas (PVO) Pasaules psihiskās veselības pētījumā (*WHO World Mental Health Survey Initiative*) tika izmantots vienots protokols, un pētījums aptvēra visu kontinentu valstis. [2] Depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos bija no 2,2 % (Japāna) līdz 10,4 % (Brazīlija), vidēji 5 %. Vidējie depresijas izplatības rādītāji bija līdzīgi tiem, kas noteikti iepriekš veiktajos pētījumos (5 %). Desmit augstu ienākumu valstīs depresijas vidējā izplatība pēdējos 12 mēnešos bija 5,5 % un astoņās vidēju un zemu ienākumu valstīs – 5,9 %. Depresijas dzīves izplatība bija augstāka attīstītās valstīs un veidoja 14,6 %, savukārt zemāk attīstītās valstīs – 11,1 %. Vislielākā depresijas izplatība bija Francijā, Nīderlandē, Jaunzēlandē un ASV. [3]

Saskaņā ar Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (*Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*) 2025. gadā publicēto ziņojumu “*Mental Health Promotion and Prevention – Best Practices in Public Health*” psihiskās veselības traucējumi joprojām tiek atzīti par būtisku sabiedrības veselības problēmu ietekmējot lielu daļu iedzīvotāju OECD valstīs. Depresija un trauksme ir visizplatītākie psihiskās veselības traucējumi, kas rada ievērojamu slogu ne tikai sabiedrības veselībai, bet arī iedzīvotāju labklājībai un ekonomiskajam stāvoklim, palielinot veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu pieprasījumu un samazinot darba spēka produktivitāti. Minētajā ziņojumā norādīts, ka viegli vai vidēji smagi depresijas un trauksmes simptomi skar vienu no pieciem pieaugušajiem OECD un 27 ES valstīs, turklāt šie gadījumi bieži paliek neatpazīti un neārstēti, tādējādi palielinot risku saslimt ar smagākiem traucējumiem un paaugstinot kopējās izmaksas. [4]

Depresija ir viens no biežāk sastopamajiem psihiskās veselības traucējumiem arī Latvijā. To apliecina gan 2018.gadā, gan 2023. gadā veikti pētījumi par depresijas izplatību Latvijas pieaugušo iedzīvotāju vidū. Saskaņā ar 2018. gada pētījuma rezultātiem, depresijas simptomu izplatība pēdējo 2 nedēļu laikā kopumā bija 6,7 %. Tie biežāk tika novēroti sievietēm – 7,8 % (95 % TI 6,5 – 9,2), nekā vīriešiem – 5,6 % (95 % TI 4,4 – 6,8). Līdzīgi rezultāti tika iegūti arī 2023. gadā veiktajā pētījumā, kur klīniski nozīmīgi depresijas simptomi konstatēti 6,4 % pētījuma dalībnieku. Arī šajā pētījumā depresijas simptomu punkta prevalences rādītāji būtiski atšķirās starp dzimumiem, t.i. 7,7 % (95 % TI 6,4 – 9,0) sievietēm un 4,8 % (95 % TI 4,2 – 6,7) vīriešiem, $p = 0,003$. Iegūtie rezultāti norāda uz to, ka Latvijā depresijas simptomi tiek konstatēti būtiskai sabiedrības daļai, tostarp pastāv nozīmīgas atšķirības starp dzimumiem. Latvijas depresijas izplatības rādītāji saskan arī ES vidējiem rādītājiem, bet jāņem vērā, ka daļai iedzīvotāju depresijas simptomi var netikt atpazīti vai diagnosticēti. [5; 6]

Pēc Slimību profilakses un kontroles centra datiem ar garastāvokļa traucējumiem (depresiju, bipolāri afektīviem traucējumiem u.c.) psihiatru un ģimenes ārstu praksēs gada laikā ārstējušies mazāk par 13 000 pacientu. [7] 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. [8] 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 dzīvi un smēķēšanas statusu. [8] Depresijas skrīningam gan vispārējā populācijā, gan primārajā un sekundārajā līmenī visā pasaulē plaši tiek pielietota Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9). Tam ir atrasti optimālie robežvērtējumi dažādās pacientu populācijās. [9] Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE 2014 – 2017 ietvaros pētnieku grupa Latvijā arī ir validējusi šo pasaulē vienu no atzītākajiem un plašāk pielietotajiem skrīninga instrumentiem (PHQ-9) un tā saīsināto versiju (PHQ-2). [10]

Depresija ir multietiolģiska slimība, kuras manifestēšanos jeb sākšanos ietekmē vairāki faktori:

Agrīna vides faktoru ietekme:

- Nepietiekama aprūpe (fiziska un/vai emocionāla) bērnībā paaugstina depresijas risku, arī pašnāvības risku;
- Depresijas risku paaugstina seksuāla, fiziska, emocionāla vardarbība bērnībā. Nepietiekama aprūpe un vardarbība saistīta ar vides faktoru ietekmi uz gēnu ekspresijām (izmainīta smadzeņu struktūra, neironu struktūra un komunikācija, neuroendokrīnā regulācija, iekaisuma procesu regulācija), kognitīvi – afektīvas izmaiņas (emocionāla disregulācija, hiperjūtīgums pret apdraudējumu, vāja atbilde uz atalgojumu).

Nesenu vides faktoru ietekme:

- Traumatisks pieredze, tuvu cilvēku zaudējumi, dabas katastrofas, partnera vardarbība, hroniski stresa faktori (vardarbība sabiedrībā, darba vides faktori, rasu diskriminācija), pārmērīga sociālo mediju lietošana, nelabvēlīga dzīves vide, paaugstināts gaisa un trokšņa piesārņojums, augstāka apkārtējās vides temperatūra.

