



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

**Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”**

Biznesa augstskola Turība

**Depresija un citu depresīvā spektra psihisko traucējumu
atpazīšana**

Autors: Dr. Andis Krūmiņš

Rīga, 2020

Saturs

IEVADS	3
1. DEPRESIJA UN CITU DEPRESĪVĀ SPEKTRA PSIHISKO TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA	6
1.1. Depresijas simptomi un klīniskās izpausmes, diagnostiskie kritēriji, depresīvo traucējumu veidi	6
1.2. Depresīvo traucējumu etioloģija biopsihosociālā modeļa kontekstā, riska protektīvie faktori	20
1.3. Depresijas skrīnings primārajā veselības aprūpē, skrīninga instrumenti un to lietošanas metodoloģija	22
1.4. Depresijas īpatnības specifiskās populācijās	26
1.4.1. Depresija bērnu un pusaudžu praksē	26
1.4.2. Depresija gerontoloģiskajiem pacientiem	31
1.4.3. Pēcdzemdību depresija	32
1.4.4. Depresija migrantu un etnisko minoritāšu vidū	34
2. DARBS AR DEPRESĪVU UN SUICIDĀLU PACIENTU	36
2.1. Psihoeducācijas saturs, strādājot ar depresīvu pacientu	36
2.2. Sucīda risku izvērtēšana un rīcība, strādājot ar suicidālu pacientu	39
Tekstā izmantotie saīsinājumi	45
Izmantotās literatūras un avotu saraksts	51

ANOTĀCIJA

Depresija ir viena no visplašāk sastopamajām psihiskajām slimībām. Jau XX gadsimta beigās pētnieki prognozēja “melanholijas gadsimta tuvošanos”. Vērtējot datus, var secināt, ka šādiem apgalvojumiem ir pamats, it īpaši ņemot vērā globālās ekonomiskās krīzes. Šī metodiskā līdzekļa mērķis ir uzlabot depresijas atpazīšanu, agrīnu diagnostiku un ārstēšanu. Ņemot vērā pieaugošo ģimenes ārstu lomu depresijas pacientu aprūpē, ir nozīmīgi sekmēt precīzāku depresiju diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar depresiju virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem un profesionāļiem, racionāli izmantojot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes. Tāpat būtiski ir mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu. Pamatā metodiskā līdzekļa prioritārais mērķis ir veicināt pacienta ar depresiju mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu sadarbību ar ģimenes ārstu, psihiatru, citiem ārstiem un profesionāļiem, lai veicinātu agrīnu depresijas atpazīšanu un pareizu ārstēšanas uzsākšanu pieaugušajiem.

IEVADS

Garastāvoklis var būt visaptveroša un noturīga emociju vai sajūtu gamma, kas ietekmē personas uzvedību un uztveri. Garastāvokļa traucējumi dažreiz tiek dēvēti par afektīvajiem traucējumiem, tie iezīmē svarīgu psihisko slimību kategoriju, kura sastāv no depresijas, bipolāriem traucējumiem un citām psihiskām saslimšanām, kuras apskatīsim vēlāk šajā metodiskajā materiālā.

Lai raksturotu garastāvokli, tiek lietoti visdažādākie īpašības vārdi: depresīvs, bēdīgs, iztukšots, melnholisks, satraukts, uzbudināts, pacilāts, afektīvi jaukts, eiforisks, maniakāls, jautrs u. tml. Dažus stāvokļus var raksturot klīnicisti, piemēram, – nomākts, norūpējies. Citus var izjust tikai pats pacients, piemēram, bezcerību. Garastāvoklis var būt labils, svārstīgs vai strauji mainīgs, piemēram, starp smiešanos un jautrību līdz izmisumam un asarām jau nākamajā brīdī.

Otrs garastāvokļa novērtēšanas aspekts sevī ietver izmaiņas pacienta aktivitātes līmenī, kognitīvajās funkcijās, runā, veģetatīvajās funkcijās, kā piemēram, miega, apetītes, seksuālajās u. c. funkcijās. Šie traucējumi praktiski vienmēr negatīvi atsaucas uz interpersonālo, sociālo funkcionēšanu, kā arī uz pacienta nodarbinātību.

Klīnicistiem ir nepieciešama pieredze un strikta diagnostisko kritēriju ievērošana, izvērtējot, vai garastāvokļa svārstības uzskatāmas par normas robežās esošām salīdzinājumā ar patoloģiskiem garastāvokļa traucējumiem, tādējādi izvairoties no situācijas, kad ārstējam slimību, nevis pacientu.

Vēsturiski aspekti

Vecās Derības stāsts par karaļa Saula dzīves nogali atklāj depresīvā sindroma būtību. Līdzīgi tas atspoguļojas Ajaksa pašnāvībā Homēra “Iliādā”. 400 gadus pirms mūsu ēras Hipokrāts lietoja terminus *mānija* un *melanholija*, lai aprakstītu psihiskus traucējumus. Mūsu ēras 30. gados romiešu ārsts Celzs aprakstīja melanholiju (no grieķu valodas *melan* [melns] un *chole* [žults]).

(1)

1621. gadā Roberts Bārtons uzrakstīja un publicēja darbu “Melanholijas Anatomija” – tas bija pirmais depresijai veltītais raksts angļu valodā. (1)

1854. gadā franču psihiatrs Džūls Falrets aprakstīja stāvokli, kuru nosauca par *folie circulaire*, aprakstot pacientu ar mainīgu garastāvokli, depresiju un māniju. 1882. gadā vācu psihiatrs Karls Kahlbaums lietoja terminu *ciklotīmija*, aprakstot māniju un depresiju kā vienas saslimšanas dažādas stadijas. (1)

1899. gadā Emīls Krepelīns, balstoties franču un vācu kolēģu zināšanās, aprakstīja maniakāli depresīvu psihozi, lietojot vairumu kritēriju, kurus arī mūsdienās izmanto, diagnosticējot bipolārs 1 traucējumus. Saskaņā ar modernās psihiatrijas pamatlicēja Krepelīna

teoriju demences simptomu neattīstīšanās pacientiem ar maniakāli depresīvo psihozi (bipolāri afektīviem traucējumiem) ļauj tos atšķirt no *dementia precox* (kā toreiz tika dēvēta šizofrēnija). Krepelīns arī aprakstīja depresiju, kas tajos laikos tika uzskatīta par involūcijas melanholiu un šodien tiek klasificēta kā organiski garstāvokļa afektīvi traucējumi. (1)

Depresijas izplatība Latvijā

Latvijas Nacionālā veselības aprūpes dienesta dati parāda, ka 2016. gadā ģimenes ārsti diagnosticēja tikai 5132 unikālus pacientus ar garstāvokļa traucējumu diagnozi. Savukārt Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE 2014– 2017 ietvaros veiktajā depresijas biežuma pētījumā konstatēts, ka 10,2% pacientu, kas katru dienu apmeklē ĢĀ, cieš no klīniski nozīmīgas depresijas. Gada laikā tie ir apmēram 70 000 pacientu, kas ir par 15 reizēm vairāk, nekā uzrāda oficiālā statistika. Vienlaicīgi ģimenes ārsti diagnosticē neirostiskus traucējumus gandrīz desmit reizes biežāk nekā garstāvokļa traucējumus. (2)

2018. gadā Latvijā veiktajā pētījumā tika secināts, ka depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās Latvijas vispārējā populācijā veido 6,7%. (3)

Depresija bija biežāk sastopama sievietēm nekā vīriešiem, respektīvi, 7,8% un 5,6%. Lielāka depresijas iespējamība pēdējās 2 nedēļās bija sievietēm, pilsētās (taču ne galvaspilsētā) dzīvojošiem cilvēkiem, kam ir viduvējs vai slikts veselības pašvērtējums, veselības pasliktināšanās pēdējo 12 mēnešu laikā, alkohola atkarība. (3)

Depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos Latvijas vispārējā populācijā (7,9%) ir augstāka nekā vidēji citās Eiropas valstīs (6,9%). (3,4)

Vislielākā depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos tika novērota vecuma grupā no 45 līdz 54 gadiem. Augstāka depresijas iespējamība pēdējos 12 mēnešos bija cilvēkiem, kas pēdējo 12 mēnešu laikā veselības aprūpes dienestus apmeklējuši 6 vai vairāk reizes, kam bijušas 3 un vairāk somatiskas saslimšanas, kas ir pastāvīgie un gadījuma rakstura smēķētāji un kas savu veselības stāvokli vērtējuši kā viduvēju un zemāk par viduvēju. Cilvēkiem ar depresiju pašu ziņotās somatiskās saslimšanas bija biežāk sastopamas nekā cilvēkiem, kuriem nav depresija. (3)

Primārās aprūpes līmenī pēdējo 2 nedēļu laikā depresija bija sastopama 13,6% pacientu, kas ir nedaudz vairāk par literatūrā minētajiem datiem, savukārt ar depresiju jebkurā dzīves posmā ir saskārušies 22,4% ģimenes ārstu praksē pacientu. (3)

1. DEPRESIJA UN CITU DEPRESĪVĀ SPEKTRA PSIHISKO TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA

1.1. Depresijas simptomi un klīniskās izpausmes, diagnostiskie kritēriji, depresīvo traucējumu veidi

Depresija ir ļoti izplatīta slimība (5), kas bieži paliek nediagnosticēta un neārstēta. (2,6,7)

Depresija izraisa būtiskus psihisko procesu traucējumus – nomāktu garastāvokli, domu gausumu, koncentrēšanās grūtības, dzīvesprieka zudumu u.c. Depresijas gadījumā vērojama arī somatiskā stāvokļa pasliktināšanās (endokrīni, kardiovaskulāri traucējumi, cirkadisko ritmu izmaiņas, ēstgribas izmaiņas, libido pazemināšanās u.c.). (3,8)

Pasliktinās arī attiecības ģimenē, pieaug sociālās un profesionālās funkcionēšanas traucējumi. Depresijas pacientiem ir augstāks risks saslimt ar kādu no somatiskajām slimībām, piemēram, cukura diabētu, koronāro sirds slimību vai arteriālo hipertensiju. (8)

Depresijas fiziskie jeb somatiskie simptomi ir sevišķi raksturīgi ģimenes ārstu prakšu pacientiem. (3)

Depresija ietekmē arī kognitīvās funkcijas, pacientiem ir negatīva attieksme pret savu pagātni, tagadni un nākotni, pastāv bezcerības izjūta. Cilvēki ar depresiju bieži ir nepamatoti paškritiski, ar zemu pašnovērtējumu, vainas izjūtu un pašapsūdzības domām, kā arī domām par pašnāvību. (3,9)

Depresijas klīniskās izpausmes ir atšķirīgas gan vīriešiem un sievietēm, gan dažādos vecuma posmos, gan pacientiem ar dažādām personības struktūrām; klīniskā aina atkarīga arī no blakussaslimšanām. (8)

Klasiskā depresijas triāde pēc Emīla Krepelīna:

- nomākts garastāvoklis;
- palēnināta domāšana;
- pazemināta kustību aktivitāte. (1,8)

Depresijas diagnostiskie kritēriji (pēc SSK-10)

Depresijas pamatsimptomus raksturo pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla, pazeminātas intereses un spēja izjust prieku, nogurdināmība un enerģijas trūkums, tomēr pacienti nereti izmanto dažādus citus apzīmējumus sava veselības stāvokļa raksturošanai. Ir svarīgi atšķirt klīnisku depresiju no situācijai atbilstošas garastāvokļa pazemināšanās; depresija nav tikai nespēja izjust prieku un pazemināts garastāvoklis kādā noteiktā situācijā, bet gan noturīgs un ilgstošs stāvoklis. (3,10)

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 noteikta arī agrāk. Traucējumus neizraisa intoksikācija ar psihoaktīvām vielām vai organisks CNS bojājums. (8,10)

Depresijas pamatsimptomi:

- nomākts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla;
- pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;
- nogurdināmība, enerģijas trūkums.

Depresijas papildu simptomi:

- pašapsūdzības domas, neadekvāta vainas izjūta;
- pazemināts pašvērtējums;
- suicidālas domas vai uzvedība;
- kognitīvo funkciju traucējumi – grūtības plānot vai koncentrēties, atmiņas traucējumi, domāšanas gausums;
- psihomotorās aktivitātes traucējumi – ažitācija vai kavēšana;
- jebkādi miega traucējumi;
- pazemināta apetīte.

Depresijas “somatiskais” jeb bioloģiskais sindroms:

- pamošanās vismaz 2 stundas pirms laika;
- pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;
- depresija smagāka no rīta;
- objektīvās anamnēzes dati par būtisku psihomotoru kavēšanu vai ažitāciju;
- būtiski pazemināta apetīte (svars samazinās vairāk kā par 5%);
- libido pazemināšanās.

Depresijas traucējumu veidi

(depresijas klasifikācija pēc SSK–10) (8,10,11)

F 31 Bipolāri afektīvi traucējumi (BAT norisē ir iespējamās hipomānijas, mānijas, jaukti afektīvas epizodes un dažāda dziļuma depresijas epizodes).

F 31.3 Pašreizējā epizode – viegla vai vidēji smaga depresija.

F 31.4 Pašreizējā epizode – smaga depresija bez psihotiskiem simptomiem.

F 31.5 Pašreizējā epizode – smaga depresija ar psihotiskiem simptomiem.

F 31.8 Maskētas depresijas epizode BAT ietvaros.

F 32 Depresijas epizode (pirmreizēja, atsevišķa).

F 32.0 Viegla epizode (ar/bez somatiska sindroma).

F 32.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiska sindroma).

F 32.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem.

F 32.3 Smaga epizode ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem.

F 32.8 Cita depresijas epizode (maskēta depresija).

F 33 Rekurenti depresīvi traucējumi (atkārtotas depresijas epizodes).

F 33.0 Viegla epizode (ar/bez somatiska sindroma).

F 33.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiska sindroma).

F 33.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem.

F 33.3 Smaga epizode ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem.

F 33.4 Remisija.

F 33.8 Cita depresijas epizode (atkārtota maskētas depresijas epizode).

F 34 Hroniski neirotika līmeņa garastāvokļa traucējumi.

F 34.0 Ciklotīmija.

F 34.1 Distīmija.

F 06.32 Organiski afektīvi traucējumi, depresīvs tips.

F 0*.*3 Demence ar papildu depresīvu simptomātiku.

F 1*.*54 Depresīvi traucējumi psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ.

F 20.4 Postšizofrēniska depresija.

F 43 Adaptācijas traucējumi.

F 43.20 Īslaicīga depresīva reakcija.

F 43.21 Prolongēta depresīva reakcija.

F 43.22 Jaukta trauksmaini depresīva reakcija.

