

LATVIJAS UNIVERSITĀTE  
MEDICĪNAS FAKULTĀTE

**STRESU RADOŠI NOTIKUMI KĀ VIENS NO  
DEPRESIJAS IZSAUCĒJFAKTORIEM**

DIPLOMDARBS

Autors: **Laura Tauriņa**

Studenta apliecības Nr.: lt13026

Darba vadītājs: Dr. Marina Loseviča

RĪGA 2019

# SATURA RĀDĪTĀJS

<b>KOPSAVILKUMS</b> .....	<b>4</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>5</b>
<b>DARBĀ IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI</b> .....	<b>7</b>
<b>1. IEVADS</b> .....	<b>8</b>
1.1. Pētāmās problēmas aktualitāte.....	8
1.2. Darba mērķis.....	10
1.3. Darba uzdevumi.....	10
1.4. Darba hipotēzes.....	11
1.5. Pētnieciskā darba novitāte.....	11
1.6. Ētiskie apsvērumi.....	11
<b>2. LITERATŪRAS APSKATS</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1. Depresijas riska faktori un etioloģija</b> .....	<b>12</b>
<b>2.2. Depresijas patofizioloģiskie mehānismi</b> .....	<b>13</b>
2.2.1. Monoamīnu hipotēze .....	13
2.2.2. Ģenētiskie faktori.....	13
2.2.3. Endokrīnie faktori .....	15
<b>2.3. Depresijas psiholoģiskās teorijas</b> .....	<b>17</b>
<b>2.4. Depresijas diatēzes-stresa modelis</b> .....	<b>19</b>
<b>2.5. Sociālie faktori</b> .....	<b>21</b>
<b>2.6. Stresu radoši notikumi</b> .....	<b>22</b>
2.6.1. Stresu radošu notikumu pozitīvie efekti .....	23
2.6.2. Stresu radošu notikumu negatīvie efekti.....	23
<b>2.7. Depresijas izcelsmes saistība ar stresu</b> .....	<b>24</b>
<b>2.8. Depresijas diagnostika, simptomātika un klasifikācija</b> .....	<b>27</b>
2.8.1. Depresijas diagnostika un simptomātika .....	27
2.8.2. Depresijas klasifikācija .....	30
<b>3. PĒTĪJUMA METODES UN MATERIĀLI</b> .....	<b>32</b>
3.1. Iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji.....	32
3.2. Aptaujas metodika .....	33
3.3. Statistiskā analīze.....	34

<b>3. REZULTĀTI</b> .....	<b>35</b>
3.1. Sociodemogrāfiskie rādītāji .....	35
3.2. Datu analīze pēc diagnozēm .....	38
3.3. Stresu radoši dzīves notikumi 12 mēnešu periodā pirms stacionēšanas .....	39
3.4. Biežāko stresu izraisošo notikumu analīze .....	42
<b>4. DISKUSIJA</b> .....	<b>43</b>
<b>5. SECINĀJUMI</b> .....	<b>49</b>
<b>PATEICĪBAS</b> .....	<b>51</b>
<b>IZMANTOTĀ LITERATŪRA</b> .....	<b>52</b>
<b>PIELIKUMI</b> .....	<b>57</b>

## KOPSAVILKUMS

**Ievads.** Depresija ir kompleksa un plaša spektra saslimšana, kuras sastopamība ir ļoti augsta un kura globāli atrodas otrajā vietā starp saslimšanām, kas visvairāk ietekmē globālo saslimstības slogu. Psihosociāliem stresu izraisošiem notikumiem indivīda dzīvē ir noteicoša loma depresīvas simptomātikas attīstībā.

**Darba mērķi.** Noskaidrot pakāpi, kādā stresu radoši notikumi ir par iemeslu depresīvu traucējumu attīstībai, kādi ir biežākie notikumi, kuri izsauc depresīvu simptomātiku, kā arī kurus no depresīvā spektra traucējumiem biežāk izsauc konkrēti notikumi.

**Darba metodes.** Pētījuma autores mutiski veikta atklāta, anonīma pacientu aptauja, izmantojot *Life Events List (LEL; Cohen, Tyrell & Smith)* aptaujas anketu, Strenču psihoneiroloģiskās slimnīcas akūtajā un subakūtajā nodaļā. Iekļauti 62 pacienti, kas laika posmā no 2018. gada 1. augusta līdz 2019. gada 1. martam pirmreizēji vai atkārtoti stacionēti slimnīcā ar diagnozēm – bipolāri afektīvi traucējumi (F31), pirmreizēja depresīva epizode (F32) vai reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi (F43).

**Rezultāti.** Pētījumā iekļauti 62 pacienti, no tiem 48 (77%) sievietes, 14 (23%) vīrieši. Sieviešu vidējais vecums – 37,88 ( $\pm 8,91$ ), vīriešu – 33,5 ( $\pm 8,74$ ) gadi. Ar diagnozi F32 bija 44 (70%), ar F31 – 4 (7%), bet ar F43 – 14 (23%) pacientu. Stresu izraisoši notikumi pacientu dzīvē 12 mēnešu periodā pirms stacionēšanas bija 57 (92%) pacientu. Kā biežākie notikumi atzīmēti attiecību pasliktināšanās ( $n=31$ ), neapmierinātība ar kāda respondentam tuva cilvēka uzvedību ( $n=22$ ), paša respondenta vai viņam tuva cilvēka nonākšana slimnīcā ( $n=14$ ), romantisku attiecību izbeigšana ( $n=13$ ) un tuva cilvēka zaudējums ( $n=13$ ).

**Secinājumi.** Augstāka depresijas sastopamība ir sievietēm. Depresīvu traucējumu sastopamība nav atkarīga no izglītības līmeņa. Depresīvas epizodes izraisīšanai par pamatu var būt viens stresu izraisošs notikums, taču vidēji tie ir divi vai trīs notikumi. Visbiežākie stresu izsaucošie notikumi ir starppersonālo attiecību pasliktināšanās, attiecību pārtraukšana, tuva cilvēka nāve vai nonākšana slimnīcā smagas slimības dēļ. Pozitīvu stresu izsaucoši notikumi, tādi kā apprecēšanās, ģimenes pieaugums vai grūtniecība, nespēj kompensēt negatīvo notikumu efektu depresijas attīstībā.

**Atslēgvārdi:** psihiska saslimšana; stresu radoši dzīves notikumi; depresija; biopsihosociālais modelis

## SUMMARY

### **Stressful life events as one of the causes of depression**

**Author:** Laura Tauriņa, 6th year student, Faculty of Medicine (University of Latvia)

**Supervisor:** Marina Loseviča, MD (Riga Psychiatry and Narcology Centre; University of Latvia)

**Introduction.** Depression is a complex and a wide-spectre disease with a high prevalence worldwide. It is ranked in the second place globally by creating the biggest burden among all the diseases which have the highest impact on the quality of life. According to the biopsychosocial model and applying it to depression, its aetiology consists of biological, psychological and social factors. Stressful life events, among all others, are one of the most important risk factors in starting a depressive episode.

