

Klīniskais algoritms

Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe

Autors psihiatrs prof. Elmārs Rancāns

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

Saturs

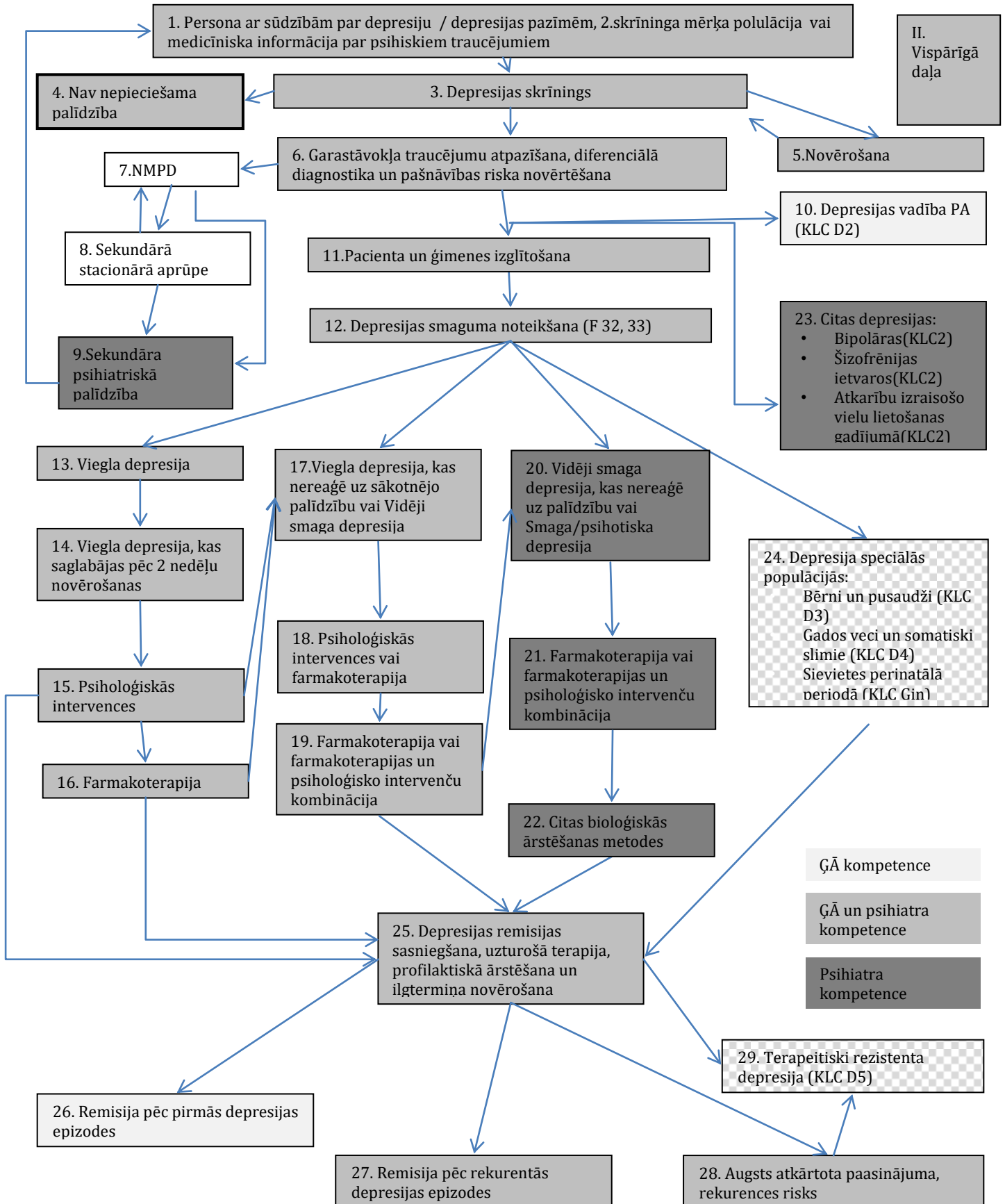
I. Algoritma shēma	5
II. Visparējā daļa.....	6
Saīsinājumi.....	6
Ievads	7
Algoritma mērķi.....	8
Mērķgrupas	8
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu	8
III. REKOMENDĀCIJAS (7-21):.....	9
1. Persona ar sūdzībām par depresiju/depresijas pazīmēm :	9
1.1. Pēdējā mēneša laikā ir juties grūtsirdīgs, nomākts vai bezcerīgs.....	9
1.2. Bija samazinātas intereses par lietām un darbībām, kas agrāk sagādāja gandarījumu .	9
2. Skrīninga mērķa populācija – pacienti ar sekojošiem simptomiem :	9
2.1. Sūdzības par nomāktu garastāvokli, anamnēzē depresija,	9
2.2. Pašnāvību mēģinājumi vai paškaitējumi anamnēzē.....	9
2.3. Nespēks, nogurums, svāra zudums bez medicīniska iemesla,	9
2.4. Miega traucējumi, ilgstoša miega līdzekļu vai bezodiazepīnu lietošana,	9
2.5. Sūdzības par atmiņas traucējumiem, koncentrēšanās grūtības,.....	9
2.6. Trauksmes simptomi (iekšēja spriedze, nemiers vai sirdsklauves, reiboņi, smakšanas sajūta, “kamols kaklā”, panikas lēkmes),.....	9
2.7. Daudzas medicīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības, nav skaidri cēloņi, nav skaidra diagnoze,.....	9
2.8. Pašlaik hroniskas somatiskas slimības (piem., sirds asinsvadu, onkoloģiskas slimības, cukura diabēts, hroniskas sāpes utt.), kuras grūti padodas ārstēšanai; bieži ārsta apmeklējumi (6 un vairāk gadā),.....	9
2.9. Sievietes antenatālā periodā un 12 mēnešus pēc dzemdībām	9
2.10. Ilgstošas psihotraumējošas situācijas (vientulība, vardarbība, sociāli-ekonomiskas problēmas),.....	9

2.11.	Pārmērīga alkohola vai narkotisko vielu lietošana, smēķēšana.....	9
3.	Depresijas skrīnings.....	10
4.	Nav nepieciešama palīdzība	11
5.	Novērošana	11
6.	Garastāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika un pašnāvības riska novērtēšana	11
7.	NMPD.....	16
8.	Sekundārā stacionārā aprūpe	17
9.	Sekundāra psihiatriskā palīdzība	17
9.1.	Ārstam jāsusūta pacients konsultācijai pie psihiatra uz ambulatoro, dienas stacionāra, specializēta centra vai stacionāro psihiatrisko aprūpi, atbilstoši pamata saslimšanai:	18
9.1.1.	pacienti, kuri izsaka pašnāvības domas vai draudus (neatliekami);	18
9.1.2.	pacienti pēc pašnāvības mēģinājuma (neatliekami);	18
9.1.3.	depresijas pacienti ar psihotiskiem simptomiem (neatliekami);	18
9.1.4.	pacienti ar depresijas epizodi bipolāri afektīvu traucējumu ietvaros;	18
9.1.5.	pacienti ar depresiju, kas ir komorbīda ar panikas lēkmēm, obsesīvi–kompulsīviem traucējumiem, ģeneralizētu trauksmi, psihoaktīvu vielu atkarību;	18
9.1.6.	šizofrēnijas pacienti, kuriem ir depresijas sindroms (t. sk. postšizofrēniskā depresija);	18
9.1.7.	pacienti, kuriem paralēli ir izteiktas organiskas psihiskas vai somatiskas saslimšanas;.....	18
9.1.8.	pacienti, kuriem sāka terapija ar antidepresantiem, bet netiek panākta klīniska uzlabošanās 4–8 nedēļu laikā.	18
9.2.	Ambulatorā dienesta psihiatra kompetences:	18
9.2.1.	viegla/vidēji smaga depresijas epizode;	18
9.2.2.	smaga depresijas epizode subakūtā (pēcstacionāra) posmā, stabilizācijas un profilaktiskās ārstēšanas periodā;.....	18
9.2.3.	visu veidu depresijas komorbīdie stāvokļi;	18
9.2.4.	organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi;.....	18
9.2.5.	depresijas epizode bipolāru afektīvu traucējumu ietvaros;.....	18
9.2.6.	postšizofrēniska depresija.....	18
9.3.	Dienas stacionāra (depresiju nodaļas) psihiatra kompetences:	18
9.3.1.	vidēji smagas depresijas epizode, ja nav augsta pašnāvības riska;.....	18
9.3.2.	vidēji smaga/smaga depresijas epizode subakūtā periodā, pēc izrakstīšanas no stacionāra;.....	18