Depresijas epizode (F32)

Depresīva epizode kā diagnostiska kategorija tiek izmantota pacientiem, kuriem pirmo reizi mūžā novērots depresijas kritērijiem atbilstošs stāvoklis. (8,12)

Bieži pirmā depresijas epizode ir rekurentu depresīvu traucējumu pirmā epizode, tomēr turpmāk var attīstīties bipolāri afektīvi traucējumi, kā arī jau pirms depresīvas epizodes anamnēzē var būt bijušas hipomānijas vai mānijas epizodes, par ko pacientam nepieciešams pajautāt (iespējamie jautājumi aprakstīti skrīninga sadaļā). (8,12)

Pirms pirmās depresijas epizodes var tikt novēroti prodroma simptomi, kas biežāk ir subklīniski depresijas un trauksmes simptomi. Depresijas epizode var sākties bez acīmredzama iemesla. Uzskata, ka depresijas cēlonis saistāms ar nelabvēlīgu pārmantotību, izmaiņām dažādās mediatoru sistēmās, arī psihotraumu bērnībā. Depresijas epizode var attīstīties arī pēc smagas, ilgstošas psihotraumējošas situācijas. Neārstētas vieglas/vidēji smagas depresijas epizodes ilgums var būt 4–30 nedēļas, smagas depresijas epizodes – 6–12 mēnešus. Ārstētas depresijas epizodes ilgums biežāk ir līdz 3 mēnešiem. (8)

Viegla depresijas epizode (F32.0)	2 nedēļu periodā novēroti divi pamatsimptomi un vismaz trīs papildu simptomi. Šie simptomi pārsvarā ir viegli, var sekmīgi tikt ārstēti ambulatori.
Vidēji smagas depresijas epizode (F32.1)	2 nedēļu periodā novēroti divi pamatsimptomi un vismaz četri papildu simptomi, vismaz viens no simptomiem ir smagi izteikts. Ir traucēta funkcionēšana, pacients ar grūtībām tiek galā ir ikdienas pienākumiem.
Smaga depresijas epizode bez psihotiskiem simptomiem (F32.2)	Spilgti izteikti visi trīs depresijas pamatsimptomi, kā arī vismaz 4 papildu simptomi. Pacients nespēj strādāt, nespēj veikt vienkāršus ikdienas darbus. Parasti ir suicidālas domas un rīcība, kā arī vairāki “somatiski” simptomi.

Smaga depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem (F32.3)	Smagas depresijas klīnisko ainu papildina grēcīguma, izsīkuma, nabadzības murgu idejas, pašapsūdzības murgu idejas; ļauna, izsmejoša satura dzirdes halucinācijas vai ožas halucinācijas. Smaga psihomatora kavēšana vai stupors padara neiespējamu parasto ikdienas pienākumu veikšanu. Sakarā ar suicīdu, dehidratāciju vai badošanos var būt apdraudēta dzīvība.
--	---

1. tabula. Depresijas epizodes smaguma pakāpes.

Rekurenti depresīvi traucējumi (F33)

Rekurenti depresīvi traucējumi ir klasiskā un biežāk sastopamā depresijas norises forma. Rekurentu depresīvu traucējumu gadījumā pacientam anamnēzē nav datu par maniakālu stāvokli vai jaukti afektīvu stāvokli. Rekurenti depresīvi traucējumi var sākties jebkurā vecumā, vidēji 27 gadu vecumā. (8)

Aptuveni 50% no tiem pacientiem, kuri atveseļojas pēc pirmās depresijas epizodes, dzīves laikā ir viena vai vairākas papildu depresijas epizodes (5,13), savukārt cilvēkiem, kuriem ir bijušas trīs vai vairāk depresijas epizodes, recidīvu sastop līdz 80%. (5)

Ap 20–30% depresijas epizožu beidzas ar reziduālu simptomātiku. (8) Sešu gadu laikā 12% no pacientiem, kuriem bijusi depresijas epizode, depresīvie traucējumi hronificējas. (14)

Sakarā ar to, ka depresija var tik bieži atkārtoties, tai var būt nozīmīgas personiskās un sabiedrības veselības sekas. Piemēram, metaanalīzē tika konstatēts, ka depresijas pacientiem pašnāvību līmenis ir aptuveni divdesmit reizes lielāks nekā vispārējā populācijā. Rekurenti depresīvi traucējumi ierobežo darba produktivitāti un sociālo mijiedarbību, saistās ar augstām tiešajām (ārstu vizītes, medikamentu iegāde u.c.) un netiešajām izmaksām (zaudēti ienākumi pazeminātas produktivitātes dēļ, darba nespēja). (13)

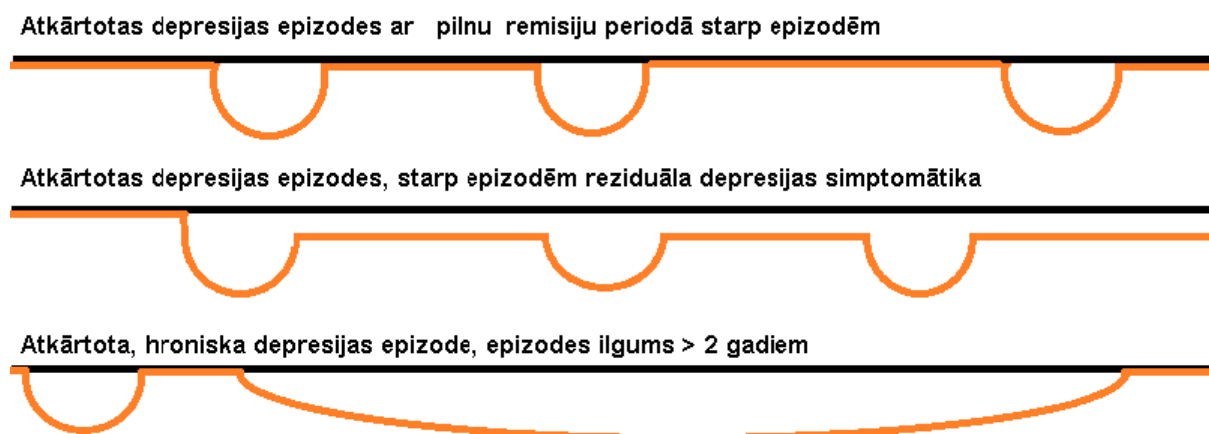
Riska faktori atkārtotiem depresijas uzliesmojumiem (8,13,15,16):

- trīs depresijas epizodes anamnēzē vai vairāk nekā divas depresijas epizodes pēdējo 2 gadu laikā;
- medikamentozās terapijas pārtraukšana;
- iepriekšējās epizodes medikamentozās terapijas laiks īsāks par 4–6 mēnešiem;
- reziduāla simptomātika starp epizodēm (HAMD 7–16 p.);

- depresijas sākums līdz 30 gadu vecumam;
- dubultā depresija;
- papildu komorbīdi stāvokļi (trauksme, OKT, atkarības u.c.);
- psihiskas slimības ģimenes anamnēzē (sevišķi garastāvokļa traucējumi);
- hroniska somatiska slimība kā blakusdiagnoze;
- pašnāvības mēģinājumi anamnēzē;
- depresija ar psihotiskiem traucējumiem anamnēzē;
- recidīvs pēc antidepresantu pārtraukšanas;
- sociālās funkcionēšanas traucējumi;
- zems sociālais atbalsts;
- stresu izraisoši dzīves notikumi.

Rekurentu depresīvu traucējumu norises tipi (skat. 1. attēlu):

- atkārtotas depresijas epizodes ar pilnīgu atveseļošanos periodā starp epizodēm;
- atkārtotas depresijas epizodes, starp epizodēm konstatējama reziduāla depresijas simptomātika;
- atkārtota, hroniska depresijas epizode, epizodes ilgums > 2 gadiem. (8)



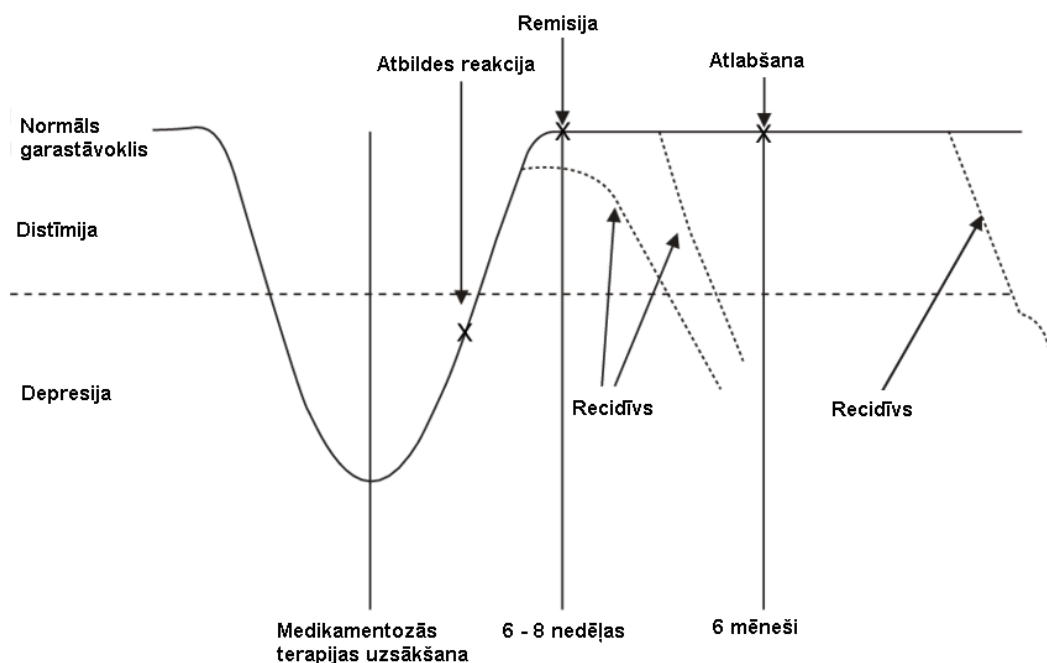
1. attēls. Rekurentu depresīvu traucējumu norises tipi.

Vidējais depresijas epizodes ilgums ir 6 mēneši, tāpēc vēlams depresijas medikamentozās ārstēšanas ilgums ir vismaz 6 mēneši. (8,17,18)

Viegla/vidēji smaga depresija ilgst 4–30 nedēļas, smaga – līdz 12 mēnešiem. Ja pacients saņem atbilstošu ārstēšanu, tad depresijas epizode ir īsāka. (8)

Ir pierādījumi, ka labāka fiziskā un psihiskā funkcionēšana pirms depresijas epizodes paredz īsāku depresijas epizodes ilgumu. (18)

Atkārtotu depresijas epizožu ilgums un dziļums vienam pacientam biežāk ir līdzīgs. (8)



2. attēls. Depresijas epizodes shematisks attēlojums. (Adaptēts no Kupfer (17))

Dažādi rekurentu depresiju varianti

Maskēta depresija

Maskētas depresijas gadījumā pacients bieži konsultējas pie ģimenes ārsta vai citiem speciālistiem ar sūdzībām par fiziskiem simptomiem, kuriem neatrod pamatojumu klīniskajās analīzēs un izmeklējumos. Šīs sūdzības bieži ir saistāmas ar somatoformiem traucējumiem (somatizāciju, somatoformām sāpēm u.c.). Depresija var maskēties kā alkoholizācija, ēšanas traucējumi, seksuāla disfunkcija u.c. Pacienti nomāktu garastāvokli vai skumjas nepamana, reizēm aktīvi noliedz. Fizisko simptomu ārstēšana ar internajā praksē lietotiem medikamentiem neuzlabo pacienta pašsajūtu. Raksturīga veselības stāvokļa uzlabošanās, ja terapijai pievieno antidepressantus. Pacienta sūdzības parasti ir smagākas dienas pirmajā pusē, traucējumu norise ir recidivējoša, hroniska, iespējama stāvokļa negaidīta uzlabošanās bez terapijas. (8)

Sezonālā (ziemas) depresija

Biežāk sastopama Ziemeļu valstīs, kur ir īsa dienas gaišā daļa. ASV sezonālas depresijas īpatsvars dienvidu štatos (Floridā) ir 1,4%, turpretī ziemeļu štatos (Ņūhempšīrā) 9,7% populācijā. (8) Sezonālas depresijas patoģenēzes hipotēzes saistītas ar melatonīna, dopamīna un serotonīna metabolisma traucējumiem. Klīniski ziemas depresija var noritēt subsindromālā un izvērstā depresīva stāvokļa veidā rudens un ziemas periodā, tā jānovēro vismaz 2 gadus pēc kārtas. Vasarā iestājas remisija. Ziemas periodā raksturīgs nomākts garastāvoklis ar trauksmi un disforiju, pacienti sūdzas par kairināmību, nespēku, koncentrēšanās grūtībām. Pacientiem raksturīga miegainība, apetītes un svara pieaugums, pastiprināta vēlme ēst ogļhidrātus saturošus produktus ziemas periodā. Terapijā kā pirmās izvēles metodes ir fluoksetīns, bupropions, ieteicami ir arī escitaloprams, sertralīns vai agomelatīns. (8) Pacientiem, kuri antidepresantu vietā izvēlas gaismas terapiju, ieteicams skaidrot par šīs metodes pierādījumu trūkumu. (5)

Īslaicīga rekurenta depresija

Pacientam gada laikā novēro vidēji 12–18 īslaicīgus depresīvus stāvokļus, kas ilgst no 2 dienām līdz 2 nedēļām. Šī depresijas forma biežāk sastopama gados jauniem pacientiem, tā kombinējas ar personības traucējumiem un augstu pašnāvības risku – līdz 15% pacientu. (8)

Bipolāri afektīvi traucējumi (F30–31)

Kad primārajā aprūpē vēršas persona ar depresiju, jautājiet par iepriekšējiem pārmērīgas aktivitātes vai traucētas uzvedības periodiem. Ja pārmērīga aktivitāte vai traucēta uzvedība ilgusi 4 dienas vai ilgāk, apsveriet iespēju nosūtīt pacientu pie psihiatra psihiskā veselības stāvokļa izvērtēšanai. (19)

Ja ir aizdomas par mānijas epizodi vai smagu depresiju vai ja pacients apdraud sevi vai citus, neatliekami nosūtiet pacientu psihiskā veselības stāvokļa izvērtēšanai. (19)

Bipolāriem afektīviem traucējumiem (BAT) raksturīgi pacilātības, paātrinātas domāšanas un paaugstinātas kustību aktivitātes periodi (mānijas), kas mijas ar depresijas periodiem. Apmēram 10–20% pacientu ar rekurentiem depresīviem traucējumiem (RDT) dzīves laikā depresijām var pievienoties (hipo)mānijas stāvokļi, tādā gadījumā diagnoze jāmaina uz BAT. Izšķir BAT 1. tipu, kad pacientam anamnēzē ir pārsvarā mānijas un retas subdepresijas, un BAT 2. tipu, kad pacientam biežāk ir depresijas un retāk (hipo)mānijas. Depresijas klīniskā aina ir līdzīga unipolāras depresijas uzliesmojumam. Biežāk ir vērojamas t.s. atipiskās depresijas pazīmes – miegainība, apātija, pastiprināta apetīte. BAT sākums ir agrāks – ap 20 gadu vecumu,

ģimenes anamnēzē biežāki ir BAT nekā RDT, biežāk ir alkohola atkarība kādam no tuviem radniekiem. (8)

Smagākais no BAT norises veidiem ir ātri mainīgais tips (*rapid cycling* – angļu val.), kad viena afektīvo traucējumu fāze nomaina otru dažu nedēļu, dienu vai pat stundu laikā. (8) NICE vadlīnijas neiesaka uzsākt BAT ārstēšanu ar litiju (ja tas nav lietots iepriekš) vai valproātu ambulatoros apstākļos. (19)

Organiski afektīvi traucējumi, depresīvs tips (F06.32)

Pacientam ar organisku depresiju vienmēr jāņem vērā somatisko traucējumu fons vai procesi, kas izraisījuši organiskās izmaiņas CNS. Depresijas attīstību sekmē gan somatiskā stāvokļa pasliktināšanās (arī polipragmāzija), gan sociālās funkcionēšanas ierobežojumi (pacienta ietekmes samazināšanās ģimenē un darbā, kustību traucējumi, grūtības sevis apkopšanā). Raksturīgākās pazīmes ir astēnija, trauksmainība un viegli (mēreni) nomākts garastāvoklis. Raksturīgi, ka simptomātika pastiprinās pēcpusdienā. Organiskai depresijai raksturīgi pieaugoši, subjektīvi smagi atmiņas un koncentrēšanās spējas traucējumi, ko pavada raudulīgums, augsts trauksmes līmenis, miega traucējumi, apetītes pārmaiņas. Depresijas klīnisko ainu vienmēr dara smagāku sāpju simptomi (kas saistāmi ar somatisku saslimšanu vai somatoformiem traucējumiem) un somatiskā stāvokļa pasliktināšanās. (8)

