

## ATPAZĪŠANA

### Simptomi un situācijas, kam pievērst uzmanību (vismaz viens)

- Nomāktība, skumjas
- Trauksme vai iekšējs saspringums
- Grūtības koncentrēties, sūdzības par atmiņu
- Pazemināts pašvērtējums, vainas apziņa
- Enerģijas trūkums, ātra nogurdināmība
- Pazemināta apetīte, svara zudums bez medicīniska iemesla
- Miega traucējumi
- Alkohola un psihoaktīvo vielu izmantošana, lai aizmirstos
- Daudzas medicīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības
- Hroniskas saslimšanas, kas grūti padodas ārstēšanai un ir bieži ārsta apmeklējumi (>6x gadā)
- Ilgstošas psihotraumējošas situācijas (vientulība, vardarbība, sociāli – ekonomiskas problēmas)

### Augsts pašnāvības risks

- Ilgstoša fiziska vai psihiska slimība
- Alkohola vai citu vielu atkarība
- Spēcīga trauksme, bezpalīdzīguma sajūta
- Hroniskas, nekoriģējamas sāpes
- Sociāli izolēts, vientuļš
- Nesens tuva cilvēka vai darba zaudējums
- Agrāk bijis pašnāvības mēģinājums
- Slēpj līdzekļus pašnāvības izdarīšanai
- Ir aktīvas, uzmācīgas pašnāvības domas un/vai plāns
- Izsaka draudus veikt pašnāvību
- Tikko veikts pašnāvības mēģinājums
- Depresija ar aktīviem psihotiskiem simptomiem (murgu idejas, halucinācijas)

UN / VAI

NMP

### PHQ-9 interpretācija depresijas simptomu smagumam

- 5 – 9 punkti - viegli
  - 10 – 14 punkti – mēreni
  - 15 – 19 punkti – vidēji smagi
  - >20 punkti- smagi
- Ģimenes ārstu kompetencē

PHQ-9

### Sarkanā karoga simptomi

- Domas par to, ka labāk būtu nomirt
- Pārmērīga psihoaktīvo vielu lietošana ar sekām (veselības problēmas, sociālas problēmas)
- Pašaprūpes traucējumi
- Noliegums pret savām vajadzībām (piem., neēd)
- Anamnēzē hipomānijas / mānijas simptomi
- PHQ-9 smaga depresija epizode

Pacientam rekomendējama konsultācija pie psihiatra

## DIAGNOZE

### Bipolāri afektīvi traucējumi (BAT) (F31)

Papildus DE, anamnēzē hipomānija/mānija (paaugstināts garastāvoklis vai aizkaitināmība, neraksturīga individuālam, daudzrunība, palielināta aktivitāte, bezatbildīga rīcība). DE raksturīgi t.s. atipiskie s. (palielināta miegainība, apetīte)

### Depresijas epizode (DE) (F32)

Vismaz 2 nedēļas klīniskie simptomi lielāko dienas daļu vairumu dienu. Novēro pirmo reizi mūžā.

**Viegla** – 2 pamatsimptomi + vismaz 3 papildsimptomi (viegli izteikti)

**Vidēja** – 2 pamatsimptomi + vismaz 4 papildsimptomi (1 smagi izteikts)

**Smaga** – spīgti 3 pamatsimptomi + vismaz 4 papildsimptomi.

### Rekurenti depresīvi traucējumi (F33)

Novērotas atkārtotas DE dzīves laikā. Pašreizējā epizode viegla/vidēja/smaga.

### Izdegšanas sindroms (Z73.0)

Nespēks, nomāktība, ↓ darbaspējas. Atšķirība no DE – izolēšanās (īpaši darba), negatīvas domas par darbu. Var pāriet DE.

### Distīmija (F34.1)

Vismaz 2 gadus subdepresīvs stāvoklis, kas nesasniedz vieglas DE smagumu.

### Organiski afektīvi traucējumi, depresijas epizode (F06.32)

Organiski afektīvi traucējumi, depresijas epizode (F06.32)

### Depresijas pamatsimptomi:

- pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu
- pazeminātas intereses un spēja izjust prieku
- nogurdināmība, enerģijas trūkumus

### Depresijas papildsimptomi:

- Pašapsūdzības domas, vainas sajūta
- Pazemināts pašnovērtējums
- Pašnāvības domas vai uzvedība
- Neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties
- Psihomotori traucējumi – ažitācija / gausums
- Jebkādi miega traucējumi
- Pazemināta apetīte

# Palīdzības organizēšana primārajā aprūpē (PAV)

1

Pacienta un piederīgo izglītošana un konsultēšana par traucējumiem, to cēloņiem un izpausmēm, kā arī iespējamiem risinājumiem.

Palīdzības saņemšanas veids un ārstēšanas metodes izvēle ir ārsta dalīts lēmums ar pacientu, izņemot atsevišķas situācijas, kad var tikt prognozēta veselības stāvokļa pasliktināšanās vai bīstamība pacienta dzīvībai- lēmumu par ārstēšanās veidu nosaka tikai ārsts likumā paredzētajā kārtībā.

