

## Klīniskais algoritms

### Terapeitiski rezistentas depresijas atpazīšana, vadīšana un ārstēšana

Atjaunots (2025): psihiatre, docente Ļubova Renemane, psihiatrs Elmārs Tērauds, psihiatre dr. med. Liene Sīle, psihiatre asoc. prof. Jeļena Vrubļevska, psihiatrs prof.

Māris Taube, psihiatre Marta Gēbele, 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 Nikita 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 .....	7
Klīniskā algoritma lietotāji .....	7
Algoritma shēma.....	8
Rekomendācijas .....	9
1. Depresija ar nepilnu atbildes reakcijas uz ārstēšanu.....	9
2. Precizē diagnozi .....	10
3. Pašnāvības riska novērtēšana.....	15
4. Koriģē diagnozi un atbilstoši ārstē.....	16
5. Vai pacients saņēmis adekvātas devas un ilguma terapiju?.....	16
6. Vai pacients ir līdzestīgs terapijai? Vai blakusparādības neietekmē ārstēšanu? 18	
7. Meklēt iespējamus organiskos smadzeņu bojājuma cēloņus, izslēgt blakus slimības/stresorus .....	18
8. Terapeitiski rezidenta depresija.....	19
9. Antidepresantu kombinācijas.....	22
10. Antidepresantu kombinācija ar antipsihotiskajiem līdzekļiem .....	22
11. Augmentācija ar garastāvokļa stabilizatoriem .....	22
12. Augmentācija ar glutamāta modulatoriem .....	22
13. Augmentācija ar citu grupu līdzekļiem .....	22
14. Neinvazīvās neirostimulācijas metodes – TKMS, mEKT .....	24
15. Kombinācija ar psiholoģiskajām intervencēm .....	25
16. Uzturošā terapija .....	26

17. Profilaktiskā terapija .....	26
Atsauces .....	27
Pielikumi .....	31
Montgomerija-Asberga depresijas skala (MADRS) .....	31
Hamiltona depresijas vērtēšanas skala (HAMD – 17) .....	33
Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9) .....	36

## 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
- PL – pierādījumu līmenis
- 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
- TRD – terapeitiski rezistenta depresija

## Ievads

Terapeitiski rezistenta depresija (TRD) ir viena no klīniski smagākajām depresijas formām, kurai raksturīga nepietiekama atbildes reakcija uz vismaz divu dažādu grupu antidepresantu terapijas kursiem maksimāli panesamās devās ar minimālo ilgumu 6 nedēļas, un kas būtiski pasliktina pacienta dzīves kvalitāti un funkcionēšanu [28]. Tās izplatība pacientiem ar depresīviem traucējumiem sasniedz aptuveni 20 – 30 %, un tā ir saistīta ar paaugstinātu suicidālo risku, kognitīvo traucējumu attīstību un sociālās funkcionēšanas pasliktināšanos. [1; 2]

TDR ārstēšana ievērojami palielina depresijas kopējās izmaksas. [3] Pārskatot 22 pētījumus, kas publicēti laika posmā no 2019. līdz 2024. gadam, tika konstatēts, ka pacientiem ar TDR vidējās ikgadējās tiešās veselības aprūpes izmaksas uz vienu pacientu svārstās no 3 190 līdz 40 040 ASV dolāriem, savukārt netiešās izmaksas (piemēram, darba nespēja un produktivitātes zudums) – no 4 199 līdz 6 342 ASV dolāriem gadā. [4] Šo izmaksu pieaugumu galvenokārt nosaka smagāka depresijas simptomātika, komorbiditāšu klātbūtne, pacientu vecums un biežāka veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana, īpaši ambulatorās un psihiatra vizītes. ASV 12 mēnešu periodā medikamentozī ārstētas depresijas kopējās izmaksas sasniedz 92,7 miljardus ASV dolāru, no kuriem 43,8 miljardi (47,2 %) saistīti ar TDR. Tā skar aptuveni 30,9 % ārstēto pacientu, un tās izplatība ir 12 – 20 % pieaugušo ar depresiju. Ikgadējās sociālās izmaksas TDR dēļ var sasniegt 20 – 35 miljardus ASV dolāru, palielinot kopējo depresijas ekonomisko slogu līdz 190 – 210 miljardiem ASV dolāru. [5]

Pēdējo 20 gadu laikā ir bijuši vairāki mēģinājumi precizēt un pilnveidot terapeitiskās rezistences jēdzienu, un joprojām turpinās diskusijas par optimālāko veidu, kā noteikt ārstēšanas rezistences pakāpi. Agrīnā terapeitiskas rezistences definīcijā iekļāva gan mēģinājumu skaitu, gan ārstēšanas hierarhiju; piemēram, triciklisko antidepresantu ārstēšanas neveiksme (III fāzes rezistence) zemākā līmenī nekā neveiksme ar monoamīnoksidāzes inhibitoriem (IV fāzes rezistence). Lai gan pierādījumi apstiprina šā modeļa pirmo daļu (ārstēšanas neveiksmju absolūtais skaits), jo remisijas rādītāji strauji samazinās pēc pirmajiem diviem ārstēšanas mēģinājumiem (no aptuveni 30% līdz mazāk nekā 15 %). [6] Tomēr ir maz pārliecinošu datu, kas apliecinātu kāda konkrēta medikamenta vai zāļu grupas pārākumu (piemēram, triciklisko antidepresantu salīdzinājumā ar Venlafaksīnu), tādēļ hierarhiskā pieeja ārstēšanas rezistences novērtēšanā ir apstrīdēta. [7]

Jaunākie modeļi, piemēram, Masačūsetsas vispārējā slimnīcas modelis [6] un *Maudsley* stadijas metode [8; 9] ir mēģinājuši izvairīties no idejas par antidepresantu hierarhiju, bet noteikt antidepresantu terapijas devu un ilgumu, ko var uzskatīt par atbilstošu; un ņemt vērā kombinācijas un augmentācijas stratēģiju neveiksmes (papildus pētījumiem par atsevišķiem antidepresantiem). Sistemātiski pārskatot visas šīs pieejas, tika konstatēts, ka *Maudsley* stadiju metodei bija vislabākā prognozēšanas lietderība rezistences novērtēšanā. [6; 9] Tomēr visas šīs stadiju metodes joprojām ir ierobežotas, koncentrējoties uz to, lai novērtētu rezistenci pret bioloģiskajām procedūrām pašreizējā epizodē. Nesenie klīniskie pētījumi [10; 11; 12] liecina, ka dažiem psihoterapijas veidiem var būt svarīga loma terapeitiskās rezistences pārvarēšanā, īpaši kombinācijā ar farmakoterapiju. Turpmāk izskaidrojot šo lomu, jo īpaši ārstēšanas neveiksmes vēlākos posmos, var palīdzēt izstrādāt pilnīgākus ārstēšanas rezistences modeļus un turpmākās remisijas iespējamību.

Līdztekus centieniem skaidrāk definēt terapeitisko rezistenci ir vairāk atzīta tā sauktā “pseudorezistence”, kad novērotais ārstēšanas efekta trūkums patiesībā nav saistīts ar bioloģisku rezistenci pret antidepresantiem, bet gan ar citiem faktoriem. Visbiežāk tie ir saistīti ar, nepareizu diagnozi (piemēram, bipolāru depresiju, trauksmes vai personības traucējumiem, kā arī depresiju somatisku slimību gadījumā) vai nepietiekamu ārstēšanu (piemēram, nepietiekamas devas vai ilguma dēļ). Pseudorezistenci var veicināt arī farmakokinētiskie un farmakodinamiskie faktori, piemēram, medikamentu mijiedarbība vai vielmaiņas īpatnības, kā arī neatrisināti psihosociāli stresa faktori. [13; 14] Izpratne par šo “pseudorezistences” problēmu (un izvairoties no apzīmēšanas, ka indivīds ir patiesi rezistents pret ārstēšanu), lai uzlabotu ārstēšanas rezultātus, arī turpmāk vajadzētu būt nozīmīgai problēmai ikdienas klīniskajā praksē.