Paaugstināts depresijas risks ir:

- Pacientiem, kas atrodas ilgstošā aprūpē;
- Pašiem aprūpētājiem, īpaši augsta riska aprūpētāju vidū ir tie, kas rūpējas par bērniem ar intelektuāliem un attīstības traucējumiem vai ģimenes locekļiem ar demenci vai hroniskām un progresējošām veselības problēmām;
- Personām bez dzīves vietas, imigrantiem un bēgļiem;
- Seksuālo minoritāšu grupu pārstāvji, piemēram, personas no LGBTQ + kopienas;
- Pacientiem ar personības traucējumiem;
- Cilvēki ar neirālās attīstības traucējumiem (piemēram, autiskā spektra traucējumi, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes traucējumi) vai citiem psihiskās veselības traucējumiem. [11]

Algoritms “Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe” ietver pacientu no 18 gadu vecuma psihiskā stāvokļa novērtēšanu depresijas precīzai atpazīšanai, diagnostikai, diferencēšanai no citiem stāvokļiem, dažādu depresijas veidu atšķiršanai, kas sekmētu precīzu tālāku pacientu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi.

Mērķis un uzdevumi

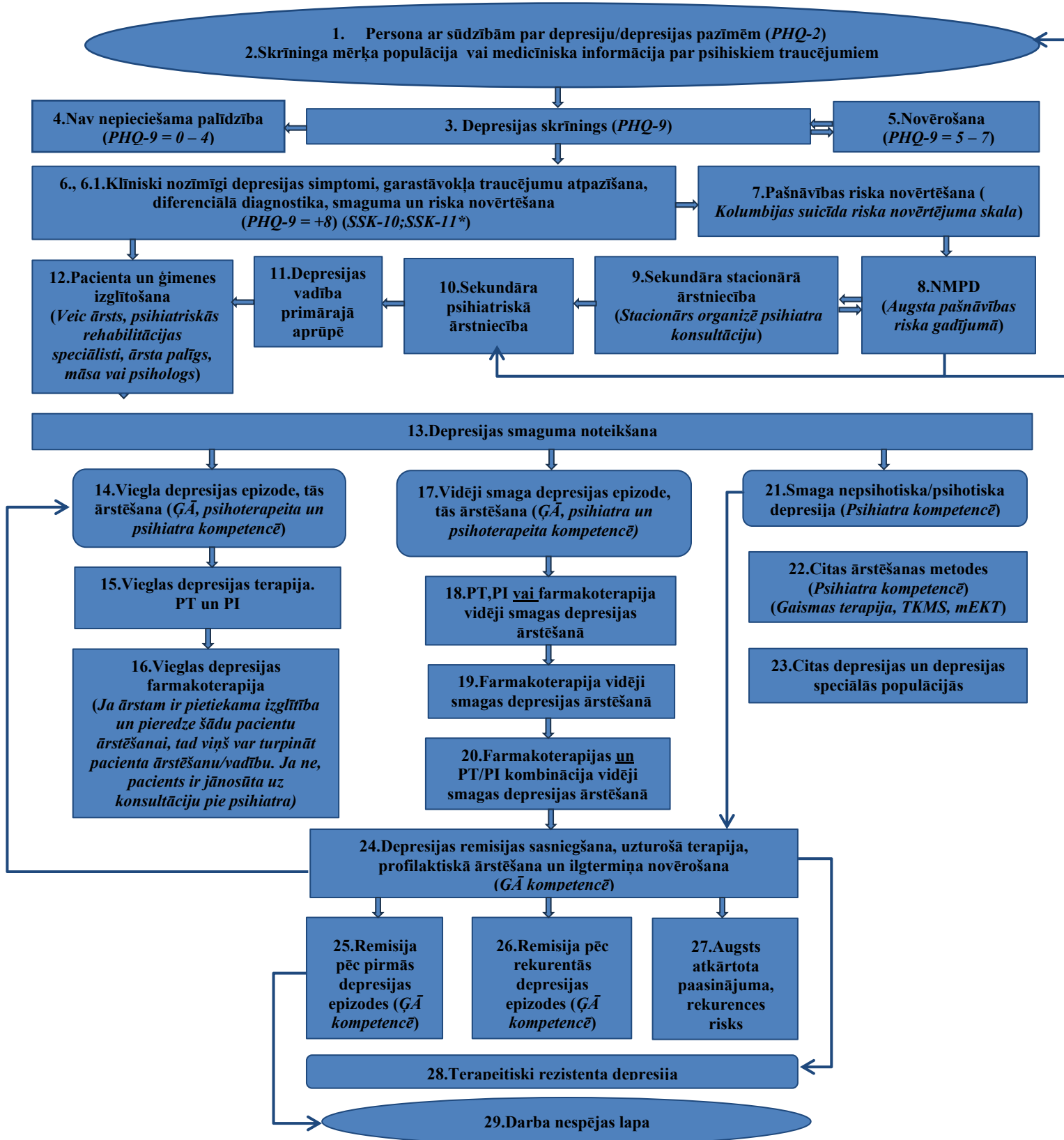
Organizēt pacienta ar depresiju mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu sadarbību ar ģimenes ārstu, psihiatru, citiem ārstiem un profesionāļiem, lai veicinātu agrīnu depresijas atpazīšanu un pareizu ārstēšanas uzsākšanu pieaugušajiem.

1. Uzlabot depresijas atpazīšanu;
2. Sekmēt precīzāku depresijas diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar depresiju virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem un citiem 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. Psihiatri;
2. Narkologi (atkarību psihiatri);
3. ĢĀ;
4. Psihoterapeiti;
5. Neurologi;
6. Citi ārsti speciālisti;
7. Klīniskie un veselības psihologi, psihoterapijas speciālisti.

Algoritma shēma



Rekomendācijas

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

1. Persona ar sūdzībām par depresiju/depresijas pazīmēm

Jāpievērš uzmanība pacientam ar iespējamu depresiju, īpaši cilvēkiem ar:

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

Ja cilvēks izsaka sūdzības par:

- Grūtsirdību, pazeminātu garastāvokli vai bezcerības sajūtu;
- Ir samazinātas intereses par lietām un darbībām, kas agrāk sagādāja gandarījumu,

ieteicams:

- 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;
- Uzdod 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.

