

Klīniskais algoritms

Depresija bērniem un pusaudžiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe

Autors psihiatrs prof. Elmārs Rancāns

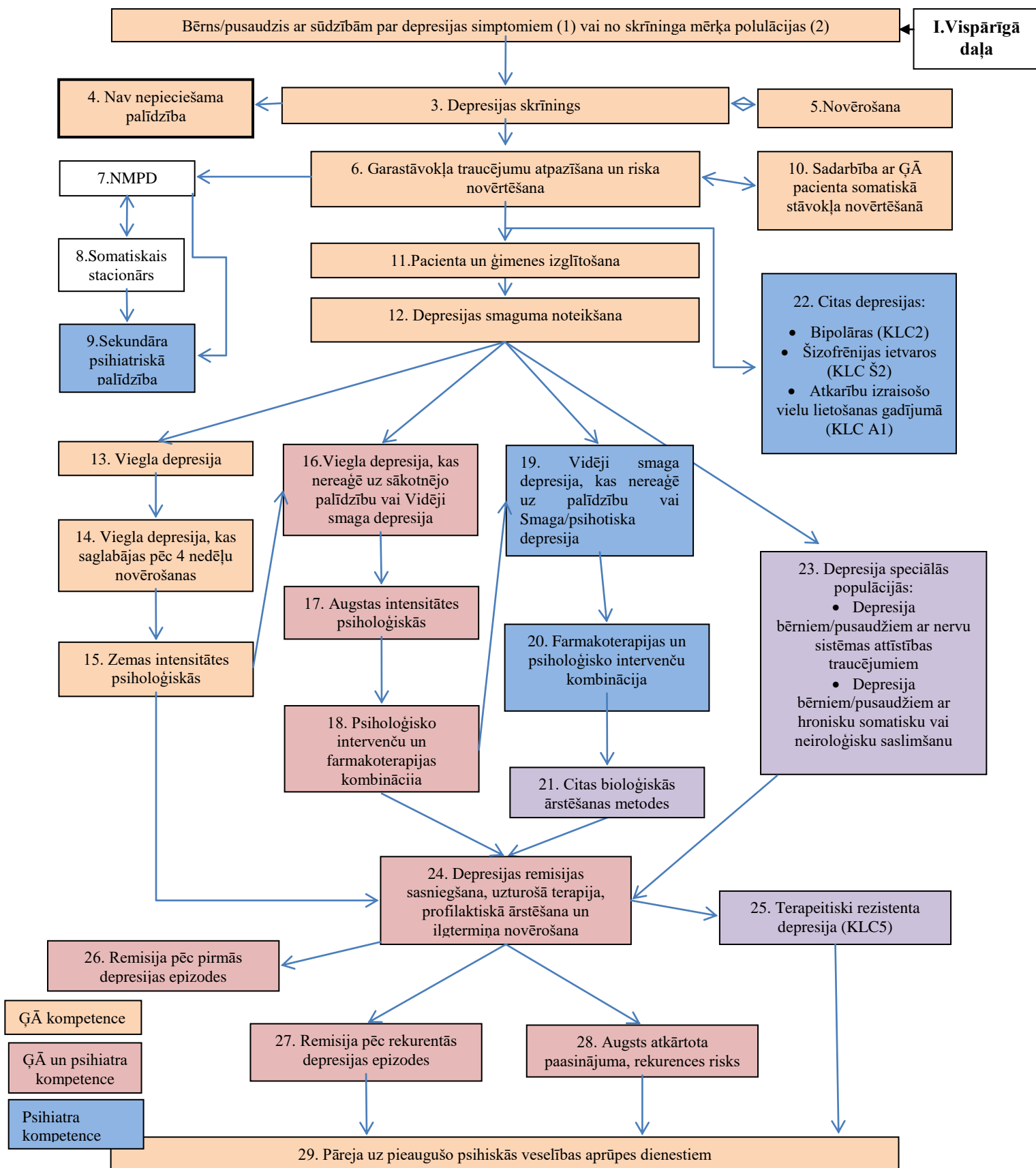
Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un psihiatra prof. Elmāra Rancāna vadībā: psihiatrs Nikita Bezborodovs, psihiatrs Aigars Kišuro, ģimenes ārste Līga Kozlovska, neirologs Ainārs Stepens, ģimenes ārsts Edgars Tirāns, klīniskā psiholoģe prof. Ieva Bite, psihiatrs prof. Māris Taube

Saturs

I. Algoritma shēma	3
II. Vispārējā daļa.....	4
Ievads.....	4
Algoritma mērķi	5
Mērķgrupas	5
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu	5
III. Rekomendācijas.....	7
1. Bērns/pusaudzis ar sūdzībām par depresijas simptomiem	7
2. Bērns/pusaudzis no skrīninga mērķa populācijas.....	7
2.1. Bērns/pusaudzis ar medicīniski neizskaidrojamām somatiskām sūdzībām	7
2.2. Bērns/pusaudzis ar depresijas risku.....	7
3. Depresijas skrīnings.....	9
4. Nav nepieciešama palīdzība	10
5. Novērošana	10
6. Garastāvokļa traucējumu atpazīšana un riska novērtēšana	10
6.1 Jāizvērtē depresijas simptomus	11
6.2 Depresijas klīniskās atšķirības pusaudžiem un pieaugušiem	12
6.3 Jānovērtē pašnāvības risku.....	12
7. NMPD.....	13
8. Somatiskais stacionārs	13
9. Sekundāra psihiatriskā palīdzība	14
10. Sadarbība ar ĢĀ pacienta somatiskā stāvokļa novērtēšanā	14
11. Pacienta un ģimenes izglītošana	14
13. Viegla depresija	15
14. Viegla depresija, kas saglabājas pēc 4 nedēļu novērošanas	15
15. Zemas intensitātes psiholoģiskās intervences.....	16

16. Viegla depresija, kas nereaģē uz sākotnējo palīdzību vai Vidēji smaga depresija.....	16
17. Augstas intensitātes psiholoģiskās intervences	16
18. Psiholoģisko intervenču un farmakoterapijas kombinācija	17
19. Vidēji smaga depresija, kas nereaģē uz palīdzību vai Smaga/psihotiska depresija.....	18
20. Farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija	18
21. Citas bioloģiskās ārstēšanas metodes	19
22. Citas depresijas	19
23. Depresija speciālās populācijās	19
24. Depresijas remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana	19
25. Terapeitiski rezistenta depresija (KLC5).....	19
26. Remisija pēc pirmās depresijas epizodes	19
27. Remisija pēc rekurentās depresijas epizodes	20
28. Augsts atkārtota paasinājuma, rekurences risks	20
29. Pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem	20
1.pielikums "Depresijas skrīninga pašaptaujas anketa"	21