Organiskas depresijas gadījumā nereti novēro neiroloģisku simptomātiku. Atkarībā no organisko izmaiņu lokalizācijas – jušanas traucējumus, refleksu asimetriju, parēzes, gaitas traucējumus u.c. (3,8)

Organiskas depresijas pacientiem ir raksturīgas domas par nāvi un ļoti augsts pašnāvības risks. Šīs grupas pacientiem suīcīdi visbiežāk ir ilgi, rūpīgi plānoti un pabeigti. (8)

Pēc insulta depresija ir sastopama aptuveni vienai trešdaļai izdzīvojušo pacientu, un depresijas komorbiditātei ir saistība ar sliktāku funkcionālo iznākumu, sliktāku dzīves kvalitāti un augstāku mirstību (20), tāpēc sevišķi svarīgi pacientus skrīnēt uz depresiju un nozīmēt atbilstošu ārstēšanu. Pēc insulta tiek rekomendēti SSAI grupas medikamenti, kuri ir labi panesami, piemēram, escitaloprams, fluoksetīns; sertralīna lietošana pētījumos bijusi saistīta ar tremora attīstību. (20)

Depresijas simptomi vispārējās medicīnas praksē sastopami, ja ir:

Neiroloģiski traucējumi (8,21,22):

- Alcheimera slimība, vaskulāra demence (depresīvi simptomi var būt demences priekšvēstnesis (21);
- cerebrovaskulāras slimības (21);
- smadzeņu audzēji;
- CNS infekcijas;
- Epilepsija (pacientiem ar epilepsiju ir ievērojami palielināts depresijas risks (izplatības līmenis no 6% līdz 80%) (22);
- ekstrapiramidālās slimības, Parkinsona slimība (lielākajā daļā pētījumu tiek lēsts, ka no depresijas cieš arī 25% līdz 45% pacientu ar Parkinsona slimību) (22);
- hidrocefālija;
- migrēna (bieži vien depresija un migrēna ir līdzās pastāvošas. Pacientiem ar migrēnas galvassāpēm ir 2–4 reizes lielāks depresijas risks, savukārt pacientiem ar depresiju ir 3 reizes lielāks risks ciest no migrēnas galvassāpēm (22));
- multiplā skleroze (2–3 reizes biežāk cieš no depresijas) (22);
- narkolepsija, miega apnoja;
- Vilsona slimība.

Sistēmas slimības, iekaisīgi procesi (8):

- vīrusu un baktēriju infekcijas;
- reimatoīdais artrīts;
- Sjogrena sindroms;
- sistēmiskā sarkanā vilkēde;
- temporālais arterīts, nodozais periarterīts.

Endokrīni traucējumi (8,23):

- 1. un 2. tipa cukura diabēts;
- virsnieru disfunkcija (Kušinga sindroms, Adisona slimība, hiperaldosteronisms);
- vairogdziedzera slimības (hipotireoze);
- epitēlijķermenīšu slimības (hiperparatireoīdisms, hipoparatireoīdisms);
- menstruālā cikla traucējumi, menopauze;
- pazemināts androgēnu līmenis vīriešiem.

Dažādi traucējumi (8,22):

- Klainfeltera sindroms;
- iedzimtas sirdskaites, miokarda infarkts, kardiopulmonālas saslimšanas;

- onkoloģiskas slimības (saistība starp audzējiem un psihiskiem traucējumiem ir atkārtoti dokumentēta; aptuveni 10% līdz 25% onkoloģisko slimnieku attīstās depresija vai nozīmīgi depresijas simptomi (22));
- hepatīts, tuberkuloze;
- nieru saslimšanas, urēmija;
- porfīrijas;
- pēcoperāciju stāvokļi;
- akne (pacientiem ar akni ir paaugstināts depresijas risks, un pacientiem, kuri cieš no vidēji smagas vai smagas aknes, depresijas izplatība ir līdz 30% (22));
- CIV/AIDS;
- neauglība (lai gan rezultāti ir dažādi, daži pētījumi parādīja, ka neauglīgām sievietēm depresija ir divreiz biežāk sastopama nekā auglīgām sievietēm (22)).

Medikamenti un depresija

Medikamenti var izraisīt depresiju gan tieši, mainot neirotransmiteru līmeni centrālajā nervu sistēmā (CNS), gan netieši, izraisot nogurumu, samazinātu apetīti, sedāciju vai citas blakusparādības, izraisot vēlāku vilšanos, demoralizāciju vai pat dziļu depresijas epizodi. (22)

Tomēr bieži ir grūti diferencēt, vai tieši zāles kādam pacientam ir izraisījušas depresiju. Depresija ir ievērojami biežāk sastopama pacientiem ar medicīniskām slimībām nekā vispārējā populācijā. Piemēram, aptuveni 10%–20% pacientu ar akūtu sirds slimību, diabētu, nieru mazspēju vai vēzi cieš no pašreizējiem smagiem depresijas traucējumiem, un vēl vairāk pacientiem ir klīniski nozīmīgi subsindromāli depresijas simptomi. (22)

Medikamenti, kuri var veicināt depresīvas simptomātikas attīstību (8,22,24):

- beta-blokatori (spēcīgākā asociācija propranololam (24), tomēr dati pretrunīgi (22));
- klonidīns, rezepīns, sirds glikozīdi, lidokaīns, prazosīns;
- imunoterapija audzēju ārstēšanai (interferons alfa, spēcīgi pierādījumi) (24);
- medikamenti aknes ārstēšanai (izotretinoīns – vairāk nekā 400 *case reports*, bet dati pretrunīgi, ņemot vērā, ka pacientiem ar smagu akni ir augsts depresijas risks) (22,24);
- nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi (diklofenaks, ibuprofēns), opiāti;
- hormonpreparāti (glikokortikoīdi, kortizols, AKTH, orālie kontraceptīvie līdzekļi, progesterona ieliktni (Norplant) (24));
- antipsihotiskie medikamenti (hlorpromazīns, triflazīns, tizercīns, klozapīns);
- pretepilepsijas medikamenti (biežāk fenobarbitālam (40%), topiramātam (10%), retāk karbamazepīnam (4%)) (22);

- amantadīns, bromkriptīns, levodopa, fenitoīns;
- antibakteriāli medikamenti (metronidazols, ampicillīns, nitrofurāni, tetraciklīns);
- antineoplastiskie līdzekļi (azatioprīns, vinkristīns);
- sedatīvie un miega līdzekļi (fenobarbitāls (22), benzodiazepīni (pētījumos ar grauzējiem konstatēta samazināta serotonīna izdalīšanās hipokampā (izņemot alprazolāmu)) (22,24);
- pretsēņu medikamenti (Amfotericīns B (lieto nopietnu, sistēmisku sēnīšu infekciju ārstēšanai) ir saistīts ar akūtu CNS toksicitāti, ieskaitot “delīriju un depresiju” (22);
- kalcija kanālu blokatori (pretrunīgi dati (24), verapamils pat uzrādījis pozitīvus rezultātus depresijas simptomu mazināšanā (22));
- AKE inhibitori (pretrunīgi dati (22,24)).

Reaktīva depresija (adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju, PTSS)

Gan akūtu stresoru ietekmē, gan ilgstošas psihotraumējošas situācijas gadījumā pacientam var attīstīties trauksmaini–depresīvs stāvoklis ar dažādu intensitāti. Dažkārt pacientam var konstatēt izvairīšanos no vietām/apstākļiem, kas atgādina par psihotraumējošo situāciju; trauslu miegu ar murgainiem sapņiem; kairināmību; izmisumu un koncentrēšanās grūtības. Iespējama arī daļēja vai pilnīga psihogēna amnēzija par psihotraumējošo situāciju. (8)

Akūtā periodā pēc psihotraumējošas situācijas var diagnosticēt akūtu stresa reakciju vai adaptācijas traucējumus. Adaptācijas traucējumi retos gadījumos var ieilgt līdz 12 mēnešiem vai pat ilgāk. Tajā pašā laikā jau 2 mēnešus pēc psihotraumējošās situācijas, ja saglabājas depresijas stāvoklis, var tikt diagnosticēta depresijas epizode (F32). (2,8)

Depresijas komorbīdie stāvokļi

Depresija var pievienoties jebkuriem neirotiskiem traucējumiem, ja tie dekompensējas, kā arī depresija un tai komorbīdie stāvokļi var sākties vienlaikus. Depresijas komorbiditāti ar neirotiskiem un citiem traucējumiem novēro līdz pat 90% pacientu. (8) Komorbīdi traucējumi depresijas ārstēšanu dara grūtāku.

• Depresija ar trauksmi

Depresija ar trauksmi, pēc dažādu autoru datiem, kombinējas līdz pat 80% pacientu. (8) Papildus depresijai raksturīgajām izpausmēm pacients sūdzas par trauksmei raksturīgu simptomātiku. Trauksmes psihiskie simptomi ir izteikta saspringuma sajūta, bailes zaudēt kontroli vai nomirt, iekšējs nemiers un nepatīkšanu priekšnojauta ikdienišķās situācijās. Parasti

psihiskos simptomus pavada trauksmes somatiskie simptomi. Biežāk novēro paātrinātu sirdsdarbību vai sirdsklauves, svīšanu, tremoru vai sausumu mutē. Pacients sūdzas arī par veģetatīvās nervu sistēmas regulācijas traucējumiem – elpošanas grūtībām, diskomfortu krūtīs un vēderā, reiboni, tirpšanas sajūtu u.c. (8)

- Depresija ar fobijām

Uzmācīgas bailes (fobijas) ir izteikta trauksmes sajūta, pacientam sastopoties ar noteiktu situāciju, priekšmetu, dzīvnieku. Bieža ir depresijas komorbiditāte ar sociālām fobijām, nedaudz retāk – ar izolētām fobijām (no kukaiņiem, asinīm, injekcijām u.c.). Sociālu fobiju gadījumā pacientam ir bailes atrasties uzmanības centrā vai pievērst sev uzmanību. Atrodoties šādā situācijā, pacients izjūt izteiktu trauksmi ar spēcīgu veģetatīvu simptomātiku. Fobijas bieži kombinējas ar panikas lēkmēm. (8)

Depresija klīniskajos pētījumos ir visbiežāk novērotā sociālas trauksmes blakusslimība, 35 līdz 70% gadījumu. Pacienti ar sociālu trauksmi, kuriem ir depresijas komorbiditāte, ir lielāka sociālās trauksmes smaguma pakāpe, palielināts recidīvu risks un samazināta funkcionalitāte. Atbalsta trūkums var izraisīt smagākas depresijas epizodes un lielāku pašnāvības varbūtību pacientiem ar sociālo trauksmi. (25)

- Depresija ar derealizāciju un depersonalizāciju

Depresijas pacientiem apkārtne liekas izmainīta (derealizācija) – dīvaina, spocīga, bezkrāsaina, nedzīva. Pacienti ir traucēta apkārtējo priekšmetu un arī cilvēku uztvere, tie šķiet abstrakti, bezjūtīgi. Depersonalizācijas gadījumā pacients izjūt sava “es” atsvešināšanos, ir traucēta personības pašizpratne. Pacients sūdzas par to, ka paša “es” ir sadalījies, izšķīdis apkārtējos cilvēkos, gan tagadnes, gan pagātnes uztvere ir fragmentāra, atsvešināta. Pacients nespēj izjust emocijas vai somatiskas sajūtas. Pacienti izprot, ka šīs ir subjektīvo sajūtu izmaiņas, nevis kāda iedarbība no ārienes. (8)

- Depresija ar obsesīvi–kompulsīviem traucējumiem (OKT)

Obsesīvas jeb uzmācīgas domas ir priekšstati un tēli, kuri atkal un atkal nāk prātā pacientam pret viņa gribu. Pacients tām aktīvi, bet nesekmīgi cenšas pretoties. Kompulsīvas darbības jeb rituāli ir stereotipa uzvedība, kuru pacients veic, lai novērstu iedomātu neveiksmi vai nelaimi. OKT izraisa trauksmi ar spilgtām veģetatīvām sūdzībām, kā arī bieži kombinējas ar depresiju. (8)

- Depresija ar somatoformiem traucējumiem

Somatoformo traucējumu grupā ietilpst somatizācija, hipohondrija, somatoforma veģetatīva disfunkcija, somatoformas sāpes. Somatoformi traucējumi 25–50% gadījumu kombinējas ar depresiju. (8) Somatoformiem traucējumiem raksturīgas sūdzības par somatiskiem traucējumiem, kuriem nav izskaidrojuma no internās medicīnas viedokļa, lai gan pacients ir ticis

izmeklēts. Šīs sūdzības pacientam rada trauksmi. Pacienti atkārtoti konsultējas pie ārsta, pieprasa dažādus izmeklējumus un ārstēšanu, neraugoties uz to, ka atkārtota negatīva objektīvā atrade un laboratorie izmeklējumi neapstiprina pacienta sūdzības. Somatizācijas gadījumā pacienta sūdzības ir ļoti polimorfas, subjektīvi smagas un neadekvātas sociālo funkciju ierobežojumam. Somatizācija var transformēties hipohondrijā, kas ir pārmērīgas rūpes par savu veselību un bailes, ka slimo ar kādu konkrētu smagu somatisku kaiti. Somatoformas veģetatīvas disfunkcijas gadījumā ir spilgti, polimorfī, funkcionāli veģetatīvās nervu sistēmas traucējumi kādā no orgānu sistēmām, biežāk – sirds un asinsvadu, elpošanas vai gremošanas sistēmā. Somatoformas (psihogēnas) sāpes biežāk lokalizējas mugurā, sejā, kājās, mazajā iegurnī. Tās ir recidivējošas, mokošas un neatbilstošas neiroloģiskai atradei un sociālo funkciju ierobežojumam. Dažkārt somatoformu traucējumu un depresijas kombināciju apzīmē kā maskētu depresiju. (8)

- Depresija ar anoreksiju un bulīmiju

Depresijas izplatība pacientiem, kuriem diagnosticēti ēšanas traucējumi, dzīves laikā ir 36% līdz 86%. (26)

Anoreksijas un depresijas traucējumu kombinācija biežāk sastopama meitenēm pēc pubertātes vecuma. Klīniskās pazīmes anoreksijai ir svara zudums >15%, dīvaina, pacientu izgudrota diēta, vemšanas izraisīšana, caurejas līdzekļu lietošana. Pacienti sevi vērtē kā pārmērīgi resnus, neglītus; raksturīgas uzmācīgas bailes pieņemties svarā. Rezultātā rodas hormonālas pārmaiņas, vielmaiņas traucējumi, iekšējo orgānu disfunkcija. (8)

Bulīmijai raksturīgas atkārtotas negausīgas pārēšanās epizodes (3 mēnešu periodā), pastāvīga raizēšanās par ēšanu, kompulsīva tieksme ēst. Tajā pašā laikā pacientam ir bailes pieņemties svarā, tāpēc tiek lietoti apetīti nomācoši līdzekļi, caurejas līdzekļi, tiek izraisīta vemšana. (8)

Postšizofrēniska depresija (F20.4)