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

1. Sūdzības par nomāktu garastāvokli, anamnēzē depresijas epizode;
2. Pašnāvību mēģinājumi vai paškaitējums anamnēzē;
3. Miega traucējumi, ilgstoša miega līdzekļu vai benzodiazepīnu lietošana;
4. Trauksmes simptomi (iekšēja spriedze, nemiers vai sirdsklauves, reiboņi, smakšanas sajūta, “kamols kaklā”, panikas lēkmes);
5. Sūdzības par atmiņas traucējumiem, koncentrēšanās grūtības;
6. Svāra zudums bez medicīniska iemesla;
7. Nespēks, nogurums, intereses un prieka trūkums ikdienā;
8. Daudzas medicīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības, nav skaidri cēloņi, nav skaidra diagnoze, veikti multipli izmeklējumi;
9. 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);

10. Sievietes grūtniecības periodā un 12 mēnešus pēc dzemdībām;
11. Ilgstošas psihotraumējošas situācijas (vientulība, vardarbība, sociāli-ekonomiskas problēmas);
12. Pārmērīga alkohola vai narkotisko vielu lietošana, smēķēšana;
13. 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 (sk. pielikumu nr. 1):

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

Interpretācija un rīcība

PHQ-9 $\geq 8^*$: Jāveic depresijas diagnozes precizēšana un smaguma izvērtēšana.[9] 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.[7]

PHQ-9 5 – 7: Depresijas simptomi viegli izteikti – nesniedz klīnisko nozīmību. [8]

Jānoskaidro vai personai ir ievērojamas ikdienas funkcionēšanas grūtības personiskajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās jomās. Ja grūtības pastāv, tas norāda uz depresiju.

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. [12] 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;
- Narkotiku (recepšu vai nelegālu) un alkohola lietošana;
- Personīgās stiprās puses un resursi, tostarp atbalstošas attiecības;
- Grūtības ar iepriekšējām un pašreizējām starppersonu attiecībām;
- Pašreizējais dzīvesveids (piemēram, uzturs, fiziskās aktivitātes, miegs);

*Robežpunkts ir noteikts pacientiem primārajā aprūpē

- Jebkāda nesena vai iepriekšēja stresa vai traumatisku dzīves notikumu pieredze, piemēram, atlaišana no darba, šķiršanās, sēras, trauma;
- Dzīves apstākļi, parādi, nodarbinātības situācija, vientulība un sociālā izolācija.

4. Nav nepieciešama palīdzība

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

Rekomendēta pacienta izglītošana par iespējām, kur vērsties pēc palīdzības un kā atpazīt depresijas simptomus. [13]

PHQ-9 tests izmantojams kā skrīninga instruments, tas vērtējams kontekstā ar pacienta izvērtēšanu klīniskas intervijas laikā. Pacienti ar trauksmi vai personības traucējumiem var būt augstāks punktu skaits testā, pacienti ar smagu depresiju var aizpildīt testu ar zemāku punktu skaitu.

5. Novērošana

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

Rekomendēta pacienta izglītošana par iespējām, kur vērsties pēc palīdzības un kā atpazīt depresijas simptomus. [13]

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

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 8+ tad pašlaik ir depresijas simptomi. [10] Ārsts 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) diagnostiskie kritēriji. Tā kā šobrīd aktīva ir 10. redakcija un drīzumā notiks pāreja uz 11. redakciju, 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 (rekomendēta 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
4. medikamentu izrakstīšana. Ja 4 – 8 nedēļu periodā pēc AD nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešama psihiatra konsultācija);
5. Adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju, izvērtējot pašnāvības risku;
6. Viegli/mēreni izteikti organiski (simptomātiski) depresīvi traucējumi.

Jāveic rūpīga diagnostika, lai atpazītu garastāvokļa traucējumus un novērtētu to smagumu – depresijas epizode (pirmreizēja), rekurenti depresīvi traucējumi (atkārtotas depresijas epizodes), bipolāri afektīvi traucējumi (pašreiz depresijas epizode), depresija komorbīda ar trauksmi, depresija pacientiem ar alkohola un atkarību izraisošu vielu lietošanu, depresija organisku psihisku vai somatisku slimību gadījumā, depresijas grūtniecības periodā un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām, postšizofrēniskā depresija.

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 (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. [14] 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 garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem;
- 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;

*Tālrunis darbojas algoritma atjaunināšanas brīdī

- 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.

F43.2 Adaptācijas traucējumi:

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

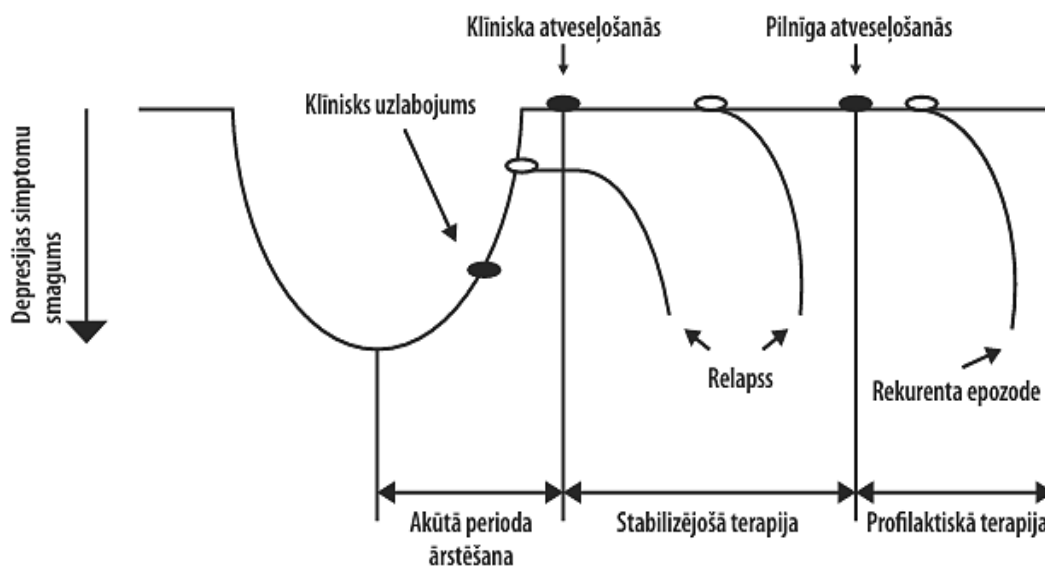
Depresijas epizode (F32, SSK-10)

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 analīzēs, nedz citos izmeklējumos. Šīs sūdzības bieži vien ir saistāmas ar somatoformiem traucējumiem (somatizācija, somatoformas sāpes). Par depresijas masku var būt arī alkohola vai citu psihoaktīvu vielu pārmērīga lietošana vai atkarība, ēšanas traucējumi, seksuāla disfunkcija. Pacienti depresijas simptomus neizjūt, priekšplānā izvirzot fiziskās sūdzības. Fizisko simptomu ārstēšana parasti nesniedz stāvokļa uzlabošanos. Pacienta sūdzības ir smagākas dienas pirmajā pusē.