I. Algoritma shēma



II. Vispārējā daļa

Ievads

Klīniskajā algoritmā ir aprakstīta depresijas atpazīšana un ārstēšana bērniem (5 līdz 11 g.v.) un pusaudžiem (12 līdz 18 g.v.) primārajā, sekundārajā un terciārajā veselības aprūpē. Depresija ir heterogēns klīniskais sindroms, kas dažādiem bērniem/jauniešiem var izpausties ar dažādiem simptomiem. Tomēr depresijas pamata simptomi ir: pazemināts/nomākts garastāvoklis vai intereses/prieka zudums. Šos pamatsimptomus bieži pavada trauksmes simptomi, bet tie var pastāvēt arī neatkarīgi. Atbilstoši spēkā esošai Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakcijai (turpmāk SSK-10), depresijas diagnozi uzstāda balstoties uz 10 depresīvo simptomu atpazīšanu, un depresīvam sindromam tiek izšķirtas 4 smaguma pakāpes: nav depresijas (mazāk par 4 simptomiem), viegla depresija (4 simptomi), vidēji smaga depresija (5 vai 6 simptomi), un smaga depresija (7 vai vairāk simptomi, ar vai bez pavadošiem psihotiskiem traucējumiem). Depresijas diagnozes uzstādīšanai simptomiem jā saglabājas vismaz 2 nedēļu garumā un katram simptomam jābūt klātesošam lielāku dienas daļu.

Šī klīniskā algoritma mērķiem, rekomendācijas par depresijas ārstēšanu un vadīšanu veselības aprūpes sistēmā tika sadalītas sekojošās plūsmās (atbilstoši SSK-10 kategorijām):

- Viegla depresija
- Vidēji smaga depresija
- Smaga/psihotiska depresija

Tomēr, depresijas smaguma pakāpe nevar būt adekvāti izvērtējama tikai balstoties uz simptomu skaitu. Depresijas smaguma noteikšanai nepieciešams izvērtēt arī ģimenes kontekstu, psihiatrisko anamnēzi, funkcionēšanas traucējumu izteiktību (dažādās dzīves situācijās – skolā, ar vienaudžiem, ar vecākiem), un ne tikai jautāt par depresijas specifiskiem klīniskiem simptomiem.

Algoritma mērķi

- Uzlabot bērnu/pusaudžu ar depresiju atpazīšanu un diagnostiku
- Uzlabot bērnu/pusaudžu ar depresiju vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes līmenī
- Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar garastāvokļa traucējumiem virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem, sadarbību ar rehabilitācijas dienestiem, sociāliem dienestiem, mazinot vēlnas diagnostikas un invalidizācijas riskus
- Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
- Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

Mērķgrupas

1. Bērnu psihiatri, psihiatri
2. Bērnu neirologi, neirologi
3. Ģimenes ārsti
4. Pediatri
5. Citi ārsti speciālisti
6. Klīniskie, veselības un izglītības psihologi
7. Citi rehabilitācijas speciālisti
8. Sociālo dienestu speciālisti
9. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

Pamatprioritātes ieviešot algoritmu

- Pacienta izvērtēšana un aprūpes koordinēšana
 - Izvērtējot bērnu/pusaudzi ar depresiju veselības aprūpes profesionāļiem ir jāņem vērā un jāreģistrē medicīniskajā dokumentācijā – potenciālās komorbiditātes, pacienta un viņa ģimenes locekļu sociālu, izglītības un ģimenes kontekstu, ieskaitot starppersonu attiecību kvalitāti, gan starp pacientu un citiem ģimenes locekļiem, gan arī draugiem un vienaudžiem.
- Terapijas apsvērumi visos aprūpes līmeņos
 - Psihologiskās intervences, kas tiek izmantotas bērna/pusaudža ar depresiju ārstēšanā, ir tiesīgi nodrošināt speciālisti, kuriem ir atbilstoša izglītība (sertifikāts/tiesības praktizēt) konkrētajā psihologiskās terapijas metodē un kuriem ir atbilstoša izglītība/pieredze darbā ar bērniem/pusaudžiem.