**Aims.** To determine the level, in which stressful life events are responsible for starting a depressive episode; which are the most often experienced events one year prior the depressive episode; and which stressful events are more prevalent in different kinds of depressive spectrum disorders.

**Methods.** To assess the prevalence of stressful life events in patient's life, participants were interviewed by using open, face-to-face, anonymous interview 'The Life Events List' (LEL, made by Cohen, Tyrell & Smith). Interviews took place in Strenči Psychoneurological Hospital, in acute and subacute wards. 62 patients were included who in the period from August 1st, 2018 to March 1st, 2019 were admitted first time or repeatedly with the following diagnoses – bipolar affective disorder (ICD-10 code F31), major depressive disorder, single episode (F32), or reaction to severe stress, and adjustment disorders (F43).

**Results.** In total, 62 patients were included, 48 (77%) women, 14 (23%) men. The mean age of women was 37,88 ( $\pm 8,91$ ), of men – 33,5 ( $\pm 8,74$ ) years. The diagnosis F32 had 44 (70%), F31 – 4 (7%), but F43 – 14 (23%) patients. Stressful life events in their life 12 months prior the admittance to the hospital mentioned 57 (92%) patients. The most common experienced events were worsening of a close relationship (n=31), disappointment with a behaviour of someone close (n=22), hospitalization of respondent or a close person to him (n=14), break-up of a romantic relationship (n=13), or a death of someone close to him (n=13).

**Conclusions.** Women have higher prevalence of depression than men. The prevalence is not related to the level of education. The cause of a depressive episode can be only a single stressful life event, but usually it is two or three events. The most common experienced stressful life events 12 months prior to a depressive episode are worsening of a relationship, break-up, death of a close relative or friend, or hospitalization because of a serious illness. Positive stress causing events, like getting married, pregnancy or childbirth, cannot compensate the effect of negative life events in the aetiology of depression.

**Keywords:** mental disorder; stressful life events; depression; biopsychosocial model

## DARBĀ IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI

ACTH – adrenokortikotropais hormons (*adrenocorticotropic hormone*)

ATPT – akūti transitori psihotiski traucējumi

CNS – centrālā nervu sistēma

CRH – kortikotropīna atbrīvotājhormons (*corticotropin-releasing hormone*)

CSB – Latvijas Centrālā statistikas pārvalde

DNS – dezoksiribonukleīnskābe

ES – Eiropas Savienība

HT – serotonīns

IKP – iekšzemes kopprodukts

LEL – *The Life Events List* aptaujas anketa

MAO inhibitori – monoamīnu oksidāzes inhibitori

PVO – Pasaules veselības organizācija

SD – standartnovirze (*standard deviation*)

SPKC – Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*; statistiskās analīzes programma

SRN – stresu radoši notikumi

SSK-10 - Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija

T3 – trijodotironīns (*tri-iodothyronine*)

T4 – tetrajodotironīns (*tetra-iodothyronine*)

TRH – tireotropīna atbrīvotājhormons (*thyrotropin-releasing hormone*)

TSH – tiroīdstimulējošais hormons (*thyroid-stimulating hormone*)

# 1. IEVADS

## 1.1. Pētāmās problēmas aktualitāte

Garastāvokļa jeb afektīvie (latīņu *'affectus'* – emocijas, garastāvoklis) traucējumi ir visbiežāk sastopamās saslimšanas psihiatrijā. Tie sevī ietver traucējumus, sākot no pārspīlētas pašapziņas mānijas gadījumā, līdz pat dziļai nomāktībai depresijas gadījumā. Par psihisku saslimšanu šos garastāvokļa tipus sāk uzskatīt tad, ja tie ir neadekvāti konkrētajiem apstākļiem, pārāk ilgstoši, subjektīvi dzīves kvalitāti mazinoši, kā arī nepakļaujas korekcijai no paša indivīda puses.

Pasaules veselības organizācija (PVO) depresiju definē kā garastāvokļa traucējumus, ko raksturo ļoti plašs simptomu spektrs - nomāktība, interešu zudums, anhedonija (nespēja izjust patīkamas emocijas), apetītes zudums, vainas sajūta, zems pašvērtējums, miega traucējumi un samazinātas koncentrēšanās spējas. (Jesulola et al., 2018)

Depresīvie traucējumi ir kompleksi un ar plašu izpausmju dažādību, kā arī slimības gaitu. Prevalence dzīves laikā variē atkarībā no vecuma un dzimuma, kur jauniem cilvēkiem un sievietēm ir lielāka iespēja saslimt ar depresiju nekā gados vecākiem indivīdiem un vīriešiem (Haberstick et al., 2016).

Depresijas izplatība pasaulē ir ļoti augsta un tā laika gaitā arvien turpina pieaugt. Globāli vairāk kā 350 miljonu cilvēku slimo ar depresīviem traucējumiem. Depresijas prevalence attīstītajās valstīs ASV un Eiropā ir aptuveni 18%, bet attīstības valstīs 9%. (Krishnan, 2019)

Piecas psihiskās saslimšanas (depresija, trauksmes stāvokļi, šizofrēnija, distīmija un bipolārie traucējumi) ir 20 biežāko slimību sarakstā, kas visvairāk ietekmē globālo saslimstības slogu, kur depresija atrodas otrajā vietā. (Vigo et al., 2016). Tiek prognozēts, ka 2030. gadā depresīvie traucējumi būs galvenā saslimšana, kas veidos globālo saslimšanas slogu. (Mathers et al., 2006)

Latvijas Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) jaunākajā publiski pieejamajā pētījumā par 2016. gadu (Šica et al., 2017) garastāvokļa jeb afektīvie traucējumi ir trešajā vietā starp psihisko diagnožu grupām, kurās 2016. gadā ir reģistrēti visvairāk pirmreizējo pacientu - 38,4 pacienti uz 100 tūkstošiem iedzīvotāju. Procentuāli tie ir 13,0% no visiem pacientiem ar psihiatriskajām diagnozēm, kas ir vairāk nekā 2015. un 2014. gadā (attiecīgi 11,4% un 11,7%). Kopumā 2016. gadā ar garastāvokļa traucējumiem uzskaitē bija 9,7% cilvēku no kopējā uzskaitē esošā pacientu skaita (88 319 pacienti).

Pētījuma ietvaros tika aptaujāti Latvijas iedzīvotāji vecumā no 15 līdz 74 gadiem, no kuriem 6,7% atzīmēja sūdzības par nomāktu garastāvokli pēdējā mēneša laikā. Augstāki rādītāji bija vecuma grupā 55-64 gadi vīriešiem un 65-74 gadi sievietēm.