Īsta terapeitiska rezistence ir saistīta ar vairākiem demogrāfiskiem un slimību raksturlielumiem, tostarp: dzīvot vienam; zemāki ienākumi; bezdarbs; vīriešu dzimums; zemāka izglītība; augstāka sarežģītība ar saistītu fizisku vai psihisku traucējumu; un ilgāka, smagāka pašreizējā epizode. [15] Ir novērtētas vairākas pieejas rezistentas depresijas pārvarēšanai, ieskaitot farmakoloģiju, neirostimulāciju un psihoterapiju. Farmakoloģiskā nākamā posma opcijas ietver: pāreju no antidepresantu klases (piemēram, dažādiem SSRI); pāreja starp dažādām antidepresantu klasēm (piemēram, no SSRI uz SNRI); apvienojot dažādus antidepresantus (piemēram, SSRI un Mirtazapīnu); vai antidepresanta augmentācija pievienojot tam citas farmakoloģiskās grupas vai darbības mehānisma līdzekli, kas pats par sevi nav antidepresants (piemēram, litijs), bet darbojas sinerģiski, pastiprinot antidepresanta iedarbību. Ņemot vērā to, ka neviena antidepresantu klase nav pierādījusi skaidru pārkāpumu, terapeitiskais ieguvums, kas novērojams, mainot medikamentus pacientiem ar TRD, var daļēji būt saistīts ar farmakogenomiskām atšķirībām – ģenētiskiem faktoriem, kas ietekmē individuālo reakciju uz zālēm. Gēnu variācijas, piemēram, CYP2D6, CYP2C19, SLC6A4 un BDNF, var ietekmēt medikamentu metabolismu, efektivitāti un panesamību. [16; 17; 18]

Depresijas skrīningam gan vispārējā populācijā, gan primārajā un sekundārajā līmenī visā pasaulē plaši tiek pielietots Pacienta veselības aptauja – depresijas tests. Tam ir atrasti optimālie robežvērtējumi dažādās pacientu populācijās. [14] Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE 2014 – 2017 ietvaros pētnieku grupa Latvijā arī ir validējusi šo pasaulē vienu no atzītākajiem un plašāk pielietotajiem pašnovērtējuma skrīninga instrumentiem PHQ-9 un tā saīsināto versiju (PHQ-2). [19]

Depresijas smaguma un terapijas efektivitātes izvērtēšanai klīnicista novērtējumā tiek rekomendētas Montgomerija-Asberga depresijas skala (MADRS) (*Montgomery – Åsberg Depression Rating Scale*) un Hamiltona depresijas skala (HAMD) (*Hamilton Depression Rating Scale*). Abas šīs skalas tiek rekomendētas starptautiskajās vadlīnijās kā galvenie instrumenti ārstēšanas atbildes un remisijas definēšanai (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), American Psychological Association (APA), World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)*).

Ārstēšanas atbildes reakcija (*treatment response*) tiek definēta kā vismaz 50 % simptomu samazinājums pēc HAMD, MADRS vai PHQ-9, daļēja atbilde (*partial response*) – 25 – 49 % samazinājums, bez efekta (*nonresponse*) – mazāk nekā 25%

samazinājums, savukārt remisija tiek noteikta pēc noteiktiem robežpunktiem: HAM-D  $\leq 7$ , MADRS  $\leq 10$  un PHQ-9  $< 8$ . [20; 21; 22]

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

## **Mērķis un uzdevumi**

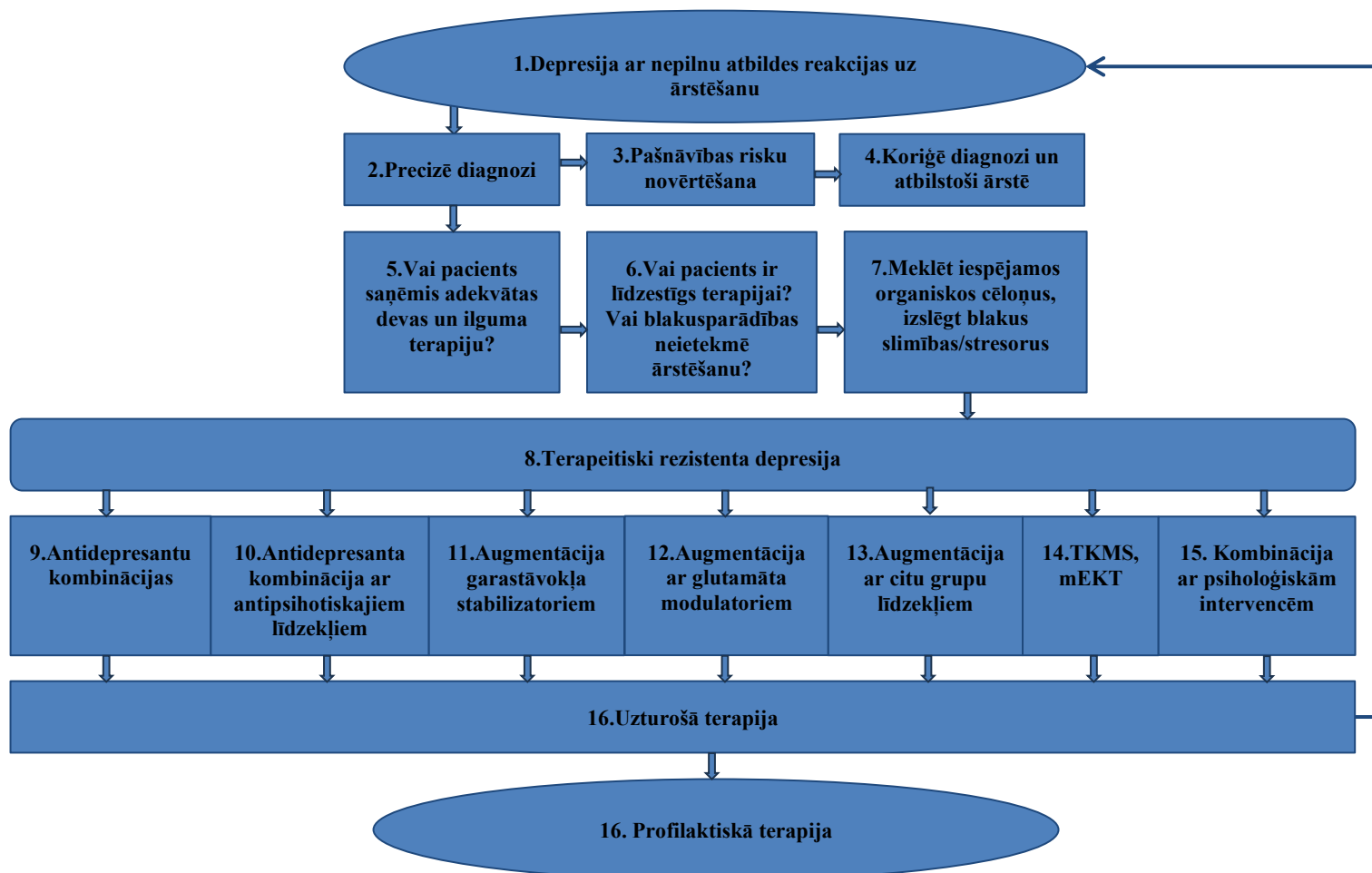
Organizēt pacienta ar terapeitiski rezistentu depresiju mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu sadarbību starp psihiatriem, psihoterapeitiem, ģimenes ārstiem un citiem profesionāļiem, lai veicinātu savlaicīgu terapeitiski rezistentu depresijas atpazīšanu un pareizu ārstēšanas taktiskas izvēli.