- Komorbīdus nervu sistēmas attīstības traucējumus, sociālās un izglītības problēmas ir jāizvērtē un jārisina pēctecīgi, vai paralēli ar depresijas ārstēšanu. Pēc iespējas tas jā dara ciešā sadarbībā ar plašāku sociālo un izglītības dienestu tīklu.
 - Jāvelta uzmanība arī bērna vecāku iespējamām psihiatriskām/psiholoģiskām problēmām (īpaši garastāvokļa traucējumiem), kurus ir jāārstē paralēli, jā mēs gribam palīdzēt bērnam/pusaudzīm. Jā bērna ārstēšanas laikā tiek identificētas šādas vecāka vajadzības pēc psihiatriskās palīdzības, bērna vecākiem jāpalīdz saņemt nepieciešamo palīdzību no relevantiem pieaugušo psihiatriskās aprūpes dienestiem.
- Atpazīšana un riska izvērtēšana
 - Veselības aprūpes speciālistiem primārajā veselības aprūpē, izglītības sistēmā vai citos relevantos sabiedrības segmentos jābūt apmācītam depresijas simptomu atpazīšanā, un bērna/pusaudža no riska grupas izvērtēšanā. Šādai speciālistu apmācībai jāiekļauj zināšanas par: pašreizējo un pagātnes psiholoģisko riska faktoru izvērtēšanu (piem. vecums, dzimums, ģimenes disfunkcija, ņirgāšanās, fiziskā, emocionālā vai seksuālā vardarbība, komorbīdi traucējumi, ieskaitot alkohola un narkotisko vielu lietošanu, depresijas anamnēze vecākiem); multiplo riska faktoru nozīmīgumu; etniskiem un kulturāliem faktoriem; un faktoriem kas ir saistīti ar īpaši augstu depresijas un citu psihisko traucējumu risku, piem. nabadzība, bēgļa statuss, ārpusģimenes aprūpe un atrašanās institucionālā vidē.
 - Specializētiem bērnu psihiatrijas dienestiem ir jāstrādā ciešā sadarbībā ar primārās veselības aprūpes, izglītības vai citu relevantu sabiedrības segmentu profesionāļiem, lai nodrošināt viņiem nepieciešamu apmācību un atbalstu un nodrošināt bērna/pusaudža ar depresiju ārstēšanas un aprūpes pēctecību.
 - Diagnostika
 - Bērnu psihiatrijas sistēmā strādājošiem speciālistiem jānodrošina iespēja apmācībām par depresīvo traucējumu diagnostiku. Jāveicina strukturētu diagnostisku instrumentu (piem. Kiddie-Sads [K-SADS]) izmantošana bērnu psihiatrijas klīniskajā praksē.
 - Viegla depresija
 - Uzsākot vieglas depresijas ārstēšanu bērniem/pusaudžiem nav jāpiedāvā medikamentozu terapiju ar antidepresantu grupas medikamentiem.
 - Vidēji smaga un smaga depresija
 - Bērniem ar vidēji smagu un smagu depresiju jānodrošina iespēju saņemt specifisku psiholoģisku terapiju (individuālā KBT, interpersonālā terapija, ģimenes terapija, vai psihodinamiskā psihoterapija) ar ilgumu vismaz 3 mēnešus.
 - Antidepresantu grupas medikamenti vidēji smagas vai smagas depresijas ārstēšanai bērniem/pusaudžiem izmantojami kombinācijā ar psiholoģiskām intervencēm. Gadījumā, ja pacients vai viņa ģimene atsakās no psiholoģiskās terapijas, vai tā nav pieejama citu iemeslu dēļ, farmakoterapija var būt pielietojama, bet ir cieši jāseko medikamentu individuālai panesībai un blakusparādībām, un regulāri jāvērtē bērna psihiskā stāvokļa izmaiņas dinamiskā (1x/nedēļā pirmo 4 nedēļu laikā uzsākot antidepresantu terapiju). Tālākais tikšanās biežums ar pacientu un viņa ģimeni ir nosakāms uz individuālā pamata (bet ne retāk ka 1x/mēnesī), un atspoguļojams medicīniskajā dokumentācijā.

III. Rekomendācijas

1. Bērns/pusaudzis ar sūdzībām par depresijas simptomiem

Bērnam/pusaudzim vai viņa ģimenei pēdējā mēneša laikā:

- ir sūdzības par pazeminātu, nomāktu vai aizkaitināmu garastāvokli

UN/VAI

- ir intereses vai prieka zudumu par lietām un aktivitātēm, kas agrāk sagādāja gandarījumu.

Zemāk apkopoti psiholoģiski un uzvedības simptomi, kas varētu norādīt uz depresiju (vai citiem psihiskiem traucējumiem) bērnu/pusaudžu vecumā:

- Skumjas, bezcerība
- Īgnums, aizkaitināmība, agresivitāte, eksplozivitāte
- Raudulīgums, jutīgums pret noraidījumu
- Izolēšanās no ģimenes un draugiem
- Intereses zudums par aktivitātēm kas iepriekš patika, biežas sūdzības par garlaicību
- Sekmju pazemināšanās, skolas bastošana
- Izmaiņas ēšanas un miega paradumos
- Ažitācija vai aizkavētība
- Mazvērtības un vainas sajūta, paaugstināts paškritiskums
- Entuziasma, motivācijas trūkums
- Nogurums, enerģijas trūkums
- Koncentrēšanas grūtības
- Somatiskās sūdzības (sāpes)
- Domas par nāvi
- Paškaitējums, suicīda mēģinājums

2. Bērns/pusaudzis no skrīninga mērķa polulācijas

2.1. Bērns/pusaudzis ar medicīniski neizskaidrojamām somatiskām sūdzībām

Bērnam/pusaudzim vai viņa ģimenei ir sūdzības par somatiskiem simptomiem (galvassāpes, vēdera sāpes, locītavu sāpes, nogurums, vājums u.c.) UN pēc pilnvērtīgas somatiskas un neiroloģiskas izmeklēšanas (klīniskās, laboratoras, instrumentālas) neizdodas atklāt simptomu iemeslu.

2.2. Bērns/pusaudzis ar depresijas risku

Bērnam/pusaudzim ir vairāki depresijas riska faktori:

Bioloģiskie

- Depresija ģimenes anamnēzē

- Vielu atkarība vecākiem
- Bipolāri traucējumi ģimenes anamnēzē
- Sieviešu dzimums
- Pubertāte
- Hroniska somātiska saslimšana
- Depresija anamnēzē

Ģimenes

- Atstāšana novērtā (fiziskā vai emocionālā), vardarbība (fiziskā, emocionālā, seksuālā)
- Negatīvs audzināšanas stils: noraidījums, aprūpes trūkums
- Vecāku psihiskās slimības (īpaši depresija)
- Paaudžu konflikts

Psiholoģiskie

- Komorbīdi psihiski traucējumi, īpaši trauksmes spektrs
- Neirotisks vai īpaši jūtīgs personības stils
- Negatīvs kognitīvs stils, zems pašvērtējums
- Psiholoģiskā trauma
- Nesens zaudējums

Sociālie

- Nīrgāšanās (skolā vai vienaudžu grupā)
- Institucionalizēti bērni, bērni audžu ģimenēs
- Bezpajumtnieki, bēgļi un patvēruma meklētāji
- Pusaudži penicītārā sistēmā

Jā bērns/pusaudzis ir nesen pārdzīvojis kādu traumatisku notikumu (piem. aprūpētāja vai drauga zaudējums, vecāku šķiršanās vai citi subjektīvi īpaši satraucoši notikumi), veselības aprūpes speciālistiem primārajā veselības aprūpes līmenī ir jāizvērtē citi depresijas riska faktori un jāatspoguļo medicīniskajā dokumentācijā.

Jā bērnam/pusaudzim, kas ir nesen piedzīvojis traumatisku notikumu, nav citu depresijas riska faktoru, veselības aprūpes speciālistam jāpiedāvā atbalstu un iespēju runāt par notikumu, bet nav rutīnā jāvirza bērnu/pusaudzi uz izvērtēšanu bērnu psihaitrijas sistēmā, jo izolēts traumatisks notikums protektīvo attiecību aizsegā nav saistāms ar būtiski paaugstinātu depresijas risku.