Pacientam pēdējā gada laikā ārstēta šizofrēnijas epizode, konkrētajā brīdī saglabājas atsevišķi negatīvie, retāk pozitīvie simptomi. Depresijas simptomi saistāmi gan ar pārciesto psihozi, gan terapiju ar depresiogēniem antipsihotiskajiem medikamentiem (īpaši klasiskajiem), gan kā psiholoģiska reakcija uz psihozi un sociālām problēmām. Klīniskajā ainā dominē pasivitāte, trauksmainība, grūtības interpersonālajās attiecībās, miega traucējumi. Raksturīgs augsts pašnāvības risks. (8)

Neirotiska līmeņa afektīvie traucējumi

Ciklotīmija – vieglas nepsihotiska līmeņa garastāvokļa svārstības. Viegla pacilātības periodi mijas ar subdepresīviem periodiem. Norise hroniska. Neviena afektīvo traucējumu periods nesasniedz ne vieglas depresijas epizodes, ne hipomānijas intensitāti. Ciklotīmija var dzīves laikā attīstīties par bipolāriem afektīviem traucējumiem. (8)

Distīmija – vismaz 2 gadus ilgs subdepresīvs stāvoklis, kas nesasniedz vieglas depresīvas epizodes smagumu. Dubulta depresija – rekurentas depresijas epizodes uzslāņojas distīmijai. Pacienti ar dubulto depresiju parasti novērojami izteiktāki sociālās funkcionēšanas traucējumi nekā rekurentu depresīvu traucējumu gadījumā. (8)

1.2. Depresīvo traucējumu etioloģija biopsihosociālā modeļa kontekstā, riska protektīvie faktori

Biopsihosociālais modelis parāda, ka šķietami neatkarīgi faktori – sociālie, bioloģiskie, psiholoģiskie – visi viens otru ietekmē. Mūsdienās ir zināms, ka depresiju var veicināt vairāki faktori, kas šķiet neatkarīgi, bet patiesībā ir saistīti viens ar otru. (27)

Depresijas attīstību var veicināt dažādi faktori (1,12):

Bioloģiskie faktori:

- ģenētiska predispozīcija (vairāk nekā 44 riska gēni);
- biogēno amīnu darbības izmaiņas (norepinefrīns, serotonīns, dopamīns), citu neirotransmiteru darbības traucējumi (Acetilholīns);
- hormonāla disregulācija (TSH, augšanas hormons, prolaktīns);
- izmaiņas miega neirofizioloģijā (dziļā miega zudums);
- sieviešu dzimums (attiecība sievietes:vīrieši ir 2:1);
- jaunāks vecums;
- somatiska saslimšana.

Psiholoģiskie faktori:

- lieli zaudējumi anamnēzē (piemēram, vecāka agrīns zaudējums);
- psihotraumas anamnēzē;
- personības iezīmes (paškritiskums, zems pašvērtējums).

Sociālie faktori:

- ģimenes anamnēzē garastāvokļa traucējumi;
- anamnēzē alkohola un/vai narkotisko vielu lietošana;
- finansiālas grūtības;
- bezdarbs;
- sociālā atbalsta trūkums.

Psihiskās veselības pazīme ir līdzsvars starp prātu un jūtām. Svarīga pazīme ir spēja piedzīvot jūtas plašā diapazonā, spēja šīs jūtas izprast, kontrolēt un rīkoties saskaņā ar tām, tāpat spēja uzticēties paša redzētajam, dzirdētajam, sajūtajam. Vienlaikus būtiska ir spēja kritiski un analītiski domāt, izturēt neskaidrības situāciju, nezaudējot savas vērtības un “es tikšu galā” izjūtu, kā arī spēja nevainot sevi un citus, bet analizēt situāciju un rīkoties. (28)

Psihiskās veselības attīstībā īpaša nozīme ir agrīnam emocionālam stresam. Proti, bioloģisks un psihosociāls stress bērnībā var ielikt fizioloģiskus pamatus dažādām slimībām pieaugušo vecumā, tajā skaitā depresijai. Riska faktori var būt zems sociāli ekonomiskais statuss, bezdarbs, lielas ģimenes ar ļoti mazu dzīves telpu, vecāku kriminalitāte vai antisociālas personības, pastāvīgi strīdi, vecāku vai brāļu/māsu psihiski traucējumi un smagas slimības, arī mātes atgriešanās darbā bērna pirmajā dzīves gadā.

Riska protektīvie faktori:

- iespēju robežās mazināt bioloģiskā un psihosociālā stresa iespējamību bērnībā;
- veselīgs un sabalansēts uzturs (depresija biežāk saistīta ar folskābes, B12 vitamīna, D vitamīna pazeminātu līmeni organismā) (12), lai tiktu uzņemtas visas neaizvietojamās aminoskābes, kas sevišķi aktuāli veģetāriešiem, vegāniem;
- fiziskas aktivitātes – Eiropas Psihiatru asociācijas ziņojumā teikts, ka ļoti labs efekts ir regulārām fiziskām aktivitātēm. (29) Metaanalīzē secināts, ka, salīdzinot vingrinājumus ar neaktīvu iejaukšanos, vidēji 14 nedēļu laikā tika novērota ievērojama depresijas simptomu uzlabošanās aktīvajā vingrinājumu grupā. Vingrojumi bija efektīvi mērenā un augstā, bet ne zemā intensitātē. Tā pati autoru grupa arī ziņoja, ka vingrinājumi efektīvi uzlaboja depresijas simptomus vecāka gadagājuma pacientiem (29). Fiziskās aktivitātes jāizmanto vieglas vai vidēji smagas depresijas ārstēšanā un fiziskās sagatavotības uzlabošanā (A pierādījumu līmenis) (29);
- izmaiņas domāšanā vai attieksmē var attīstīt psihoterapijas laikā. Mijiedarbība starp serotonīna sintēzi un garastāvokli var būt divvirziena – serotonīns ietekmē garastāvokli un garastāvoklis ietekmē serotonīna sintēzi (30);

- atrašanās saules gaismā var palielināt serotonīna līmeni bez medikamentiem (30). Tā ir papildu metode sezonālās depresijas ārstēšanā, daži pētījumi apstiprina arī gaismas pozitīvo ietekmi attiecībā uz nesezonālo depresiju;
- mērenība it visur – gan darbā, gan atpūtā, labs miegs, interesanti vaļasprieki – jebkura cilvēka kvalitatīvas dzīves pamats, kas patiesībā ir arī efektīva depresijas profilakse.

Depresijai ir atšķirīgi cēloņi, arī ārstēšana un profilakse katram nepieciešama individuāla. Vislabākais efekts ir sociālā atbalsta, dzīves stila maiņas, emocionālo iemaņu trenēšanas un profesionālas ārstēšanas (konsultējoties ar psihiatru un psihoterapeitu) kombinācijai.

1.3. Depresijas skrīnings primārajā veselības aprūpē, skrīninga instrumenti un to lietošanas metodoloģija

Persona ar sūdzībām par depresiju/depresijas pazīmēm (2):

- pēdējā mēneša laikā ir juties grūtsirdīgs, nomākts vai bezcerīgs;
- samazināta interese par lietām un darbībām, kas agrāk sagādājušas prieku un gandarījumu.

Skrīninga mērķa populācija – pacienti ar sekojošiem simptomiem (2) (sākotnējais kontakts var būt ar ģimenes ārstu, psihiatru vai citu ārstu ambulatori):

- sūdzības par nomāktu garastāvokli, anamnēzē depresija;
- pašnāvību mēģinājumi vai paškaitējumi anamnēzē;
- nespēks, nogurums, svara zudums bez medicīniska iemesla;
- miega traucējumi, ilgstoša miega līdzekļu vai bezodiazepīnu lietošana;
- sūdzības par atmiņas traucējumiem, koncentrēšanās grūtības;
- trauksmes simptomi (iekšēja spriedze, nemiers vai sirdsklauves, reiboņi, smakšanas sajūta, “kamols kaklā”, panikas lēkmes);
- daudzas medicīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības, nav skaidri cēloņi, nav skaidra diagnoze;
- pašlaik hroniskas somatiskas slimības (piem., sirds un asinsvadu, onkoloģiskas slimības, cukura diabēts, hroniskas sāpes utt.), kuras grūti padodas ārstēšanai; bieži ārsta apmeklējumi (6 un vairāk reizes gadā);

- sievietes antenatālā periodā un 12 mēnešus pēc dzemdībām;
- ilgstošas psihotraumējošas situācijas (vientulība, vardarbība, sociāli-ekonomiskas problēmas);
- pārmērīga alkohola vai narkotisko vielu lietošana, smēķēšana;
- pacients, par kuru pēdējo 3 mēnešu laikā ir parādījusies jauna medicīniska informācija par psihiskiem traucējumiem (nosūtījumi, izraksti, epikrīzes utt.).

Depresijas skrīnings

Skrīningam vizītes laikā var izmantot jautājumu: “Vai kādreiz esat juties nomākts, ar pazeminātu garastāvokli vismaz 2 nedēļas?” Ja atbilde ir “jā”, nepieciešams uzdot papildu jautājumu: “Vai tā jutāties lielāko dienas daļu gandrīz katru dienu?” (12)

Skrīningam primārajā veselības aprūpē veiksmīgi var tikt izmantots arī PHQ-9 depresijas mērinstruments, kas validēts Latvijā un pieejams gan latviešu, gan krievu valodā; tas pētījumos uzrādījis vislabākos diagnostiskos parametrus (jutība 0,86 un specifiskums 0,89), ja kopējā skalas punktu summa ir 10 un vairāk. (3)

Jautājumus uzdod ģimenes ārsts/medmāsa, vai pacients aizpilda pašaptaujas anketu, kuru var izsniegt māsa (piemēram, kamēr pacients gaida rindā uz ārsta pieņemšanu).

Depresijas pamata simptomi pēc Pacienta veselības aptaujas – depresijas testa-2 (PHQ-2): ja pacients atbildējis pozitīvi uz abiem jautājumiem vai jebkurā no jautājumiem aprakstītās grūtības bijušas ilgāk par 7 dienām, tad pastāv liela varbūtība, ka pacientam ir depresija (PHQ-2 summa 2 un vairāk).

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no minētajām problēmām?	Nemaz	Dažas dienas	Ilgāk 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

2. tabula. Pacienta veselības aptauja – depresijas tests, kas sastāv no 2 jautājumiem (PHQ-2)

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

Ja skrīnings uzrāda depresiju, tad aizpilda atlikušos septiņus Pacienta veselības aptaujas – depresijas testa (PHQ-9) jautājumus:

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no minētajām problēmām?	Nemaz	Vienu vai dažas dienas	Vairumā dienu	Katru vai 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 tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt; vai pretēji – bijāt satraukts un	0	1	2	3

rosīgs, kustību aktivitāte kļuvusi lielāka nekā parasti				
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā ievainot sevi	0	1	2	3

3. tabula. Pacienta veselības aptauja – depresijas tests, kas sastāv no 9 jautājumiem (PHQ-9)

Punktu skaits PHQ-9	0–4	5–9	10–14	15–19	20–27
Novērtējums	Nav datu par depresiju	Viegla depresija	Vidēja depresija	Vidēji smaga depresija	Smaga depresija

4. tabula. Depresijas smaguma novērtējums

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 0–4, nav nepieciešama palīdzība.

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 5–7, depresijas pašlaik nav, taču novērtējums jāatkārto pēc 1 mēneša, jānovēro.

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 8+, tad pašlaik ir depresijas simptomi. Ģimenes ārsts veic pacienta diagnozes precizēšanu un smaguma izvērtēšanu ĢĀ kompetences ietvaros. (2)

Depresijas pašnovērtēšanas tests elektroniskai aizpildīšanai pieejams arī vietnē: <http://www.depresija.lv/>.

Vēl pirms depresīvas epizodes diagnosticēšanas ir svarīgi izslēgt iepriekš piedzīvotas mānijas epizodes, skrīningam var izmantot jautājumus: “Vai kādreiz dzīvē Jums ir bijis laika periods, kad esat juties tik labi, pacilāti, ka apkārtējie cilvēki uzskatīja, ka neesat ierastais Jūs? Vai esat bijis tik pacilātā noskaņojumā, ka nokļūvāt nepatīkšanās?” Ja atbilde ir “Jā”, nepieciešams uzdot papildu jautājumu: “Vai tā jutāties lielāko dienas daļu un gandrīz katru dienu vismaz 4 dienas?” Ja atbildes ir “Jā”, nevar izslēgt hipomānijas epizodes anamnēzē, nepieciešams diferencēt ar iespējamajiem bipolāri afektīviem traucējumiem. (12)

Ģimenes ārsta kompetencē ir (2):

- atbalsts sēru reakcijas gadījumā (atbalsta, ģimenes u.c. psihoterapija);
- vieglas/vidēji smagas depresijas epizodes ārstēšana (ja 4–8 nedēļu periodā pēc antidepresanta nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešama psihiatra konsultācija);
- rekurenti depresīvi traucējumi – viegla/vidēji smaga depresijas epizode (kompensēto medikamentu izrakstīšana; ja 4–8 nedēļu periodā pēc antidepresanta nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešama psihiatra konsultācija);
- adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju, izvērtējot pašnāvības risku;
- viegli izteikti organiski (simptomātiski) depresīvi traucējumi.

Jāveic rūpīga diagnostika, lai atpazītu garastāvokļa traucējumus un novērtētu to smagumu (2):

- depresijas epizode;
- rekurenti depresīvi traucējumi;
- bipolāri afektīvi traucējumi;
- komorbīda depresija ar trauksmi;
- depresija atkarību izraisītu vielu lietošanas vai organisku psihisku vai somatisku saslimšanu gadījumā;
- depresija grūtniecības laikā un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām.