1. Uzlabot terapeitiski rezistentu depresiju atpazīšanu;
2. Sekmēt precīzāku terapeitiski rezistentu depresiju diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku pacienta virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp psihiatriem 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. Psihoterapeiti;
4. Klīniskie un veselības psihologi, psihoterapijas speciālisti;
5. ĢĀ;
6. Māsas un ārstu palīgi.

## Algoritma shēma



## Rekomendācijas

Sākotnējo TDR pacienta novērtējumu psihiatrs veic ambulatori, dienas stacionārā vai stacionārā, atkarībā no TRD smaguma un komorbiditātēm.

### 1. Depresija ar nepilnu atbildes reakcijas uz ārstēšanu

Par nepietiekamu atbildi uz ārstēšanu uzskata situāciju, kad pēc atbilstošas antidepresanta devas lietošanas un pietiekama ilguma nav sasniegta klīniski nozīmīga simptomu mazināšanās.

Ārstēšanas rezultātā 6 nedēļu laikā depresijas smagums izmaiņas ir mazākas par 50 % no sākotnējā novērtējuma pēc skalām. Uzlabojumu parasti novērtē ar standartizētām skalām MADRS, HAMD vai pacienta pašvērtējuma instrumentiem, piemēram, PHQ-9. Taču PHQ-9 nav pietiekami jutīgs instruments terapeitiskās rezistences izvērtēšanai, īpaši pacientiem ar smagu vai hronisku depresijas gaitu.

Depresija ar nepilnīgu atbildes reakciju uz ārstēšanu tiek iedalīta divās kategorijās:

1. Daļēja atbildes reakcija – novērojams uzlabojums  $\geq 25$  – 49 % no sākotnējā depresijas smaguma novērtējuma pēc standartizētām skalām (piemēram, MADRS, HAMD).
2. Bez efekta – uzlabojums ir  $< 25$  % no sākotnējā depresijas smaguma novērtējuma pēc standartizētām skalām (piemēram, MADRS, HAMD).

#### Depresijas smaguma novērtējums:

MADRS, 10 jautājumi (sk. pielikumā nr.1):

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

HAMD, 17 jautājumu versija (sk. pielikumā nr. 2):

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

PHQ-9, Depresijas smaguma novērtējums (sk. pielikumā nr. 3):

- 0 – 4 – nav;
- 5 – 9 – viegla depresija;
- 10 – 14 – vidēja depresija;
- 15 – 19 – vidēji smaga depresija;
- 20 – 27 – smaga depresija.

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.

## **2. Precizē diagnozi**

Jāveic rūpīga diagnostika, lai atpazītu terapeitiski rezistentu (rekurentas) depresijas epizodi un novērtētu tās smagumu, īpaša uzmanība jāpievērš diferenciālai diagnozei ar bipolāri afektīviem traucējumiem, kā arī komorbīdiem traucējumiem – depresija komorbīda ar trauksmi, depresijas atkarību izraisošu vielu lietošanas, demences, personības traucējumi, depresija organisku psihisku vai somatisku slimību gadījumā.

Diemžēl šobrīd nav iespējams SSK-10 kodēt terapeitiski rezistentu depresiju ar īpašu kodu, tomēr to vajadzētu rakstīt diagnozes formulējumā.

Depresija SSK-10 slimību klasifikatorā tiek ietverta vairākos diagnostiskos blokos, jo tai ir vairāki nozoloģiski varianti. [14] Izšķir tā saucamo endogēno, organisko un neirotikisko depresiju. Depresija tiek ietverta dažādās SSK-10 diagnostiskās kategorijās atbilstoši depresijas definīcijai un tās nozoloģiskam variantam. Tās klasifikācija ir šāda:

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

- F31.3 Pašreizējā epizode viegla vai vidēji smaga depresija;
- F31.4 Pašreizējā epizode smaga depresija bez psihotiskiem simptomiem;
- F31.5 Pašreizējā epizode smaga depresija ar psihotiskiem simptomiem;
- F31.8 Maskētas depresijas epizode BAT ietvaros.

### **F32 Depresijas epizode:**

- F32.0 Viegla depresijas epizode (ar/bez somatiskā sindroma);
- F32.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiskā sindroma);
- F32.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem;
- F32.3 Smaga epizode ar garstāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem;
- F32.8 Cita depresijas epizode (Maskēta depresija).

### **F33 Rekurenti depresīvi traucējumi:**

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

### **F34.1 Distīmija**

### **F06.32 Organiski afektīvi traucējumi, depresīvs tips.**

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

#### *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 ietilgt līdz pat 12 mēnešiem vai ilgāk. Jau 2 mēnešus pēc psihotraumējošas situācijas, ja saglabājas depresīvs stāvoklis, var tikt diagnosticēta depresijas epizode (F32).

#### *Izvērtēt citus depresijas iemeslus:*

- Somatiskas slimības – anēmija, malnutrīcija, hipotireoidisms, hroniskas somatiskas slimības, atkarību izraisošu vielu lietošana u.c. Skatīt algoritmu “Depresija gados vecākiem pieaugušajiem un hroniski somatiski slimiem pacientiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe”;
- Medikamentu blakusparādības – steroīdu, citostatiķu, interferonu saturošu preparātu lietošana u.c. Konstatējot tos, uzsākt atbilstošas somatiskas slimības ārstēšanu vai medikamentozās terapijas korekciju. Ja pēc tā visa depresīvā simptomātika saglabājas, turpināt depresijas izvērtēšanu pēc algoritma;
- Noskaidrot, vai pēdējo 6 mēnešu laikā nav bijis būtisks zaudējums (sēras)? Novērtēt suicidālo risku, sniegt krīzes vai citu psiholoģisko/psihoterapietisko palīdzību. Ja personai ir bijusi depresija anamnēzē, depresijas risks ir paaugstināts.

#### **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 patients (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

---

\*Algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums

- Samazināta spēja koncentrēties un noturēt uzmanību uzdevumiem vai izteikta neizlēmība;
- Zems pašvērtējums vai pārmērīga un nepiemērota vainas apziņa, kas var būt acīmredzami maldinoša (Piezīme: šis punkts nav jāuzskata par esošu, ja vainas apziņa vai sevis pārmetumi ir tikai par depresiju);
- Bezcerības izjūta par nākotni;
- Atkārtotas domas par nāvi (ne tikai bailes no nāves), atkārtotas domas par pašnāvību (ar vai bez konkrēta plāna) vai pierādījumi par pašnāvības mēģinājumu.

#### Neiro-veģetatīvo simptomu kopa

- Būtiski traucēts miegs (aizkavēta aizmigšana, biežāka pamošanās naktī vai agra pamošanās no rīta vai pārmērīgs miegs);
- Būtiskas ēstgribas izmaiņas (samazināta vai palielināta) vai ievērojamas svara izmaiņas (pieaugums vai zudums);
- Psihomotors uzbudinājums vai gausums (ko var novērot citi, ne tikai subjektīvas nemiera vai palēninājuma izjūtas);
- Samazināta enerģija, nogurums vai izteikts nogurums pēc minimālas piepūles.