Jā bērnam/pusaudzim, kas ir nesen piedzīvojis traumatisku notikumu, ir vairāk kā 2 citi depresijas riska faktori, veselības aprūpes speciālistam jāpiedāvā atbalstu un iespēju runāt par notikumu, jāveic depresijas skrīningu un garastāvokļa traucējumu atpazīšanu un riska novērtēšanu. Jāapsver agrīnu nosūtīšanu pie speciālista bērnu psihiskās veselības aprūpes sistēmā, ja ir dati par depresiju un/vai suicidalitāti.

3. Depresijas skrīnings

Veic depresijas skrīningu ar vecumam atbilstošiem pašaptaujas un/vai vecāku aptaujas instrumentiem:

- Mood and Feelings Questionnaire - MFQ (izmantojama no 6 g.v.) (1.pielikums)
- Patient Health Questionnaire - PHQ (izmantojama no 12 g.v. - pubertātes vecuma bērniem)

Depresijas pamata simptomi pēc Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2):

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

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

Jānoskaidro vai pusaudzim ir ievērojamas ikdienas funkcionēšanas grūtības personiskajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās jomās?

Ja grūtības pastāv, tas norāda uz depresiju.

Depresijas smaguma novērtējums:

Ja skrīnings uzrāda depresiju, tad aizpilda atlikušos 7 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) jautājumus:

Depresijas pašaptaujas tests

PHQ-9				
Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindīnā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospīestība 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 neveiksmnieks/-ce vai arī esat pievilis/-usi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0	1	2	3
8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0	1	2	3
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0	1	2	3
VĒRTĒJUMU SKAITS				
SUMMA				

Depresijas smaguma novērtējums:

- 0-4 Nav
- 5-9 Viegla depresija
- 10-14 Vidēja depresija
- 15-19 Vidēji smaga depresija
- 20-27 Smaga depresija

Jebkurai pozitīvai atbilde PHQ-9 9. jautājumā ir jāseko pašnāvības riska un drošības izvērtējumam.

4. Nav nepieciešama palīdzība

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir mazāk par 0-4 depresijas pašlaik nav.

Jāizvērtē citu psihisko traucējumu iespējamību (atbilstoši relevantiem klīniskiem algoritmiem), kā arī citas psiholoģiskās, sociālās, veselības problēmas, kuru dēļ bērns/pusaudzis ir nonācis līdz depresijas skrīningam.

5. Novērošana

- Bērnam/pusaudzim ir vairāki depresijas riska faktori, bet nav depresijas simptomu un/vai paškaitējuma (PHQ-9 kopējais vērtējums ir 0-4)
- Bērnam/pusaudzim ir atsevišķi depresijas simptomi, kas nerasniedz klīniski nozīmīgo līmeni (PHQ-9 kopējais vērtējums ir 5-7)

Ja speciālists uzskata, ka intervence nav nepieciešama, vai ja pats bērns/pusaudzis nevēlas piedalīties, tad tiek norunāta tikšanās pēc 2 nedēļām. Speciālistam būtu jāsažinās ar pusaudžiem, kuri neatnāk uz norunāto tikšanos.

6. Garastāvokļa traucējumu atpazīšana un riska novērtēšana

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 8+ tad pašlaik ir depresijas simptomi, un ārstam jāveic garastāvokļa traucējumu diagnostiku.

Jāievāc objektīvās anamnēzes datus no bērna/pusaudža un viņa ģimenes/likumiskiem pārstāvjiem (vai citiem pieejamiem informācijas avotiem – izglītības iestāde, bērnu aprūpes iestāde, pašvaldības sociālais dienests, bāriņtiesa, policija).

Rūpīgi jāvērtē

- Iespējami komorbīdi veselības traucējumi
- Nervu sistēmas attīstības traucējumi
- Sociālās grūtības – attiecības ar draugiem un vienaudžiem
- Mācību grūtības
- Ģimenes stāvoklis – situācija un starppersonu attiecības

6.1 Jāizvērtē depresijas simptomus

Depresijas diagnostiskie kritēriji pēc SSK-10

Traucējumu ilgums ar dažādu intensitāti, lielāko dienas daļu tiek novērots vismaz 2 nedēļas. Ja traucējumi strauji progresē un ir ļoti smagi, depresijas diagnoze var tikt uzstādīta arī ātrāk.^[1]

- Traucējumus nerada intoksikācija ar psihoaktīvām vielām vai organisks CNS bojājums.
 - Depresijas pamatsimptomi:
 - pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla;
 - pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;
 - nogurdināmība, enerģijas trūkums.
 - Depresijas papildus simptomi:
 - pašapsūdzības domas, neadekvāta vainas sajūta;
 - pazemināts pašvērtējums;
 - suicidālas domas vai uzvedība;
- neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties;
- psihomotorās aktivitātes traucējumi
- ažitācija vai kavēšana;
- jebkādi miega traucējumi;
- pazemināta apetīte.

Par depresijas diagnozi jādomā gadījumos, kad bērnam/pusaudzim vairāku nedēļu laikā novēro vismaz divus depresijas pamatsimptomus un trīs papildus simptomus.

Pusaudži	Pieaugušie
Aizkaitināmība (īgnums, agresija, dusmu izvirdumi)	Anhedonija
Jūtīgums pret noraidījumu (piem. nepareizi domā ka viņus apceļ vai kritizē)	Vainas, bezcerības sajūta
Afekts ir reaktīvs	Afekts ir torpīds
Biežāk paaugstināta apetīte, svara pieaugums	Pazemināta apetīte
Hipersomnija	Miega traucējumi (agra mošanās)
Somatiskās sūdzības	Diennakts svārstības (sliktāka pašsajūta no rīta)
Bieža komorbiditāte ar trauksmi, PTST, uzvedības traucējumiem, neirālās attīstības traucējumiem	Psihomotorā retardācija vai ažitācija

6.2 Depresijas klīniskās atšķirības pusaudžiem un pieaugušiem

No aptuveni 8 g.v. bērniem sāk parādīties depresīva simptomātika kas ir fenomenoloģiski līdzīga pieaugušo depresijai, kas ļauj diagnostikā izmantot līdzīgus kritērijus.