Depresijas norises un ārstēšanas fāzu shēma [24]



Shēmas paskaidrojums:

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

Bipolāri afektīvi traucējumi (F31, SSK-10)

Tie raksturojas ar pacilātības, paātrinātas domāšanas un paaugstinātas kustību aktivitātes periodiem (mānijas vai hipomānijas), kas mijas ar depresijas periodiem. Depresijas klīniskā aina ir līdzīga unipolārai depresijai (F32, SSK-10), taču var būt vērojamas arī t.s. atipiskās depresijas īpatnības, piemēram, apātija, miegainība, paaugstināta ēstgriba. Depresijai bipolāri afektīvo traucējumu ietvaros ir raksturīgs agrāks sākums – visbiežāk ap 20 gadu vecumu.

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

Depresiju sekmē somatisko traucējumu fons un procesi, kas radījuši organiskas izmaiņas CNS. Depresijas attīstību sekmē gan somatiskā stāvokļa pasliktināšanās, gan sociālās funkcionēšanas

ierobežojumi slimības dēļ. Organiskai depresijai ir raksturīgi pieaugoši, subjektīvi smagi atmiņas un koncentrēšanās spējas traucējumi, ko pavada raudulīgums, trauksme, garastāvokļa labilitāte. Klīnisko ainu dara smagāku sāpju esamība un somatiskā stāvokļa pasliktināšanās. Organiskas depresijas gadījumā nereti novēro neiroloģisku simptomātiku, piemēram, jušanas traucējumus, refleksu asimetriju, parēzes, tremoru, gaitas traucējumus. Arī medikamenti var izsaukt depresijas simptomātiku, piemēram, beta blokatori, nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi, kortizols, orālie kontraceptīvie līdzekļi, antineoplastiskie līdzekļi, vairāki antibakteriālie līdzekļi, antipsihotiskie, sedatīvie un miega līdzekļi.

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).

Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 11. redakcija (SSK - 11)* [24]

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

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums

- Būtiski traucēts miegs (aizkavēta aizmigšana, biežāka pamošanās naktī vai agra pamošanās no rīta vai pārmērīgs miegs);
- Būtiskas ēstgribas izmaiņas (samazināta vai palielināta) vai ievērojamas svārstības (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.

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, psihiskus simptomus) vai nespēja to darīt pietiekami detalizēti/secīgi (piemēram, psihomotorā 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. 2

Depresijas diagnostiskie kritēriji

SSK-10	SSK-11*
Traucējumu ilgums ar dažādu intensitāti lielāko dienas daļu tiek novērots vismaz 2 nedēļas. Ja traucējumi strauji progresē un	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> .

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums

<p>simptomi ir ļoti smagi, depresijas diagnoze var tikt noteikta arī ātrāk.</p> <p>1. Traucējumus neizsauc intoksikācija ar psihoaktīvām vielām vai CNS bojājums.</p> <p>2. Depresijas pamatsimptomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla; - Pazeminātas intereses un spēja izjust prieku; - Nogurdināmība, enerģijas trūkums. <p>3. Depresijas papildu simptomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pašapsūdzības domas, neadekvāta vainas izjūta; - Pazemināts pašvērtējums; - Pašnāvības domas vai uzvedība; - Neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties; - Psihomotorās aktivitātes traucējumi; - Jebkādi miega traucējumi; - Pazemināta ēstgriba. <p>Depresijas “somatisko” jeb bioloģisko sindromu (t.s. endogēno depresiju) raksturo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pamošanās vismaz 2 stundas pirms laika; - Pazeminātas intereses un spēja izjust prieku; - Depresija ir smagāka no rīta; - Objektīvas anamnēzes dati par būtisku psihomotoru kavēšanu vai ažitāciju; - Būtiski pazemināta ēstgriba (svara zaudēšana vairāk par 5 % mēneša laikā); - Būtiska libido pavājināšanās. 	<p>Simptomu klātbūtnes vai neesamības novērtējums jāveic, ņemot vērā indivīda tipisko funkcionēšanu.</p> <p><u>Afektīvo simptomu kopa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nomākts garastāvoklis, par ko stāsta pats pacients (piemēram, nomākts, skumjš) un to ir iespējams novērot (piemēram, raudulīgs, satraukts izskats, gausums) (Piezīme: bērniem un pusaudžiem nomākts garastāvoklis var izpausties kā aizkaitināmība); - Ievērojami samazināta interese vai prieks par aktivitātēm, īpaši tām, kas indivīdam parasti šķiet patīkamas (Piezīme: tas var ietvert arī seksuālās vēlmes samazināšanos). <p><u>Kognitīvi biheiviorālo simptomu kopa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Samazināta spēja koncentrēties un noturēt uzmanību uzdevumiem vai izteikta neizlēmība; - Zems pašvērtējums vai pārmērīga un nepiemērota vainas apziņa, kas var būt acīmredzami maldinoša (Piezīme: šis punkts nav jāuzskata par esošu, ja vainas apziņa vai sevis 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 agrā pamošanās no rīta vai pārmērīgs miegs); - Būtiskas apetītes izmaiņas (samazināta vai palielināta) vai ievērojamas svārstības (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.
--	---

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, citostatiku, interferonu saturošu preparātu, kontracepcijas līdzekļu lietošana u.c.