9.3.3.	pacienti, kuriem nepieciešama parenterāla medikamentu ievade vai kuriem ir nepieciešama antidepresantu titrēšana un augmentācija;	18
9.3.4.	pacienti, kuriem rekomendējama grupas psihoterapija, sociāli psiholoģiska palīdzība;	18
9.3.5.	pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama modificētā elektrokonvulsīvā terapija.	18
9.4.	Stacionārās palīdzības psihiatra kompetences:	18
9.4.1.	vidēji smaga depresijas epizode, terapeitiski rezidenta;	18
9.4.2.	hroniska, terapeitiski rezidenta depresija;	19
9.4.3.	smaga depresijas epizode ar/bez psihotiskiem simptomiem;	19
9.4.4.	izteikti/smagi organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi, ja somatiskā saslimšana ir kompensētā stāvoklī;	19
9.4.5.	pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama modificētā elektrokonvulsīvā terapija;	19
9.4.6.	jebkuri depresijas pacienti, kuriem ir indikācijas neatliekamai hospitalizācijai;	19
9.4.7.	depresija ar garstāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem traucējumiem (ļauna, lamājoša, noniecinoša satura dzirdes halucinācijas; pašnolieguma u. c. murgu idejas); 19	
9.4.8.	neizdevies (pārtraukts) pašnāvības mēģinājums;	19
9.4.9.	nopietni pašnāvības nodomi, konkrēts pašnāvības plāns, uzmācīgas domas par pašnāvību;	19
9.4.10.	suicidāli izteikumi pacientam ar pašnāvības mēģinājumu (atkārtotiem mēģinājumiem) anamnēzē;	19
9.4.11.	depresīvais (melanholiskais) raptuss, depresīvs stupors;	19
9.4.12.	vidēji smags/smags depresīvs stāvoklis pacientam ar izteiktu sociālu dezadaptāciju, stāvokli pēc tuva cilvēka zaudējuma, kad nevar tikt nodrošināta pacienta uzraudzība;	19
9.4.13.	vientuļš pacients ar vidēji smagu/smagu depresijas stāvokli, īpaši, ja tas kombinējas ar somatisku patoloģiju;	19
9.4.14.	pacienta uzstājīga atteikšanās no ēdiena, ja tas apdraud pacienta dzīvību.	19
10.	Depresijas vadība PA (KLC D2)	20
11.	Pacienta un ģimenes izglītošana	20
12.	Depresijas smaguma noteikšana	20
13.	Viegla depresija	21
14.	Viegla depresija, kas saglabājas pēc 2 nedēļu novērošanas	21
15.	Psiholoģiskās intervences (PI)	21
16.	Farmakoterapija	22

17.	Viegla depresija, kas nereaģē uz sākotnējo palīdzību vai Vidēji smaga depresija	23
18.	Psiholoģiskās intervences vai farmakoterapija	24
19.	Farmakoterapija vai farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija	25
20.	Vidēji smaga depresija, kas nereaģē uz palīdzību vai Smaga/psihotiska depresija	25
21.	Farmakoterapija vai farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija	25
22.	Citas bioloģiskās ārstēšanas metodes	26
23.	Citas depresijas:	27
23.1.	Bipolāra depresija (KLC2)	27
23.2.	Depresija šizofrēnijas ietvaros(KLC2)	27
23.3.	Depresijas atkarību izraisošo vielu lietošanas gadījumā(KLC2).....	27
24.	Depresija speciālās populācijās:	27
24.1.	Bērni un pusaudži (KLC D3)	27
24.2.	Gados veci un somatiski slimie (KLC D4).....	27
24.3.	Sievietes perinatālā periodā (KLC Gin)	27
25.	Depresijas remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana	27
26.	Remisija pēc pirmās depresijas epizodes	28
27.	Remisija pēc rekurentās depresijas epizodes	28
28.	Augsts atkārtota paasinājuma, rekurences risks.....	28
29.	Terapeitiski rezistenta depresija (KLC D5)	29
	Atsauces.....	30

I. Algoritma shēma



II. Visparējā daļa

Saīsinājumi

AD	antidepresanti
BAT	bipolāri afektīvie traucējumi
CNS	centrālā nervu sistēma
ĢĀ	ģimenes ārsts
KBT	kognitīvi biheiviorāla terapija
LPA	Latvijas psihiatru asociācija
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NMPD	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
NSSAI	noradrenalīna un specifiskie serotonīna antidepresanti
PA	Primārā aprūpe
PHQ-2	Patient Health Questionnaire-2
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PI	psiholoģiskās intervences
PT	psihoterapija
SSAI	selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibītori
SSK-10	Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.izdevums
SNAI	serotonīna norepinefrīna atpakaļsaistes inhibitori
TCA	tricikliskie antidepresanti

Ievads

Visplašākajā ziņojumā par psihisko un dažādu neiroloģisko traucējumu izplatību un to radīto slogu Eiropā 2011.gadā tika apkopoti dati par 27 Eiropas Savienības (ES) valstīm, tai skaitā arī Latviju, kā arī par Šveici, Islandi un Norvēģiju. Pētījumā tika noskaidrots, ka kopumā 38,2% Eiropas iedzīvotāju ik gadu cieš no kādiem psihiskiem traucējumiem, Eiropas iedzīvotāju populācijā visizplatītākie psihiskie traucējumi ir trauksmes traucējumi (14%), bezmiegs (7%), depresija (6,9%), somatoformi traucējumi (6,3%), alkohola atkarība (>4%). Turklāt no visiem invaliditātes cēloņiem psihiskie traucējumi veido 26,6% lielu slogu. Visbiežāk ilgstošu darba nespēju un invaliditāti sekmē depresija, demence, alkohola kaitējoši pārmērīga lietošana vai atkarība. Depresijas 12 mēnešu prevalence bija 6.9 % jeb 30.9 miljoni Eiropas iedzīvotāju ik gadu slimo depresiju, turklāt vairāk nekā puse šo cilvēku nesaņem ārstēšanu.(1). Šajā periodā Latvijā vēl netika veikti psihisko traucējumu izplatības pētījumi, un tika ņemts vērā Latvijas eksperta psihiatrijā viedoklis.