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, psihomatora uzbudinājuma vai psihiskās attīstības traucējumu dēļ). Šādos gadījumos ārsta novērojumi vai anamnēze, kas ievākta no līdzcilvēkiem, ir svarīga, nosakot epizodes diagnostisko statusu un smagumu.

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

*Tabula nr.1*

### **Depresijas diagnostiskie kritēriji**

SSK-10	SSK-11*
<p>Traucējumu ilgums ar dažādu intensitāti lielāko dienas daļu tiek novērots vismaz 2 nedēļas. Ja traucējumi strauji progresē un simptomi ir ļoti smagi, depresijas diagnoze var tikt noteikta arī ātrāk.</p> <p>1. Traucējumus neizsauc intoksikācija ar psihoaktīvām vielām vai CNS bojājums.</p> <p>2. Depresijas pamatsimptomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla;</li> <li>– Pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;</li> <li>– Nogurdināmība, enerģijas trūkums.</li> </ul> <p>3. Depresijas papildu simptomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pašapsūdzības domas, neadekvāta vainas izjūta;</li> <li>– Pazemināts pašvērtējums;</li> <li>– Pašnāvības domas vai uzvedība;</li> <li>– Neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties;</li> <li>– Psihomotorās aktivitātes traucējumi;</li> <li>– Jebkādi miega traucējumi;</li> <li>– Pazemināta ēstgriba.</li> </ul> <p>Depresijas “somatisko” jeb bioloģisko sindromu (t.s. endogēno depresiju) raksturo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pamošanās vismaz 2 stundas pirms laika;</li> <li>– Pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;</li> <li>– Depresija ir smagāka no rīta;</li> <li>– Objektīvas anamnēzes dati par būtisku psihomotoru kavēšanu vai ažitāciju;</li> </ul>	<p>Diagnozei nepieciešama <u>vienlaicīga vismaz piecu</u> no tālāk minētajiem raksturīgajiem simptomiem, kas parādās <u>lielāko dienas daļu, gandrīz katru dienu, vismaz 2 nedēļu laikā</u>. Jābūt klāt <u>vismaz vienam simptomam no afektīvās simptomu kopas</u>. Simptomu klātbūtnes vai neesamības novērtējums jāveic, ņemot vērā indivīda tipisko funkcionēšanu.</p> <p><u>Afektīvo simptomu kopa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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);</li> <li>– Ievērojami samazināta interese vai prieks par aktivitātēm, īpaši tām, kas indivīdam parasti šķiet patīkamas (Piezīme: tas var ietvert arī seksuālās vēlmes samazināšanos).</li> </ul> <p><u>Kognitīvi biheiviorālo simptomu kopa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Samazināta spēja koncentrēties un noturēt uzmanību uzdevumiem vai izteikta neizlēmība;</li> <li>– 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);</li> <li>– Bezcerības izjūta par nākotni;</li> <li>– Atkārtotas domas par nāvi (ne tikai bailes no nāves), atkārtotas domas par pašnāvību (ar vai bez konkrēta plāna) vai pierādījumi par pašnāvības mēģinājumu.</li> </ul>

\*Algoritma atjaunināšanas brīdī nevalidēts tulkojums

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Būtiski pazemināta ēstgriba (svara zaudēšana vairāk par 5 % mēneša laikā);</li> <li>- Būtiska libido pavājināšanās.</li> </ul>	<p><u>Neiro-veģetatīvo simptomu kopa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Būtiski traucēts miegs (aizkavēta aizmigšana, biežāka pamošanās naktī vai agra pamošanās no rīta vai pārmērīgs miegs);</li> <li>- Būtiskas apetītes izmaiņas (samazināta vai palielināta) vai ievērojamas svara izmaiņas (pieaugums vai zudums);</li> <li>- Psihomotors uzbudinājums vai gausums (ko var novērot citi, ne tikai subjektīvas nemiera vai palēninājuma izjūtas);</li> </ul> <p>Samazināta enerģija, nogurums vai izteikts nogurums pēc minimālas piepūles.</p>
---	---

### 3. Pašnāvības riska novērtēšana

- Pašnāvības risks ir jāizvērtē katrā tikšanās reizē ar pacientu. Saruna par paškaitējumu nerada un neveicina paškaitējumu. Tā bieži samazinās trauksmi, kas saistīta ar domām vai paškaitējuma aktiem un palīdz personai justies saprastai. Tomēr mēģiniet iegūt uzticību un izveidot kontaktu ar personu, pirms uzdotat jautājumu jautājumu par paškaitējumu. Palūdziet personai izskaidrot, kāpēc viņa veikusi paškaitējumu
- Pašnāvības risku jāizvērtē, ja:
- Izteikta bezcerība un izmisums, pašreizējās pašnāvības domas/plāni/mēģinājumi vai tie bijuši pagātnē;
- Pašnāvības mēģinājums ar saindēšanās pazīmēm/intoksikāciju, asiņošana no pašradītas brūces;
- Apziņas zudums un/vai ļoti izteikta letarģija;
- Jebkura nozīmīga psihiska slimība, hroniskas sāpes vai ļoti izteikti emocionāli pārdzīvojumi.

#### **Pazīmes, kas liecina par augstu pašnāvības risku: [25]**

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

- Pārtraukts pašnāvības mēģinājums ar sekojošiem veselības sarežģījumiem;
- Intensīvas pašnāvības domas, pašnāvības plāns;
- Pacients slēpj līdzekļus pašnāvības izdarīšanai.

### **Hipomānijas/mānijas simptomu izvērtēšana anamnēzē:**

Vai vienlaikus parādījās vairāki no zemāk uzskaitītiem simptomiem, kas ilgst vismaz 1 nedēļu un pietiekami būtiski traucēt darbam un sociālajām aktivitātēm vai pieprasīt hospitalizāciju?:

- 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.

Konstatējot depresijas epizodi Bipolāri afektīvo traucējumu ietvarā **BŪTISKI** mainās depresijas ārstēšanas taktika – pacients jānosūta uz konsultāciju pie psihiatra.

Depresijas izvērtēšana atkarību izraisošu vielu lietošanas dēļ: Depresīvā simptomātika visbiežāk attīstās cilvēkiem abstinences gadījumā. Abstinence ir nepatīkamu fizisku un psihisku simptomu kopums, kurš iestājas 24 – 48 stundu laikā pēc pēkšņas atkarību izraisošas vielas lietošanas pārtraukšanas vai tās būtiskas devas samazināšanas. Depresijas gadījumā pie atkarību izraisošo vielu lietošanas pacients jānosūta uz konsultāciju pie narkologa/psihiatra.

Depresija un dažādu veidu trauksmes (Agorofobija, Sociālā fobija, Panika, Ģeneralizētā trauksme, Obsesīvi kompulsīvie traucējumi, Post-traumātiskā stresa sindroms). Depresija un trauksmes kombinējas (ir komorbīdas) līdz pat 70 % gadījumā. Izvērtējot depresiju, ir jānovērtē trauksmes traucējumi un otrādi. Jo ilgstošāka un smagāka ir trauksme, jo lielāks ir komorbīditātes risks. Komorbīdi traucējumi norit smagāk, grūtāk padodas ārstēšanai un rada būtiskāku nespēju/slogu.

## **4. Koriģē diagnozi un atbilstoši ārstē**

Veic atbilstošu traucējumu ārstēšanu.

## **5. Vai pacients saņēmis adekvātas devas un ilguma terapiju?**

Depresijas epizodes ārstēšanā antidepresants nozīmēts līdz maksimālajām zāļu aprakstā atļautajām un pacienta tolerētajām devām.

