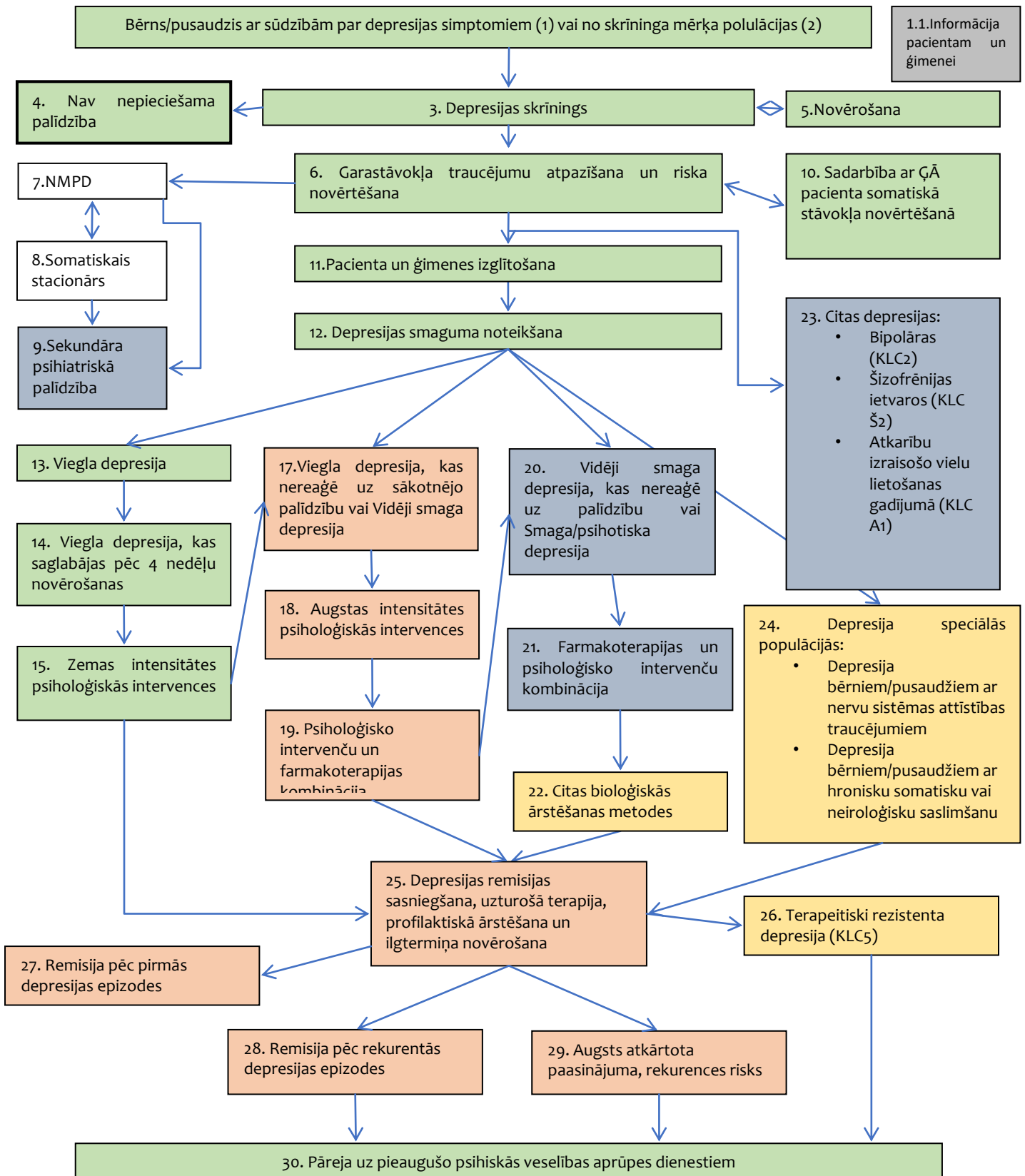


Klīniskais ceļš

Depresija bērniem/pusaudžiem - atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe



Autors psihiatrs prof.Elmārs Rancāns

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

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.

2. Bērns/pusaudzis no skrīninga mērķa populācijas

Bērnam/pusaudzim nav sūdzību par depresijas simptomiem, bet ir:

2.1. medicīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības

UN/VAI

2.2. divi vai vairāk depresijas riska faktori

3. Depresijas skrīnings

Skrīninga jautājumus uzdod veselības aprūpes speciālists (piem. ģimenes ārsts/māsa) vai bērns/pusaudzis aizpilda pašaptaujas anketu Patient Health Questionnaire – PHQ9 (izmantojama no 12 g.v. - pubertātes vecuma bērniem), vai Mood and Feelings Questionnaire - MFQ (izmantojama no 6 g.v.), kuru var izsniegt māsa.