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

Pēc Slimību kontroles un profilakses centra datiem ar garastāvokļa traucējumiem (depresijām, bipolāri afektīviem traucējumiem u.c.) psihiatru un ģimenes ārstu praksēs gada laikā ārstējušies mazāk par 13 000 pacientu (4). Vienlaicīgi plašākajā līdz šim veiktajā depresijas prevalences pētījumā Latvijas vispārējā populācijā tika konstatēts, ka ar depresiju katru gadu slimo 7.9 % jeb vairāk kā 130 000 iedzīvotāju (5). Rādītāju atšķirība par vairāk kā 10 reizēm liek domāt par depresijas ļoti zemu atpazīšanu un ārstēšanu, kas rada ne tikai personiskas ciešanas pacientiem un viņu ģimenes locekļiem, bet arī būtiskus ekonomiskus zaudējumus sabiedrībai. Vienlaicīgi pētījums norādīja, ka depresija bija saistīta ar biežu veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu, saslimstību ar trim vai vairākiem somatiskajiem apstākļiem, neapmierinātību ar dzīves un smēķēšanas statusu (5). Depresijas skrīningam gan vispārējā populācijā, gan primārajā un sekundārajā līmenī visā pasaulē plaši tiek pielietots Patient Health Questionnaire-9. Tam ir atrasti optimālie robežvērtējumi dažādās pacientu populācijās (6). Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE 2014-2017 ietvaros pētnieku grupa Latvijā arī ir validējusi šo pasaulē vienu no atzītākajiem un plašāk pielietotajiem skrīninga instrumentiem Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) un tā saīsinātā versija Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) (7).

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

Algoritma mērķi

1. Uzlabot depresiju atpazīšanu
2. Sekmēt precīzāku depresiju diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar depresiju virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem un profesionāļiem,
3. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
4. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

Mērķgrupas

1. Ģimenes ārsti
2. Psihiatri
3. Neurologi
4. Citi ārsti speciālisti
5. Klīniskie un veselības psihologi, psihoterapeiti
6. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

Pamatprioritātes ieviešot algoritmu

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

III. REKOMENDĀCIJAS (7-21):

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

1. Persona ar sūdzībām par depresiju/depresijas pazīmēm :

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

- 1.1. Pēdējā mēneša laikā ir juties grūtsirdīgs, nomākts vai bezcerīgs
- 1.2. Bija samazinātas intereses par lietām un darbībām, kas agrāk sagādāja gandarījumu

2. Skrīninga mērķa populācija – pacienti ar sekojošiem simptomiem :

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

- 2.1. Sūdzības par nomāktu garastāvokli, anamnēzē depresija,
- 2.2. Pašnāvību mēģinājumi vai paškaitējumi anamnēzē
- 2.3. Nespēks, nogurums, svara zudums bez medicīniska iemesla,
- 2.4. Miega traucējumi, ilgstoša miega līdzekļu vai bezodiazepīnu lietošana,
- 2.5. Sūdzības par atmiņas traucējumiem, koncentrēšanās grūtības,
- 2.6. Trauksmes simptomi (iekšēja spriedze, nemiers vai sirdsklauves, reiboņi, smakšanas sajūta, “kamols kaklā”, panikas lēkmes),
- 2.7. Daudzas medicīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības, nav skaidri cēloņi, nav skaidra diagnoze,
- 2.8. Pašlaik hroniskas somatiskas slimības (piem., sirds asinsvadu, onkoloģiskas slimības, cukura diabēts, hroniskas sāpes utt.), kuras grūti padodas ārstēšanai; bieži ārsta apmeklējumi (6 un vairāk gadā),
- 2.9. Sievietes antenatālā periodā un 12 mēnešus pēc dzemdībām
- 2.10. Ilgstošas psihotraumējošas situācijas (vientulība, vardarbība, sociāli-ekonomiskas problēmas),
- 2.11. 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.)

3. Depresijas skrīnings

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

Jautājumus uzdod ārsts / māsa vai pacients aizpilda pašaptaujas anketu, kuru var izsniegt māsa.

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

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

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

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

Ja grūtības pastāv, tas norāda uz depresiju.

Depresijas smaguma novērtējums:

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

Depresijas pašaptaujas tests

PHQ-9				
Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindīņā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3
3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	0	1	2	3
4. Nogurums vai enerģijas trūkums	0	1	2	3
5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0	1	2	3
6. Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievilis/-usi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0	1	2	3
8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0	1	2	3
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0	1	2	3
VĒRTĒJUMU SKAITS	<input type="text"/>			
SUMMA	<input type="text"/>			

Depresijas smaguma novērtējums:

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

Pašnovērtēšanas tests elektroniskai aizpildīšanai atrodams <http://www.depresija.lv/>

4. Nav nepieciešama palīdzība

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

5. Novērošana

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

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

6. Garastāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika un pašnāvības riska novērtēšana

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

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 8+ tad pašlaik ir depresijas simptomi (7). Ārsts veic pacienta diagnozes precizēšanu un smaguma izvērtēšanu ārsta kompetences ietvaros.

Ārsta kompetencē ir :

1. sēru reakcija (atbalsta, ģimenes u. c. psihoterapija);
2. viegla/vidēji smaga depresijas epizode (ja 4–8 nedēļu periodā pēc antidepresanta nozīmēšanas netiek panākta klīniska uzlabošanās, nepieciešama psihiatra konsultācija);
3. 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);
4. adaptācijas traucējumi ar depresīvu reakciju, izvērtējot pašnāvības risku;
5. viegli izteikti organiski (simptomātiski) depresīvi traucējumi.

Depresijas sindroma diagnostiskie kritēriji pēc SSK-10 (ICD-10, 1993).

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

1. Traucējumus neizsauc intoksikācija ar psihoaktīvām vielām vai CNS bojājums.
2. **Depresijas pamatsimptomi:**
 - pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla;
 - pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;
 - nogurdināmība, enerģijas trūkums.
3. **Depresijas papildu simptomi:**
 - pašapsūdzības domas, neadekvāta vainas sajūta;
 - pazemināts pašvērtējums;
 - pašnāvības domas vai uzvedība;
 - neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties;
 - psihomotorās aktivitātes traucējumi;
 - jebkādi miega traucējumi;
 - pazemināta ēstgriba.

Depresijas “somatisko” jeb bioloģisko sindromu (t.s. endogēno depresiju) raksturo:

- pamošanās vismaz 2 stundas pirms laika;
- pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;
- depresija ir smagāka no rīta;
- objektīvas anamnēzes dati par būtisku psihomotoru kavēšanu vai ažitāciju;
- būtiski pazemināta ēstgriba (svara zaudēšana vairāk par 5% mēneša laikā);
- būtiska libido pavājināšanās.

Jāveic rūpīga diagnostika, lai atpazītu garastāvokļa traucējumus un novērtētu to smagumu – depresijas epizode, rekurenti depresīvi traucējumi, bipolāri afektīvi traucējumi, depresija komorbīda ar trauksmi, depresijas atkarību izraisošu vielu lietošanas, organisku psihisku vai somatisku saslimšanu gadījumā, depresijas antenatālajā periodā un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām.

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem, **ĢĀ / ārsts organizē pacientam psihiatra konsultāciju 2 nedēļu laikā** (10.punkts).

Depresija SSK-10 slimību klasifikatorā tiek ietverta vairākos diagnostiskos blokos, jo tai ir vairāki nozoloģiski varianti (22). Izšķir tā saucamo endogēno, organisko un neirotisko depresiju. Depresija tiek ietverta dažādās SSK-10 diagnostiskās kategorijās atbilstoši depresijas definīcijai un tās nozoloģiskam variantam. Tās klasifikācija ir šāda (22):

1. F31 Bipolāri afektīvi traucējumi (BAT) norisē ir iespējamās hipomānijas, mānijas, jaukti afektīvas epizodes un dažāda dziļuma depresijas epizodes):
 - 1.1. F31.3 patreizējā epizode viegla vai vidēji smaga depresija

- 1.2. F31.4 patreizējā epizode smaga depresija bez psihotiskiem simptomiem
- 1.3. F31.5 patreizējā epizode smaga depresija ar psihotiskiem simptomiem
- 1.4. F31.8 maskētas depresijas epizode BAT ietvaros

Bipolāri afektīvi traucējumi (F31, SSK-10)

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

2. F32 Depresijas epizode:
 - 2.1. F32.0 Viegla depresijas epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
 - 2.2. F32.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
 - 2.3. F32.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem
 - 2.4. F32.3 Smaga epizode ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem
 - 2.5. F32.8 Cita depresijas epizode (Maskēta depresija)

Depresijas epizode (F32, SSK-10)

Depresijas epizode kā diagnostiska kategorija jānosaka tiem cilvēkiem, kam depresija tiek noteikta pirmo reizi mūžā un ja tiek novēroti depresijas diagnostiskie kritēriji. Depresijas epizode var sākties bez acīmredzama iemesla, tomēr tā var attīstīties pēc smagas un ilgas psihotraumējošas situācijas. Bieži vien depresijas epizode ir pirmā rekurento depresīvo traucējumu epizode vai turpmāk pacientam var attīstīties bipolāri afektīvi traucējumi.