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem ĢĀ organizē pacientam psihiatra konsultāciju 2 nedēļu laikā. (2)

1.4. Depresijas īpatnības specifiskās populācijās

1.4.1. Depresija bērnu un pusaudžu praksē

Pirms aptuveni trīs gadu desmitiem depresija tika uzskatīta par pārsvarā pieaugušo slimību: bērni tika uzskatīti par pārāk nenobriedušiem, lai piedzīvotu depresīvus traucējumus, un pusaudžu sliktais garastāvoklis tika uzskatīts par “normālām” pusaudžu garastāvokļa svārstībām. Attīstības pētījumiem ir bijusi galvenā loma šo uzskatu mainīšanā. (31) Bērnu un pusaudžu depresija ir mūsdienu realitāte, turklāt depresija jauniešiem ir saistīta ar dažādiem nelabvēlīgiem iznākumiem, tostarp sociālās funkcionēšanas traucējumiem un izglītības pasliktināšanos, smēķēšanu un psihoaktīvo vielu lietošanu, kā arī fiziskās un psihiskās veselības traucējumiem

vēlāk dzīves laikā. (31,32) Vairāk nekā pusei pusaudžu pašnāvību upuru pirms pašnāvības veikšanas ir bijuši depresīvi traucējumi, tāpēc depresija ir visizplatītākais pašnāvības cēlonis. (32)

Pētījumos tiek ziņots par bieži sastopamiem depresijas simptomiem bērniem un pusaudžiem. (33) Pētījumos bērnu populācijā, kur tiek izmantotas depresijas simptomu vērtēšanas skalas (piemēram, *Children's Depression Inventory* un *Children's Depression Scale*), ir novērota sekojoša depresijas izplatība – 4% Spānijā, 6% Somijā, 8% Grieķijā, 10% Austrālijā, 25% Kolumbijā. (33) Sistēmisks pārskats par Ķīnas pusaudžiem atklāja, ka depresijas izplatība pieaug, pēc 2016. gada sasniedzot 26,3%. (32)

Depresiju 2–3 reizes biežāk sastop meitenēm. (1,31)

Depresija ir heterogēns klīniskais sindroms, kas dažādiem jauniešiem var izpausties ar dažādiem simptomiem. (1,34) Depresijas pamata simptomi ir: pazemināts/nomākts garastāvoklis vai intereses/prieka zudums. (31,34) Šos pamatsimptomus bieži pavada trauksmes simptomi, sevišķi pusaudžu vecumā, bet tie var pastāvēt arī neatkarīgi. (31,34) Skolas vecuma bērniem aptuveni divām trešdaļām papildus var diagnosticēt arī citus psihiskus traucējumus, piemēram, UDHS, opozicionārus izaicinošus traucējumus, uzvedības traucējumus. (31)

Bērniem un pusaudžiem depresīvie traucējumi var sākties ar somatiskām sūdzībām: galvassāpes, sāpes vēderā, nelaba dūša, vemšana, subfebrila temperatūra u.c. Nenoteiktas polimorfas sūdzības rada iespaidu par kādu somatisku saslimšanu, un bērns ir rūpīgi jānovēro un jāizmeklē, lai izslēgtu somatisku patoloģiju. Daļai bērnu ar depresiju mainās uzvedība – viņi kļūst nervozi, aizkaitināmi, neiecietīgi, pat agresīvi. Sāk bēguļot no stundām, klaiņo vienatnē, pakļaujot sevi fiziskas vai seksuālas vardarbības riskam. (8)

Papildus var būt arī zems pašnovērtējums, pārmērīga vainas izjūta, domas par pašnāvību vai pašnāvnieciska uzvedība, miega un apetītes traucējumi, psihomotors uzbudinājums vai kavēšana. (31)

Bērnā/pusaudzī ir dažādi depresijas riska faktori (31,32,34):

Bioloģiskie faktori:

- depresija ģimenes anamnēzē;
- psihoaktīvo vielu atkarība vecākiem;
- bipolāri afektīvi traucējumi ģimenes anamnēzē;
- sieviešu dzimums;
- pubertātes vecums;
- hroniska somatiska saslimšana (piemēram, cukura diabēts, onkoloģiska slimība u.c.);
- depresija anamnēzē.

Ģimenes faktori:

- nesaskaņas ģimenē, paaudžu konflikts;
- atstāšana novārtā (fiziski vai emocionāli);
- vardarbība (fiziska, emocionāla, seksuāla);
- negatīvs audzināšanas stils: noraidījums, aprūpes trūkums;
- vecāku psihiskās slimības (īpaši depresija).

Psiholoģiskie faktori:

- ģimenes zaudējums;
- komorbīdi psihiski traucējumi, īpaši trauksmes spektrs;
- hronisks stress;
- neirotisks vai īpaši jūtīgs personības tips;
- zems pašvērtējums;
- psiholoģiska trauma;
- nesens zaudējums.

Sociālie faktori:

- nabadzība;
- sociāla atbalsta trūkums;
- ņirgāšanās (skolā vai vienaudžu grupā);
- audzināšana institucionālā iestādē, audžuģimenēs;
- dzīvesvieta lauku reģionos;
- bezpajumtniecība, bēgļa gaitas un patvēruma meklēšana.

Depresijas simptomi bērniem/pusaudžiem (8,34):

- depresīvs noskaņojums bērniem/pusaudžiem atšķiras ar to, ka ir nervozitāte, viegla aizkaitināmība, emocionāla labilitāte, īgnums, agresija, dusmas;
- jūtīgums pret noraidījumu;
- interešu un aktivitātes zudums, stāvoklis atgādina apātiju;
- apetīte mainīga, var būt pieņemšanās svarā;
- miega traucējumi – biežāk pārlicka miegainība, bet var būt arī bezmiegs;
- psihomatora trauksme, nemiers, kas mijas ar kustību gausumu;
- sūdzības par nogurumu, spēka un enerģijas trūkumu;
- mazvērtības idejas, nedrošība, noslēgšanās sevī;
- ievērojami samazinātas koncentrēšanās spējas, uzmanības fiksācijas grūtības, pavājināta atmiņa; domāšana ir gausa un neproduktīva;
- somatiskas sūdzības (piemēram, vēdera sāpes, galvassāpes, slikta dūša);

- laiku pa laikam – bērniem neraksturīgas domas par nāvi;
- objektīvi dati, ka šie traucējumi ilgst vairāk kā 2 nedēļas.

Diagnostika pēc SSK-10 (34)

Depresijas pamatsimptomi:

- pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla;
- pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;
- nogurdināmība, enerģijas trūkums.

Depresijas papildu simptomi:

- pašapsūdzības domas, 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 vismaz 2 nedēļu laikā novēro vismaz divus depresijas pamatsimptomus un trīs papildu simptomus.

Diagnozes:

F 92.0 Depresīvi uzvedības traucējumi, kas sākušies bērnībā un pusaudža vecumā.

F 32–33 Depresijas epizode vai rekurenti depresīvi traucējumi. Bērna un pusaudža vecumā šīs diagnozes tiek konstatētas retāk.

F 43.20 Īslaicīga depresīva reakcija (<1 mēnesis).

F 43.21 Ieilgusi depresīva reakcija (< 2 gadi).

F 43.22 Jaukta depresijas un trauksmes reakcija, kad pacienta statusā konstatē trauksmi, depresiju, nemieru, spriedzi un dusmu epizodes.

F 43.24 Adaptācijas traucējumi ar trauksmi, spriedzi, agresivitāti un pusaudzim neraksturīgām disociālas uzvedības izpausmēm.

Biežāk nekā pieaugušo praksē bērnu un pusaudžu vecumā novēro adaptācijas traucējumus, parasti uz subdepresijas vai depresijas fona. Smaga psihiska trauma, vecāku zaudējums, bērna ievietošana bērnunamā vai internātskolā, bēgļu gaitas, karadarbība vai stihiskas nelaimes, kas

izraisa apjukumu, nomāktību, trauksmi un bezpalīdzību. Klīniskajā ainā dominē trauksme, nemiers, mazvērtības idejas. Bērns kļūst nedrošs, bezpalīdzīgs, strauji pasliktinās sekmes, galvenokārt uztveres, uzmanības fiksācijas un koncentrēšanās traucējumu dēļ. Atsevišķos gadījumos lielākie bērni reaģē ar savdabīgām hiperkompensatorām reakcijām, kļūstot nesavaldīgi, agresīvi, pat disociāli savā uzvedībā. Minētie traucējumi parasti sākas mēneša laikā pēc psihiskās traumas un ilgst aptuveni 6 mēnešus. Klīniskajā praksē ir lietderīgi diferencēt aprakstītās adaptācijas traucējumus, lai izvēlētos atbilstošu aprūpi un terapiju. (8)

Bērnu un pusaudžu depresīvo traucējumu ārstēšanas principi

Bērnu un pusaudžu depresijas ārstēšanā jāņem vērā bērna vecums, depresijas smagums, personiskie apsvērumi un sociālie aspekti. NICE vadlīnijas iesaka aprūpi pa soļiem (*stepped care*). (35)

Depresijas epizode	Rīcība
Viegla depresijas epizode (arī distīmija)	Novērošana Digitāla KBT, grupu KBT, grupu IPT, atbalsta terapija grupās Ja kopīga lēmumu pieņemšana, pamatojoties uz pilnīgu novērtējumu (ieskaitot briedumu un attīstības līmeni), norāda, ka vajadzības nav izpildītas, individuāla KBT vai uz pieķeršanās teoriju balstīta ģimenes terapija
Vidēja un smaga depresijas epizode	5 – 11 gadi Ģimenes IPT, ģimenes terapija (uz ģimeni vērsta bērna depresijas ārstēšana un integrēta ģimenes terapija), psihodinamiskā psihoterapija vai individuāla KBT +/- Fluoksetīns
	12 – 18 gadi Individuāla KBT +/- Fluoksetīns Ja kopīga lēmumu pieņemšana, pamatojoties uz pilnīgu novērtējumu (ieskaitot brieduma pakāpi un attīstības

	līmeni), norāda, ka vajadzības nav apmierinātas, IPT pusaudžiem, ģimenes terapija, īsa psihosociāla iejaukšanās vai psihodinamiskā psihoterapija +/- Fluoksetīns
Terapeitiski rezistenta depresija/ Rekurenti depresīvi traucējumi/ psihotiska depresija	Intensīva psiholoģiskā terapija +/- Fluoksetīns, sertralīns, citaloprams, augmentēšana ar antipsihotisku medikamentu

5. tabula. Aprūpe pa soļiem, NICE vadlīnijas, 2019 (35).

Bērnu un pusaudžu depresīvo traucējumu ārstēšanā liela nozīme ir ģimenes terapijai, intrapersonālo attiecību uzlabošanai. Liela nozīme ir psiholoģiskam un pedagoģiskam atbalstam. Maziem bērniem (<8–9 g.) ir piemērota rotaļu terapija. Ārstēšanai jābūt kompleksai: vispārspēcinoša terapija, ārstnieciskā fizikultūra, masāža, ūdensdziedniecība. (8)

Plānojot farmakoterapiju, rekomendējams nozīmēt bērniem atļautos antidepressantus: fluoksetīns (1. izvēles antidepressants bērnu/pusaudžu populācijā, Latvijā reģistrēts ar indikāciju depresijas ārstēšanai bērniem no 8 g.v.). (8,34)

Līdzīgi kā pieaugušo praksē farmakoterapijai jābūt saudzīgai, ar bērnu vecumam piemērotām devām un ilgstošai – 4–6 mēnešus ilgai, ar sekojošu atbalsta terapiju un psihosociālām intervencēm. (8)

Katrā vizītē ir jāizvērtē, vai nav paškaitējoša uzvedība vai suicidāls risks. (34) Pašnāvība ir viens no vadošajiem nāves iemesliem jauniešiem. Lielāks suicīda risks jauniešiem, ja: ir pašnāvības domas un reāli plāni, kāds no vecākiem ir izdarījis pašnāvību, nespēja izveidot stabilas attiecības, problēmas ģimenē, sociālas problēmas, impulsīva uzvedība, agri zaudēti vecāki, alkohola un psihoaktīvo vielu lietošana. (1)

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.). (34)

1.4.2. Depresija gerontoloģiskajiem pacientiem

Gerontoloģija ir medicīnas nozare, kas nodarbojas ar vecāka gadagājuma (65 gadi un vecāki) cilvēku slimību diagnostiku, ārstniecību, rehabilitāciju un profilaksi. Pacientu raksturo vairākas vienlaicīgi esošas hroniskas slimības, kā arī geriatrisko sindromu esamība – imobilitāte, depresija, redzes un dzirdes traucējumi. Šādu pacientu ārstēšana prasa īpašu uzmanību un attieksmi.

Dati liecina, ka aptuveni 10% vecāka gadagājuma pacientu, kuri atrodas primārajā veselības aprūpē, ir klīniski nozīmīga depresija, bet tikai aptuveni puse tiek diagnosticēta, un tikai katrs piektais vecāka gadagājuma depresijas patients saņem efektīvu ārstēšanu primārajā aprūpē. (36)

Geriatrisko pacientu depresijas rādītāji institucionālos apstākļos palielinās līdz 12–30%, bet ilgstošas aprūpes iestādēs – pat līdz 50%. (36)

Papildu depresijas riska faktori vecākiem pacientiem (8):

- tuva ģimenes locekļa, drauga zaudējums pēdējo 6 mēnešu laikā;
- vientulības izjūta;
- neapmierinātība ar dzīvi (dzīves kvalitātes pasliktināšanās, sociālās lomas pārmaiņas);
- hroniska somatiska saslimšana (sāpes, ierobežotas kustības un pašaprūpe, polifarmācija, terapeitisks pesimisms).

Suicidālā riska izvērtēšana ir būtiska, jo suicīdi ir bieži sastopami gadus vecākiem pacientiem. Vientulība, nevērtības sajūta, bezpalīdzība, bezcerība, hroniskas saslimšanas un hroniskas sāpes rada augstu suicidalitātes risku. (37)

Izvēloties terapeitisko stratēģiju, rūpīgi jāizvērtē somatiskā veselība (arī aknu, nieru funkcionālais stāvoklis), iespējamās blaknes, uzsākot ārstēt piesardzīgi ar pielāgotām medikamentu devām.

1.4.3. Pēcdzemdību depresija

Ap 10% sieviešu pirmajos mēnešos pēc dzemdībām (par pēcdzemdību depresiju sauc traucējumus, kuri sākušies 6 nedēļu periodā pēc dzemdībām) novēro depresijas kritērijiem atbilstošus traucējumus. Apmēram pusei šie traucējumi mazinās bez terapijas, bet daļai depresijas klīniskā aina var saglabāties pusgadu vai ilgāk. (8) Literatūrā aprakstīta pēcdzemdības depresijas izplatība pasaulē ir no 5% līdz pat 60,8%. (38) Apmēram pusē no pēcdzemdību depresijas gadījumiem to sākums ir jau grūtniecības laikā. (39)

Viegla subklīniska depresija novērojama vēl biežāk. Pēcdzemdību depresija var būt gan vienīgā depresijas epizode dzīves laikā, gan turpmāk atkārtoties, biežāk – bipolāri afektīvo

traucējumu ietvaros. Pēcdzemdību depresija biežāk ir pacientēm ar depresīviem traucējumiem dzīves vai ģimenes anamnēzē, pacientēm ar dzemdību sarežģījumiem, kā arī tā bieži saistāma ar atbalsta trūkumu ģimenē un sociālām problēmām. (8)

Pēcdzemdību depresija var izpausties ar miega traucējumiem, garastāvokļa svārstībām, apetītes izmaiņām, bailēm savainot bērnu, pārdzīvojumiem par mazuli, skumjām un raudām, šaubām, grūtībām koncentrēties, neieinteresētību ikdienas aktivitātēs, domām par nāvi un pašnāvību. Sievietēm, kuras cieš no pēcdzemdību depresijas, ir grūtības veidot emocionālo saikni ar bērnu, tas var negatīvi atsaukties uz bērna veselību. Bezcerības sajūta smagos slimības gadījumos var apdraudēt dzīvību, sieviete var veikt pašnāvību; 20% no mātes nāves gadījumu pēc dzemdībām ir pašnāvības dēļ. (38)

Slomian ar kolēģiem 2019. gadā veiktajā sistēmiskajā pārskatā (40) ir aprakstīti dažādi aspekti, kas ir traucēti pēcdzemdību depresijas gadījumā mātei:

- mātes fiziskā veselība (zemāka aerobā kapacitāte, svara saglabāšanās pēc dzemdībām);
- mātes psihiskā veselība (zemāks pašvērtējums, pazemināts garastāvoklis pat gadu pēc dzemdībām, trauksme pat vairākus gadus pēc dzemdībām, dusmas, grūtības kontrolēt dusmas);
- pazemināta dzīves kvalitāte;
- attiecību grūtības un zemāka sociālā funkcionēšana;
- smagas depresijas gadījumā suicidālas domas un pat domas par zīdaiņa nosepkavošanu.

Slomian ar kolēģiem veiktajā sistēmiskajā pārskatā (40) ir aprakstīti arī aspekti, kas mātes pēcdzemdību depresijas gadījumā var negatīvi atsaukties uz bērnu:

- mazāks svara pieaugums zīdainim;
- fiziskās veselības problēmas zīdainim;
- lielāks risks zīdaiņa nāvei;
- zīdaiņa miega traucējumi;
- aizkavēta zīdaiņa motorā attīstība;
- aizkavēta zīdaiņa kognitīvā attīstība;
- aizkavēta valodas attīstība;
- emocionālās attīstības traucējumi;
- zemāka sociālā aktivitāte 9 mēnešu vecumā;
- traucēta drošas piesaistes veidošanās;
- krūts zīdīšanas agrīna pārtraukšana.