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

Citu psihisku traucējumu izslēgšana:

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

- Konstatējot depresijas epizodi bipolāri afektīvo traucējumu ietvarā, **BŪTISKI** mainās depresijas ārstēšanas taktika – pacients steidzami jānosūta uz konsultāciju pie psihiatra ar CITO nosūtījumu.
- Somatoformus traucējumus kā diagnozi var izlikt tikai tad, ja ir izslēgtai depresijas, trauksmes un adaptācijas traucējumi. F45 pamata ārstēšanas metode ir ilgtermiņa psihodinamiskā psihoterapija.
- Jāizvērtē iespējama pārmērīga vielu lietošana (alkohols, benzodiazepīni, narkotiskās vielas). Šo vielu strauja pārtraukšana var izraisīt depresijai līdzīgu simptomātiku, kas ir saistīta ar abstinenci. Abstinence – nepatīkamu fizisku un psihisku simptomu kopums, kas parasti iestājas 24 – 48 stundu laikā pēc pēkšņas atkarību izraisošas vielas lietošanas pārtraukšanas vai tās devas būtiskas samazināšanas. Simptomu smagums un ilgums ir atkarīgs no:
 - Lietotās vielas veida;
 - Lietošanas ilguma un intensitātes;
 - Individuālajiem bioloģiskajiem un psiholoģiskajiem faktoriem.
- Depresijas gadījumā pie atkarību izraisošo vielu lietošanu pacients steidzami jānosūta uz konsultāciju pie narkologa (atkarību psihiatra)/psihiatra ar CITO nosūtījumu.
- Depresija un trauksmes kombinējas (ir komorbīdas) līdz pat 70 % gadījumā. Izvērtējot depresiju, ir jānovērtē trauksmes traucējumi un otrādi. Trauksmes smaguma izvērtēšanai var izmantot Ģeneralizētas trauksmes skalu GAD-7 (sk. pielikumu nr.3).
- Jo ilgstošāka un smagāka ir trauksme, jo lielāks ir depresijas komorbīditātes 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;
- 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 megaloblastiska anēmija;
- Folskābe – veikt, ja anamnēzē ir diagnosticēti uzsūkšanās traucējumi, ir bijuši iekaisīgi procesi zarnu traktā, nesena grūtniecība, pastiprināta alkohola lietošana, diagnosticēta megaloblastiska 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.

Attēlagnostika (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

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.5).

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, neseno zaudējumi, finansiālas grūtības, vardarbība ģimenē;
- Fiziskas slimības, kas izraisa ciešanas vai invaliditāti.

Pašnāvības riska faktori [16]

- 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: [17]

- 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; nesen 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 neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai (intoksikācija ar medikamentiem, traumas u.c.).

9. Ārstēšanās somatiskā stacionārā

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 ārstniecība

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

ĢĀ jāšūta 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;

- Grūtniecības periodā un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām (vēlama psihiatra konsultācija 2 nedēļu laikā);
- Depresija pacientiem ar dzimuma identitātes traucējumiem vai citām personām no LGBTQ+ kopienas;
- Pacienti, kuriem sāka ārstēšana ar AD, bet netiek panākta klīniska uzlabošanās 4 – 8 nedēļu laikā.

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;
- Postšizofrēniska depresija;
- Terapeitiski rezistenta vidēji smaga depresijas epizode;
- Terapeitiski rezistenta 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 rezistenta 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 rezistenta;
- Hroniska, terapeitiski rezistenta 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. [18]

Tabula nr.3

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

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. Visticamāk, šīs domas uzlabosies, mazinoties depresijas simptomiem;
- Domas par paškaitējumu vai pašnāvību ir bieži sastopamas. Ja pacientam šādas domas parādās, viņam nevajadzētu rīkoties to iespaidā, bet gan pateikt par tām kādai uzticības personai un nekavējoties vērsties pēc palīdzības.
- Depresija padodas ārstēšanai;
- Ja depresija ir vidēji smaga vai smaga, rekomendējama AD terapija un /vai ilgstoša psihoterapija, 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.

Depresijas ārstēšanas pamatprincipi

Depresīvu traucējumu ārstēšanas gaitā jānodrošina gan akūta depresīva stāvokļa terapija, gan jānodrošina arī uzturošā un profilaktiskā ārstēšana.

Rekomendējot ārstēšanas metodes, būtiski izvērtēt pacienta izpratni par depresijas cēloņiem, ārstēšanas preferences un sagaidāmo rezultātu. Ja pacients iepriekš ir saņēmis ārstēšanu, jāizvērtē, kas ir bijis palīdzošs. [12; 19]

Pie bioloģiskām metodēm pieskaitāmas psihofarmakoterapija (medikamenti ar timoleptisku, trankvilizējošu vai stimulējošu darbību), gaismas terapija, miega deprivācija, mEKT. Pie psiholoģiskām metodēm pieskaitāmi šādi medicīniskās psihoterapijas veidi – psihodinamiskā psihoterapija, kognitīvi-biheviorālā terapija (KBT).

Arvien vairāk zinātniskos pētījumos par depresijas ārstēšanu ir dati par to, ka monoterapija ar medicīnisko psihoterapiju vai AD ir vienlīdz efektīva viegla un vidēji smaga depresīva stāvokļa

ārstēšanā, savukārt smaga depresīva stāvokļa un hroniska depresīva stāvokļa ārstēšanā vislabākais terapijas efekts panākams apvienojot bioloģiskās ārstēšanas metodes ar psihoterapiju.

Pirms jebkuras ārstēšanas metodes nozīmēšanas ārsts pārrunā iespējamās dzīves/sadzīves problēmas, izglīto par miega higiēnas un aktivitāšu uzturēšanas nozīmi, sniedz informāciju par pierādījumiem balstītām dzīvesveida intervencēm, kuras veicamas paralēli ārstēšanai.