3. F33 Rekurenti depresīvi traucējumi
 - 3.1. F33.0 Viegla epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
 - 3.2. F33.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
 - 3.3. F33.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem
 - 3.4. F33.3 Smaga epizode ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem
 - 3.5. F33.4 Remisija
 - 3.6. F33.8. Cita depresijas epizode (Atkārtota maskētas depresijas epizode)

Rekurenti depresīvi traucējumi (F33, SSK-10)

Tā ir visbiežāk sastopamā depresijas norises forma. Ir svarīgi, ka pacientam anamnēzē nav bijušas mānijas, hipomānijas (patoloģiski paaugstināts garastāvoklis) vai jaukta afektīva stāvokļa epizodes. Rekurenti depresīvi traucējumi var sākties jebkurā vecumā, bet biežāk tie sākas ap 30 gadiem. Vairāk kā pusei pacientu nākotnē tiks novērotas atkārtotas, recidivējošas depresijas epizodes. Ap 60% depresīvo traucējumu recidivē 1 – 5 gadu laikā, ap 30% gadījumu, neskatoties uz ārstēšanu, depresijas epizode beidzas ar reziduālu simptomātiku un 5 – 10% gadījumu depresija hronificējas. Viens no biežākajiem rekurentās depresijas variantiem ir maskēta depresija. Tās gadījumā pacients bieži konsultējas pie ģimenes ārsta vai citiem speciālistiem ar sūdzībām par fiziskiem simptomiem, kuriem netiek noteikts apstiprinājums nedz analizēs, nedz citos izmeklējumos. Šīs sūdzības bieži vien ir saistāmas ar somatoformiem traucējumiem

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

4. F06.32 Organiski afektīvi traucējumi, depresīvs tips

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

Depresiju sekmē somatisko traucējumu fons un procesi, kas radījuši organiskas izmaiņas CNS. Depresijas attīstību sekmē gan somatiskā stāvokļa pasliktināšanās, gan sociālās funkcionēšanas ierobežojumi slimības dēļ. Organiskai depresijai ir raksturīgi pieaugoši, subjektīvi smagi atmiņas un koncentrēšanās spējas traucējumi, ko pavada raudulīgums, trauksme, garastāvokļa labilitāte. Klīnisko ainu dara smagāku sāpju esamība un somatiskā stāvokļa pasliktināšanās. Organiskas depresijas gadījumā nereti novēro neiroloģisku simptomātiku, piemēram, jušanas traucējumus, refleksu asimetriju, parēzes, tremoru, gaitas traucējumus. Arī medikamenti var izsaukt depresijas simptomātiku, piemēram, beta blokatori, nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi, kortizols, orālie kontraceptīvie līdzekļi, antineoplastiskie līdzekļi, vairāki antibakteriālie līdzekļi, neuroleptiķi, sedatīvie un miega līdzekļi.

5. Adaptācijas traucējumi

- 5.1. F43.20 Īslaicīga depresīva reakcija
- 5.2. F43.21 Prolongēta depresīva reakcija
- 5.3. F43.22 Jaukta trauksmaini – depresīva reakcija

Reaktīvā depresija (F43.2, SSK-10).

Gan akūtas, gan ilgstošas psihotraumējošas situācijas rezultātā cilvēkam var attīstīties dažāda smaguma depresīvs stāvoklis. Mūsdienās ar reaktīvo depresiju apzīmē adaptācijas traucējumus. Adaptācijas traucējumi retos gadījumos var ieilgt līdz pat 12 mēnešiem vai ilgāk. Jau 2 mēnešus pēc psihotraumējošas situācijas, ja saglabājas depresīvs stāvoklis, var tikt diagnosticēta depresijas epizode (F32).

6. Izvērtēt citus depresijas iemeslus:

6.1. Somatiskie:

- 6.1.1. Somatiskas saslimšanas – anēmija, malnutrīcija, hipotireoidisms, hroniskas somatiskas saslimšanas, atkarību izraisošu vielu lietošana u.c.

Skatīt algoritmu Depresija gados veciem un hroniski somatiski slimiem pacientiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe

- 6.1.2. Medikamentu blakusparādības – steroīdu, citostatiķu, interferonu saturošu preparātu lietošana u.c.

Konstatējot tos, uzsākt atbilstošas somatiskas saslimšanas ārstēšanu vai medikamentozās terapijas korekciju. Ja pēc tā visa depresīvā simptomātika saglabājas, turpināt depresijas izvērtēšanu pēc algoritma

6.1.3. Noskaidrot, vai pēdējo 6 mēnešu laikā nav bijis būtisks zaudējums (sēras).

Novērtēt suicidālo risku, sniegt krīzes vai citu psiholoģisko/psihoterapietisko palīdzību. Ja personai ir bijusi depresija anamnēzē, depresijas risks ir paaugstināts

6.2. Pašnāvību riska novērtēšana:

Pašnāvības risks ir jāizvērtē katrā tikšanās reizē ar pacientu. Saruna par paškaitējumu nerada un neveicina paškaitējumu. Tā bieži samazinās trauksmi, kas saistīta ar domām vai paškaitējuma aktiem un palīdz personai justies saprastai. Tomēr mēģiniet izveidot attiecības ar personu, pirms uzdotat jautājumu par paškaitējumu. Palūdziet personai izskaidrot, kāpēc viņa veikusi paškaitējumu

Pašnāvības risku jāizvērtē, ja:

- 6.2.1. Izteikta bezcerība un izmisums, pašreizējās pašnāvības domas/ plāni/ mēģinājumi vai tie bijuši pagātnē
- 6.2.2. pašnāvības mēģinājums ar saindēšanās pazīmēm / intoksikāciju, asiņošana no pašradītas brūces,
- 6.2.3. apziņas zudums un/ vai ļoti izteikta letarģija,
- 6.2.4. jebkura nozīmīga psihiska saslimšana, hroniskas sāpes vai ļoti izteikti emocionāli pārdzīvojumi

Pazīmes, kas liecina par augstu pašnāvības risku (13):

1. vīriešiem paaugstināts risks 20–30 gadu vecumā, pēc 50 gadu vecuma, īpaši augsts pēc 65 gadu vecuma; sievietēm paaugstināts suicīda risks 40–60 gadu vecumā;
2. ilgstoša fiziska vai psihiska slimība;
3. alkohola vai citu vielu atkarība;
4. traucējumi ar masīvu trauksmi, bezpalīdzīgumu, anhedoniju, nespēja iespaidot apdraudošus faktorus;
5. hroniskas, nekoriģējamas sāpes;
6. vājš sociālās funkcionēšanas līmenis vai sociāla izolētība, negribēta pensionēšanās;
7. nesens tuvākā cilvēka vai darba zaudējums;
8. pašnāvības mēģinājums anamnēzē;
9. pārtraukts pašnāvības mēģinājums ar sekojošiem veselības sarežģījumiem;
10. intensīvas pašnāvības domas, pašnāvības plāns;
11. pacients slēpj līdzekļus pašnāvības izdarīšanai.