Laika posmā no 2014. līdz 2016. gadam, izdalot pa diagnožu kodiem, 1.1. tabulā redzams, ka gan jau esošo pacientu, gan no jauna psihiatriskajā uzskaitē uzņemto pacientu skaits ar depresīvajiem traucējumiem turpināja pieaugt. Kopumā visvairāk pacientu bija ar diagnozēm F43, F33 un F32. (Šica et al., 2017)

1.1. tabula.

**Uzskaitē esošo un uzņemto pacientu skaits ar depresīviem traucējumiem  
2014. – 2016. gadā**

Diagnoze	SSK-10 kods	Uzskaitē <u>esošo</u> pacientu skaits			Uzskaitē <u>uzņemto</u> pacientu skaits		
		2014.	2015.	2016.	2014.	2015.	2016.
Bipolāri afektīvi traucējumi	F31	639	663	687	13	21	32
Depresīva epizode	F32	2331	2507	2660	306	341	365
Rekurenti depresīvi traucējumi	F33	3851	4153	4618	313	226	334
Persistējoši garastāvokļa [afektīvi] traucējumi	F34	524	505	482	26	16	16
Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi	F43	5152	5336	5544	610	543	577

Viens no potenciālajiem riska faktoriem depresijas attīstībai ir stresu radošu dzīves notikumu esamība indivīda dzīvē. Šo teoriju par stresa saistību ar depresiju pirmie aizsāka Brauns un Heriss (*Brown & Harris*) 20. gadsimta septiņdesmitajos gados; kopš šī laika tiek pieņemts, ka psihosociāliem notikumiem ir noteicoša loma depresīvas simptomatoloģijas un klīniskās depresijas attīstībā. Pirms salīdzinoši neilga laika šim apgalvojumam radās papildinājums, ka saikne starp stresu un depresiju ir divvirziena - indivīdiem ar depresiju ir lielāka nosliece savas uzvedības un rakstura īpašību dēļ izsaukt jaunus stresu radošus notikumus savā dzīvē (Hammen, 2006). *Brown* un *Harris* atzīmēja, ka pacienti ar depresiju 2,5 reizes biežāk apgalvo par šādu stresoru esamību salīdzinot ar kontroles grupu.

Stresu radoši notikumi sevī var iekļaut darba zaudēšanu, akūtas vai hroniskas veselības problēmas, negaidītus vai ilgstošus finansiālus sarežģījumus, nesaskaņas attiecībās ar ģimenes locekļiem vai ar citiem tuviem cilvēkiem. Šie notikumi ir samērā bieži sastopami indivīda ikdienas dzīvē, taču ne visiem cilvēkiem izraisa depresīvus traucējumus - bez šī notikuma nepieciešama arī konkrēta indivīda predispozīcija. (Haberstick et al., 2016). Hanss Selje, stresa teorijas aizsācējs, apgalvoja, ka stresora efekti nav tik daudz atkarīgi no tā, ko cilvēks dara vai kas ar viņu notiek, bet no tā, kā viņš uz to reaģē.

*Brown* un *Harris* noteica, ka dzīves notikumiem, kas risinās sešus mēnešus pirms depresijas sākuma, salīdzinājumā ar tiem notikumiem, kas risinās vairāk kā sešus mēnešus pirms depresijas sākuma, ir centrālā loma depresijas patoģenēzē. (Brown et al., 1989)

Stresoru kā izsaucējfaktoru esamība nosaka to, ka sākotnējie depresijas simptomi būs spēcīgāk izteikti nekā tad, ja depresijas attīstībā nav iesaistīts kāds predisponējošais faktors vai notikums.

## **1.2. Darba mērķis**

Noskaidrot pakāpi, kādā stresu radoši notikumi ir par iemeslu depresīvu traucējumu attīstībai, kādi ir biežākie notikumi, kuri izsauc depresīvu simptomātiku, kā arī kurus no depresīvā spektra traucējumiem biežāk izsauc konkrēti notikumi.

## **1.3. Darba uzdevumi**

1. Apzināt visus pacientus ar depresīvo traucējumu diagnozēm Strenču PNS akūtājās un subakūtājā nodaļā laika periodā no 2018. gada 1. augusta līdz 2019. gada 1. martam un veikt atbilstošo pacientu atlasī. Iekļauj sekojošas diagnožu grupas pēc SSK-10 klasifikācijas:
  - a. F31 (Bipolāri afektīvi traucējumi) - tikai pirmreizēja epizode;
  - b. F32 (Depresīva epizode) - tikai pirmreizēja epizode;
  - c. F43 (Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi) - pirmreizēja vai atkārtota epizode.
2. Noskaidrot stacionēto pacientu ar depresīviem traucējumiem pēdējo 12 mēnešu laikā piedzīvotos stresu izraisošos notikumus ar aptaujas anketas *The Life Events List* (Cohen et al.) palīdzību.
3. Apkopot iegūto informāciju no aptaujas anketām un veikt tās statistisko analīzi.

#### **1.4. Darba hipotēzes**

1. Depresīvas epizodes attīstībai par pamatu var būt viens stresu izraisošs notikums, kas noticis pacienta dzīvē pēdējā viena gada laikā.
2. Stresu radošie notikumi, kuri visbiežāk spēj izraisīt unipolāru vai bipolāru depresiju, ir šķiršanās, paša indivīda saslimšanas, sarežģījumi darbā un interpersonālas problēmas.
3. Depresīvi traucējumi ir vairāk izplatīti sievietēm.

#### **1.5. Pētnieciskā darba novitāte**

Autore ar savu zinātnisko darbu vēlas izpētīt un apstiprināt, ka stresu izraisošiem notikumiem ir būtiska nozīme depresijas attīstībā. Tādējādi darbā iegūtos secinājumus savā ikdienas praksē varētu izmantot primārās aprūpes ārsti, lai savlaicīgi atpazītu iespēju attīstīties depresīviem traucējumiem savu ambulatoro pacientu vidū.

#### **1.6. Ētiskie apsvērumi**

Pirms pētījuma tā dalībnieki tika iepazīstināti ar informāciju par pētījuma norisi, iespējām atteikties tajā piedalīties, to apliecinot ar savu parakstu. Pētījuma autore ievēroja konfidencialitāti un dalībnieku datu anonimināti.

Pirms pētījuma uzsākšanas tika iegūta LU Kardioloģijas un reģeneratīvās medicīnas institūta zinātniskās izpētes Ētikas komisijas atļauja pētījuma veikšanai.