Papildu informatīvie materiāli:

Tabula nr.4

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
Kampana “Nenovērsies”	https://www.spkc.gov.lv/lv/nenoversies
Latvijas psihiatru asociācijas informatīvais portāls “Depresija.lv”	http://www.depresija.lv/

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

Ar dzīvesveidu saistītās izmaiņas, kas uzlabo psihisko veselību:

- Strukturēts dienas režīms, kas ietver regulāras maltītes, pēc iespējas stabilākus gulēt iešanas un ceļšanās laikus, regulāras fiziskas aktivitātes, miega higiēnu un veselīgu uzturu, ir būtiska daļa no depresijas ārstēšanas un recidīvu profilakses;
- Pētījumi rāda, ka regulāras kustības uzlabo garastāvokli, miega kvalitāti un kognitīvās spējas, kā arī samazina depresijas un trauksmes simptomus. Tie ir zemas vai vidējas intensitātes treniņi 30 – 40 minūtes 3 vai 4 reizes nedēļā; [20]
- Pārmērīga ekrāna laika un sēdoša dzīvesveida ietekme ir saistīta ar paaugstinātu depresijas risku; [21]
- 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; [22]
- 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. [23]

Rekomendācijas dzīvesveida intervencēm
(adaptēts pēc CANMAT Depresijas vadlīnijām, 2023) [19]

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

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 1 no simptomiem ir smagi izteikts. Pacientam ir traucēta sociālā funkcionēšana, grūtības darbā, kā arī ar grūtībām tiek galā ar ikdienas pienākumiem;
- Smagas depresijas gadījumā ir spilgti izteikti visi trīs pamatsimptomi, kā arī vismaz četri papildus simptomi. Depresijas klīnisko ainu smagāku dara izteikta trauksme vai apātija. Pacients nespēj strādāt, nespēj veikt vienkāršus ikdienas darbus;
- Smaga depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem. Klīnisko ainu papildina grēcīguma, izsīkuma, nabadzības murgu idejas, pašapsūdzības murgu idejas; ļauna, izmejoša satura dzirdes halucinācijas. Iespējams depresīvs stupors;

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

Depresijas smaguma novērtējums:

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.

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.

14. Viegla depresijas epizode, tās ārstēšana

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 psiholoģiskās intervences vai AD.

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

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

15. Vieglas depresijas terapijas uzsākšana. Psihoterapija un psiholoģiskās intervences

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

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

Digitālās intervences:

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

Psiholoģiskā konsultēšana:

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

Kognitīvi biheiviorālā terapija (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).

Psihodinamiskās terapijas raksturojums:

- Saiknes izpratne starp pašreizējām izjūtām un pagātnes pieredzi;
- Pārneses (transference) analīze: terapeits pēta, kā pacients izjūtas pret citiem cilvēkiem parādās attiecībās ar viņu;
- Pretestības analīze: terapeits palīdz pacientam apzināties, kā viņš izvairās no saskares ar sāpīgām emocijām;
- Emociju identificēšana, izprašana, izteikšana un izturēšana (piemēram, dusmas, vainas izjūta, skumjas);

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

- Attiecību modeļu apzināšana: tiek pētīts, kā pacients atkārti destruktīvus attiecību modeļus, kas uztur vientulību vai vainas izjūtu.

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

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

16. Vieglas depresijas farmakoterapija

- Nenozīmēt AD pacientiem ar atsevišķiem depresijas simptomiem;
- Izvērtēt AD nozīmēšanas nepieciešamību pie vieglas depresijas, jo iespējamais blakusparādību risks var būt lielāks kā iespējamais ieguvums no terapijas;
- Vieglas depresijas pacientam AD nozīmējami, ja anamnēzē ir vidēji smagas vai smagas depresija, ja atsevišķi depresijas simptomi (subklīniska depresija) ir ilgāki par 2 gadiem (distīmija), kā arī ja subklīniska vai viegla depresijas simptomātika saglabājas pēc cita veida ārstēšanas.

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

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

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

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

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

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

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

Tabula nr. 6

Antidepressantu receptoru profils, minimālās un efektīvās devas

*Latvijā uz algoritma atjaunināšanas brīdi nav reģistrēts

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

Antidepresanti	Darbības mehānisms	Minimālā deva	Efektīvās devas
Tricikliskie antidepresanti (Amitriptilīns/Nortriptilīns/Klomipramīns)	Dažāda receptoru piesaiste	75 – 125 mg; 150 mg	75 – 300 mg; 75 – 250 mg
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, 5HT ₂ antagonists	25 mg	25 – 50 mg
Bupropions	Selektīvs dopamīna un noradrenālīna receptoru atpakaļsaistes inhibitors	150 mg	150 – 450 mg
Duloksetīns	Selektīvs noradrenālīna un serotonīna atpakaļsaistes inhibitors	60 mg	60 – 120 mg
Venlafaksīns		75 mg	75 – 225 mg
Mirtazapīns	α 2 receptoru antagonists, 5HT ₂ receptoru antagonists	30 mg	30 – 60 mg
Moklobemīds*	Atgriezeniskas darbības MAO-I	300 mg	150 – 450 mg
Reboksetīns*	Noradrenālīna atpakaļsaistes inhibitors	8 mg	8 – 12 mg
Trazodons	Serotonīna atpakaļsaistes inhibitors, 5HT ₂ receptoru antagonists	150 mg	150 – 400 mg
Vortioksetīns	Serotonīna atpakaļsaistes inhibitors, 5HT _{1A} , 1B receptoru agonists; 5HT _{1D} ; 3A; 7 receptoru antagonists	10 mg	10 – 20 mg

*Latvijā uz algoritma atjaunināšanas brīdi nav reģistrēts

Antidepresantu blakusparādību risks procentos

(Adaptēts pēc CANMAT Depresijas vadlīnijām, 2023) [25]

Antidepresanti	Nelabums	Vemšana	Aizcietējumi	Caureja	Sausa mute	Galvassāpes	Reibonis	Miegainība	Nervozitāte	Trauksme	Ažītācija	Bezmiegs	Vājums	Svišana	Astēnija	Tremors	Apetītes pazemināšanās	Apetītes palielināšanās
Citaloprāms	21	4	–	8	19	–	–	17	4	3	2	–	5	11	–	8	4	–
Escitaloprāms	15	–	4	8	7	2	6	4	2	2	–	8	5	3	–	2	2	2
Fluoksetīns	21	–	–	–	10	–	–	13	14	12	–	16	–	8	9	10	11	–
Fluvoksamīns	–	–	18	6	26	22	15	26	2	2	16	14	–	11	5	11	15	–
Paroksetīns	26	2	14	12	18	18	13	23	5	5	2	13	–	11	15	8	6	1
Sertralīns	25	4	8	18	16	20	12	13	3	3	6	16	11	8	–	11	3	1
Agomelatīns	<9	<9	<9	<9	–	10	<9	<9	–	<9	1	<9	<9	1	–	–	1	<9
Bupropions	11	–	>10	4	>10	>10	7	3	5	5	–	10	–	2	2	3	–	–
Duloksetīns	20	5	11	8	15	–	9	7	–	3	–	11	8	6	–	3	8	–
Venlafaksīns XR	31	4	8	8	12	26	20	17	10	2	3	17	–	14	8	5	8	–
Mirtazapīns	–	–	13	–	25	–	7	–	–	–	–	–	–	–	8	2	–	17
Milnaciprāns*	37	7	16	–	5	18	10	–	–	4	–	12	–	9	–	2	2	–
Vortiooksetīns	23	4	4	5	6	–	5	3	–	–	–	3	3	2	–	–	1	–