6.3. Hipomānijas/mānijas simptomu izvērtēšana anamnēzē:

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

- 6.3.1. pacilāts garastāvoklis un / vai aizkaitināmība;
- 6.3.2. samazināta vajadzība pēc miega;
- 6.3.3. paaugstināta aktivitāte, palielināta enerģijas sajūta, pārmērīga runātība vai ātra runa;
- 6.3.4. impulsīvas vai neapdomīgas rīcības, piemēram, pārmērīgas tērēšanas, svarīgu lēmumu pieņemšana bez plānošanas un seksuāla neizvēlība;
- 6.3.5. parasto sociālās normu neievērošana, kas noveda pie nepieņemamas uzvedības;

- 6.3.6. nenoturīga uzmanība;
- 6.3.7. nereālistiski paaugstināts pašvērtējums.

Konstatējot depresijas epizodi Bipolāri afektīvo traucējumu ietvarā BŪTISKI mainās depresijas ārstēšanas taktika – pacients jānosūta uz **konsultāciju pie psihiatra** 2 nedēļu laikā.

6.4. Depresijas izvērtēšana atkarību izraisošu vielu lietošanas dēļ:

Depresīvā simptomātika visbiežāk attīstās cilvēkiem abstinences gadījumā. Abstinence ir nepatīkamu fizisku un psihisku simptomu kopums, kurš iestājas 24-48 stundu laikā pēc pēkšņas atkarību izraisošas vielas lietošanas pārtraukšanas vai tās būtiskas devas samazināšanas.

Depresijas gadījumā pie atkarību izraisošo vielu lietošanas pacients jānosūta uz konsultāciju pie narkologa/psihiatra 4 nedēļu laikā.

6.5. Depresija un trauksmes (Agorofobija, Sociālā fobija, Panika, Ģeneralizētā trauksme, Obsesīvi kompulsīvie traucējumi, Post-traumātiskā stresa sindroms)

Depresija un trauksmes kombinējas (ir komorbīdas) līdz pat 70 % gadījumā. Izvērtējot depresiju, ir jānovērtē trauksmes traucējumi un otrādi.

Jo ilgstošāka un smagāka ir trauksme, jo lielāks ir komorbīditātes risks. Komorbīgi traucējumi norit smagāk, grūtāk padodas ārstēšanai un rada būtiskāku nespēju/slogu.

Komorbīdu traucējumu gadījumā pacients jānosūta uz konsultāciju pie psihiatra 2 nedēļu laikā

6.6. Depresija un Somatoformie traucējumi (F45 - Somatizācija, Hipohondrija, Somatoforma veģetatīva disfunkcija (piem. Veģetodistonija utt.))

Ģimenes ārsti Latvijā 2016.g. diagnosticējuši afektīvos traucējumus tikai 5 132 (F30-39), bet neirotikos traucējumus (F40-48) 35 790 pacientiem, visbiežāk Somatoformu veģetatīvu disfunkciju. Taču novērošanas ilgums ar šādu diagnozi bijis viena dažas reizes.

Svarīgi! Somatoformie traucējumi ir izslēgšanas diagnoze – to var diagnosticēt tikai tad, ja ir izslēgtas visāda veida depresijas, trauksmes un adaptācijas traucējumi. F45 pamata ārstēšanas metode ir ilgstoša psihoterapija.

7. NMPD

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

Augsta pašnāvību riska, pašnāvības mēģinājuma vai paškaitējuma gadījumā **ārstam nekavējoties** jāziņo NMPD zvanot pa tālruni 113 un jāorganizē pacienta stacionēšana psihiatriskajā stacionārā - pašnāvības riska novērtēšanai un/vai depresijas ārstēšanai, vai stacionēšana somatiskajā stacionārā neatliekamas medicīniskas palīdzības sniegšanai (intoksikācija ar medikamentiem, traumas u.c.).

8. Sekundārā stacionārā aprūpe

Pašnāvības mēģinājuma vai paškaitējuma gadījumā sniedz neatliekamu medicīnisko palīdzību – dzīvības funkciju uzturēšanu, dezintoksikāciju, traumatoloģisku palīdzību utt. Pēc somatiskā stāvokļa stabilizēšanas sekundārā stacionārā aprūpē, **stacionārs organizē psihiatra konsultāciju**, lai izvērtētu par tālākās psihiatriskās palīdzības sniegšanas veidu un pacienta nogādāšanu psihiatriskā stacionārā vai nosūtīšana ambulatorai psihiatriskai ārstēšanai. Pacienta pārvešanai uz psihiatrisko stacionāru var tikt iesaistīts NMPD.

9. Sekundāra psihiatriskā palīdzība

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

9.1. Ārsta jāsūta pacients konsultācijai pie psihiatra uz ambulatoro, dienas stacionāra, specializēta centra vai stacionāro psihiatrisko aprūpi, atbilstoši pamata saslimšanai:

- 9.1.1. pacienti, kuri izsaka pašnāvības domas vai draudus (neatliekami);
- 9.1.2. pacienti pēc pašnāvības mēģinājuma (neatliekami);
- 9.1.3. depresijas pacienti ar psihotiskiem simptomiem (neatliekami);
- 9.1.4. pacienti ar depresijas epizodi bipolāri afektīvu traucējumu ietvaros;
- 9.1.5. pacienti ar depresiju, kas ir komorbīda ar panikas lēkmēm, obsesīvi–kompulsīviem traucējumiem, ģeneralizētu trauksmi, psihoaktīvu vielu atkarību;
- 9.1.6. šizofrēnijas pacienti, kuriem ir depresijas sindroms (t. sk. postšizofrēniskā depresija);
- 9.1.7. pacienti, kuriem paralēli ir izteiktas organiskas psihiskas vai somatiskas saslimšanas;
- 9.1.8. pacienti, kuriem sāka terapija ar antidepresantiem, bet netiek panākta klīniska uzlabošanās 4–8 nedēļu laikā.

9.2. Ambulatorā dienesta psihiatra kompetences:

- 9.2.1. viegla/vidēji smaga depresijas epizode;
- 9.2.2. smaga depresijas epizode subakūtā (pēcstacionāra) posmā, stabilizācijas un profilaktiskās ārstēšanas periodā;
- 9.2.3. visu veidu depresijas komorbīdie stāvokļi;
- 9.2.4. organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi;
- 9.2.5. depresijas epizode bipolāru afektīvu traucējumu ietvaros;
- 9.2.6. postšizofrēniska depresija.

9.3. Dienas stacionāra (depresiju nodaļas) psihiatra kompetences:

- 9.3.1. vidēji smagas depresijas epizode, ja nav augsta pašnāvības riska;
- 9.3.2. vidēji smaga/smaga depresijas epizode subakūtā periodā, pēc izrakstīšanas no stacionāra;
- 9.3.3. pacienti, kuriem nepieciešama parenterāla medikamentu ievade vai kuriem ir nepieciešama antidepresantu titrēšana un augmentācija;
- 9.3.4. pacienti, kuriem rekomendējama grupas psihoterapija, sociāli psiholoģiska palīdzība;
- 9.3.5. pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama modificētā elektrokonvulsīvā terapija.