## 2. LITERATŪRAS APSKATS

### 2.1. Depresijas riska faktori un etioloģija

Depresija biežāk rodas pacientiem ar predisponējošiem faktoriem. Ir veikti daudzi pētījumi šajā sakarā, līdz ar to veidojušās vairākas klasifikācijas, lai apkopotu multiplus faktoros dažās apvienotās grupās.

Depresiju var izraisīt iekšējie faktori, ārējie faktori un sociālie un vides faktori.

Iekšējiem faktoriem pieder iedzimtība (ģimenes anamnēzē depresija), neirotisms, zems pašvērtējums, agrīni sākusies ģeneralizēta trauksme, depresija anamnēzē, hroniska somatiska slimība un sievietes dzimums.

Ārējie faktori iekļauj kaitīgo vielu lietošanu un uzvedības traucējumu esamību bērnībā un pusaudža gados.

Pie sociāliem un vides apstākļiem pieder psiholoģiska trauma bērnībā vai pieaugušā vecumā (fiziska vai emocionāla vardarbība), stresu radoši dzīves notikumi pēdējā gada laikā, vecāku zaudējums, emocionāli vēsas attiecības ģimenē, vecāku šķiršanās anamnēzē, nesaskaņas laulības dzīvē, sociāla dezadaptācija, zems izglītības līmenis.

Papildus faktori gados vecākiem cilvēkiem depresijas attīstībai ir tuva cilvēka zaudējums pēdējā pusgada laikā, vientulības izjūta, neapmierinātība ar dzīves kvalitāti un hroniskas somatiskas saslimšanas esamība. (Tērauds et al., 2015)

Lai gan depresīvi traucējumi var attīstīties jebkurai personības tipam, tomēr ir personības tipi, kuriem ir lielāka iespēja uz to attīstību - obsesīvi-kompulsīvai, histrioniskai un robežpersonībai. Šo trīs personības tipu cilvēkiem ir augstas ekspektācijas visās dzīves jomās, tādēļ viņi var ciest no pašapziņas zuduma vai vainas izjūtas, nespējot sasniegt augsto sev izvirzīto līmeni vai arī nespējot līmeni sasniegt, viņuprāt, atbilstošā veidā.

Arī ciklotīmijas un distīmijas diagnozes paaugstina risku uz depresijas attīstību. Individīdiem ar periodiskām garstāvokļa svārstībām (piemēram, robežpersonībai) un pastāvīgu distīmisku (nedaudz pazeminātu) garstāvokli (piemēram, izvairīgas personības tips) risks sākties depresīvai epizodei ir augstāks nekā vispārējā populācijā. (Jeon et al., 2017)

Ļoti svarīga un daudz pētīta grupa depresijas izcelsmes skaidrošanā ir bioloģiskie rašanās cēloņi, kuriem pieskaita neurotransmiteru disfunkcijas, ģenētiskos faktoros, kā arī endokrīnās sistēmas traucējumus.

Jau kopš 20. gadsimta sākuma depresiju skaidro psiholoģiskās teorijas, saistot to ar nepareizām kognitīvajām shēmām vai pieķeršanās objekta zaudējumu bērnībā.

## 2.2. Depresijas patofizioloģiskie mehānismi

### 2.2.1. Monoamīnu hipotēze

Monoamīnu hipotēzes pamatā ir tas, ka svarīgāko monoamīnu neurotransmiteru (serotonīna, noradrenalīna un dopamīna) samazināta pieejamība izraisa neurotransmisijas traucējumus, un tas iespaido kognitīvās funkcijas.

Neurotransmiteru trūkums rodas sakarā ar monoamīna oksidāžu (enzīmu, kas sinapsē degradē monoamīnu neurotransmiterus) degradējošajiem efektiem sinaptiskajā spraugā. Pastiprināta ilgstoša oksidāžu aktivitāte noved pie biogēno amīnu samazinātas pieejamības. Šī hipotēze kalpo par pamatu antidepresantu monoamīnu oksidāžu (MAO) inhibitoru darbībai.

Monoamīnu daudzuma samazināšanos var izraisīt arī traucējumi transporta proteīnu funkcijās. Transporta proteīni darbojas presinaptiskajā monoamīnu neurotransmiteru atpakaļuzņemšanā (*re-uptake*), samazina neurotransmiteru biopieejamību sinaptiskajā spraugā, samazinot monoamīnu oksidāžu degradējošo efektu. Tādējādi samazināts transporta proteīnu daudzums un/vai funkcija var būt par cēloni samazinātam monoamīnu daudzumam.

Samazinātu monoamīnu daudzumu var izraisīt arī receptoru funkciju traucējumi, kuri rodas no traucējumiem neurotransmiteru piesaistē receptoriem, parasti samazinātas receptoru afinitātes uz neurotransmiteru dēļ vai samazināta receptoru skaita dēļ. Šādas izmaiņas var veidoties serotonīna transportieru 5-HT1 un 5-HT2 receptoros smadzenēs, presinaptiskajos alfa2-adrenoreceptoros, kas koordinē noradrenalīna atbrīvošanu. (Jesulola et al., 2018)

### 2.2.2. Ģenētiskie faktori

Vairāki gēni tiek saistīti ar depresijas attīstību, piemēram, apolipoproteīna E (APOE), guanīna nukleotīdu piesaistītāja proteīna (GND3), dopamīna transportiera (SLC6A3), serotonīna transportiera (SLC6A4) un dopamīna receptora (DRD4) gēni. Piemēram, APOE gēnam ir spēcīga saistība ar kognitīvo funkciju samazināšanos un izmaiņām smadzeņu anatomiskajā struktūrā, savukārt, SCL6A4 gēns saistīts ar izteiktāku mandeļveida ķermeņa

aktivitāti un spēcīgāk izteiktu reakciju uz nepatīkamiem emocionāliem un sociāliem stresoriem. (Jesulola et al., 2018)

Depresijas veidošanās pamatā ir multipli nelieli ģenētiski defekti, kas mijiedarbojas ar sociālo vidi un personību. Izmanītā gēnu ekspresija veidojas jau embriogēzes laikā, kad notiek smadzeņu veidošanās. Veiktajos pētījumos, kuros tika iekļauti vairāk kā 21 tūkstotis indivīdu, konstatēja, ka konkordance klīniskas depresijas attīstībai monozigotisko dvīņu vidū ir 37%. Ģenētisko faktoru ietekmei lielāka loma ir depresijas attīstībā sievietēm nekā vīriešiem - attiecīgi 42% un 29%. (Kendler et al., 2006)