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 PT, 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 PT veidi:

1. KBT (16 – 20 vizītes; t.sk. biheiviorālā terapija, apzinātībā balstītā KBT, pieņemšanas un apņemšanās terapija (ACT))*;

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

2. Īstermiņa psihodinamiskā terapija (līdz 28 vizītēm vai ilgāk, ja ir indikācijas)*.

KBT nozīmīgākās metodes:

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

Psihodinamiskās terapijas galvenās metodes:

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

Ja psiholoģisko intervenču procesā progress ir nepietiekams, vispirms tiek izvērtēti cēloņi (papildus faktori, kas ietekmē psihisko stāvokli; līdzestības un motivācijas grūtības), pārrunā terapijas plānu un turpina psihoterapiju vai maina PI veidu, 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 psihoterapiju un psihiatrisko rehabilitāciju dienas stacionārā ar multiprofesionālu speciālistu komandu. Ieteicamie PT/PI virzieni – KBT vai atbalsta terapija.

PI ambulatorajos dienestos un psihiatrijas dienas stacionāros tiek īstenotas multiprofesionālās komandas sastāvā psihiatra vadībā. Komandā darbojas klīniskais un veselības psihologs, mākslas terapeits, ergoterapeits, fizioterapeits, sociālais darbinieks, uztura speciālists un māsa. Katrs speciālists, balstoties uz savas jomas kompetenci, veicina pacienta psihiskās veselības uzlabošanu, funkcionālo spēju atjaunošanu un adaptācijas prasmju stiprināšanu, nodrošinot uz pacientu vērstu ārstēšanas pieeju. Svarīga komandas darba daļa ir pacienta izglītošana par dzīvesveida intervencēm

– fiziskajām aktivitātēm, miega higiēnu, uzturu, stresa mazināšanu un sociālo iesaisti, kas veicina terapijas efektivitāti un dzīves kvalitāti.

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

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

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

Ja pirmās izvēles AD ir neefektīvs, jāizvēlas cits AD ar atšķirīgu darbības mehānismu, t. sk. cits TCA (Amitiptilīns, Nortriptilīns, Imipramīns), Trazodons, Reboksetīns, Vortiooksetīns, Agomelatīns.

Ja pirmās izvēles AD lietošanas laikā novēro būtiskas, pacientam traucējošas blakusparādības, 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.

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

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

Psihiatrs, ĢĀ un psihoterapeits var rekomendēt farmakoterapijas un PT/PI kombinēšanu.

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 (KBT, psihodinamiskā terapija (līdz 28 vizītēm vai ilgāk, ja ir nepieciešams))* . Ārstēšana var tikt organizēta ambulatori, psihiatrijas dienas stacionāros, atvērta tipa psihiatrijas nodaļās vai (retāk) slēgta tipa psihiatrijas stacionārajās nodaļās.

21. Smaga nepsihotiska/psihotiska depresija

Nepsihotiska – viegla, vidēji smagas depresijas epizode un smaga depresija bez psihotiskiem simptomiem (32.0 – F32.2). Psihotiska – smaga depresijas epizode, bet ir arī halucinācijas, murgi un tik smaga psihomotoriska kavēšana vai stupors, kas padara neiespējamu parasto ikdienas pienākumu veikšanu (F32.3, F33.3).

Psihiatru kompetencē. Pacientam var tikt izrakstīti valsts kompensēti medikamenti. Psihiatrs var rekomendēt farmakoterapijas un PI/PT kombinēšanu – KBT, vai psihodinamisko psihoterapiju (vismaz 30 – 40 sesijas*).

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

Saskaņā ar LPA “Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas” [24], kombinēt 2 AD ar atšķirīgu darbības mehānismu. Piemēram, SSAI + Mirtazapīns.

Kombinēt AD ar kādu no atipiskajiem antipsihotīkiem (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.

KBT metodes smagas depresijas gadījumos:

- 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;

*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

- Psihotisku simptomu gadījumos papildus: līdzestības veicināšana medikamentozajai terapijai un iejūtīga realitātes pārbaudīšana.

Atbalsta terapijas galvenās metodes:

- 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 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), psihoterapiju 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. Pārsvarā pielieto dienas gaismas lampas (rekomendē ar ierīgtu 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. Rekomendējamais seansa ilgums >2 stundas dienā. Gaismas iedarbība notiek caur acīm, nevis ādu. Seansu skaits 10 – 14 viena kursa laikā. Biežākās blakusparādības ir acu asarošana, vieglas galvassāpes, miega traucējumi, hipomānija; [24]
- *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. Citas depresijas un depresija speciālās populācijās

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

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

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

- Bērni un pusaudži;
- Seniori un somatiski slimie;
- Sievietes perinatālā periodā;
- Depresija cilvēkiem ar autiskā spektra traucējumiem.

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

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

■ Psihiatra konsultācija ieteicama ne retāk kā reizi pusgadā.

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

Jāturpina farmakoterapija ar AD tādā pašā AD devā nākamo 4 – 6 mēnešus. Vizītes reizi mēnesī.

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).

25. 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.

26. 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 somatiskās 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).

27. Augsts atkārtota paasinājuma, atkārtotas depresijas epizodes 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 psihoterapija (KBT, psihodinamiskā terapija, ja paasinājums noticis uz AD terapijas fona, vai neskatoties uz AD ārstēšanu pastāv reziduāli simptomi).

Augsts atkārtota paasinājuma risks:

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

Pacientu ambulatoro ārstēšanu var nodrošināt 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).