9.4. Stacionārās palīdzības psihiatra kompetences:

- 9.4.1. vidēji smaga depresijas epizode, terapeitiski rezidenta;

- 9.4.2. hroniska, terapeitiski rezistentā depresija;
- 9.4.3. smaga depresijas epizode ar/bez psihotiskiem simptomiem;
- 9.4.4. izteikti/smagi organiski un simptomātiski depresīvi traucējumi, ja somatiskā saslimšana ir kompensētā stāvoklī;
- 9.4.5. pacienti ar terapeitiski rezistentu depresiju, kuriem ir rekomendējama modificētā elektrokonvulsīvā terapija;
- 9.4.6. jebkuri depresijas pacienti, kuriem ir indikācijas neatliekamai hospitalizācijai;
- 9.4.7. depresija ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem traucējumiem (ļauna, lamājoša, noniecinoša saturs dzirdes halucinācijas; pašnolieguma u. c. murgu idejas);
- 9.4.8. neizdevies (pārtraukts) pašnāvības mēģinājums;
- 9.4.9. nopietni pašnāvības nodomi, konkrēts pašnāvības plāns, uzmācīgas domas par pašnāvību;
- 9.4.10. suicidāli izteikumi pacientam ar pašnāvības mēģinājumu (atkārtotiem mēģinājumiem) anamnēzē;
- 9.4.11. depresīvais (melanoliskais) raptuss, depresīvs stupors;
- 9.4.12. vidēji smags/smags depresīvs stāvoklis pacientam ar izteiktu sociālu dezadaptāciju, stāvokli pēc tuva cilvēka zaudējuma, kad nevar tikt nodrošināta pacienta uzraudzība;
- 9.4.13. vientuļš pacients ar vidēji smagu/smagu depresijas stāvokli, īpaši, ja tas kombinējas ar somatisku patoloģiju;
- 9.4.14. pacienta uzstājīga atteikšanās no ēdiena, ja tas apdraud pacienta dzīvību.

Saskaņā ar Ārstniecības likuma 67. pantu pacients savu piekrišanu stacionārai ārstēšanai apstiprina ar rakstisku piekrišanu (parakstu). Pacienta ārstēšanu stacionārā pret pacienta gribu (neatliekamības kārtā) Latvijā reglamentē Ārstniecības likuma 68. pants.

Ambulatorās psihiatru prakses – <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/ambulatoras-iestades-un-arsti-specialisti>

Psihiatriskie stacionāri:

Rīga – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs, <http://www.rpnc.lv/>

Jelgava – Slimnīca “Ģintermuiža”, <http://www.gintermuiza.lv>

Strenči - Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Daugavpils – Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://dpns.gov.lv/index.php/lv/>

Liepāja - Piejūras slimnīcas, Psihiatriskā klīnika, <http://piejurasslimnica.lv/lv/kontakti/lapa/visi-kontakti>

Pēc ārstēšanas kursa pacients atgriežas aprūpei ārsta uzraudzībā

10. Depresijas vadība PA (KLC D2)

Skatīt algoritmu «Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe»

11. Pacienta un ģimenes izglītošana

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

Izglītošanu veic ārsts vai māsa

- Depresija ir ļoti bieži sastopama saslimšana, ar ko var saslimt jebkurš.
- Saslimšana ar depresiju nenozīmē, ka cilvēks ir vājš vai slinks.
- Negatīva attieksme no apkārtējiem (piem., “Tev jābūt stiprākam”, “Saņem sevi rokās”), iespējams, rodas tādēļ, ka depresija nav ar neapbruņotu aci redzama slimība, kā kaula lūzums vai brūce. Pastāv arī nepareizs uzskats, ka cilvēki ar depresiju spēj savus simptomus kontrolēt ar sava gribasspēka palīdzību.
- Cilvēkiem ar depresiju mēdz būt nepamatoti negatīvi uzskati par sevi, savu dzīvi un nākotni. Šo cilvēku pašreizējā situācija var būt ļoti sarežģīta, taču depresija var izraisīt papildu nepamatotas domas par situācijas bezcerīgumu un savu nevērtīgumu. Ar lielāko ticamību šīs domas uzlabosies, mazinoties depresijas simptomiem.
- Domas par paškaitēšanu vai pašnāvību ir bieži sastopamas. Ja pacientam šādas domas parādās, viņam nevajadzētu rīkoties to iespaidā, bet gan pateikt par tām kādai uzticības personai un nekavējoties vērsties pēc palīdzības.
- Depresija padodas ārstēšanai
- Ja depresija ir vidēji smaga vai smaga, nepieciešama ilgstoša antidepresantu (AD) terapija, tad pacientam var tikt izrakstīti valsts kompensēti (50% apjomā) medikamenti.
- Antidepresantu terapija nav saistāma ar atkarības risku
- Depresijas gadījumā var tikt novērota „pašārstēšanās” ar alkoholu vai nomierinošiem līdzekļiem, šajos gadījumos jākonsultējas ar ārstu.

Papildus informatīvi resursi <http://www.nenoversies.lv/>, <http://www.depresija.lv/>

12. Depresijas smaguma noteikšana

Depresijai izšķir 3 smaguma pakāpes (**depresijas simptomi aprakstīti punktā nr.6**):

- Vieglas depresijas epizodes gadījumā jābūt 2 nedēļu periodā novērotiem 2 pamatsimptomiem un vismaz 3 papildus simptomiem. Šie simptomi pārsvarā ir viegli izteikti. Vieglas depresijas epizodi var sekmīgi ārstēt tikai ambulatori.

- Vidēji smagai depresijai ir raksturīgi 2 nedēļu periodā divi pamatsimptomi un vismaz četri papildus simptomi, un vismaz viens no simptomiem ir smagi izteikts. Pacientam ir traucēta sociālā funkcionēšana, grūtības darbā, kā arī ar grūtībām tiek galā ar ikdienas pienākumiem.
- Smagas depresijas gadījumā ir spilgti izteikti visi trīs pamatsimptomi, kā arī vismaz četri papildus simptomi. Depresijas klīnisko ainu smagāku dara izteikta trauksme vai apātija. Pacients nespēj strādāt, nespēj veikt vienkāršus ikdienas darbus.

13. Viegla depresija

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

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

14. Viegla depresija, kas saglabājas pēc 2 nedēļu novērošanas

Ja sūdzības nemazinās vai nepāriet, tad ārsts iesaka pieejamās psiholoģiskās intervences

15. Psiholoģiskās intervences (PI)

Ārsts rekomendē zemas intensitātes PI . Valsts pašreiz neapmaksā. Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām sesijām. Tām jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Fiziskās aktivitātes grupā var vadīt fizioterapeiti.

Vecumam atbilstoši rakstiski, audio, digitāli pašpalīdzības materiāli vai apmācīta praktiķa iesaistīšana pašpalīdzības aktivitāšu izvērtēšanā u.c.

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

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

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

16.Farmakoterapija

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

Ārsts terapiju uzsāk ar 1.izvēles antidepresantu (13) SSAI (citaloprams, escitaloprams, fluvoksamīns, fluoksetīns, paroksetīns, sertralīns), SNAI (venlafaksīns, duloksetīns, milnaciprāns), tianeptīns, vortiooksetīns, NSSAI (bupropions), mirtazapīns, TCA (klomipramīns), agomelatīns, vortiooksetīns.

1. Noskaidrot vai un kādi AD iepriekš lietoti un bijuši efektīvi, to agrākās blaknes un kontrindikācijas.
2. Ja pacients ir trauksmains vai viņam ir bezmiegs, izvēlēties AD ar sedatīvu efektu.
3. Nozīmēt AD efektīvā devā, mazākas devas pacientiem ar pavadošu somatisku saslimšanu.
4. Benzodiazepīnu un miega līdzekļu nozīmēšana rekomendējama līdz 3 nedēļām, paralēli antidepresantu terapijai.

Skaidrot, ka pacientam medikamenti jālieto katru dienu, ka AD deva tiks pielāgota 4 nedēļu laikā, bet AD klīniskais efekts gaidāms pēc 10–14 terapijas dienas. Ja gadījumā parādās AD blakusparādības, tad tās parasti pāriet pirmās nedēļas laikā bez jebkādas papildus terapijas.