Ir veikti pētījumi sakarā ar depresijas ģenētisko komponentu, kur tikuši pētīti atsevišķi gēni, nukleotīdu polimorfismi, kā arī genoms kopumā, taču tajos netika atklāti konkrēti gēni, kuriem ir galvenā loma depresijas patoģenēzē. (Shyn et al., 2011; Sullivan et al., 2006). Iemesls tam varētu būt depresijas polimorfisms - tās daudzie varianti, blakusfaktori, pacientu fiziskās īpašības un sociālie apstākļi. Piemēram, polimorfisms kortikotropīna atbrīvotājhormona 1. tipa receptora gēnā saistīts ar samazinātu depresijas attīstības risku indivīdiem, kuri bērnībā piedzīvojuši vardarbību. (Bradley et al., 2008)

Savukārt, vairākos pētījumos pierādīja, ka mijiedarbība starp 17. hromosomā esošā serotonīna transportētājgēna (5-HTT gēna) īso alēli un stresu radošiem notikumiem paaugstina risku uz depresijas attīstību (Caspi et al., 2003; Kendler et al., 2006; Kilpatrick et al., 2007)

Hipotēze par serotonīnu sekretējošo neironu lomu vairāku psihisko saslimšanu izcelsmē pastāv tādēļ, ka ģenētisko un psihosociālo faktoru mijiedarbība izraisa pārāk lielu vai pārāk mazu serotonīna sekrēciju, tādā veidā izmainot CNS signālu pārvadi. Sinapsē satverot serotonīna molekulu, serotonīna transportieris (5-HTT) regulē serotonīnerģiskās signāla pārvades ilgumu un stiprumu. Insercija vai delēcija 5-HTT gēna promotera reģionā tiek uzskatīta par iemeslu gēna transkripcijas ātruma maiņai - gēna īsā alēle ir transkriptīvi mazāk efektīva nekā garā alēle. *Caspi et al.* (2003) pierādīja, ka īso alēļu nēsātājiem ir lielāks risks uz depresijas attīstību nekā garo alēļu nēsātājiem.

Konstatētas arī epiģenētiskās izmaiņas, kas izmaina gēnu ekspresiju. Tām mijiedarbojoties ar vides faktoriem, tiek ierosināta DNS modulācija, kā rezultātā tiek izmainīta proteīnu produkcija. (Dalton et al., 2014)

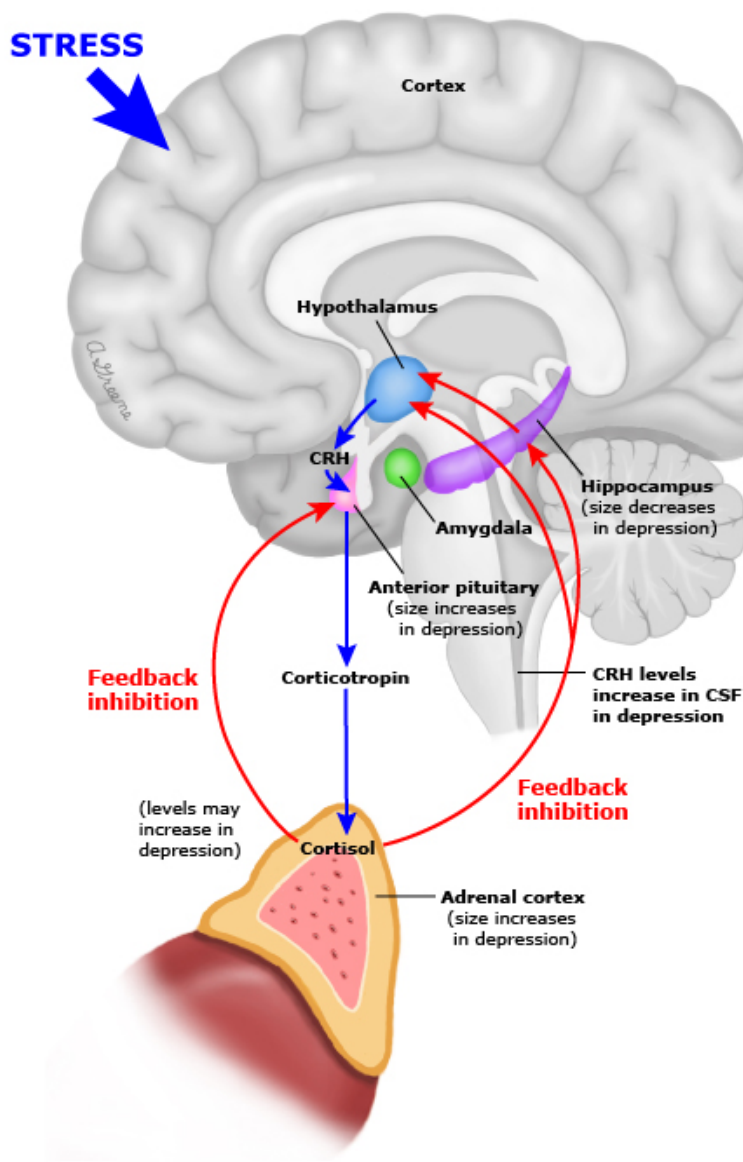
### 2.2.3. Endokrīnie faktori

Vairāku veidu izmaiņas endokrīnajā sistēmā var piedalīties depresijas etiopatogēnēzē. Tās sevī iekļauj izmaiņas vairogdziedzera hormonu līmeņos, kā arī hipotalāma-hipofīzes-virsnieru ass darbībā.

Vairogdziedzera hormoni tri-jodotironīns (*tri-iodothyronine*, T3) un tetra-jodotironīns (*tetra-iodothyronine*, T4) veidojas par atbildi uz tiroīdstimulējošā hormona (*thyroid-stimulating hormone*, TSH) izdali no hipofīzes priekšējās daivas, savukārt TSH izdali stimulē hipotalāma izdalītais tireotropīna atbrīvotājhormons (*thyrotropin releasing hormone*, TRH). T3 un T4 piedalās organisma metabolisma regulācijā. Pētījumos apgalvots, ka vairogdziedzera funkcijas izmaiņas ir, iespējams, saistītas ar depresijas attīstību. (Duval et al., 1999; Hage et al., 2012). Daļa no depresijas simptomiem kā svara zudums, miega traucējumi vai psihomotors uzbudinājums var tikt saistīts ar vairogdziedzera hormonu disbalansu. Zināms, ka T3 un T4 darbojas netieši caur serotonīnērgisko sistēmu, kā arī hormoni darbojas kā noradrenalīna transmitteri adrenergiskajā sistēmā. Līdz ar to vairogdziedzera hormoni netieši var piedalīties depresijas simptomātikas attīstībā, darbojoties caur serotonīnērgisko un adrenergisko sistēmu. (Brigitta, 2002).