28. Terapeitiski rezistentas depresija

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

29. Darba nespējas lapa

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

Atsauces

1. European Commission, 2023. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health (COM(2023) 298 final). Pieejams: https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf.
2. UNICEF. 2021. The State of the World's Children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health – Regional brief: Europe. United Nations Children's Fund. Pieejams: <https://www.unicef.org/media/108121/file/SOWC-2021-Europe-regional-brief.pdf>.
3. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Depression And Anxiety. 2010;27(4):351-64. web 10.1002/da.20634.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). Mental Health Promotion and Prevention: Best practices in public health. Pieejams: https://www.oecd.org/en/publications/mental-health-promotion-and-prevention_88bbe914-en.html.
5. Vrubļevska, J. (2018). Depresijas izplatība un depresiju ietekmējošie faktori Latvijas pieaugušo iedzīvotāju vidū: iedzīvotāju aptaujas dati. Promocijas darbs. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte. Pieejams: https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/18-246-Jelena_Vrublevska_promocijas_darbs_rev.pdf.
6. Vinogradova, V. V. (2023). Depresijas un ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu izplatība un dzimuma specifiskie asociētie faktori Latvijas vispārējā pieaugušo iedzīvotāju populācijā. RSU. Pieejams: https://science.rsu.lv/ws/portalfiles/portal/77112604/Depresijas_un_eneraliz_tas_trauksmes.pdf.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.

11. Mario Maj , Dan J. Stein , Gordon Parker , Mark Zimmerman, Giovanni A. Fava, Marc De Hert, Koen Demyttenaere , Roger S. McIntyre, Thomas Widiger, Hans-Ulrich Wittchen. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 19:3 - October 2020.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022. Depression in adults: Treatment and management. Pieejams: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>.
13. Bauer M, Severus E, Moller HJ, Young AH. Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017;21(3):166-76. web 10.1080/13651501.2017.1306082.
14. WHO. Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada izdevums “International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision, Fifth edition. 2016. Pieejams: https://ssk10.spkc.gov.lv/rsc/SSK_1_ievads_20190507.pdf.
15. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Pieejams: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>.
16. Risk and Protective Factors for Suicide | Suicide Prevention. (2024, April 25). CDC. Pieejams: <https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/index.html>.
17. 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.
18. Ārstniecības likums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>.
19. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. Pieejams: https://www.canmat.org/sdm_downloads/canadian-network-for-mood-and-anxiety-treatments-canmat-2023-update-on-clinical-guidelines-for-management-of-major-depressive-disorder-in-adults/.
20. 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.
21. 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.
22. 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.smr.2021.101556. Epub 2021 Sep 23. PMID: 34607184; PMCID: PMC8651630.

23. 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.
24. Elmārs Tērauds ER, Raisa Andrēziņa, Biruta Kupča, Gunta Ancāne, Iveta Ķiece, Ņikita Bezborodovs. Latvijas psihiatru asociācija. Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. 3.izdevums. 2015.
25. Tērauds, E., Sīle, L. (2024). Praktiskā psihofarmakoterapija. Rekomendācijas psihiatriem, psihiatrijas rezidentiem 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. Interēšu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospīestība 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? <i>(Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindiņā)</i>	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3
3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	0	1	2	3
4. Nogurums vai enerģijas trūkums	0	1	2	3
5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0	1	2	3
6. Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievīlis/-usi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0	1	2	3
8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0	1	2	3
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0	1	2	3
Vērtējumu skaits				
Summa				
Ja Jūs uz kādu no 9 apgalvojumiem atbildējāt apstiprinoši, novērtējiet, cik lielas grūtības Jums radīja darbs, nodarbošanās ar sadzīves lietām vai saskarsme ar cilvēkiem				
Nebija grūti (1)	Nedaudz grūti (2)	Ļoti grūti (3)	Ārkārtīgi grūti (4)	

Skalas vērtības:

- 1 – 4 punkti (subklīniska depresija);
- 5 – 9 punkti (viegla depresija);
- 10 – 14 punkti (vidēji izteikta depresija);
- 15 – 19 punkti (vidēji smaga depresija);
- 20 – 27 punkti (smagi izteikta depresija).

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

Pirms cik ilga laika bija pašnāvības domu sliktākais punkts?

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

Mērens risks

Vidēji augsts risks

Ļoti augsts risks

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 kļuvāt 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, jānudina 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 4 – grūtības uzsākt vienkāršus darbus, tie tiek veikti ar piepūli 6 – apātija, bez palīdzības neko nevar uzsākt
8. Nespēja just (interesu zudums par apkārtni un pasauli, kas agrāk sagādāja prieku. Samazināta	0 – normāla interese par apkārtni un cilvēkiem 2 – samazināta spēja baudīt vaļasprieku, apzemināta spēja izjust dusmas

spēja adekvāti reaģēt uz apkārtējo vidi un cilvēkiem).	4 – nav intereses par apkārtējo pasauli, vienaldzība pret draugiem un paziņām 6 – sajūta, ka emocijas ir paralizētas, neizjūt ne dusmas, ne prieku, ne bēdas. Sāpīga nespēja just līdzti tuviniekiem
9. Pesimistiskas domas (vainas apziņa, mazvērtības vai grēcīguma sajūta, nožēlas un bojāejas idejas).	0 – pesimistisku domu nav 2 – epizodiski domas par neveiksmēm, pašapsūdzības un pašpārmētuma idejas 4 – pastāvīgas pašapvainošanās idejas vai konkrētas grēcīgas idejas 6 – bojāejas murgi, nožēlas un nelabojama grēka idejas
10. Pašnāvības domas (nav vērts dzīvot, nāve kā risinājums, pašnāvības domas un plāns). Suicīda mēģinājums nevar ietekmēt vērtējumu.	0 – spēj baudīt dzīvi 2 – noguris no dzīves, reizēm pašnāvības domas 4 – labāk justos miris, suicīds dotu atrisinājumu, konkrēta plāna nav 6 – skaidri izteikts pašnāvības plāns, aktīva gatavošanās

0 – 6: normās/bez simptomiem

7 – 19: viegla depresija

20 – 34: vidēji smaga depresija

35 – 60: smaga depresija