AD jālieto vismaz 3 mēnešus ārstējošā devā, balsta terapija 4–6 mēnešus (vai ilgāk pēc atkārtotām epizodēm) pēc atveseļošanās.

Antidepresantu ieteicamās devas un blakusparādības LPA Vadlīnijas 2015.g. (13).

Antidepresants	Devas (mg/dienā)	Anti-holin-erģiskās	Nela-bums/ GI blaknes	Sedācija	Ažītācija/ bez-miegs	Seksuāla dis-funkcija	Orto-stātiska hipo-tensija	Svara pie-augums	Letalitāte pārdozējot
Klomipramīns	100–250	+++	+	+	+	++	++	++	Vidēja
Amitriptilīns	100–300	+++	–	+++	–	+	+++	+++	Augsta
Nortriptilīns	75–200	+	–	+	+	+	+	+	Augsta
Imipramīns	100–300	++	–	+	++	+	++	++	Augsta
Reboksetīns	4–8	–	+	–	++	+	++	–	Zema
Fluoksetīns	20–60	–	++	–	++	–	–	–	Zema
Citaloprams	20–40 (60)	–	++	–	++	++	–	–	Zema
Escitaloprams	10–20	–	++	–	++	++	–	–	Zema
Fluvoksamīns	100–200	+	+++	–	+	+	–	–	Zema
Sertralīns	50–150	–	++	–	++	++	–	–	Zema
Paroksetīns	20–40 (60)	+	++	–	++	++	–	+	Zema
Tianeptīns	25–37,5	+	+	–	+	–	–	–	Zema
Bupropions	150–450	+	+	–	+	–	–	–	Zema
Agomelatīns	25–50	–	+	–	–	–	–	–	Zema
Duloksetīns	30–60	–	++	–	++	+	–	–	Zema
Milnaciprāns	50–100	–	++	–	++	++	–	–	Zema
Venlafaksīns	75–375	–	++	–	++	++	–	–	Zema
Mirtazapīns	15–45	–	–	++	–	–	+	++	Zema
Trazodons	50–100	–	+	++	–	++	+	+	Zema
*Vortiooksetīns	5–20	–	+++	–	–	–	-/+	–	Zema

Ārsts var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus. Atkārtotā vizīte pēc 2 nedēļām un tad reizi mēnesī. Ārsts pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

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

Ja 4-8 nedēļu laikā pacienta depresijas simptomu smagums nav samazinājies par vairāk kā 25-50 % no sākotnējā (PHQ-9), vai depresija ir vidēji smaga, jāuzsāk intensīvāka ārstēšana.

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

Ja ne, pacients ir jānosūta uz konsultāciju pie psihiatra 2 nedēļu laikā. Palīdzību var organizēt ambulatori, dienas stacionārā / stacionārā vai specializētā depresiju centrā.

18. Psiholoģiskās intervences vai farmakoterapija

Psihiatrs rekomendē Augstas intensitātes PI (ja nelīdz zemas PI, ja ir risks attīstīties smagai depresijai, ja nevēlas zemas intensitātes PI, ja nevēlas AD). **Valsts pašreiz neapmaksā.** Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Palīdzību plāno ieviest pie reģiona psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki.

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

Grupu KBT (ja zemas IPI nav efektīvas, nav pietiekams afekts no individuālas KBT un AD) 90min.sesijas 12 nedēļu periodā vada 2 kompetenti vadītāji, grupā 4-8 personas)

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

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

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

Ārsts vai psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles antidepresantiem (13) atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. **Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.**

1. Noskaidrot vai un kādi AD iepriekš lietoti un bijuši efektīvi, to agrākās blaknes un kontrindikācijas.
2. Ja pacients ir trauksmais vai viņam ir bezmiegs, izvēlēties AD ar sedatīvu efektu.
3. Nozīmēt AD efektīvā devā, mazākas devas pacientiem ar pavadošu somatisku saslimšanu.
4. Benzodiazepīnu un miega līdzekļu nozīmēšana rekomendējama līdz 3 nedēļām, paralēli antidepresantu terapijai.

Skaidrot, ka pacientam medikamenti jālieto katru dienu, ka AD deva tiks pielāgota 4 nedēļu laikā, bet AD klīniskais efekts gaidāms pēc 10–14 terapijas dienas. Ja gadījumā parādās AD blakusparādības, tad tās parasti pāriet pirmās nedēļas laikā bez jebkādas papildus terapijas.

AD jālieto vismaz 3 mēnešus ārstējošā devā, balsta terapija 4–6 mēnešus (vai ilgāk pēc atkārtotām epizodēm) pēc atveseļošanās.

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

19.Farmakoterapija vai farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija

Psihiatru kompetencē Psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles Antidepresantu (13) atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. **Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.**

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

Psihiatrs var rekomendēt farmakoterapijas un Augstas intensitātes PI kombinēšanu (Valsts pašreiz neapmaksā). Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Palīdzību plāno ieviest pie reģiona psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Psihiatrs pēc 8-10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu. Vai kombinē iepriekš minēto AD terapiju ar augstas intensitātes psiholoģiskām intervencēm. Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, specializētos centros vai reģionālos stacionāros.

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

Psihiatru kompetencē. Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti. Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, specializētos centros vai reģionālos psihiatriskajos stacionāros.

21.Farmakoterapija vai farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija

Psihiatru kompetencē. Psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles antidepresantu (LPA Vadlīnijas, 2015) atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. **Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.** Atkārtotas vizītes ik 2-4 nedēļas. Psihiatrs pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

Psihiatrs var rekomendēt farmakoterapijas un Augstas intensitātes PI kombinēšanu (**Valsts pašreiz neapmaksā**). Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Palīdzību plāno ieviest pie reģiona psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Psihiatrs pēc 8-10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj

par tālāko ārstēšanu. Vai kombinē iepriekš minēto AD terapiju ar augstas intensitātes psiholoģiskām intervencēm. Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, specializētos centros vai reģionālos stacionāros.

22. Citas bioloģiskās ārstēšanas metodes

Psihiatru kompetencē. Ārstēšana notiek dienas stacionārā, specializētos centros vai psihiatriskā stacionārā.