Svarīga loma ir hipotalāma-hipofīzes-virsnieru ass disfunkcijai. Multiplos pētījumos pierādīts, ka indivīdiem ar depresīvu simptomātiku vērojama hipotalāma kortikotropīna atbrīvotājhormona (*corticotrophin-releasing hormone*, CRH) un glikokortikoīdu hormona kortizola hipersekrecija, disfunkcija ass regulācijā, neadekvāta ass supresija par atbildi uz eksogēnu glikokortikoīdu ievadi, kā arī traucēta kortikoīdu receptoru signālu pārvade. (Jesulola et al., 2018)

CRH ir galvenā loma ass regulācijā - tas veicina adrenokortikotropā hormona (*adrenocorticotropic hormone*, ACTH) izdalīšanos no hipofīzes priekšējās daivas, savukārt ACTH stimulē kortizola izdali no virsnieru garozas. CRH atrodams arī ārpus hipotalāma, kur tas darbojas kā neiromediators, koordinējot organisma atbildi uz stresu. Paaugstināts CRH līmenis depresīviem indivīdiem atrasts arī cerebrospinālajā šķidrumā, kā arī *post-mortem* pētījumos konstatēts samazināts CRH receptoru skaits smadzeņu lielo pusložu garozas priekšējā daivā un palielināts hormona līmenis smadzenēs. (Jesulola et al., 2018)



*Cortex* – smadzeņu lielo pusložu garoza, *hypothalamus* – hipotalāms, CRH – kortikotropīna atbrīvotājhormons, *amygdala* – mandeļveida ķermenis, *hippocampus* – hipokamps, *pituitary* – hipofīze, *corticotropin* – kortikotropīns, *cortisol* – kortizols, *adrenal cortex* – virsnieru garoza)

## 2.2.att. Stresa faktora iedarbība uz galvas smadzenēm (Krishnan, 2019)

Par atbildi uz stresa faktora iedarbību uz galvas smadzenēm, lielo pusložu garoza un mandeļveida ķermenis novada signālu uz hipotalāmu, kas izdala CRH (skatīt 2.2. attēlu). CRH stimulācijas rezultātā hipofīzes priekšējā daļa sekretē kortikotropīnu, kurš stimulē virsnieru garoza par atbildi izdalīt kortizolu. Kortizolam ir inhibējoša iedarbība uz hipofīzes kortikotropīna izdalīšanu, kā arī uz CRH atbrīvošanu no hipotalāma. Šo procesu rezultātā rodas hipofīzes priekšējās daivas, kā arī virsnieru garozas palielināšanās izmēros, bet

hipokampa samazināšanās sakarā ar reducēto neuroģenēzi kortizola palielināta līmeņa dēļ. (Krishnan, 2019)

Hipotalāma-hipofīzes-virsnieru ass pastiprināto darbību iespējams pierādīt, ievadot eksogēnus glikokortikoīdus, veicot deksametazona supresijas testu. Individīdiem ar depresiju pēc glikokortikoīdu ievades nenotiek plazmas kortizola līmeņa samazināšanās, kā tam būtu normā jānotiek. (Vreeburg et al., 2009)

### 2.3. Depresijas psiholoģiskās teorijas

Jau kopš 20. gadsimta sākuma klīnicisti un pētnieki izvirzījuši vairākas teorijas sakarā ar stresu izraisošu notikumu indivīda dzīvē saistību ar depresijas rašanos.

Pirmie pētījumi šajā sakarībā aprakstīti jau no pagājušā gadsimta sākuma, kad psihoanalīzes pamatlicējs Zigmunds Freids (*Sigmund Freud*) izvirzīja hipotēzi, ka depresijas attīstība saistīta ar stresu izsaucošu notikumu bērībā, indivīdam zaudējot kādu tuvu reālu vai iedomātu personu. (Freud, 1917). Psihodinamiskā pieeja pamatā balstīta uz četriem galvenajiem apgalvojumiem, kas parāda depresijas attīstības modeli:

- Traucējumi agrīnajās mātes un bērna attiecībās (t.s. orālajā fāzē),
- Īsta vai iedomāta objekta zudums,
- Introjkcija kā aizsardzības mehānisms uz zaudēto objektu,
- Pret sevi vērstas dusmas zaudētā objekta dēļ.

Balstoties uz šo teoriju, vēlāk Blats (*Blatt*, 1974) depresiju iedalīja divos veidos - anaklītiskā (grieķu val., *ana* – uz, *klino* – balstīties) un introjektīvā (Stevens et al., 2000). Anaklītiskā depresija attīstās cilvēkam, kurš ir atkarīgs no attiecībām ar citiem cilvēkiem un kurš zaudējot šīs attiecības (jeb objektu, uz kuru vērsta indivīda atkarība) sāk izjust bezpalīdzību un vājumu. Introjektīvā depresija attīstās, ja indivīds uzskata, ka nav sasniedzis savu izvirzīto vai viņam svarīgu cilvēku noteikto mērķi, kā rezultātā veidojas bailes zaudēt cieņu citu acīs vai viņam svarīgā objekta mīlestību.

Vēlāk Džons Boulbijs (*John Bowlby*) izvirzīja apgalvojumu, ka bērna agrīnās pieķeršanās trūkumā un traumatiskā separācijā veidojas pamats depresijas attīstībai. Pieaugušā vecumā piedzīvots zaudējums indivīdam izraisa atmiņas par zaudējumu bērībā un sekmēja depresīvas epizodes rašanos. (Jeon et al., 2017)

Praiss (*Price*, 1967) apsvēra domu, ka afektīvo traucējumu, tai skaitā depresijas, etioloģijā sava nozīme ir negribētai pakļaušanās lomai. Sociālo rangu teorija apgalvoja, ka depresīvs garastāvoklis veidojas kā stratēģija, lai izslēgtu sāncensību, lai sabiedrībā spētu pastāvēt stabilas sociālās hierarhijas. Tādēļ Praiss apgalvoja, ka depresija ir adaptīvs mehānisms, jo tā liek indivīdam pielāgoties zemajam sociālajam stāvoklim jeb rangam, kas viņam ticis uzspiests. (Stevens et al., 2000)

Kognitīvā teorija apgalvo, ka depresijas cēlonis ir konkrēti kognitīvi izkropļojumi (t.s. depresogēnās shēmas), kuri raksturīgi personām, kas predisponētas depresijas attīstībai. Ārons Beks (*Aaron Beck*) izvirzīja depresijas negatīvās kognitīvās triādes komponentus - negatīvs skatījums uz sevi pašu, pasauli un nākotni. Skatījums uz sevi pašu liecina par negatīvu sevis uztveri, skatījums uz pasauli - par tendenci uztvert apkārtni kā pārāk daudz pieprasīšu un naidīgu, bet skatījums uz nākotni ir indivīda uzskats par viņu nākotnē gaidošām vienīgi ciešanām un neveiksmēm. Tāpat Beks izdalīja divus depresijas veidus – deprivācijas depresiju, kuras pamatā ir iespēju zudums, un zaudējuma depresiju, kuru veido nespēja sasniegt iecerētos mērķus. (Stevens et al., 2000)

Iemācītās bezpalīdzības teorija (*Seligman*, 1975) saistīja depresīvos fenomenus ar pieredzētiem nekontrolējamiem notikumiem. Balstoties uz šo teoriju, indivīdi ar depresiju ir iemācījušies būt bezpalīdzīgi - viņi uzskata, ka viņiem nav kontroles pār apkārtējiem ārējiem faktoriem un viss paveiktais ir bezjēdzīgs. Tas, vai cilvēkam attīstīsies šāds bezpalīdzības modelis, atkarīgs no konkrētās personas domāšanas - pesimistiem iespēja ir augstāka.