Antidepresantu (AD) ieteicamās devas un blakusparādības skatīt Latvijas Psihiatru asociācijas (LPA) “Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas”, kā arī medikamentu aprakstos. [25]

AD kurss maksimālajā tolerētajā devā iildzis vismaz 6 nedēļas.

Tabula nr.2

**Antidepresantu receptoru profils, minimālās un efektīvās devas**  
(Adaptēts pēc *Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 14. ed. 2021; CANMAT Depresijas vadlīnijām, 2023*) [26]

Antidepresanti	Darbības mehānisms	Minimālā deva	Efektīvās devas
<b>Tricikliskie antidepresanti (Amitriptilīns/Nortriptilīns/Klomipramīns)</b>	Dažāda receptoru piesaiste	75 – 125 mg; 150 mg	75 – 300 mg; 75 – 250 mg
<b>Citaloprams</b>	Selektīvs serotonīna atpakaļsaistes inhibitors	20 mg	20 – 40 mg
<b>Escitaloprams</b>		20 mg	20 – 40 mg
<b>Fluoksetīns</b>		20 mg	20 – 60 mg
<b>Fluvoksamīns</b>		50 mg	100 – 300 mg
<b>Proksetīns</b>		20 mg	20 – 50 mg
<b>Sertralīns</b>		50 mg	50 – 200 mg
<b>Agomelatīns</b>	Melatonīna 1., 2. tipa receptoru agonists, 5HT2 antagonists	25 mg	25 – 50 mg
<b>Bupropions</b>	Selektīvs dopamīna un noradrenalīna receptoru atpakaļsaistes inhibitors	150 mg	150 – 450 mg
<b>Duloksetīns</b>	Selektīvs noradrenalīna un serotonīna atpakaļsaistes inhibitors	60 mg	60 – 120 mg
<b>Venlafaksīns</b>		75 mg	75 – 225 mg
<b>Mirtazapīns</b>	$\alpha$ 2 receptoru antagonists, 5HT2 receptoru antagonists	30 mg	30 – 60 mg
<b>Moklobemīds*</b>	Atgriezeniskas darbības MAO-I	300 mg	150 – 450 mg
<b>Reboksetīns*</b>	Noradrenalīna atpakaļsaistes inhibitors	8 mg	8 – 12 mg
<b>Trazodons</b>	Serotonīna atpakaļsaistes inhibitors, 5HT2 receptoru antagonists	150 mg	150 – 400 mg

\*Latvijā uz algoritma atjaunināšanas brīdi nav reģistrēts

<b>Vortiooksetīns</b>	Serotonīna atpakaļsaistes inhibitors, 5HT1A, 1B receptoru agonists; 5HT1D; 3A; 7 receptoru antagonists	10 mg	10 – 20 mg
-----------------------	--	-------	------------

Tabula nr.3

**Antidepresantu blakņu risks procentos**  
(Adaptēts pēc CANMAT Depresijas vadlīnijām, 2023) [26]

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

**6. Vai pacients ir līdzestīgs terapijai? Vai blakusparādības neietekmē ārstēšanu?**

Pacients bijis līdzestīgs ārstēšanas procesam un regulāri lietojis medikamentus, devās, kādās tie rekomendēti vizītes laikā pie psihiatra.

Nav novērotas tādas blakusparādības vai medikamentu mijiedarbības, kuru rezultātā samazināta vai pārtraukta nozīmētā terapija, saskaņojot vai nesaskaņojot ar ārstu.

**7. Meklēt iespējamus organiskos smadzeņu bojājuma cēloņus, izslēgt blakus slimības/stresorus**

Slimības laikā nav pievienojusies kāda jauna vai pasliktinājusies esoša somatiska vai neiroloģiska slimība. Psihiatrs pieprasa papildus informāciju no pacienta ĢĀ. Psihiatrs,

sadarbībā ar ĢĀ izvērtē komorbīdu somatisku traucējumu ārstēšanā izmantotu medikamentu ietekmi uz depresijas gaitu un smagumu.

Pievienojušies papildus vai pasliktinājušies esošie psihosociālie stresori – nesaskaņas ģimenē, bezdarbs, finansiālas problēmas u.c.

## 8. Terapeitiski rezistenta depresija

Par terapeitiski rezistentu depresiju (TRD) uzskata depresiju, kura nav sasniegusi klīnisko uzlabojumu par 50 % no sākotnējā skalas novērtējuma (MADRS, HAMD) pēc 2 un vairāku dažādu grupu AD ārstēšanas kursa maksimālajās tolerētajās devās vismaz 6 nedēļu garumā. [25]

Aprūpi var intensificēt, pārceļot pacientu no ambulatorā uz dienas stacionāra vai stacionāro psihiatrisko ārstniecību.

*Tabula nr. 4*

### Terapeitiski rezistentas depresijas smaguma pakāpes (*Maudsley Staging Model (MSM)*) (adaptēts pēc *Taylor, 2012*) [25]

Pazīme	Pazīmes smagums	Vērtējums
Depresijas smagums simptomu	Akūta depresijas epizode (<12 mēneši)	1
	Subakūta depresijas epizode (13 – 24 mēneši)	2
	Hroniska depresijas epizode (ilgāk par 24 mēneši)	3
AD terapijas neefektivitāte	Subsindromāls	1
	Viegls	2
	Vidēji smags	3
	Smags, bez psihotiskiem simptomiem	4
	Smags, ar psihotiskiem simptomiem	5
Augmentācija	Nav bijusi	0
	Pielietota	1
Modificēta elektrokonvulsīvā terapija	Nav bijusi	0
	Pielietota	1
		Kopā 3 – 15

TRD depresijas smaguma vērtējums: viegla 3 – 6 punkti, mērena 7 – 10 punkti, smaga 11 – 15 punkti.

#### Ambulatorā dienesta psihiatra kompetences:

- Viegla/vidēji smaga depresijas epizode;
- 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;
- Pacienti, kuriem ir indicēts uzsākt terapiju ar Esketamīnu;

- Pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama transkraniālā magnētiskā stimulācija (TKMS) un modificētā elektrokonvulsīvā terapija (mEKT).

#### **Dienas stacionāra (depresiju nodaļas) psihiatra kompetences:**

- Vidēji smagas depresijas epizode, ja nav augsta pašnāvības riska;
- Vidēji smaga/smaga depresijas epizode subakūtā periodā, pēc izrakstīšanas no stacionāra;
- Pacienti, kuriem nepieciešama parenterāla medikamentu ievade vai kuriem ir nepieciešama antidepressantu titrēšana un augmentācija;
- Pacienti, kuriem rekomendējama psiholoģiskās intervences individuāli un grupā, sociāli psiholoģiska palīdzība;
- Pacienti, kuriem ir indicēts uzsākt terapiju Esketamīnu;
- Pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama TKMS.

#### **Stacionārās palīdzības psihiatra kompetences:**

- Vidēji smaga depresijas epizode, terapeitiski rezidenta;
- Hroniska, terapeitiski rezidenta depresija;
- Smaga depresijas epizode ar/bez psihotiskiem simptomiem;
- Izteikti/smagi organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi, ja somatiskā slimība ir kompensētā stāvoklī;
- 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);
- Neizdevies (pārtraukts) pašnāvības mēģinājums;
- Nopietni pašnāvības nodomi, konkrēts pašnāvības plāns, uzmācīgas domas par pašnāvību;
- Suicidāli izteikumi pacientam ar pašnāvības mēģinājumu (atkārtotiem mēģinājumiem) anamnēzē;
- 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 stāvokli, īpaši, ja tas kombinējas ar somatisku patoloģiju;
- Pacienta uzstājīga atteikšanās no ēdiena, ja tas apdraud pacienta dzīvību;
- Pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama modificētā elektrokonvulsīvā terapija (mEKT) vai transkraniālā magnētiskā stimulācija (TKMS);
- Pacienti, kuriem ir indicēta terapija ar Esketamīnu.