Neskatoties uz perinatālās depresijas izplatību un iespējamām negatīvām sekām, liela daļa sieviešu, kurām ir depresijas simptomi, netiek skrīnētas uz depresiju un nesaņem atbilstošu ārstēšanu. (39)

Pēcdzemdību depresijas pacientes aprūpē tuviniekiem un ģimenes ārstam jāseko līdzi pacientes veselības stāvoklim, kas var strauji mainīties dažu dienu laikā un var būt saistīts ar bērna aprūpes pasliktināšanos vai nopietnu suicīda risku. Medikamentu nozīmēšanā jāņem vērā to iespējamā ietekme uz bērnu, smagākos depresijas gadījumos krūts barošana ir jāpārtrauc. (8)

1.4.4. Depresija migrantu un etnisko minoritāšu vidū

Migrācija ir process, kurā indivīdi pārvietojas no vienas dzīvesvietas uz citu, lai tur paliktu uz patstāvīgu dzīvi vai ilgāku periodu.

Pēdējos gados ir novērota augšupejoša starptautiskās migrācijas tendence – 173 miljoni 2000. gadā, 220 miljoni 2010. gadā un 258 miljoni starptautisko migrantu līdz 2017. gadam. (41)

Migrācija un ar to saistītie procesi var radīt ievērojamu stresu gan pašiem migrantiem, gan ar tiem saistītajām personām.

Daudziem cilvēkiem pārcelšanās uz citu pasaules daļu ievieš drastiskas pārmaiņas vairākos dzīves aspektos. Pielāgošanās process jaunai apkārtni un kultūrai var izraisīt ievērojamu stresa līmeni, kas vēlāk var manifestēties psihiskās slimībās (piemēram, depresijas veidā). (41)

Foo ar kolēģiem 2018. gadā veiktajā sistemātiskajā pārskatā aprēķināja kopējo depresijas izplatību migrantu vidū – 15,6%. (41)

Literatūras dati rāda, ka imigrantiem no valstīm ar zemiem un vidējiem ienākumiem, kuri apmetušies valstīs ar augstiem ienākumiem, ir augstāks depresijas risks salīdzinājumā ar uzņemošajām populācijām. (42) Pētījumā, kas balstīts uz Eiropas sociālo pētījumu, ir konstatēts augstāks depresijas simptomu līmenis imigrantiem lielākajā daļā Eiropas Ziemeļu un Rietumu valstu. (43) Šī nelabvēlīgā imigrantu situācija Eiropā ir atšķirīga no imigrantu stāvokļa Amerikas Savienotajās Valstīs un Kanādā, – šajās valstīs ir ziņots par “veselīgu imigrantu paradoksu”, kas norāda uz labāku imigrantu psihisko veselību salīdzinājumā ar uzņemošajiem iedzīvotājiem. (42,43)

Literatūrā ir norādes, ka dažādi riska faktori, kā, piemēram, kultūršoks, mainīta kultūras identitāte, var nospēlēt svarīgu lomu depresijas attīstībā. Klīnicistiem jāorientējas migrācijas modeļos un faktoros, lai kvalitatīvi plānotu intervences stratēģijas. Stress, ko izraisa politiski un ekonomiski faktori, katru indivīdu ietekmē atšķirīgi. Viens no ticamiem depresijas modeļiem šajā populācijā ir cerēto mērķu nesasniegšana. Realitāte izrādās daudz atšķirīgāka no sagaidītā. Tas noved pie zema pašnovērtējuma un rada augsni depresijas attīstībai.

Migrācijas mērķi var būt dažādi: ekonomiski, sociāli, politiski, medicīniski, izglītības vai atpūtas. Šī kustība skar dažādas kultūras un plašus reģionus, un pat vienas valsts ietvaros migrācija var radīt ievērojamu stresu. Procesam būtu jābūt adekvāti sagatavotam, sociāli atbalstītam kopā ar jaunās kultūras pieņemšanu. Adaptācijai ir vairāki nozīmīgi aspekti: vai

indivīds migrē viens vai kopā ar ģimeni; kā jaunā valsts viņu pieņem; legālais statuss un ekonomiskie apstākļi.

Pie depresijas riska faktoriem imigrantu vidū var minēt:

- zemāka sociālekonomiskā pozīcija (zemāks nodarbošanās līmenis, izglītības līmenis vai bezdarbs) (42,43);
- diskriminācija (42,43);
- zemas vietējās valodas prasmes (42);
- bioloģiskie un psiholoģiskie faktori;
- sociālo prasmju deficīts;
- piespiedu migrācija;
- vajāšana;
- negatīvi notikumi dzīves anamnēzē;
- zaudējumi;
- kultūršoks, grūtības adaptēties (42);
- kultūru konflikts;
- atšķirības starp cerēto un realitāti.

2020. gadā Holandē veiktā pētījumā arī imigrantu pēcnācējiem nomākta garastāvokļa izplatība ir konstatēta augstāka (13% līdz 20%), salīdzinot ar holandiešu izcelsmes cilvēkiem (7%). (42)

2. DARBS AR DEPRESĪVU UN SUICIDĀLU PACIENTU

2.1. Psihoeducācijas saturs, strādājot ar depresīvu pacientu

Kognitīvi biheiviorālās psihoterapijas (KBT) pieejai no psihoterapijas metodēm ir visspēcīgākā pierādījumu bāze tās efektivitātē. (44,45) Mūsdienu epidemioloģiskās situācijas apstākļos svarīgi atzīmēt – ir pierādījumi tam, ka attālinātā (multimediju) KBT ir līdzīgi efektīva kā klātienē KBT. (45)

Depresijas ārstēšanas vadlīnijas liecina, ka psiholoģiskas iejaukšanās ir efektīva un pieņemama ārstēšanas stratēģija. Psiholoģiskās iejaukšanās visbiežāk tiek izmantotas vieglas un vidēji smagas depresijas epizodēm. (5,44)

KBT uzlabo pacienta sapratni par traucējumiem, simptomu attīstību un to izpausmēm, kā arī paaugstina pacientu spēju kontrolēt šo traucējumu simptomu.

115 pētījumu metaanalīze parādīja, ka KBT ir efektīva depresijas ārstēšanas stratēģija un kombinētā ārstēšana ar farmakoterapiju ir ievērojami efektīvāka nekā tikai farmakoterapija. (44) Pierādījumi arī liecina, ka ar KBT ārstētu pacientu depresijas recidīvu biežums ir mazāks nekā pacientiem, kuri ārstēti tikai ar farmakoterapiju. (44)

KBT ietvaros tiek veikta pacientu un ģimenes psihoeducācija, kā rezultātā pacients un viņa tuvinieki ir labāk spējīgi izprast traucējumu būtību un simptomus, patoloģiskā garastāvokļa fāzes. Bieži vien pacientu ģimenes locekļi neatpazīst un neizprot tādus simptomus kā miega traucējumi, eiforija un kairināmība, izskaidrojot tos kā indivīda rakstura īpatnības vai arī ar pacienta izmainīto gribasspēku, vai sliktas kompānijas ietekmi.

Pārskats par depresijas KBT (44):

1. Terapeita un pacienta savstarpēja vienošanās par problēmas noteikšanu.
2. Mērķa izvirzīšana.
3. Pacienta iepazīstināšana ar KBT modeli.
4. Uzlabo izpratni par cilvēka kognitīvo darbību un uzvedību.
5. Domu un uzvedības modificēšana.
6. Jaunu prasmju un stratēģiju pielietošana un nostiprināšana terapijas sesijās un mājasdarbu sesijās, lai to vispārinātu dažādās situācijās.
7. Recidīvu novēršana.
8. Terapijas beigas.

Psihosociālā rehabilitācija ir ārkārtīgi svarīga ārstēšanas sastāvdaļa, kura sekmē simptomu mazināšanos, kā arī pacienta izpratni par savas personības psiholoģiskajiem aspektiem, palīdz pacientam integrēties sabiedrībā ne tikai tāpēc, ka pacientam ir mazinājušies simptomi un uzlabojušās darbspējas, bet arī tādēļ, ka pacients pats kļūst spējīgs aktīvi piedalīties ikdienas dzīvē, risināt ar to saistītos jautājumus, kā arī dzīvo tādā veidā, kādā traucējumu simptomi būtu vieglāk vadāmi. Piemēroti garastāvokļa traucējumu ārstēšanas veidi ir arī mākslas terapija, mūzikas terapija, deju-kustību terapija, sporta aktivitātes (piemēram, skriešana, peldēšana, komandas spēles). Nodarbības grupās mazina spriedzi, sekmē iedrošinājumu.

Psihoedukācija:

Izglītošanu veic ĢĀ vai medmāsa (2):

- 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. Visticamāk 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.

Papildu informatīvi resursi <http://www.nenoversies.lv/>, <http://www.depresija.lv/>, noderīgi resursi apkopoti arī materiāla 1. pielikumā.

Psihoeducāciju veic arī ārstējošais psihiatrs ambulatorā un stacionārā nodaļā, dienas stacionārā, kā arī psihologs un psihoterapeits dienas stacionārā. Ja pacients ārstējas pie narkologa, psihoeducāciju savas kompetences ietvaros stacionārā vai ambulatori veic ārstējošais narkologs.

- pacientu izglītošana par depresiju;
- konsultācijas par PAV lietošanu un depresijas simptomiem;
- depresijas izpratne;
- negatīvo domu korekcija;
- palīdz identificēt un korigēt neproduktīvu rīcību;
- pārvarēšanas stratēģiju izstrāde;
- emociju izpēte un izpratne par vielu lietošanu un depresiju;
- atbalsta un iedrošinājuma nodrošināšana;
- informēšana par PAV ietekmi uz depresijas un trauksmes simptomiem;
- ģimenes locekļu, atbalsta personu iesaistīšana ārstēšanas procesā.

1. solis: pieņem šo situāciju!

Lai tiktu galā ar depresiju, vispirms jāpieņem, ka Tu ar to esi saskāries un Tev tā rada ciešanas. Bez ciešanu apzināšanās nav iespējama ne efektīva ārstēšana, ne pārmaiņas tālākajā dzīvē.

2. solis: noskaidro savas depresijas pazīmes!

Fiziskās izpausmes, emocionālās izpausmes, ar domāšanu saistītās izpausmes, izpausmes uzvedībā. Ja simptomi pastāv vismaz 2 nedēļas gandrīz katru dienu un dienas lielāko daļu, dodies pie ģimenes ārsta vai pie speciālista!

3. solis: mēģini izprast savas depresijas iemeslu!

Pajautā sev, kas ir Tavas depresijas iemesls. Ieklausies sevī. Atceries iemeslus, kas pirmie nāk prātā. Kas Tavā dzīvē notika, kad parādījās pirmās depresijas pazīmes? Neviena labāk par pašu to nevar zināt. Depresija parasti ir smagas un traumatiskas pieredzes sekas.

4. solis: piedod sev un pārīdarītājiem!

Piedod sev un piedod citiem. Aizvainojums un vainas izjūta ir vieni galvenajiem depresijas “draugiem”.

5. solis: meklē savu dzīves prieku!

2.2. Suicīda risku izvērtēšana un rīcība, strādājot ar suicidālu pacientu

Saskaņā ar Pasaules Veselības Organizācijas datiem, visā pasaulē katru gadu pašnāvībā dzīvības zaudē aptuveni viens miljons cilvēku, kas padara pašnāvību novēršanu par vienu no svarīgākajiem sabiedrības un psihiskās veselības izaicinājumiem. (46) Pētījumi parāda, ka suicidāli cilvēki pirms suicidālas rīcības (pašnāvības mēģinājuma vai pabeigtas pašnāvības) ir bijuši kontaktā ar veselības aprūpes speciālistiem. Šāda suicidālas personas saskarsme ar veselības aprūpes dienestiem ir iespēja pašnāvību novērst. (46)

Izvērtējot suicidālu pacientu, pirmais un neatliekamais solis ir atvēlēt šim pacientam pietiekami daudz laika, neraugoties uz to, ka uzgaidāmajā telpā gaida citi pacienti. Saskarsmi veido pozitīvā, atbalstošā gaisotnē, paužot vēlmi izprast un iedziļināties pacienta izjūtās. Sarunas sākumā nav lietderīgi uzdot “jā/ nē” (jeb slēgtos) vai arī tiešos jautājumus. Lietderīgi pacientam atzīmēt, ka “jūs izskatāties ļoti satraukts”, “pastāstiet man vairāk par to, kā jūtaties”. Uzklauššana ar izpratni ir svarīgs solis, lai mazinātu izmisumu, ko cilvēks jūt, ja gatavojas izdarīt pašnāvību.

Mīts	Realitāte
Pacienti, kuri bieži runā par pašnāvību, reti to izdara.	Pacienti, kuri izdarījuši pašnāvību, bieži iepriekš tieši vai netieši brīdinājuši par to. Draudi izdarīt pašnāvību vienmēr jāuztver nopietni.
Jautājumi par pašnāvību var provocēt tās izdarīšanu.	Sarunas par pašnāvību bieži mazina nemieru, ko izraisa šādas izjūtas; pacients var justies emocionāli atbrīvots un izprasts.

6. tabula. Mīti un realitāte.

Lai strukturēti izvērtētu suicīda risku, var izmantot Kolumbijas pašnāvības smaguma izvērtēšanas skalu, kuras tulkojums ir pievienots šī materiāla 2. pielikumā.

Kā jautāt?

Nav viegli izjautāt pacientus par pašnāvnieciskām idejām. Pie šī temata ieteicams nonākt pakāpeniski. Ieteicamā jautājumu secība varētu būt šāda:

- vai jūtaties nelaimīgs un bezpalīdzīgs?

- vai jūs jūtat izmisumu?
- vai jūtaties spējīgs sagaidīt katru jaunu dienu?
- vai dzīvi izjūtat kā slogu?
- vai jūs jūtat, ka dzīvi ir vērts dzīvot?
- vai jūs domājat, ka varētu izdarīt pašnāvību?

Kad jautāt?

- kad nodibināts savstarpējs kontakts;
- kad pacients jūtas pietiekami komfortabli, lai paustu savas izjūtas;
- kad pacients atrodas saskarsmes stadijā, kad var droši izpaust negatīvas izjūtas.

Saskarsme netiek pārtraukta pēc tam, kad apstiprinās pašnāvniecisku domu esamību. Tā turpinās, uzdodot tālākos jautājumus, kuri palīdz izvērtēt pašnāvniecisko domu biežumu un smagumu, kā arī pašnāvības izdarīšanas reālo iespējamību.

Svarīgi uzzināt, vai pacients detalizēti plāno izdarīt pašnāvību un vai viņa rīcībā ir pašnāvības izdarīšanas līdzekļi. Ja pacients saka, ka vēlas izdarīt pašnāvību nošaujoties, bet viņam nav pieejams ierocis – risks ir zemāks. Taču, ja pacients izplānojis metodi un pašnāvības izdarīšanas līdzeklis ir viņa rīcībā (piemēram, medikamenti) vai arī tas viegli pieejams, pašnāvības izdarīšanas risks ir augstāks. Ļoti svarīgi, lai jautājumi, ko uzdodam pacientiem, nebūtu uzbāzīgi un kritizējoši. Saruna un saskarsme jāveido tā, lai pacients justu ārsta izpratni, iekļautību.

Precizējošie jautājumi ir šādi:

- vai jums ir plāns izdarīt pašnāvību?
- kādā veidā jūs plānojat izdarīt pašnāvību?
- vai jums ir pieejami līdzekļi (tabletes, ierocis, citi) pašnāvības izdarīšanai?
- vai jūs esat apdomājis, kad izdarīt pašnāvību?