Sociālā iemācīšanās teorija sevī ietver kontroli, samierināšanos un sociālo atbalstu, norādot, ka bez pozitīva iedrošinājuma no citiem cilvēkiem var veidoties negatīvs pašvērtējums un pesimistisks skats uz nākotni. Kontrole norāda uz to, kā cilvēks uztver sev apkārt notiekošos notikumus – kā ārējo vai iekšējo spēku radītus. Ja indivīds sev apkārt notiekošo uztver vairāk kā ārēju apstākļu (veiksmes, izdevības, likteņa, ietekmīgu personu) radītu, nevis atkarīgu no viņa paša spējām, šādu indivīdu spēcīgāk ietekmē ārējie stresu izraisošie notikumi, nekā personas, kuras uzskata, ka lielāka nozīme ir iekšējiem spēkiem.

Birčnēls izdalīja horizontālu un vertikālu depresiju. Horizontāla depresija veidojas no neapmierinātības starppersonu attiecībās, savukārt vertikāla – ja ir neapmierinātība ar rangu jeb sociālo statusu. (Stevens et al., 2000)

## 2.4. Depresijas diatēzes-stresa modelis

Bieži lietots depresijas skaidrojums balstās uz diatēzes-stresa modeli. Vārds “diatēze” grieķu valodā apzīmē predispozīciju vai jutīgumu. Diatēzes-stresa modelis ir psiholoģiska teorija, kas izskaidro saslimšanu kā mijiedarbību starp indivīda predisponējošajiem faktoriem uz slimības attīstību, un stresu, ko izraisījuši notikumi indivīda dzīvē.

Medicīnā un psihiatrijā terminu “diatēze” lieto jau kopš 19. gadsimta, taču diatēzes-stresa modeli kā terminu pirmo reizi lietoja amerikāņu psihologs Pols Mēls (*Paul Meehl*) 20. gadsimta sešdesmitajos gados, lai izskaidrotu šizofrēnijas rašanos. Modeli depresijas izskaidrošanai adaptēja 20. gadsimta astoņdesmitajos gados (*Bebbington, 1987; Robins et al., 1988*).

Depresijas diatēzes-stresa modelis balstās uz pamatdomu, ka depresijas rašanās pamatā nav tikai viena faktora iedarbība, bet gan vairāku atšķirīgu faktoru mijiedarbība, visbiežāk vides faktoru mijiedarbība ar konkrētā indivīda predisponējošajiem faktoriem. Tikai viena vai vairāku predisponējošo faktoru esamība nenozīmē to, ka konkrētajam cilvēkam attīstīsies depresija, bet gan ir jānotiek šo faktoru reakcijai ar ārējiem faktoriem, kas var būt gan sociāli, gan psiholoģiski, gan bioloģiski. Jo vairāk ir indivīda iekšējo faktoru, jo nepieciešama mazāka ārējo faktoru iedarbība, lai izraisītu depresīvas simptomātikas rašanos.

Viens no visvairāk pētītajiem ir personības-stresu izraisīta dzīves notikuma diatēzes-stresa modelis (*Blatt, 1992*), kura pamatā ir doma, ka indivīdam ir iespēja uz depresijas attīstību tad, ja viņam piemīt kāds predisponējošs faktors (diatēze) un viņš piedzīvo stresu radošu notikumu savā dzīvē.

Konkrēti personības tipi un personības iezīmes indivīdu padara jutīgāku uz depresijas attīstību. Īpaši atzīmējams atkarības personības tips, ko raksturo indivīda vajadzība pēc tuvām drošību un vadību sniedošām attiecībām, izteiktu jutīgumu uz noraidījumu vai sliktu izturēšanos, pašapziņas trūkumu, pakļaušanās un introversija. Tāpat arī jutīgāks personības tips ir ambicioza personība ar obsesīvām iezīmēm, ko raksturo augsts aspirāciju līmenis, perfekcionisms, pārlietu liela vēlme kontrolēt gan sevi, gan citus cilvēkus, kā arī izteikta vēlme pēc personīgas neatkarības.

Pastiprināts risks uz depresijas attīstību pastāv arī personām, kam raksturā ir izteikts neirotizms. To raksturoja *Eysenck & Eysenck* (1964) kā personas emocionalitātes rādītāju. Indivīdiem, kuriem tas piemīt, ir raksturīga emocionāla nestabilitāte, kas pastiprina iespēju stresa gadījumā attīstīties depresīvai simptomātikai. *Kendler et al.* (1993) noskaidroja, ka

novirze par vienu standartdeviāciju neirotismā 100% gadījumu izmaina to, vai attīstīsies depresija nākamo 12 mēnešu laikā.

Līdzīgs diatēzes-stresa modelim ir Pousta (*Post*) 1992. gadā izvirzītais stresa sensitizācijas modelis, kura pamatā ir apgalvojums, ka pirmā depresijas epizode indivīdu padara jutīgāku uz stresu izraisošiem dzīves notikumiem, tāpēc, lai izsauktu nākamo depresijas epizodi, nepieciešams jau mazāk spēcīgs izsaucējs. Modelis pierāda, ka pēc pirmās depresijas epizodes indivīda atbilde uz stresu izmainās, tāpēc nākamā depresijas epizode ir vieglāk izsaucama.

Balstoties uz iepriekšējiem pētījumiem depresijas un stresu izraisošu notikumu saistībā *Brown* un *Harris* 1978. gadā publicēja savu pētījumu “Depresijas sociālā izcelsme”, kurā apstiprināja hipotēzi, ka stresu izsaucošs notikums spēj darboties kā depresīvas epizodes rašanās cēlonis. Pētījumā piedalījās Londonas centrā dzīvojošas sievietes, kurām bez viņu dzīvēs notikušajiem stresu izraisošajiem notikumiem eksistēja arī vairāki riska faktori, tādi kā uzticības personas neesamība, mātes zaudējums pirms 11 gadu vecuma, trīs vai vairāk bērnu jaunāku par 14 gadiem esamība, algota darba ārpus mājām neesamība. (Stevens et al., 2000)

*Brown* un *Harris* pētījuma, kurā 303 sievietes tika novērotas vienu gadu, izvērtējot saistību starp stresu radošiem notikumiem un depresijas attīstību, rezultāti atklāja to, ka sievietēm, kuras bija piedzīvojušas smagu stresu izraisošu notikumu savā dzīvē, ir četras reizes lielāks risks uz depresijas attīstību turpmākajos sešos mēnešos salīdzinājumā ar sievietēm, kuru dzīvēs nebija noticis šāds stresu izraisošs notikums.