#### **Psihoterapeita kompetences\*:**

- Sēru reakcija;
- Viegla/vidēji smaga depresijas epizode;
- Adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju, izvērtējot pašnāvības risku;

---

\*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

- 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 rezistentā 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. [27]

Tabula nr.5

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

## 9. Antidepresantu kombinācijas

Psihiatrs rekomendē – kombinēt SSAI grupas AD ar Mirtazapīnu (30 – 60 mg), (SSAI/Venlafaksīnu (vidējās un augstās devās) ar Bupropionu (līdz 300 – 400 mg) vai ar TCA). [25; 28]

Psihiatrs pēc 8 – 10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## 10. Antidepresantu kombinācija ar antipsihotiskajiem līdzekļiem

Psihiatrs rekomendē – TRD gadījumā rekomendē kombinēt AD (vai 2 AD kombināciju) ar kādu no atipiskajiem antipsihotiskajiem līdzekļiem (AAPL) – Aripiprazols, Risperidons, Kvetiapīns, Olanzapīns, Brekspiprazols\*, Ziprazidons, Kariprazīns (sk. tabulu nr. 6). [29; 30]

Psihiatrs pēc 8 – 10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## 11. Augmentācija ar garastāvokļa stabilizatoriem

Psihiatrs rekomendē – TRD gadījumā kombinēt AD ar Litiju vai Lamotrigīnu. (sk. tabulu nr. 6). [31; 32; 33]

Psihiatrs pēc 8 – 10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## 12. Augmentācija ar glutamāta modulatoriem

Psihiatrs rekomendē – TRD gadījumā kombinēt AD ar Esketamīnu. (sk. tabulu nr. 6). Esketamīna nozīmēšanai nepieciešams psihiatra konsīlija slēdziens. [34]

Psihiatrs pēc 8 – 10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## 13. Augmentācija ar citu grupu līdzekļiem

Psihiatrs rekomendē – TRD gadījumā kombinēt AD ar stimulantiem (Lisdeksamfetamīnu vai Metilfenidātu), Modafinilu\*, vairogdziedzera hormoniem (Tiroksīnu, Trijodtironīnu), Buspironu, Pramipeksolu. [29; 30; 35; 36]

Psihiatrs pēc 8 –10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

*Tabula nr.6*

### **Augmentācijas terapijā lietojamie medikamenti terapeitiski rezistentas depresijas gadījumā**

*(pēc CANMAT 2023, modificēts) [37]*

Ārstēšanas izvēles līmenis	Papildterapijas līdzeklis	Klase	Mērķa deva	Pierādījumu līmenis
1. izvēles medikamenti	Aripiprazols	AAPL	2,5 – 10 mg	1
	Breksipirazols*	AAPL	0,5 – 2 mg	1
2. izvēles medikamenti	Bupropions	AD	150 – 450 mg	1
	Esketamīns intranazāli	NMDA antag.	56 – 84 mg intranazāli	1
	Olanzapīns	AAPL	2,5 – 10 mg	1
	Kvetiapīns ilgstošās darbības forma	AAPL	150 – 300 mg	1
	Risperidons	AAPL	1 – 3 mg	1
	Litijs	GS	600 – 1 200 mg (0,5 – 0,8 mmol/L**)	2
	Kariprazīns	AAPL	1,5 – 3 mg	2
	Mirtazapīns	AD	30 – 60 mg	2
	Modafinils*	CNS-AS	100 – 400 mg	2
	Tiroksīns Triiodtironīns*	TH	25 – 200 µg 25 – 50 mg	2
3. izvēles medikamenti	Citi antidepresanti	AD	Atkarīgs no preparāta	3
	Metilfenidāts Lisdeksamfetamīns	CNS-S	20 – 40 mg 20 – 70 mg	3
	Lamotrigīns	GS	100 – 300 mg	3
	Pramipeksols	DA agon.	1 – 2 mg 2× dienā	3
	Ziprasidons	AAPL	20 – 80 mg 2× dienā	3
	Buspirons	5HT1a PA	30 – 60 mg	3
Devas diapazoni balstīti uz preparātu aprakstiem; klīniskajā praksē var lietot devas ārpus šī intervāla ** terapeitiskais līmenis serumā				
<b>Saīsinājumu atšifrējums:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– AD – antidepresanti</li> <li>– AAPL – atipiskie antipsihotiskie līdzekļi</li> <li>– GS – garastāvokļa stabilizatori</li> <li>– CNS-S – centrālās nervu sistēmas stimulatori</li> <li>– CNS-AS - centrālās nervu sistēmas atipisks stimulants ar nomoda veicinošu darbību</li> <li>– TH – vairogdziedzera hormoni</li> <li>– NMDA antag. – NMDA receptoru antagonistu</li> <li>– DA agon. – dopamīna receptoru agonisti</li> <li>– 5HT1a PA – 5HT1a parciāls agonists</li> <li>– i/v – intravenozi</li> </ul>				

\* Latvijā uz algoritmu atjaunināšanas brīdi nav reģistrēts

\*Latvijā uz algoritma atjaunināšanas brīdi nav reģistrēts

## 14. Neinvazīvās neirostimulācijas metodes – TKMS, mEKT

Psihiatrs rekomendē – TRD gadījumā izvēlēties atkārtoto transkraniālo magnētisko stimulāciju (TKMS) un modificēto elektrokonvulsīvo terapiju (mEKT). Palīdzība pieejama reģionālās psihiatriskajās slimnīcās vai specializētos centros.

**Atkārtota transkraniālā magnētiskā stimulācija (TKMS)** veicina garozas neironu stimulāciju, izmantojot spēcīgus, fokusētus magnētiskā lauka impulsus, kas ar magnētiskās spoles palīdzību caur galvas ādu un kauliem, magnētiskās indukcijas veidā rosina elektrisku potenciālu nervu šūnās. Procedūrai nav nepieciešama anestēzija, un tā neizraisa kognitīvas blakusparādības. (PL1). Skatīt Zāļu valsts aģentūras apstiprināto medicīnisko tehnoloģiju “Transkraniālā magnētiskā stimulācija (TKMS)”.

Tabula nr.7

### TKMS protokola rekomendācijas

(Adaptēts pēc CANMAT, 2023) [37]

Ārstēšanas izvēles līmenis	TKMS protokols	Pierādījumu līmenis
<b>1. izvēles ārstēšana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– iTBS kreisajā dorsolaterālajā prefrontālajā garozā (DLPFC)</li> <li>– Augstas frekvences TKMS kreisajā DLPFC</li> <li>– Zemas frekvences TKMS labajā DLPFC</li> </ul>	1. līmenis  1. līmenis 2. līmenis
<b>2. izvēles ārstēšana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– (Sekvenciāla) Secīga bilaterāla TKMS DLPFC (vispirms labajā pusē zemas frekvences, pēc tam kreisajā – augstas frekvences stimulācija)</li> <li>– Paātrināta iTBS kreisajā DLPFC</li> <li>– Sekvenciāla bilaterāla TBS DLPFC (labajā pusē nepārtraukta TBS, kreisajā – intermitējoša TBS)</li> </ul>	1. līmenis  3. līmenis 3. līmenis
TKMS = atkārtota transkraniālā magnētiskā stimulācija; iTBS = intermitējoša teta impulsu stimulācija ( <i>intermittent theta burst stimulation</i> ); TBS = teta impulsu stimulācija ( <i>theta burst stimulation</i> ); DLPFC = dorsolaterālā prefrontālā garoza. Ārstēšanas protokoli katrā ārstēšanas izvēles līmenī ir uzskaitīti pēc pierādījumu līmeņa (no augstākā uz zemāko) un pēc tam alfabētiskā secībā.		