Tomēr dažādu depresijas simptomu sastopamības biežumā un klīniskā prezentācijā starp pusaudžiem un pieaugušiem pastāv arī zināmas atšķirības. Zemāk tabulā apkopoti depresijas simptomi kas ir salīdzinoši biežāk sastopami attiecīgas vecuma grupas pacientiem:

Pusaudži	Pieaugušie
Aizkaitināmība (īgnums, agresija, dusmu izvirdumi)	Anhedonija
Jūtīgums pret noraidījumu (piem. nepareizi domā ka viņus apceļ vai kritizē)	Vainas, bezcerības sajūta
Afekts ir reaktīvs	Afekts ir torpīds
Biežāk paaugstināta apetīte, svara pieaugums	Pazemināta apetīte
Hipersomnija	Miega traucējumi (agra mošanās)
Somatiskās sūdzības	Diennakts svārstības (sliktāka pašsajūta no rīta)
Bieža komorbiditāte ar trauksmi, PTST, uzvedības traucējumiem, neirālās attīstības traucējumiem	Psihomotorā retardācija vai ažitācija

6.3 Jānovērtē pašnāvības risku

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 bērnam/pusaudzim justies saprastam. Tomēr mēģiniet izveidot attiecības ar bērnu/pusaudzi, pirms uzdotat jautājumu par paškaitējumu. Palūdziet pacientam izskaidrot, kāpēc viņš veicis 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 saslimšana, hroniskas sāpes vai ļoti izteikti emocionāli pārdzīvojumi

Pazīmes, kas liecina par augstu pašnāvības risku

Pašnāvības riska faktori

- Vīrieša dzimums
- Pašnāvības mēģinājums anamnēzē (īpaši pārtraukts pašnāvības mēģinājums ar sekojošiem veselības sarežģījumiem)

- Intensīvas, uzmācīgas pašnāvības domas, pašnāvības plāns
- Psihopatoloģija (depresija, psihoze) vai nopietna somatiska saslimšana (piem. diabēts vai STS) pašam vai tuviniekiem
- Hroniskas, nekorģējamas sāpes;
- Alkohola un narkotiku lietošana (pašam pusaudzim vai ģimenē)
- Impulsivitāte
- Masīvā trauksme, bezpalīdzības sajūta, anhedonija, nespēja iespaidot apdraudošus faktorus
- Vientulības sajūta, vājš sociālās funkcionēšanas līmenis vai sociāla izolētība
- Metožu pieejamība (pacients slēpj līdzekļus pašnāvības izdarīšanai)
- Iedzimtība (pašnāvība ģimenes anamnēzē)

Pašnāvības precipitējošie faktori

- Vāja atbalsta sistēma
- Nesens zaudējums
- Cits satraucošs dzīves notikums, (piem. problēmas skolā vai attiecībās, konflikts ar draugiem vai tuviniekiem)
- Sociāla izstumšana
- Fiziska, emocionāla vai seksuāla vardarbība, ieskaitot ņirgāšanos (bullingu) skolā vai internetā un vardarbību ģimenē
- Neskaidrība par savu seksuālo orientāciju, dzimumidentitāti
- Masu mēdiju efekts (Vertera efekts)

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem, pacients ir jānosūta uz konsultāciju pie bērnu psihiatra.

7. NMPD

Augsta pašnāvības riska, pašnāvības mēģinājuma vai suicidāla paškaitējuma gadījumā primārās veselības aprūpes specialistam nekavējoties jāziņo NMPD un jāorganizē pacienta stacionēšana psihiatriskajā stacionārā - pašnāvības riska novērtēšanai un/vai depresijas ārstēšanai, vai stacionēšana somatiskajā stacionārā neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai (intoksikācija ar medikamentiem u.c.).

8. Somatiskais stacionārs

Sniedz neatliekamu medicīnisko palīdzību – dzīvības funkciju uzturēšanu, dezintoksikāciju, traumatoloģisku palīdzību utt. Pēc somatiskā stāvokļa stabilizēšanas somatiskajā/ķirurģiskajā stacionārā tiek organizēta psihiatra konsultācija, lai izvērtētu par tālākās palīdzības sniegšanas veidu un pacienta nogādāšanu psihiatriskajā stacionārā vai nosūtīšanu ambulatorai psihiatriskai ārstēšanai.

9. Sekundāra psihiatriskā palīdzība

Pacienta diagnozes precizēšana un specifiskas palīdzības organizēšana atbilstoši pamata diagnozei, kura var tikt organizēta ambulatori, specializētos centros/programmās, dienas vai psihiatriskos stacionāros.

10. Sadarbība ar ĢĀ pacienta somatiskā stāvokļa novērtēšanā

Ārsts veic bērna/pusaudža apskati, klīnisko somatiskā un neiroloģiskā stāvokļa izvērtējumu, nepieciešamības gadījumā nozīmē papildus laboratorus un instrumentālus izmeklējumus.

Laboratorus un instrumentālus izmeklējumus ārsts nozīmē atbilstoši klīniskām indikācijām.

Izmeklējot pacientu ar depresīvu simptomatiku ieteicams veikt: pilnu asins ainu (infekcijas slimību, anēmijas diagnostikai), elektrolīti, urīnskābes un kreatinīna līmenis asinīs un urīna osmolaritāte (nieru slimību diagnostikai), aknu transamināzes, TSH, vitamīnu B12 un D līmenis.

11. Pacienta un ģimenes izglītošana

Vispārēji ieteikumi

Jāvaicā un jābūt gataviem ieteikt pašpalīdzības materiālus un metodes, kā informatīvas mājaslapas, palīdzības tālruņi, atbalsta grupas, citas terapijas.

Ieteikumi jānodod tikai kā daļa no plānotās intervences. Nepieciešams izglītēt par aktīvu dzīvesveidu, miegu un uzturu.

Ja ir aizdomas par garastāvokļa traucējumiem, tad vajag izvērtēt ģimenes vēsturi – vecāku un vecvecāku unipolāru vai bipolāru depresiju.

Lai sekotu līdzi depresijas ārstēšanas klīniskajam procesam, var izmantot Garastāvokļa un Izjūtu Aptauju (Mood and Feelings Questionnaire, MFQ).

Pirms intervences sākuma, kopā ar pusaudzi jāizvērtē viņa sociālais tīkls. Kas ir veicinājis un uzturējis depresiju un kas var traucēt vai palīdzēt ārstēšanā.