Brīdinājums!

Viltus uzlabošanās. Kad pacients pēkšņi kļūst mierīgs, viņš var būt izlēmis izdarīt pašnāvību. Tā saucamais viltus miers var būt pārliecinoša lēmuma pieņemšanas pazīme.

Noliegšana. Pacienti, kuri nopietni un pārliecinoši nolēmuši izdarīt pašnāvību, ar nolūku var noliegt šādu soli.

Pašnāvnieciski noskaņotu pacientu aprūpe

Ja pacients jūtas emocionāli nomākts, ar neskaidrām pašnāvnieciskām domām, iespēja runāt par savām izjūtām ar ārstu, kurš uzklausa rūpīgi un iejūtīgi, var būt pietiekoši, lai pacients pašnāvnieciskās domas mainītu. Tomēr, neraugoties uz to, pacientam noteikti jāpaliek turpmākā ārsta novērošanā, īpaši gadījumos, ja viņam nav pieejams pietiekams sociālais atbalsts.

Lai kāda arī būtu pacienta problēma, emocionālo izjūtu triāde šajos gadījumos ir bezpalīdzība, bezcerīgums un izmisums.

Trīs raksturīgie stāvokļi pašnāvniecisku domu gadījumā

1. Ambivalence. Vairācumam pašnāvnieciski noskaņotu pacientu izjūtas var būt ambivalentas jeb divējādas – notiek emocionāla cīņa starp gribu dzīvot un vēlmi nomirt. Ja ārsts izmanto ambivalences faktoru, lai pastiprinātu pacienta gribu dzīvot, pašnāvības risku iespējams mazināt.
2. Impulsivitāte. Pašnāvība ir impulsīvs fenomens, savukārt impulss ir pārejošs. Ja atbalsts tiek sniegts impulsa brīdī, krīzi iespējams novērst.
3. Rigiditāte. Uz pašnāvības izdarīšanu noskaņoti cilvēki jūtas ierobežoti domāšanā, darbībā, izjūtās, kas nosaka garastāvokli. Viņu domu amplitūda svārstās galējās robežās, pamatojoties uz “vai nu/ vai” domāšanas modeli. Uz pašnāvības izdarīšanu noskaņotam pacientam svarīgi atklāt dažādas alternatīvas izvēles iespējas, ne tikai nāves kā vienīgā risinājuma izvēli.

Atbalsta pieejamība

Ārstam jāizvērtē pacientam pieejamās atbalsta sistēmas. Iespējams, jāpalīdz pacientam sākotnēji sazināties ar kādu no piederīgiem, draugiem, paziņām vai citiem cilvēkiem, kuri varētu sniegt atbalstu.

Noslēdziet vienošanos “NĒ pašnāvībai”

Pašnāvību novēršanai ļoti svarīga un efektīva tehnika ir vienošanās “NĒ pašnāvībai” noslēgšana. (47) Vienošanās ir iespējama vienīgi tad, ja pacients spēj kontrolēt savu rīcību (paraugs vienošanās noslēgšanai pievienots 3. pielikumā).

Pārrunājot ar pacientu šo vienošanos, var pieaicināt klātienē viņa tuvos cilvēkus. Vienošanās apspriešana var izraisīt diskusiju par dažādiem svarīgiem jautājumiem. Lielākā daļā gadījumu pacienti ievēro ārstam dotos solījumus. Vienošanās ir iespējama vienīgi tad, ja pacients spēj kontrolēt savu rīcību.

Ja pacientam nav diagnosticēts psihisks traucējums vai apstiprinājies nopietns pašnāvības nolūks, ārsts var uzsākt un organizēt farmakoloģisko ārstēšanu, galvenokārt izmantojot antidepresantus, kā arī rekomendēt psiholoģisku palīdzību vai psihoterapiju. Lielākai daļai

cilvēku novērota pašsajūtas uzlabošanās, ja ārsts seko šai shēmai. Jāraugās, lai turpmākā palīdzība pacientam atbilstu viņa individuālām vajadzībām.

Izņemot dažas diagnozes, pacientiem nepieciešamais atbalsts būtu jāsniedz laika periodā no 2 līdz 3 mēnešiem vai ilgāk. Atbalstam jārosina cerības, jāiedrošina un jāmotivē uz patstāvīgu rīcību, jāpalīdz cilvēkiem iemācīties pārvarēt dažādus sadzīves stresa izraisītājus.

Ja speciālists secina, ka personai ar depresiju ir pašnāvības risks (5):

- nenožīmē antidepresantus, kuri ir toksiski pārdozēšanas gadījumā, ņem vērā citu izrakstīto medikamentu toksicitāti (ja nepieciešams, ierobežo pieejamo zāļu daudzumu);
- nepieciešams apsvērt atbalsta līmeņa paaugstināšanu, piemēram, biežāku saziņu;
- apsver iespēju vērsties pie specializētajiem psihiskās veselības dienestiem.

Pacienta nosūtīšana speciālistu aprūpei

Pašnāvniecisku domu gadījumā pacientu ieteicams nosūtīt pie psihiatra, ja vērojami:

- psihiski traucējumi;
- anamnēzē minēts pašnāvības mēģinājums;
- alkoholisms, pašnāvības mēģinājums vai psihiski traucējumi ģimenes anamnēzē;
- fiziska saslimšana;
- nav pietiekama sociālā atbalsta.

Kā nosūtīt pacientu pie psihiatra?

Pirms pacienta nosūtīšanas pie speciālista, ieteicams:

- nesteidzīgi izskaidrot pacientam nosūtīšanas iemeslu;
- mazināt nemieru par iespējamiem sabiedrības aizspriedumiem un psihotropo medikamentu lietošanu;
- izskaidrot farmakoloģiskās terapijas un psiholoģiskās palīdzības efektivitāti;
- uzsvērt, ka nosūtīšana pie speciālista nenožīmē atteikšanos no sadarbības ar pacientu;
- noorganizēt tikšanos ar psihiatru;
- saskaņot ar pacientu konsultācijas laiku pēc psihiatra apmeklējuma;
- sekot tam, lai sadarbība ar pacientu turpinātos.

Kad pacients jāhospitalizē?

Pacients nekavējoties jānosūta uz slimnīcu, ja vērojams:

- atkārtotas domas par pašnāvību;
- izteikta vēlme mirt tuvākajā laikā (tuvākās stundās vai dienās);

- panikas lēkme;
- pārliecinoša vēlme izdarīt pašnāvību vai detalizēta pašnāvības plāna aprakstīšana.

Kā pacientu hospitalizēt?

- nedrīkst atstāt pacientu vienu;
- jānoorganizē pacienta uzņemšana stacionārā;
- jāaizved pacients uz slimnīcu ar ātrās palīdzības vai policijas transportu;
- jāinformē pacienta piederīgie (jāņem vērā pacienta viedoklis uzticības personas izvēlē).

Kopsavilkums par pašnāvības profilaksi

7. tabulā apkopota informācija par vispārējās prakses ārsta rīcību gadījumos, ja radušās aizdomas par iespējamu pacienta pašnāvības izdarīšanas risku.

Pašnāvības risks: identificēšana, novērtēšana un rīcības plāns.

Pašnāvības riskā līmenis	Simptoms	Novērtēšana	Darbība
0	nav traucējumu	-	-
1	trauksme, izteikta emocionalitāte	jautāt par suicidālām domām, nolūkiem	klausīties ar iedziļināšanos, empātiju, ieinteresētību
2	neskaidras, nenoteiktas domas par nāvi	jautāt par suicidālām domām, nolūkiem	klausīties ar iedziļināšanos, empātiju, ieinteresētību
3	neskaidri suicidāli nodomi	novērtēt nodomu (plānu un metodi)	apzināt pašnāvības izdarīšanas iespējas; apzināt garīgās veselības aprūpes speciālistu palīdzības iespējas
4	domas par pašnāvību (pamatā nav psihiski traucējumi)	novērtēt nodomu (plānu un metodi)	apzināt pašnāvības izdarīšanas iespējas; apzināt garīgās veselības aprūpes speciālistu palīdzības iespējas
5	domas par pašnāvību un psihiski traucējumi vai nopietni sadzīves stresa izraisītāji	novērtēt nodomu (plānu un metodi)	nosūtīt pie psihiatra

6	domas par pašnāvību un psihiski traucējumi vai nopietni sadzīves stresa izraisītāji vai nopietns satraukums un iepriekšēji pašnāvības mēģinājumi	neatstāt pacientu vienu, lai novērstu pieeju pašnāvības izdarīšanas līdzekļiem	hospitalizēt
---	---	--	--------------

7. tabula. Vispārējās prakses ārsta rīcība gadījumos, ja radušās aizdomas par iespējamu suicidālu risku.

Tekstā izmantotie saīsinājumi

AD – antidepresanti

BAT – bipolāri afektīvi traucējumi

ĢĀ – ģimenes ārsts

HAMD – Hamiltona depresijas vērtēšanas skala

IPT – interpersonālā psihoterapija

KBT – kognitīvi biheiviorālā terapija

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OKT – Obsesīvi kompulsīvi traucējumi

PAV – psihoaktīvas vielas

PHQ-2 – Pacienta veselības aptauja – depresijas tests, kas sastāv no 2 jautājumiem (*Patient Health Questionnaire-2*)

PHQ-9 – Pacienta veselības aptauja – depresijas tests, kas sastāv no 9 jautājumiem (*Patient Health Questionnaire-9*)

TSH – tireoīdstimulējošais hormons

UDHS – Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms

1. pielikums. Noderīgi resursi palīdzības atrašanai.

Mājas lapa www.nenoversies.lv

Informāciju sagatavojuši jomas vadošie speciālisti.

Pieejama uzticama informācija un svarīga kontaktinformācija:

- iespēja aizpildīt pašnovērtēšanas testus trauksmes un depresijas simptomu novērtēšanai;
- kontaktinformācija valsts apmaksātu psihiatru konsultāciju saņemšanai;
- ģimenes ārstu saraksti;
- ārstu-psihoterapeitu kontaktinformācija u.c.

Uzticama informācija par depresiju: www.depresija.lv

Informāciju sagatavojuši jomas vadošie speciālisti.

Krīžu un Konsultāciju centra “Skalbes” diennakts uzticības tālrunis
+371 67222922 (LMT); +371 27722292 (Bite) (visu diennakti)

Nacionālā veselības dienesta ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis 66016001 (darba dienās no plkst. 17.00 līdz 8.00, brīvdienās un svētku dienās – visu diennakti)

Pusaudžu resursu centra tālrunis 29164747 (var rakstīt arī WhatsApp)
Pusaudžu resursu centra tālrunis Liepājā 26623422 (var rakstīt arī WhatsApp)

Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas (VBTAI) Bērnu un pusaudžu uzticības tālrunis 116111 (visu diennakti)
VBTAI Bērnu un pusaudžu uzticības čats www.bti.gov.lv. Čata logs – mājaslapas labajā apakšējā stūrī (darbdienās no plkst. 12.00 līdz 20.00).

Bezmaksas psihologa konsultācijas aizbildņiem, audžuģimenēm, adoptētājiem, viesģimenēm, bez vecāku gādības palikušiem bērniem, kā arī ģimenēm ar bērniem krīzes situācijā – 292351181

Forums pašnāvību novēršanai www.stastiundzivo.lv

Nacionālā veselības dienesta bezmaksas informatīvais tālrunis konsultācijām par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem 80001234 (darbdienās no plkst. 8.30 līdz 17.00)

Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārkārtas tālrunis 113 (visu diennakti)

2. pielikums. Kolumbijas pašnāvības smaguma izvērtēšanas skala (C-SSRS) (48)

Suicidālas domas	
<i>Uzdodiet 1. un 2. jautājumu. Ja abi ir negatīvi, pārejiet uz sadaļu "Pašnāvnieciska uzvedība". Ja atbilde uz 2. jautājumu ir "jā", uzdodiet 3., 4. un 5. jautājumu.</i> <i>Ja atbilde uz 1. un / vai 2. jautājumu ir "jā", aizpildiet zemāk esošo sadaļu "Domu intensitāte".</i>	Kopš pagājušās vizītes
1. Vēlos būt miris Subjekts atbalsta domas par vēlmi būt mirušam vai nedzīvam, vai vēlmi aizmigt un nepamosties. <i>Vai esat domājis par miršanu vai kā būtu būt mirušam?</i> <i>Vai esat vēlējies, lai jūs būtu miris, vai vēlētos aizmigt un nekad nepamosties?</i> <i>Vai vēlaties, lai jūs vairs nebūtu dzīvs?</i> Ja jā, aprakstiet	Jā ☐ Nē ☐
2. Nespecifiskas aktīvas suicidālas domas Vispārējas, nespecifiskas domas par vēlmi izbeigt dzīvi/ izdarīt pašnāvību (piemēram, "Esmu domājis par sevis nogalināšanu") bez domām par nogalināšanas veidiem, metodēm, nodoma vai plāna. <i>Vai esat domājis kaut ko darīt, lai vairs nebūtu dzīvs?</i> <i>Vai jums ir bijušas domas par sevis nogalināšanu?</i> Ja jā, aprakstiet	Jā ☐ Nē ☐
3. Aktīvas pašnāvības domas ar jebkādam metodēm (nevis plānu) bez nodoma rīkoties Pacients atbalsta domas par pašnāvību un novērtēšanas periodā ir domājis vismaz par vienu metodi. Tas atšķiras no konkrēta laika plāna, nav izstrādātās vietas vai metodes detaļas (piemēram, domāts par metodi, kā nogalināt sevi, bet ne konkrēts plāns). Ietver personu, kas teiktu: "Es domāju par pārdozēšanu, bet man nekad nav bijis konkrēta plāna, kad, kur un kā es to tiešām darīšu ... un es to nekad neizdarītu." <i>Vai esat domājis par to, kā jūs to izdarītu, vai kā jūs sevi padarītu nedzīvu (nogalinātu sevi)?</i> <i>Par ko jūs domājat?</i> Ja jā, aprakstiet	Jā ☐ Nē ☐
4. Aktīvas pašnāvības domas ar nodomu rīkoties, bez konkrēta plāna Aktīvas pašnāvnieciskas domas, pacients ziņo, ka viņam ir kāds nodoms rīkoties, šīs domas īstenot, pretstatā "man ir domas, bet es noteikti tās neīstenošu". <i>Kad domājat par to, lai būtu miris (vai nogalinātu sevi), vai domājat, ka tas varētu būt kaut kas, ko jūs faktiski varētu darīt?</i> <i>Tas ir atšķirīgi (pretēji tam) no domām, kuras jūs zināt, ka neīstenosiet</i> Ja jā, aprakstiet	Jā ☐ Nē ☐
5. Aktīvas suicidālas domas ar aktīvu plānu un nodomu Domas par sevis nogalināšanu ar detalizētu plānu, kas ir pilnībā vai daļēji izstrādāts, un pacientam ir zināms nolūks to īstenot. <i>Vai esat izlēmis, kā vai kad jūs kļūtu miris/nogalinātu sevi?</i> <i>Vai esat izplānojis (izstrādājis detaļās) par to, kā jūs to paveiktu?</i> <i>Kāds bija jūsu plāns?</i> <i>Kad jūs sastādījāt šo plānu (vai izstrādājāt šī plāna detaļas), vai patiešām kaut daļēji prātā pieļāvēt tā īstenošanu?</i> Ja jā, aprakstiet	Jā ☐ Nē ☐
Domu intensitāte	
Šī iezīme jānovērtē attiecībā uz vissmagākajiem domu veidiem (t.i., 1–5, kur 1 ir vismazāk smags un 5 ir vissmagākais) Smagākās domas: _____ (ieraksti 1 – 5) (domu apraksts)	Smagākās domas
Biežums Cik reizes jums ir bijušas šādas domas? Ierakstiet atbildi _____ (1) Vienu reizi; (2) dažas reizes; (3) daudzas reizes; (4) visu laiku; (5) es nezinu/ N/A	_____