**Modificētā elektrokonvulsīvā terapija (mEKT)** ir bioloģiska ārstēšanas metode psihiatrijā, kuras laikā uz galvas ādas tiek novietoti elektrodi, starp kuriem tiek novadīts elektriskais impulss, kas inducē īslaicīgu ģeneralizētu krampju lēkmi smadzenēs. Procedūru veic vispārīgajā anestēzijā un iepriekš ievadot miorelaksantu, lai mazinātu muskulatūras kustības un novērstu iespējamās fiziskās komplikācijas, kas var rasties krampju laikā. Procedūras laikā tiek veikta pastāvīga vitālo rādītāju (TA, P, SpO<sub>2</sub>, EKG, EEG) kontrole. Skatīt Zāļu valsts aģentūras apstiprināto medicīnisko tehnoloģiju “Elektrokonvulsīvā terapija vispārējā anestēzijā ar miorelaksantiem (Modificētā EKT)”.

Tabula nr. 8

### mEKT protokola rekomendācijas

(Adaptēts pēc CANMAT, 2023) [37]

Ārstēšanas izvēles līmenis	mEKT protokols	Pierādījumu līmenis*
1. izvēles ārstēšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Īsu impulsu</i>, bifrontāla stimulācija (1,5 × krampju sliekšnis)</li> <li>– <i>Īsu impulsu</i>, labās (<i>nedominantās</i>) puses unilaterāla stimulācija (6 × krampju sliekšnis)</li> <li>– <i>Īpaši īsu impulsu</i>, labās (<i>nedominantās</i>) puses unilaterāla stimulācija (6 × krampju sliekšnis)</li> </ul>	1. līmenis
2. izvēles ārstēšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Īsu impulsu</i>, bitemporāla stimulācija (1,5 × krampju sliekšnis)</li> <li>– <i>Īpaši īsu impulsu</i>, bifrontāla stimulācija (1,5 × krampju sliekšnis)</li> </ul>	1. līmenis
Saskaņā ar konvenciju, ārstēšanas protokoli katrā ārstēšanas izvēles līmenī uzskaitīti pēc pierādījumu līmeņa (no augstākā uz zemāko), bet vienāda līmeņa ietvaros – alfabētiskā secībā.		

Psihiatrs pēc 8 – 10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## 15. Kombinācija ar psiholoģiskajām intervencēm

Psihiatrs rekomendē psiholoģiskās intervences (PI), visbiežāk kognitīvi biheiviorālo terapiju (KBT) vai psihodinamisko psihoterapiju.\* [38; 39] Psihoterapijas (PT) kombinēšana ar medikamentozu terapiju samazina depresijas simptomu smagumu un uzlabo remisijas rādītājus. [40; 41; 42; 43]

Psihiatrs var nozīmēt individuālu vai grupu KBT (16 – 20 sesijas), tostarp apzinātības bāzētu kognitīvo terapiju (*Mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT) vai ruminēšanā fokusētu pieeju.\* (Skat. klīnisko algoritmu “Depresija pieaugušajiem ārstēšana, aprūpe un vadība” 18.punktu par Psiholoģiskām intervencēm).

Psihiatrs pēc 8 – 10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti un lemj par tālāko ārstēšanas taktiku.

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. [44]

\*Algoritma atjaunināšanas brīdī nav valsts apmaksāts ārstēšanas veids

## 16. Uzturošā terapija

Ja ārstēšanas rezultātā 8 – 10 nedēļu laikā depresijas smaguma izmaiņas mazāk par 50 % no sākotnējā novērtējuma (pēc MADRS, HAMD vai PHQ-9), tad algoritmā jāatgriežas punktā 1.

Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad HAM-D vērtējums ir 7 punkti vai mazāk, MADRS vērtējums ir 10 punkti vai mazāk vai PHQ-9 vērtējums ir zem 8.

Farmakoterapija ar AD jāturpina lietot tādā pašā AD devā nākamo 6 – 12 mēnešus.

Ja pacients saņēmis intensīvu terapiju sekundārajā līmenī un ir sasniegta remisija, ĢĀ var turpināt psihiatra rekomendēto uzturošo terapiju, novērot pacientu un vajadzības gadījumā koriģēt uzturošo terapiju, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu reizi sešos mēnešos. Ambulatoras vizītes rekomendē reizi 1 – 1,5 mēnešos. Reizi gadā psihiatra konsultācijas laikā pacienta stāvokli ieteicams novērtēt ar MADRS, HAMD vai arī pacients aizpilda PHQ-9.

Pirms lēmuma pieņemšanas par terapijas pārtraukšanu, veikt pacienta stāvokļa novērtēšanu ar MADRS, HAMD vai PHQ-9.

## 17. Profilaktiskā terapija

Pacientus, kuriem pēc psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija (> 2 depresijas epizodes anamnēzē), terapijas ilgums 2 gadi [25] var uzraudzīt ĢĀ, izrakstīt valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Ambulatorās vizītes tiek plānotas reizi 1 – 1,5 mēnešos. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar MADRS, HAMD vai PHQ-9.

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

## Atsauces

1. Bosco-Lévy P, Grelaud A, Blin P, Droz-Perroteau C. Treatment resistant depression incidence and prevalence using the French nationwide claims database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2021;30(8):1046–1055.
2. Rizvi SJ, Grima E, Tan M, Rotzinger S, Lin P, McIntyre RS, et al. Treatment-resistant depression in primary care across Canada. *Can J Psychiatry.* 2014;59(7):349–357.
3. Zhdanova M, Pilon D, Ghelerter I, Chow W, Joshi K, Lefebvre P, Sheehan JJ. The Prevalence and National Burden of Treatment-Resistant Depression and Major Depressive Disorder in the United States. *J Clin Psychiatry.* 2021 Mar 16;82(2):20m13699. doi: 10.4088/JCP.20m13699. PMID: 33989464.
4. Dash, S. S., Sherin, M. R., Bhate, J., & Rao, G. K. S. (2024). Economic burden of treatment-resistant depression: Insights from real-world data. *Journal of Pharmacoeconomics and Pharmaceutical Management*, 10(2). <https://doi.org/10.18502/jppm.v10i2.16836>
5. Crown, W. H., Faries, D. E., Ling, X., Happich, M., & Lawson, K. (2023). Economic burden of treatment-resistant depression: Insights from real-world data. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 29(8), 848–859. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2023.23108>
6. Ruhe HG, van Rooijen G, Spijker J, Peeters FP, Schene AH. Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *J Affect Disord.* 2012;137(1-3):35-45. web 10.1016/j.jad.2011.02.020.
7. Fava M. Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biological psychiatry.* 2003;53(8):649-59. web
8. Fekadu A, Wooderson SC, Markopoulou K, Cleare AJ. The Maudsley Staging Method for treatment-resistant depression: prediction of longer-term outcome and persistence of symptoms. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(7):952-7. web 10.4088/JCP.08m04728.
9. Fekadu A, Donocik JG, Cleare AJ. Standardisation framework for the Maudsley staging method for treatment resistance in depression. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):100. web 10.1186/s12888-018-1679-x.
10. Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBalT randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;381(9864):375-84. web 10.1016/s0140-6736(12)61552-9.
11. Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum BO, Klein DN, Trivedi MH, Manber R, et al. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(11):1178-88. web 10.1001/archgenpsychiatry.2009.144.
12. McGrath CL, Kelley ME, Holtzheimer PE, Dunlop BW, Craighead WE, Franco AR, et al. Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major