Pusaudzis būtu jāizglīto un jāmudina nodarboties pārraudzītā treniņu programmā 3x45-60min nedēļā, no 10 līdz 12 nedēļām.

Pusaudzis ar depresiju būtu jāizglīto par depresiju/trauksmi un tās risināšanas (*coping*) stratēģijām.

Izglītošanu veic ĢĀ, māsa vai cits primārās veselības aprūpes speciālists

- Depresija ir ļoti bieži sastopama saslimšana, ar ko var saslimt jebkurš.
- Saslimšana ar depresiju nenozīmē, ka cilvēks ir vājš vai slinks.
- Negatīva attieksme no apkārtējiem (piem., “Tev jābūt stiprākam”, “Saņem sevi rokās”), iespējams, rodas tādēļ, ka depresija nav ar neapbruņotu aci redzama slimība, kā kaula lūzums vai brūce. Pastāv arī nepareizs uzskats, ka cilvēki ar depresiju spēj savus simptomus kontrolēt ar sava gribasspēka palīdzību.
- Cilvēkiem ar depresiju mēdz būt nepamatoti negatīvi uzskati par sevi, savu dzīvi un nākotni. Šo cilvēku pašreizējā situācija var būt ļoti sarežģīta, taču depresija var izraisīt

papildu nepamatotas domas par situācijas bezcerīgumu un savu nevērtīgumu. Ar lielāko ticamību šīs domas uzlabosies, mazinoties depresijas simptomiem.

- Domas par paškaitēšanu vai pašnāvību ir bieži sastopamas. Ja pacientam šādas domas parādās, viņam nevajadzētu rīkoties to iespaidā, bet gan pateikt par tām kādai uzticības personai un nekavējoties vērsties pēc palīdzības.
- Depresija padodas ārstēšanai
- Ja depresija ir vidēji smaga vai smaga, nepieciešama ilgstoša antidepresantu (AD) terapija, tad pacientam var tikt izrakstīti valsts kompensēti (50% apjomā) medikamenti.
- Antidepresantu terapija nav saistāma ar atkarības risku
- Depresijas gadījumā var tikt novērota „pašārstēšanās” ar alkoholu vai nomierinošiem līdzekļiem, šajos gadījumos jākonsultējas ar ārstu.

12. Depresijas smaguma noteikšana

Ārsts novērtē depresijas smagumu pakāpi:

- **Viegla depresijas epizode:** jābūt 2 nedēļu periodā novērotiem diviem pamatsimptomiem un vismaz trim papildu simptomiem. Šie simptomi pārsvarā ir viegli izteikti.
- **Vidēji smagas (mērenas) depresijas epizode** – jābūt 2 nedēļu periodā novērotiem diviem pamatsimptomiem un vismaz četriem papildu simptomiem, vismaz viens no simptomiem ir smagi izteikts. Pacientam ir grūtības mācībās, traucēta sociālā funkcionēšana. Pacients ar grūtībām tiek galā ir ikdienas pienākumiem.
- **Smaga depresijas epizode** – spilgti izteikti visi trīs depresijas pamatsimptomi, kā arī vismaz 4 papildu simptomi. Depresijas klīnisko ainu smagāku dara izteikta trauksme vai apātija. Pacients nespēj mācīties, nespēj veikt vienkāršus ikdienas darbus.
- **Smaga depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem** - Smagas depresijas klīnisko ainu papildina grēcīguma, izsīkuma, nabadzības murgu idejas, pašapsūdzības murgu idejas; ļauna, izsmejoša satura dzirdes halucinācijas vai ožas halucinācijas. Iespējams depresīvs stupors.

13. Viegla depresija

Uzmanīga novērošana 4 nedēļu garumā.

Pārrunāt iespējamās dzīves/sadzīves problēmas, uzlabot miega higiēnu, izglītēt par depresiju, paralēlu trauksmes simptomu gadījumā, sākumā fokusēties uz depresiju, vienoties par tikšanos pēc 2 nedēļām.

14. Viegla depresija, kas saglabājas pēc 4 nedēļu novērošanas

Ja sūdzības nemazinās vai nepāriet 4 nedēļu laikā, tad ieteikt pieejamās zemas intensitātes psiholoģiskās intervences.

15. Zemas intensitātes psiholoģiskās intervences

Ja pēc 4 nedēļām novērošanas, vēl pastāv vieglas depresijas simptomi, bez nozīmīgiem komorbīdiem traucējumiem vai pašnāvības domām. Var rekomendēt (2-3 mēnešu garu) zemas intensitātes psiholoģisko intervenci.

Tam jāpiesaista papildus personāls, kas ir apmācīts zemas intensitātes psiholoģisko intervenču izmantošanā – māsās, psihologi, citi rehabilitācijas speciālisti.

Izsniegt izglītojošo materiālu, piedāvāt vadīto pašpalīdzību, grupas vai kompjuterizētu kognitīvi biheiviorālo vai nedirektīvu atbalsta psihoterapiju, strukturētu fizisko aktivitāšu programmu 12-16 nedēļu garumā.

Vadīta pašpalīdzība - vecumam atbilstoši rakstiski, audio, digitāli pašpalīdzības materiāli vai apmācīta praktiķa iesaistīšana pašpalīdzības aktivitāšu izvērtēšanā u.c.

Parasti 10 sesijas klātienē, pa telefonu vai internetā (pirmā saruna 30min., turpmākās 15minūtes).

Fiziska aktivitāte (labāk grupā (pa 8 pers.), mērena intensitāte 2xnedēļā, pa 45min., 4-6 nedēļas, tad 6 nedēļas 1x nedēļā).

16. Viegla depresija, kas nereaģē uz sākotnējo palīdzību vai Vidēji smaga depresija

Ja 8-12 nedēļu laikā pacienta depresijas simptomu smagums nav samazinājies par vairāk kā 25-50 % no sākotnējā (PHQ-9, VAS utt.), vai depresija ir vidēji smaga, jāuzsāk intensīvāka ārstēšana.

Ja ĢĀ ir pietiekama izglītība un pieredze šādu pacientu ārstēšanai, tad viņš var turpināt pacienta vadību.

Ja ne, pacients ir jānosūta uz konsultāciju pie speciālista bērnu psihiskās veselības aprūpes dienestā.