4. Nav nepieciešama palīdzība

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

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 nesasniedz 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 veselības aprūpes speciālistam jāveic garastāvokļa traucējumu diagnozes precizēšanu un smaguma izvērtēšanu **savas kompetences ietvaros.**

Pašnāvības risks ir jāizvērtē katrā tikšanās reizē ar pacientu.

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem, pacients ir jānosūta uz konsultāciju pie bērnu psihiatra, kurai jānotiek 2 nedēļu laikā.

7. NMPD

Augsta pašnāvības riska, pašnāvības mēģinājuma vai suicidāla paškaitējuma gadījumā primārās veselības aprūpes speciālistam nekavējoties jāziņo NMPD un jāorganizē pacienta stacionēšana psihiatriskajā stacionārā - pašnāvības riska novērtēšanai un/vai depresijas

ārstēšanai, vai stacionēšana somatiskajā stacionārā neatliekamas medicīniskas 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 bērnu psihiatra konsultācija, lai izvērtētu par tālākās palīdzības sniegšanas veidu un pacienta nogādāšanu psihiatriskā stacionārā vai nosūtīšana ambulatorai psihiatriskai ārstēšanai.

Pacienta pārvešanai uz psihiatrisko stacionāru var tikt iesaistīts NMPD.

9. Sekundāra psihiatriskā palīdzība

NMPD vai sekundārās stacionārās aprūpes piesaistītais bērnu psihiatrs vai ārsts nosūta pacientu diagnozes precizēšanai un specifiskas palīdzības organizēšanai atbilstoši pamata diagnozei, kura var tikt organizēta ambulatori, specializētos centros/programmās, dienas vai psihiatriskos stacionāros.

10. Sadarbība ar ĢĀ pacienta somatiskā stāvokļa novērtēšanā

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

11. Pacienta un ģimenes izglītošana

Pacienta un ģimenes locekļu **izglītošanu par depresiju** veic primārās veselības aprūpes speciālists (piem. ĢĀ vai māsa).

12. Depresijas smaguma noteikšana

Primārās veselības aprūpes speciālists veic depresijas smaguma izvērtēšanu atbilstoši **SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem**. Depresijai izšķir 3 smaguma pakāpes – viegla, vidēji smaga un smaga depresijas epizode.

13. Viegla depresija

Uzmanīga novērošana 4 nedēļu garumā, kuru veic primārās veselības aprūpes speciālists. Novērošanas laikā nepieciešams pārrunāt iespējamās dzīves/sadzīves problēmas, uzlabot miega higiēnu, izglītot 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 primārās veselības aprūpes speciālists iesaka pacientam/ģimenei pieejamās zemas intensitātes psiholoģiskās intervences.

15. Zemas intensitātes psiholoģiskās intervences

ĢĀ rekomendē zemas intensitātes PI. Veselības aprūpes sektorā valsts pašreiz neapmaksā (ir ierobežoti pieejami izglītības un labklājības sistēmā).

Tām jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Fiziskās aktivitātes grupā var vadīt fizioterapeiti.

ĢĀ pēc 6-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

17. 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.

18. Augstas intensitātes psiholoģiskās intervences

Bērnu psihiatrs rekomendē augstas intensitātes PI (ja nelīdz zemas intensitātes PI, ja ir risks attīstīties smagai DE, ja nevēlas zemas intensitātes PI, ja nevēlas AD).

Valsts pašreiz neapmaksā.

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

Augstas intensitātes PI turpina vismaz 3 mēnešu garumā.

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

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

19. Psiholoģisko intervenču un farmakoterapijas kombinācija

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

Atkārtotas vizītes ik 2-4 nedēļas. Bērnu psihiatrs pēc 6-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

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.

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

Multidisciplinārās bērnu psihaistra komandas kompetencē.

Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, specializētos centros vai reģionālos psihiatriskajos stacionāros.

21. Farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija

Pēc pacienta atkārtotās izvērtēšanas multidisciplinārā komandā jāapsver:

- Alternatīva terapija, kas pirms tam nav izmēģināta – individuāla KBT, interpersonālā terapija vai 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.

22. Citas bioloģiskās ārstēšanas metodes

EKT un citas bioloģiskās ārstēšanas metodes pielietojamas tikai jā visi iepriekšējie soļi izrādījušies neefektīvi . Bērniem visas ārstēšanas metodes apmaksā Valsts.

Atbilstoši pieaugušo depresijas ārstēšanas ceļam.

23. Citas depresijas

Atbilstoši pieaugušo depresijas ārstēšanas ceļam

24. Depresija speciālās populācijās

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

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

Ārstēšana notiek ambulatori.

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. Vizītes 1x/mēnesī.

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.

26. Terapeitiski rezistenta depresija (KLC5)

Atbilstoši terapeitiski rezistentās depresijas ārstēšanas klīniskajam ceļam.

27. 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, jā depresijas epizode neatkārtojas, tālākā speciāla uzraudzība nav nepieciešama. Ambulatoras vizītes reizi 1-1.5 mēnešos. Ārsti var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus.

28. 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.

29. 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.

30. 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