- depressive disorder. *JAMA psychiatry*. 2013;70(8):821-9. web 10.1001/jamapsychiatry.2013.143.
13. Dold M, Kasper S. Evidence-based pharmacotherapy of treatment-resistant unipolar depression. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017;21(1):13–23.
  14. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder. *Can J Psychiatry*. 2024;69(9):641-87. doi:10.1177/07067437241245384
  15. Trivedi MH. Major depressive disorder: remission of associated symptoms. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 6:27-32. web
  16. Coplan JD, Gopinath S, Abdallah CG, Berry BR. A neurobiological hypothesis of treatment-resistant depression - mechanisms for selective serotonin reuptake inhibitor non-efficacy. *Frontiers in behavioral neuroscience*. 2014;8:189. web 10.3389/fnbeh.2014.00189.
  17. Garcia G. The role of pharmacogenomic testing in optimizing depression treatment in medically underserved communities: Implications for nurse practitioner practice. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2024;36(1):45–52.
  18. Garcia G, Cotner C, Spano R. Precision medicine in psychiatry: Case series on pharmacogenomic solutions for treatment-resistant depression. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2025;37(2):110–117.
  19. 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.
  20. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
  21. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382-9
  22. Bartova L, Dold M, Kautzky A et al. Results of the European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD) – basis for further research and clinical practice. *World J Biol Psychiatry* 2019; 20: 427-48.
  23. 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](https://ssk10.spkc.gov.lv/rsc/SSK_1_Ievads_20190507.pdf).
  24. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Pieejams: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics
  25. Elmārs Tērauds ER, Raisa Andrēziņa, Biruta Kupča, Gunta Ancāne, Iveta Ķiece, Ņikita Bezborodovs. Latvijas psihiatru asociācija. Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. 3.izdevums. 2015.
  26. Tērauds, E., Sīle, L. (2024). Praktiskā psihofarmakoterapija. Rekomendācijas psihiatriem, psihiatrijas rezidentiem un ģimenes ārstiem (4. izdevums).
  27. Ārstniecības likums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>.

28. Farrington J, Kotara S, Nemeroff CB. Combining antidepressants to address treatment-resistant depression. *Managing Treatment-Resistant Depression: Road to Novel Therapeutics*. 2022.
29. Caldiroli A, Capuzzi E, Tagliabue I, Dakanalis A. Augmentative pharmacological strategies in treatment-resistant major depression: a comprehensive review. *Int J Mol Sci*. 2021;22(16):9094.
30. Nuñez NA, Joseph B, Pahwa M, Singh B. Augmentation strategies for treatment-resistant major depression: a systematic review and network meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;302:26–37.
31. McIntyre J, Moral MA. Augmentation in treatment-resistant depression. *Drugs Future*. 2006;31(5):403–414.
32. Acero-González A, Guzman Y, Proaños NJ, Dodd S. Lithium augmentation in treatment-resistant depression: a qualitative review of the literature. *Pharmacotherapy*. 2025;45(1)
33. Goh KK, Chen CH, Chiu YH, Lu ML. Lamotrigine augmentation in treatment-resistant unipolar depression: a comprehensive meta-analysis of efficacy and safety. *J Psychopharmacol*. 2019;33(6):700–713. doi:10.1177/0269881119844199.
34. Raza AA, Ahmed GU, Zafar H, Samadi A. Spravato for treatment-resistant depression: efficacy and sexual side effect profile. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2025.
35. Dell’Osso B, Cremaschi L, Spagnolin G, Altamura AC. Augmentative dopaminergic interventions for treatment-resistant bipolar depression: a focus on dopamine agonists and stimulants. *J Psychopathol*. 2013;19(2):134–142.
36. McIntyre J, Moral MA. Augmentation in treatment-resistant depression. *Drugs Future*. 2006;31(5):403–414.
37. 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/](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/).
38. Abbas, M., Adams, D. B., Noto, J., Vallesteros, R. D., & West, T. (2025). Esketamine for treatment-resistant depression: A case series and literature review. *Cureus*, 17(9), e92165. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12515493/>.
39. Leichsenring, F., Steinert, C., Rost, F., Abbass, A., Heim, N., & Ioannidis, J. P. A. (2023). A critical assessment of NICE guidelines for treatment of depression. *World Psychiatry*, 22(1), 43-45. Leichsenring et al., 2023 Pieejams: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.2103>.
40. Ijaz, S., Wharton, C., Donaldson, C., Carson, A., & Littlewood, E. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), CD010558. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29761488/>.

41. van Bronswijk, N., Moopen, N., Beijers, L., Ruhe, H. G., & Peeters, F. (2019). Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 49(3), 366-379. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30139408/>.
42. Li, J.-M., Zhang, Y., Su, W.-J., Liu, L.-L., Gong, H., Peng, W., & Jiang, C.-L. (2018). Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 268, 243–250. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30071387/>.
43. Parks K, Wojcik KD, Blassingame JC. Psychotherapy and treatment-resistant depression. *Psychiatr Ann*. 2024;54(2):75-81.
44. Sīle L, Štālmane L, Brūna K, Konošonoka L; Tērauds E, Taube M, Pūce S, Ķiece I, Bērziņš A, Blekte A, Siliņa E, Ķikuste S, Joksts R, Ivanovs M, Domaševa O, Šapele I, Ancverīņa M, Bauska I, Logins R. Metodiskie standarti: Rekomendācijas psihiatriskā dienas stacionāra darba organizācijā. Rīga: VSIA “Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs”.2023.

## Pielikumi

*Pielikums nr.1*

### Montgomerija-Asberga depresijas skala (MADRS)

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

<p>8. Nespēja just (interesu zudums par apkārtējiem notikumiem un pasauli, kas agrāk sagādāja prieku. Samazināta spēja adekvāti reaģēt uz apkārtējo vidi un cilvēkiem).</p>	<p>0 – normāla interese par apkārtni un cilvēkiem  2 – samazināta spēja baudīt vaļasprieku, apzemināta spēja izjust dusmas  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</p>
<p>9. Pesimistiskas domas (vainas apziņa, mazvērtības vai grēcīguma sajūta, nožēlas un bojāejas idejas).</p>	<p>0 – pesimistisku domu nav  2 – epizodiski domas par neveiksmēm, pašapsūdzības un pašpārmetuma idejas  4 – pastāvīgas pašapvainošanās idejas vai konkrētas grēcīgas idejas  6 – bojāejas murgi, nožēlas un nelabojama grēka idejas</p>
<p>10. Pašnāvības domas (nav vērts dzīvot, nāve kā risinājums, pašnāvības domas un plāns). Suicīda mēģinājums nevar ietekmēt vērtējumu.</p>	<p>0 – spēj baudīt dzīvi  2 – noguris no dzīves, reizēm pašnāvības domas  4 – labāk justos miris, suicīds dotu atrisinājumu, konkrēta plāna nav  6 – skaidri izteikts pašnāvības plāns, aktīva gatavošanās</p>

0 – 6: normās/bez simptomiem

7 – 19: viegla depresija

20 – 34: vidēji smaga depresija

35 – 60: smaga depresija

### Hamiltona depresijas vērtēšanas skala (HAMD – 17)

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

- 3 – vidēji, izteikti samazinājusies aktivitāte, pavada mazāk laika darbā (< par 3 stundām), mazāk paveic;
  - 4 – smagi, nespēj strādāt, nepiedalās ikdienas aktivitātēs, neveic sevis aprūpi bez piespiešanās.
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 izpaūžas 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*)

## Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9)

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