2

Iepazīstināšana ar psihiskās veselības veicinošām aktivitātēm:

- Fiziski vingrinājumi
- Pašpalīdzības ceļvedis (KBT)
- Apzinātības un Relaksācijas tehnikas

3

Informēšana par iespējamiem ārstēšanās veidiem:

Klīniskā/ veselības Psihologa konsultācija  
Psihoterapeita, psihoterapijas speciālista psihoterapija

Medikamentoza ārstēšana

Psihiatra konsultācija

## Klīniskais/ veselības psihologs PHQ līdz 14 punktiem un ar kādu no šādiem simptomiem:

1. Viegla depresijas epizode
2. Izdegšanas sindroms
3. Distīmija
4. Organiski afektīvi traucējumi
5. Depresijas epizode vieglā formā
6. Attiecību problēmas, pašcieņas problēmas

## Psihoterapijas speciālista (t.sk. KBT) PHQ līdz 14 punktiem un ar kādu no šādiem simptomiem:

1. Bipolāri traucējumi
2. Depresijas epizode
3. Rekurenti depresīvi traucējumi
4. Izdegšanas sindroms
5. Organiski afektīvi traucējumi
6. Distīmija
7. Uzvedības traucējumi
8. Attiecību problēmas, atkarības vai pašcieņas problēmas

## Ārsts psihoterapeits ( citas metodes nesniedz rezultātu)

- Nenozīmēt antidepresantus (AD), ja atsevišķi depresijas simptomi
  - Pie vieglas DE nozīmē AD, ja anamnēzē vidēji/smaga DE, ja pēc nefarmakoloģiskas intervences saglabājas simptomātika. Vidēji smagas DE gadījumā rekomendē kombinētu medikamentozu/nemedikamentozu terapiju (var izrakstīt kompensējamos medikamentus)
  - Akūtā depresijas periodā ieteicams vismaz 1 reizi nedēļā. Atkārtotas vizītes ik 2- 4 nedēļas.
- Regulāra anksiolītisko medikamentu (piemēram, benzodiazepīniem) lietošana ir saistīta ar pierašanu, medikamentu pārtraukšanas gadījumā trauksme var atjaunoties
- Pirms medikamentozās ārstēšanas uzsākšanas jānoskaidro iepriekšējā ārstēšanās pieredze ar medikamentiem, jāizstāsta to iespējamās blakus parādības, jāizskaidro pacientam, ka antidepresantu terapeitiskais efekts būs, sākot no 2. nedēļas (pēc 3-4 nedēļām) un ārstnieciskā efekta noturībai antidepresanti būs jālieto 6-12 mēnešus

### Medikamentoza ārstēšana ar antidepresantiem

**Riski:** pirmajās dienās var pastiprināties trauksme, pasliktināties miegs (SSAI, SNAI), bupropions). Var pastiprināt apetīti, svara pieaugumu (mirtazapīns, paroksetīns). Jāmonitorē aknu rādītāji (agomelatīns). kā arī jābrīdina par iespējamām suicidālām domām (SSAI, venlafaksīnam). Uzsākot terapiju ar AD, pacients ir jāaicina uz kontroles vizīti pēc 2 nedēļām. Uzsāk ar 1. izvēles AD:

Serotonīna selektīvie atpakaļsaistes inhibitori (SSAI)

Escitaloprāms (10-20mg), Sertralīns (50-100mg), Paroksetīns (20-50mg), Citaloprāms (20-40mg)

Serotonīna un Noradrenalīna atpakaļsaistes inhibitori (SNAI)

Venlafaksīns (75-225mg) (var pastiprināt galvassāpes un hipertensiju)

Citu grupu AD

Vortiooksetīns (5-20mg), agomelatīns (25-50mg), bupropions (150-450mg) (var samazināt apetīti), mirtazapīns (15-45mg)

### Ģimenes ārsta attālināta konsultācijas ar psihiatru:

- Medikamentu mijiedarbība un medikamentu blakus parādības
- Paredzami riski dažādām medikamentu grupām
- Vecumposmam atbilstošākie medikamenti
- Medikamenta devas pielāgošana

## Ģimenes ārsts rekomendē pacientam psihiatra konsultāciju sekojošos gadījumos:

- Pašnāvības domas, plāns un paškaitējoša uzvedība
  - Smaga DE (ar vai bez psihotiskiem simptomiem)
  - Depresija ir BAT ietvaros
  - Pievienojas komorbīdi psihiski traucējumi (panikas lēkmes, obsesīvi-kompulsīvi traucējumi, ģeneralizēta trauksme, psihoaktīvu vielu lietošana)
  - Šizofrēnijas pacienti ar depresijas sindromu
  - Paralēli izteiktas organiskas psihiskas vai somatiskas saslimšanas
  - Grūtnieces antenatālā periodā un 12 mēnešus pēc dzemdībām
  - Padziļinās ikdienas funkcionēšanas grūtības
  - Aizdomas par pret pacientu vērstu vardarbību (tai skaitā emocionālu).
  - Konstatējami uzvedības traucējumi
  - Nav uzlabojums pēc medikamentozās terapijas pirmā kursa (4-8 nedēļas)
  - Nepieciešams precizēt diagnozi
  - Nepieciešams izvērtēt psihoterapeitiskas ārstēšanas lietderību
- Nepieciešams izvērtēt ambulatoras ārstēšanas atbilstību un izvērtēt nepieciešamību ārstēties Dienas stacionārā vai stacionārā

4

Klīniskajam psihologam/psihoterapeitam vai psihiatram ir jāsniedz atgriezeniskā saite ģimenes ārstam par pacienta konsultēšanas mērķiem un iznākumiem, kā arī jāizveido rekomendācijas turpmākam ģimenes ārsta darbam ar pacientu.