- Modificētā elektrokonvulsīvā terapija (MEKT) ir viena no bioloģiskajām depresijas ārstēšanas metodēm, kura Latvijā praktiski netiek izmantota. Pasaulē ir arvien vairāk pozitīvu datu klīniskajos pētījumos par MEKT efektivitāti depresijas pacientiem. MEKT rekomendē kā atsevišķu ārstēšanas metodi (akūtā depresijas periodā), retāk arī kombinācijā ar AD terapiju. Pieejama visos psihiatriskos stacionāros, adreses skat.punktu 9.)
- Gaismas terapija (fototerapija) ir viena no izvēles metodēm, lai ārstētu sezonālo (ziemas) Depresiju. Gaismas terapiju iespējams kombinēt ar antidepresantu terapiju (g.k. SSAI), psihoterapiju vai izmantot atsevišķi. Gaismas terapijas laikā pacients skatās uz spilgtu gaismu. Ietekme uz smadzenēm notiek caur retinotālamisko traktu, nodrošinot diennakts miega–nomoda ritma regulāciju (melatonīna sintēzes regulācija) un pakārtotu ietekmi uz serotonīna un dopamīna regulāciju CNS. Pieejama Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra, Ambulatorajos centros “Pārdaugava” un “Veldre”, <http://www.rpnc.lv/>
- Transkraniālā magnētiskā stimulācija (TKMS). Neinvazīva metode, kurā tiek izmantota ierīce, kas rada spēcīgu, īslaicīgu magnētisko lauku, lai stimulētu kortikālos neironus pieres daivas garozā. TKMS tiek veikta pacientam nomoda stāvoklī. Neraugoties uz daudzām pozitīvām publikācijām par TKMS, metodes efektivitāte depresijas pacientiem ir diskutabla. Pieejama privātā klīnikā DIAMED par maksu, <https://www.diamed.lv/neirologija/transkraniala-magnetiska-stimulacija/>
- Nervus vagus stimulācija. Ķirurģiska depresijas ārstēšanas metode. Kakla kreisajā pusē pie n. vagus implantē elektrodus, kas savienoti ar krūšu kurvja audos implantētu impulsu devēju. Impulsu devējs rada 30 sekundes ilgus impulsus, tad 5 minūšu pārtraukums. Šī metode tiek pētīta un lietota pacientiem ar terapeitiski rezistentu depresiju, kā arī pacientiem ar medikamentu rezistentu depresiju. Dati par metodes efektivitāti depresijas pacientiem ir pretrunīgi. Latvijā n. vagus stimulāciju pagaidām neizmanto (Latvijā pašlaik nav pieejama).
- Miega deprivācija (MD) ir neinvazīva depresijas bioloģiskās terapijas metode, kura vērsta uz pacienta diennakts nomoda–miega ritma ietekmēšanu. Tiek rekomendēta miega ilguma ierobežošana vai pilnīgs bezmiegs. MD stacionāra apstākļos ieteicama vienīgi kā papildu terapijas metode. MD efektivitāte rekurentas depresijas pacientiem biežāk ir īslaicīga, depresīvā simptomātika atjaunojas līdz ar miega režīma normalizēšanos. Tikai ap 15% pacientu MD efekts ir noturīgs ilgāku laika periodu. Dažkārt miega deprivāciju kombinē ar medikamentozu terapiju (litiju vai antidepresantiem) rezistentu depresiju gadījumā. Pieejama visos psihiatriskos stacionāros, adreses skat.punktu 9.)

23. Citas depresijas:

- 23.1. Bipolāra depresija (KLC2)
- 23.2. Depresija šizofrēnijas ietvaros(KLC2)
- 23.3. Depresijas atkarību izraisošo vielu lietošanas gadījumā(KLC2)

Skatīt atbilstošos klīniskos ceļus

24. Depresija speciālās populācijās:

- 24.1. Bērni un pusaudži (KLC D3)

Skatīt klīnisko ceļu un algoritmu KCL D3

- 24.2. Gados veci un somatiski slimie (KLC D4)

Skatīt klīnisko ceļu un algoritmu KCL D4

- 24.3. Sievietes perinatālā periodā (KLC Gin)

Skatīt klīnisko ceļu un algoritmu KCL Gin

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

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

Ja palīdzēja psiholoģiskās intervences, uzturošā terapija ir jāturpina ar 3-4 psiholoģiskām intervencēm turpmāko 3-6 mēnešu laikā. Terapijas kopējo efektivitāti izvērtē ārsts pēc 8-10 nedēļām.

Ārstam jāturpina farmakoterapija ar antidepresantiem tādā pašā AD devā nākamo 4-6 mēnešus. Vizītes reizi mēnesī.

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

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

Pacientus, kuriem pēc psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija (LPA Depresijas vadlīnijas, 2015), var uzraudzīt ĢĀ, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

26. Remisija pēc pirmās depresijas epizodes

Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. Ambulatoras vizītes reizi 1-1.5 mēnešos. Ārsti var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus. Ja pēc 4-6 mēnešu ārstēšanas kursa pacients visu laiku ir remisijā, tad epizode skaitās izārstēta un speciāla uzraudzība nav nepieciešama.

27. Remisija pēc rekurentās depresijas epizodes

Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. . Ambulatoras vizīte reizi 1-1.5 mēnešos. Ja pēc 4-6 mēnešu ārstēšanas kursa pacients visu laiku ir remisijā, tad epizode skaitās izārstēta.

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

Pacientus, kuriem pēc psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija (> 2 depresijas epizodes anamnēzē, terapijas ilgums 2 gadi (LPA Vadlīnijas, 2014), var **uzraudzīt ĢĀ** , izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Ambulatoras vizītes reizi 1-1.5 mēnešos. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

28. Augsts atkārtota paasinājuma, rekurences risks

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

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

Palīdzību plāno ieviest pie reģiona psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Pacientu ambulatori var uzraudzīt ĢĀ , izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Ambulatoras vizīte reizi 1-1.5 mēnešos. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

29. Terapeitiski rezistenta depresija (KLC D5)

Skatīt klīnisko ceļu un algoritmu (KLC D5)

Atsauces

1. 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. *European Neuropsychopharmacology: The Journal Of The European College Of Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655-79. web 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
2. Pattern SB. The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(2):113-4. web
3. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression And Anxiety*. 2010;27(4):351-64. web 10.1002/da.20634.
4. Pulmanis T, Japenina,S., Taube, M. Psihiskā veselība Latvijā 2015. gadā. Tematiskais ziņojums. https://spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/psihiska_veseliba_latvija_2015_gada.pdf Accessed 19.04.2017. 2016.
5. Vrublevska J, Trapencieris M, Snikere S, Grinberga D, Velika B, Pudule I, et al. The 12-month prevalence of depression and health care utilization in the general population of Latvia. *J Affect Disord*. 2017;210:204-10. web 10.1016/j.jad.2016.12.031.
6. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*. 2012;184(3):E191-E6. web 10.1503/cmaj.110829.
7. Rancans E, Trapencieris M, Ivanovs R, Vrublevska J. Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 to screen for depression in nationwide primary care population in Latvia. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17:33. web 10.1186/s12991-018-0203-5.
8. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2007;8(2):67-104. web 10.1080/15622970701227829.
9. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2013;14(5):334-85. web 10.3109/15622975.2013.804195.
10. Bauer M, Severus E, Kohler S, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders. part 2: maintenance treatment of major depressive disorder-update 2015. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2015;16(2):76-95. web 10.3109/15622975.2014.1001786.
11. Bauer M, Severus E, Moller HJ, Young AH. Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017;21(3):166-76. web 10.1080/13651501.2017.1306082.
12. CANMAT. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2016;61(9):504-603. web <http://journals.sagepub.com/toc/cpab/61/9>.

13. Elmārs Tērauds ER, Raisa Andrēziņa, Biruta Kupča, Gunta Ancāne, Iveta Ķiece, Ņikita Bezborodovs. Latvijas psihiatru asociācija. Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. 3.izdevums. 2015. web Skatīts 01.02.2019
14. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults. Quality standard [QS8] March 2011. web <https://www.nice.org.uk/guidance/qs8>. Skatīts 01.03.2019
15. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Common mental health problems: identification and pathways to care
Clinical guideline [CG123]. May 2011. web <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>. Skatīts 01.02.2019
16. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management
Clinical guideline [CG91]. October 2009. web <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>. Skatīts 01.03.2019
17. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management Clinical guideline [CG90]. October 2009 web <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>. skatīts 01.03.2019
18. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management
Clinical guideline [CG28]. September 2005. web <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>. Skatīts 01.03.2019
19. Pathways N. National Institute for Health and Care Excellence Pathways. Depression. 10 September 2018. web <http://pathways.nice.org.uk/pathways/depression>. Skatīts 01.02.2019
20. WHO. World Health Organization . mhGAP Intervention Guide - Version 2.0
For mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. 2018. web <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf?ua=1>. Skatīts 01.02.2019
21. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar disorders. 2018;20(2):97-170. web 10.1111/bdi.12609.
22. WHO. Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada izdevums "International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision, Fifth edition. 2016. web https://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexb513.html?p=%235#g_5. Skatīts 01.02.2019