Pašnāvnieciska uzvedība <i>(atzīmējiet atbilstošos, kamēr tie ir atsevišķi notikumi, nepieciešams jautāt par visiem veidiem)</i>	Kopš pagājušās vizītes
Faktisks mēģinājums: Potenciāli sevi ievainojoša darbība, kas izdarīta ar vismaz nelielu vēlēšanos nomirt, <i>darbības rezultātā</i>. Uzvedība daļēji tika uzskatīta par metodi, kā sevi nogalināt. Nodomam nav jābūt 100%. Ja ar šo darbību ir saistīts kaut neliels nodoms / vēlme mirt, tad to var uzskatīt par faktisku pašnāvības mēģinājumu. <i>Nav jābūt ievainojumam vai kaitējumam</i>, tikai potenciālam ievainot vai kaitēt. Ja persona nospiež ieroča mēlīti, kamēr ierocis ir mutē, bet ierocis ir salauzts, tāpēc traumas nerodas, tas tiek uzskatīts par mēģinājumu. Nodomu secināšana: Pat ja indivīds noliedz nodomu / vēlmi mirt, to var klīniski secināt no uzvedības vai apstākļiem. Piemēram, ļoti letāla darbība, kas acīmredzami nav nelaimes gadījums, no kā var secināt par pašnāvību (piemēram, šāviens galvā, lēciens no augstuma). Arī tad, ja persona noliedz nodomu mirt, taču domāja, ka rīcība varētu būt letāla. Vai jūs kaut ko darījāt, lai mēģinātu sevi nogalināt vai padarītu sevi nedzīvu? Ko jūs darījāt? Vai jūs sevi ievainojāt ar nodomu? Kāpēc jūs tā rīkojāties? Vai jūs _____ ar mērķi izbeigt savu dzīvi? Vai jūs vēlējāties mirt (kaut nedaudz), kad _____? Vai jūs centāties sevi padarīt nedzīvu/atņemt sev dzīvību, kad jūs _____? Vai jūs domājat, ka varējāt nomirt no _____? Vai arī jūs to darījāt citu iemeslu dēļ, nevis, lai izbeigtu savu dzīvi vai nogalinātu sevi (bet, piemēram, lai justos labāk vai panāktu, ka notiek kas cits)? (paškaitējoša uzvedība bez suicidāla nodoma) Ja jā, aprakstiet Vai persona ir veikusi nesuicidālu pašievainojošu rīcību? Vai persona ir veikusi pašievainojošu rīcību, kurai motīvs nav zināms?	Jā ☐ Nē ☐ kopā # mēģinājumi _____ Jā ☐ Nē ☐ Jā ☐ Nē ☐
Pārtraukts mēģinājums: Ja (ārēju apstākļu dēļ) tiek pārtraukta potenciāli sev kaitējošas darbības uzsākšana (<i>ja tas nenotiktu, reāls mēģinājums būtu noticis</i>). Pārdozēšana: personai ir tabletes rokā, bet nav paguvusi norīt. Kad persona ir iedzērusi tabletes, tas kļūst par mēģinājumu, nevis par pārtrauktu mēģinājumu. Šaušana: personai ir ierocis, kas ir vērst uz sevi, ieroci kāds atņem vai neļauj nospiegt mēlīti. Ja mēlīte tiek nospiesta, pat ja ierocim neizdodas izšaut, tas ir mēģinājums. Lēkšana: cilvēks ir gatavs lēkt, bet viņu satver un noņem no dzegas. Pakāršanās: personai ir cilpa ap kaklu, bet pašnāvības mēģinājums tiek pārtraukts. Vai ir bijusi reize, kad jūs sākat kaut ko darīt, lai beigtu dzīvi vai nogalinātu sevi, bet kāds vai kaut kas jūs apturēja, pirms jūs faktiski kaut ko izdarījāt? Ko jūs darījāt? Ja jā, aprakstiet	Jā ☐ Nē ☐ kopā # pārtraukts _____
Mēģinājuma atcelšana vai paša pārtraukts mēģinājums: Kad cilvēks sāk spert soļus, lai mēģinātu izdarīt pašnāvību, bet apstājas, pirms uzsācis pašiznīcinošu uzvedību/darbību. Piemēri līdzīgi pārtrauktiem mēģinājumiem, bet indivīds sevi aptur pats, nevis kāds cits. Vai ir bijis tā, ka jūs sākat kaut ko darīt, lai beigtu dzīvi, bet mainījāt savas domas (apstājāties pats), pirms faktiski kaut ko paveicāt? Ko jūs darījāt? Ja jā, aprakstiet	Jā ☐ Nē ☐ kopā # paša pārtraukts _____
Sagatavošanās rīcība vai uzvedība: Rīkojas vai gatavojas tūlītējam pašnāvības mēģinājumam. Tas var ietvert jebko, kas nav verbalizācija vai doma (piemēram, tablešu pirkšana, ieroča iegāde), lai gatavotos pašnāvības veikšanai (piemēram, lietu atdošana, pašnāvības zīmītes rakstīšana). Vai esat kaut ko darījis, lai sagatavotos sevis nogalināšanai - piemēram, atdevis lietas, rakstījis atvadu vēstuli, sagādājis nogalināšanai nepieciešamās lietas? Ja jā, aprakstiet	Jā ☐ Nē ☐ kopā # gatavošanās rīcība _____

3. pielikums. "NĒ pašnāvībai" vienošanās noslēgšana (47)

NĒ pašnāvībai

Es, _____, apliecinu, ka neveikšu nekādu tīšu paškaitējumu, pašnāvības mēģinājumu vai pašnāvību.

Pašnāvniecisku domu gadījumā es:

- 1) atgādināšu sev, ka es nekad, nekādos apstākļos neveikšu nekādu tīšu paškaitējumu, pašnāvības mēģinājumu vai pašnāvību;
- 2) zvanīšu neatliekamajai medicīniskajai palīdzībai pa tālruni 113, apzinoties, ka risks nodarīt sev pāri ir ļoti augsts;
- 3) zvanīšu uz kādu no zemāk esošajiem tālruņa numuriem, apzinoties, ka neesmu augsta apdraudējuma situācijā, tomēr man ir pašnāvnieciskas domas:

Krīžu un Konsultāciju centra Skalbes diennakts tālruņa numuri –

LMT: +371 6 7222922 ; Bite: +371 2 7722292

(lūdzu, uzraksti vārdus, tālruņa numurs, adreses un interneta saites, kas var būt noderīgas šādā situācijā)

- 4) Es turpināšu sarunāties pa tālruni ar tik cilvēkiem un tik ilgi, cik nepieciešams, līdz pašnāvnieciskās domas būs pārgājušas.

Paraksts _____ Datums _____

Liecinieks: _____ Datums _____

Izmantotās literatūras un avotu saraksts

1. Sadock BJ, Sadock VA, Pedro R. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Pataki C., editor. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014.
2. Rancāns E, Tērauds E, Bezborodovs N, Kišuro A, Kozlovskā L, Stepens A, et al. Klīniskais algoritms Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe. Slimību Profilakses un Kontroles Centrs. [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 2]. Available from:
https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/22.depr_2_alg_pa_paskaidr1.pdf
3. Vrubļevska J. Depresijas izplatība Latvijas vispārējā populācijā un primārajā aprūpē Rīgā un Rīgas rajonā [Internet]. Rīgas Stradiņa Universitāte, Promocijas darbs medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai; 2018. Available from:
https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/18-246-Jelena_Vrublevska_promocijas_darbs_rev.pdf
4. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655–79.
5. NICE guideline. Depression in adults: treatment and management: NICE guideline short version. 2018; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/GID-CGWAVE0725/documents/short-version-of-draft-guideline>
6. McCarter T. Depression overview. Am Heal drug benefits [Internet]. 2008 Apr;1(3):44–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25126224>
7. Kammerer K, Falk K, Döpfner S, Heintze C. [GPs' Perceptions of Strengths and Shortcomings of the ICD-10 for Diagnosis of depression]. Gesundheitswes (Bundesverband der Ärzte des Öffentl Gesundheitsdienstes). 2018 Jan;80(1):40–2.
8. Tērauds E, Rancāns E, Andrēziņa R, Kupča B, Ancāne G, Ķiece I, et al. Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. 3. izdevums. Latvijas Psihiatru asociācija, 2015.
9. Leadholm AKK, Rothschild AJ, Nielsen J, Bech P, Østergaard SD. Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non-psychotic severe depression. J

- Affect Disord [Internet]. 2014;156:119–25. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713008392>
10. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. ICD-10. Geneva; 1993.
 11. SPKC. SSK-10 [Internet]. Available from: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/F32>
 12. European Psychiatric Association. Understanding and Treating Major Depressive Disorder [Internet]. European Psychiatric Association (EPA); 2020. Available from: <https://elearning.europsy.net/course/view.php?id=8>
 13. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. Clin Psychol Rev [Internet]. 2007/03/03. 2007 Dec;27(8):959–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17448579>
 14. Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Tuithof M, Kleinjan M, Penninx BWJH. Recurrence and chronicity of major depressive disorder and their risk indicators in a population cohort. Acta Psychiatr Scand. 2018 Jun;137(6):503–15.
 15. Sim K, Lau WK, Sim J, Sum MY, Baldessarini RJ. Prevention of Relapse and Recurrence in Adults with Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analyses of Controlled Trials. Int J Neuropsychopharmacol [Internet]. 2015 Jul 7;19(2):pyv076. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26152228>
 16. Baldessarini RJ, Lau WK, Sim J, Sum MY, Sim K. Duration of initial antidepressant treatment and subsequent relapse of major depression. J Clin Psychopharmacol. 2015 Feb;35(1):75–6.
 17. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry. 1991 May;52 Suppl:28–34.
 18. Ten Have M, Penninx BWJH, Tuithof M, van Dorsselaer S, Kleinjan M, Spijker J, et al. Duration of major and minor depressive episodes and associated risk indicators in a psychiatric epidemiological cohort study of the general population. Acta Psychiatr Scand. 2017 Sep;136(3):300–12.
 19. NICE guideline. Bipolar disorder: assessment and management. Clinical guideline [CG185]. Published date: 24 September 2014. Last updated: 11 February 2020. [Internet]. Available from: [https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/1-Recommendations#recognising-and-managing-bipolar-disorder-in-adults-in-primary-care-](https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/1-Recommendations#recognising-and-managing-bipolar-disorder-in-adults-in-primary-care-2)

20. Towfighi A et al. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. 2017; Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000113> (sk. 04.09.2020)
21. Johansson L, Guerra M, Prince M, Hörder H, Falk H, Stubbs B, et al. Associations between Depression, Depressive Symptoms, and Incidence of Dementia in Latin America: A 10/66 Dementia Research Group Study. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2019;69(2):433–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30958381>
22. Celano CM, Freudenreich O, Fernandez-Robles C, Stern TA, Caro MA, Huffman JC. Depressogenic effects of medications: a review. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2011;13(1):109–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21485751>
23. Conner S, Solomon S. Psychiatric Manifestations of Endocrine Disorders. *HSOA J Hum Endocrinol* [Internet]. 2017;2(007). Available from: http://www.heraldopenaccess.us/article_pdf/39/psychiatric-manifestations-of-endocrine-disorders.pdf
24. Rogers D, Pies R. General Medical Drugs Associated with Depression. *Psychiatry (Edgmont)* [Internet]. 2008 Dec;5(12):28–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19724774>
25. Koyuncu A, İnce E, Ertekin E, Tükel R. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs Context* [Internet]. 2019 Apr 2;8:212573. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30988687>
26. Becker CB, Plasencia M, Kilpela LS, Briggs M, Stewart T. Changing the course of comorbid eating disorders and depression: what is the role of public health interventions in targeting shared risk factors? *J Eat Disord* [Internet]. 2014 May 27;2:15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24914411>
27. Garcia-Toro M, Aguirre I. Biopsychosocial model in Depression revisited. *Med Hypotheses*. 2007;68(3):683–91.
28. Ancāne G. Kāpēc svarīgi nepazaudēt “Es tikšu galā” sajūtu? Atbild eksperti [Internet]. 2014. Available from: <https://veseligsridzinieks.lv/kapec-svarigi-nepazaudet-es-tiksu-gala-sajutu-atbild-eksperti/>
29. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, et al. EPA

- guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry*. 2018 Oct;54:124–44.
30. Young SN. How to increase serotonin in the human brain without drugs. *J Psychiatry Neurosci* [Internet]. 2007 Nov;32(6):394–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18043762>
 31. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2013 Feb;22(1):35–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23390431>
 32. Li J-Y, Li J, Liang J-H, Qian S, Jia R-X, Wang Y-Q, et al. Depressive Symptoms Among Children and Adolescents in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Sci Monit* [Internet]. 2019 Oct 5;25:7459–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31586039>
 33. Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front Psychol* [Internet]. 2019 Mar 20;10:543. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30949092>
 34. Rancāns E, Tērauds E, Bezborodovs N, Kišuro A, Kozlovskā L, Stepens A, et al. Klīniskais algoritms Depresija bērniem un pusaudžiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe. Slimību Profilakses un Kontroles Centrs. 2019; Available from: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/23.depr_3_alg_deprs_bern_algorithm1.pdf
 35. NICE guideline. Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline [NG134]. Published date: 25 June 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/Recommendations#step-3-managing-mild-depression>
 36. Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2011 Jun;34(2):469–x. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21536169>
 37. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 Apr 20;13:691–9. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29719381>

38. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2017 Aug 9;6:60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28852652>
39. Alhusen JL, Alvarez C. Perinatal depression: A clinical update. *Nurse Pract* [Internet]. 2016 May 19;41(5):50–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26934457>
40. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond Engl)* [Internet]. 2019;15:1745506519844044–1745506519844044. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31035856>
41. Foo SQ, Tam WW, Ho CS, Tran BX, Nguyen LH, McIntyre RS, et al. Prevalence of Depression among Migrants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 Sep 12;15(9):1986. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30213071>
42. Stronks K, Şekercan A, Snijder M, Lok A, Verhoeff AP, Kunst AE, et al. Higher prevalence of depressed mood in immigrants' offspring reflects their social conditions in the host country: The HELIUS study. *PLoS One* [Internet]. 2020 Jun 4;15(6):e0234006–e0234006. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32497057>
43. Missinne S, Bracke P. Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Jan;47(1):97–109.
44. Gautam M, Tripathi A, Deshmukh D, Gaur M. Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2020/01/17. 2020 Jan;62(Suppl 2):S223–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32055065>
45. López-López JA, Davies SR, Caldwell DM, Churchill R, Peters TJ, Tallon D, et al. The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2019/06/10. 2019 Sep;49(12):1937–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31179960>
46. Rothes I, Henriques M. Health Professionals Facing Suicidal Patients: What Are Their Clinical Practices? *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 Jun 8;15(6):1210. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29890677>

47. Caruso K. No-Suicide Contract [Internet]. Available from: <http://www.suicide.org/no-suicide-contract-form-international.html>
48. Posner K, Brent D, Lucas C. COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS). Pediatric - Since Last Contact – Communities and Healthcare Version 6/23/10. Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. [Internet]. 2008. Available from: https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS_Pediatric-SLC_11.14.16.pdf