17. Augstas intensitātes psiholoģiskās intervences

Augstas intensitātes PI (ja nelīdz zemas intensitātes PI, ja ir risks attīstīties smagai DE, ja nevēlas zemas intensitātes PI, ja nevēlas AD) - Individuāla vai grupu KB, Interpersonālā psihoterapija (IPT), ģimenes terapija (ĢT), Īstermiņa psihodinamiskā psihoterapija (PDT), Biheiviorālā aktivācija.

Augstas intensitātes PI turpina vismaz 3 mēnešu garumā.

Tam jāpiesaista papildus personāls – klīniskie psihologi, psihoterapeiti, rehabilitologi.

Individuāla KBT vai biheiviorāla aktivācija (16x 50-60min. 3-4mēnešu periodā, 2xnedēļā pirmās 2-3nedēļas, tad 3-6 mēnešus uzturošā PT).

Grupu KBT (ja zemas IPI nav efektīvas, nav pietiekams efekts no individuālas KBT un AD) 90min.sesijas 12 nedēļu periodā vada 2 kompetenti vadītāji, grupā 6-8 personas)

Konsultācijas par būtiskām psihosociālām, attiecību vai nodarbinātības problēmām (16 konsultācijas 1xnedēļā, 60min.).

Īstermiņa psihodinamiskā PT, nozīmē ja pacientam ir vajadzīga palīdzība pie emocionālām un attīstības grūtībām attiecībās) (16 konsultācijas 1xnedēļā, 60min.).

Īstermiņa ģimenes terapija

Ja iepriekšējā posmā psiholoģiskās intervences nesniedza pilnu efektu, tad paralēli augstas intensitātes PT uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles antidepresantu (LPA Vadlīnijas).

Apsvēr psiholoģisko intervenču un farmakoterapijas kombināciju iniciālai vidēji smagas vai smagas depresijas ārstēšanai 12-18 g.v. pacientiem (kā alternatīvu izolētai augstās intensitātes psiholoģiskai intervencei).

18. Psiholoģisko intervenču un farmakoterapijas kombinācija

Jā bērna/pusaudža garastāvoklis nereaģē uz augstās intensitātes PT pēc 4-6 sesijām, paralēli PT ieteicams uzsākt farmakoloģisko terapiju ar 1.izvēles antidepresantu.

Ieteicamais 1. izvēles antidepresants ir Fluoksetīns.

Svarīgi informēt vecākus/aprūpētājus par nepieciešamību lietot medikamentus, to aizkavēto iedarbību, medikamentu lietošanas norisi un iespējamām blakus parādībām. Vēlams arī iedot rakstisku informāciju.

Antidepresantu terapiju depresijas ārstēšanai uzsāk bērnu psihiatrs (pēc bērna izvērtēšanas, diagnozes noteikšanas un ārstniecības plāna sastādīšanas).

Antidepresanti bērnu/pusaudžu praksē

Nosaukums	Sākuma deva	Terapeitiskās devas	Komentāri
Fluoksetīns	Bērniem: 5mg Pusaudžiem: 10mg	5-60mg	1.izvēles antidepresants bērnu/pusaudžu populācijā. Latvijā reģistrēts ar indikāciju depresijas ārstēšanai bērniem no 8 g.v.
Sertralīns	Bērniem: 25mg Pusaudžiem: 50mg	50-200mg	Latvijā reģistrēts ar indikāciju OKT ārstēšanai bērniem no 6 g.v.
Escitaloprāms	Bērniem: 5mg Pusaudžiem: 5mg	2,5-20mg	Latvijā nav reģistrēts lietošanai bērniem līdz 18 g.v.
Citaloprāms	Bērniem: 10mg Pusaudžiem: 10mg	10-40mg	Latvijā nav reģistrēts lietošanai bērniem līdz 18 g.v.
Fluvoksamīns	Bērniem: 25mg Pusaudžiem: 25-50mg	25-200mg	Latvijā reģistrēts ar indikāciju OKT ārstēšanai bērniem no 8 g.v.
Klomipramīns	Bērniem: 10mg Pusaudžiem: 10-25mg	3-5 mg/kg/dienā	Latvijā reģistrēts ar indikāciju OKT un nakts enurēzes ārstēšanai bērniem no 5 g.v.

Paroksetīnu un venlafaksīnu nav jāizmanto depresijas ārstēšanai bērniem/pusaudžiem.

Tricikliskus antidepresantus nav jāizmanto depresijas ārstēšanai bērniem/pusaudžiem.

Antidepresantu grupas medikamenti vidēji smagas vai smagas depresijas ārstēšanai bērniem/pusaudžiem izmantojami kombinācijā ar psiholoģiskām intervencēm. Gadījumā, ja pacients vai viņa ģimene atsakās no psiholoģiskās terapijas, vai tā nav pieejama citu iemeslu dēļ, farmakoterapija var būt pielietojama, bet ir cieši jāseko medikamentu individuālai panesībai un blakusparādībām, un regulāri jāvērtē bērna psihiskā stāvokļa izmaiņas dinamikā (1x/nedēļā pirmo 4 nedēļu laikā uzsākot antidepresantu terapiju). Tālākais tikšanās biežums ar pacientu un viņa ģimeni ir nosakāms uz individuālā pamata (bet ne retāk ka 1x/mēnesī), un atspoguļojams medicīniskajā dokumentācijā.

19. Vidēji smaga depresija, kas nereaģē uz palīdzību vai Smaga/psihotiska depresija

Multidisciplinārās bērnu psihaitra komandas kompetencē.

Jā bērni/pusaudža garastāvoklis nereaģē uz augstās intensitātes psiholoģisko intervenču un farmakoterapijas kombināciju 6 nedēļu laikā, jāveic atkārtota pacienta veselības vajadzību un riska faktoru izvērtēšana multidisciplinārā bērnu psihaitra komandā:

- diagnozes pārskats,
- iespējamie komorbīdie traucējumi,
- atkārtots depresijas cēloņu izvērtējums – individuālie, sociālie un ģimenes iemesli,
- esošās intervences izvērtējums,
- izvērtējums par turpmāko terapiju klientam un iespējamo palīdzību ģimenei.

Bērniem/pusaudžiem ar psihotisku depresiju jāapsver antidepresanta augmentāciju ar atipisko antipsihotisko līdzekli (skat. "Bērnu psihoze un šizofrēnija" algoritmu). Antipsihotiskā līdzekļa nozīmēšanas gadījumā rūpīgi monitorē terapijas blakusparādības atbilstoši algoritmam.

20. Farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija

Pēc pacienta atkārtotās izvērtēšanas multidisciplinārā komandā jāapsver:

- alternatīva terapija, kas pirms tam nav izmēģināta – individuāla KBT, interpersonālā terapija vai īstermiņa ģimenes terapija (vismaz 3 mēnešu garumā),
- sistēmiskā ģimenes psihoterapija (vismaz 15 nedēļas),
- individuāla bērna psihoterapija (apmēram 30 iknedēļas seansi).

Jā 1. izvēles antidepresants neefektīvs jāapsvēr farmakoterapijas maiņa uz citu SSRI – sertralīns, citaloprams, vai augmentācija ar atipisko antipsihotiķi.

Ja tiek uzsākta terapija ar antidepresantu, kas nav reģistrēts lietošanai bērnu praksē, uzsākt terapiju ar zemāku devu, kā pieaugušo zemākā terapeitiskā deva. Saskaņot ar bērna/pusaudža vecākiem vai likumisko pārstāvi par neregistrēta medikamenta nozīmēšanu, un pamatot neregistrētā medikamenta izvēli medicīniskajā dokumentācijā.

Multiprofesionālās komandas jēdziens ir definēts MK noteikumos Nr. 555:

109. Multiprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir specializēta medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma organizācijas forma, ko īsteno multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas komanda dienas stacionārā vai stacionārajā ārstniecības iestādē, ievērojot šādus nosacījumus:

109.1. pakalpojumu sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (vai attiecīgi psihiatrs, bērnu psihiatrs vai narkologs) un funkcionālie speciālisti, piedaloties ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kā arī klīniskiem vai veselības psihologiem.

21. Citas bioloģiskās ārstēšanas metodes

EKT un citas bioloģiskās ārstēšanas metodes pielietojamas tikai jā visi iepriekšējie soļi izrādījušies neefektīvi.

Atbilstoši pieaugušo depresijas ārstēšanas algoritmam.

EKT ir pielietojama tikai pusaudžiem ar ļoti smagu depresiju un vai nu dzīvību apdraudošiem simptomiem (smaga suicidalitāte) vai terapeitiski rezistentiem simptomiem, kas nav reaģējuši uz citu ārstēšanu.

EKT nav pielietojama depresijas ārstēšanai bērniem (5-11 g.v.).

22. Citas depresijas

Atbilstoši pieaugušo depresijas ārstēšanas algoritmam.

23. Depresija speciālās populācijās

- Depresija bērniem/pusaudžiem ar nervu sistēmas attīstības traucējumiem
- Depresija bērniem/pusaudžiem ar hronisku somatisku vai neiroloģisku saslimšanu

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

Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8.

Ja palīdzēja psiholoģiskās intervences, uzturošā terapija ir jāturpina ar psiholoģiskām intervencēm turpmāko 3-6 mēnešu laikā.

Farmakoterapija ar antidepresantiem jāturpina tādā pašā AD devā nākamo 4-6 mēnešus.

Ja pacients saņēmis intensīvu terapiju sekundārajā līmenī un ir sasniegta remisija, ĢĀ var turpināt bērnu psihiatra rekomendēto uzturošo terapiju, novērot pacientu un vajadzības gadījumā koriģēt uzturošo terapiju.

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

Pacientus, kuriem pēc bērnu psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija (LPA Vadlīnijas), var uzraudzīt ĢĀ, reizi gadā nodrošinot atkārtotu bērnu psihiatra novērtējumu. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

25. Terapeitiski rezistentā depresija (KLC5)

Atbilstoši terapeitiski rezistentās depresijas ārstēšanas algoritmam.

26. Remisija pēc pirmās depresijas epizodes

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

individuāla plāna jāturpina novērošana 1 gadu, ja depresijas epizode neatkārtojas, tālākā speciāla uzraudzība nav nepieciešama.

27. Remisija pēc rekurentās depresijas epizodes

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

Izvērtē iepriekšējo epizožu skaitu, reziduālos simptomus, blakus esošas fiziskās veselības problēmas un psihosociālās grūtības.

Pacientus, kuriem pēc bērnu psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija (> 2 depresijas epizodes anamnēzē, terapijas ilgums 2 gadi, LPA Vadlīnijas), var uzraudzīt ĢĀ, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

28. Augsts atkārtota paasinājuma, rekurences risks

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

Tipiski individuāla KBT 16-20 sesijas 3-4 mēnešu laikā, vai pacientiem ar 3 un vairākām depresijas epizodēm grupu apzinātības bāzēta KBT – grupas 8-15 cilvēki, 120 min sesijas 8 nedēļas, 4 uzturošās sesijas nākamo 12 mēnešu laikā.

29. Pāreja uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpes dienestiem

17 g.v. pusaudzim, kurš ārstējās no pirmās depresijas epizodes, vajadzētu turpināt saņemt intervenci pat tad, kad viņam jau paliek 18 gadi

17–18 g.v. pusaudzim, kuram nemazinās simptomi pēc plāna vai kurš ārstējās no vismaz otrās depresijas epizodes vajadzētu palīdzēt nodrošināt pāreju uz pieaugušo aprūpi.

17–18 g.v. pusaudzi, kurš veiksmīgi noslēdzis intervenci, nevajadzētu nosūtīt uz pieaugušo aprūpi, ja vien ne tiek uzskatīts, ka viņam ir augsts risks uz recidīvu

1.pielikums "Depresijas skrīninga pašaptaujas anketa"

Child: _____
Caregiver: _____

Child age _____
Date: _____

Moods and Feelings Questionnaire (7-18)

This form is about how you might have been feeling or acted recently.
Please check how much you have felt or acted this way in the past two weeks

	0 Not True	1 Sometimes	2 True
I felt miserable or unhappy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I didn't enjoy anything at all.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I felt so tired I just sat around and did nothing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was very restless.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I felt I was no good anymore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cried a lot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I found it hard to think properly or concentrate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hated myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I felt I was a bad person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I felt lonely.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I thought nobody really loved me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I thought I would never be as good as other kids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I did everything wrong.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score: _____

Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995)