Dažādi veiktie pētījumi stresu izraisošu notikumu un depresijas saistībā pierādījuši sekojošo:

- Ir pierādīta saistība starp piedzīvotu stresu izsaucošu notikumu un tam sekojošas depresijas attīstību;
- Jo spēcīgāks ir stresu izraisošais notikums, jo lielāka iespēja kā sekām attīstīties depresijai;
- Tikai indivīdiem ar konkrētu predispozīciju pēc piedzīvota šāda notikuma attīstīsies depresīva epizode. (Hammen, 2006)

## 2.5. Sociālie faktori

Depresijas rašanās mehānismā lielu lomu spēlē sociālie un vides faktori, kas atstāj ietekmi uz indivīdu. Pamatā sociālie faktori sevī ietver visas sabiedrības situācijas, notikumus vai procesus, kas var atstāt savu ietekmi uz cilvēku. Nozīmīgi sociālos faktorus ietekmē vispārējā situācija valstī – gan politiskā, gan ekonomiskā, gan sabiedriskā. No šīs situācijas atkarīgs arī cilvēku psihiskais stāvoklis, kopējam dzīves un labklājības līmenim tiešā veidā iespaidojot indivīdus.

Sociālie faktori iedalās divās lielās grupās:

1. Makrosociālie faktori, kas spēj iespaidot visu sabiedrību kopumā, piemēram, valsts iekārta, likumi vai tradīcijas;
2. Mikrosociālie faktori, kas iespaido tikai indivīdu vai ierobežotu cilvēku grupu - piemēram, attiecības ģimenē vai konkrētu saslimšanu ietekme uz cilvēku. (Caune et al., 2009)

Tiek apgalvots, ka psihisko veselību sabiedrībā “raksturo populācijas psihiskās veselības līmenis, psihisko slimību, alkoholisma, narkomāniju, oligofrēniju un suicīdu izplatība tajā”. (Caune et al., 2009)

Sabiedrības materiālās nodrošinātības līmenis ir viens no svarīgākajiem rādītājiem uz sabiedrības veselību kopumā, tostarp arī psihisko veselību. Zems materiālais stāvoklis indivīdu vairāk predisponē saslimšanām – viņa ierobežotie līdzekļi traucē laikus vērsties pie speciālista saslimšanas gadījumā, kā arī dzīves apstākļi pastiprināti psiholoģiski ietekmē indivīdu (nepietiekams uzturs, nenodrošināti dzīves apstākļi). Ja tomēr šāds cilvēks ir vērsies pie ārsta sakarā ar savu saslimšanu, viņa materiālās iespējas iegādāties medikamentus bieži vien ir ierobežotas.

Grāmatā “Sociālpsiholoģija” kā piemērs sociālā stresa ietekmei uz valsti kopumā minēta Krievijas pieredze 20. gadsimta 90.-tajos gados sakarā ar valstiskām un politiskām pārmaiņām. Noteiktai sabiedrības daļai šo pārmaiņu radītais sociālais stress izpaudās kā psihiski traucējumi, sākot no neirotiskiem traucējumiem līdz pat šizofrēnijai. Saslimstība ar depresīviem traucējumiem palielinājās par 23,5%.

Paralēles var vilkt ar sociālekonomiskās krīzes periodu Latvijā, kas aizsākās 21. gadsimta pirmās dekādes beigās, kad strauji pasliktinājās iedzīvotāju materiālais stāvoklis un palielinājās bezdarbs valstī.

## 2.6. Stresu radoši notikumi

Stress ir process, kurš tiek definēts kā apkārtējās vides pārāk augstas prasības uz organisma adaptācijas kapacitāti, kas rezultējas gan psiholoģiskos atbildes mehānismos, gan bioloģiskās pārmaiņās organismā. Stresu izraisošos iemeslus sauc par stresoriem.

Stresu radošu notikumu pamatā ir trīs stresa veidi (Salleh, 2008):

1. Vides stress - apkārtējās vides notikumi vai pieredze, kas objektīvi saistīti ar organisma adaptācijas prasībām.
2. Psiholoģiskais stress - indivīda subjektīvais izvērtējums viņa spējai adaptēties konkrētām situācijām.
3. Bioloģiskais stress - organisma fizioloģisko sistēmu funkcionēšana vides un psiholoģiskā stresa apstākļos.

Tipiski tie notikumi dzīvē, kas izsauc depresīvus simptomus, ir tādi, kas vai nu perspektīvā cilvēkam piedāvā kaut ko iegūt vai tieši otrādi, zaudēt, šo notikumu rezultātā.

No evolucionārās psihiatrijas perspektīvas tuvākā nākotnē šādi notikumi var novest pie tādiem ieguvumiem vai zaudējumiem kā attiecības, veselība vai darbs, taču plašākā nozīmē indivīds var iegūt vai zaudēt resursus, kas nepieciešami panākumiem reproduktīvajā jomā. (Stevens et al., 2000)

Nozīmīga loma stresu radošu notikumu attīstībā konkrēta indivīda dzīvē ir personības faktoriem, jo zināmā līmenī paši cilvēki ir tie, kas ietekmē šādu notikumu veidošanos ap viņiem. Piemēram, impulsīvam cilvēkam, kas meklē piedzīvojumus, būs lielāks risks uz alkoholisma attīstību un atkārtotiem interpersonāliem konfliktiem, kas tādā veidā spēj novest, piemēram, pie laulības šķiršanas vai attiecību izbeigšanas. Neirotiski indivīdi mēdz atkal un atkal atkārtot līdzīgus uzvedības modeļus, bet nespēj mācīties no savas pieredzes. (Van Praag et al., 2004)

Stresu izraisošus notikumus var iedalīt divās grupās (Hosang et al., 2012):

1. Stresu izraisoši notikumi, ko rada pats indivīds un subjektīvi par tādiem uzskata ("atkarīgie" notikumi), piemēram, izraisīts satiksmes negadījums.
2. Par nozīmīgiem uzskatāmi notikumi indivīda dzīvē, kuri rodas pēkšņi un bez paša indivīda iesaistes to attīstībā ("neatkarīgie" notikumi), piemēram, tuva cilvēka zaudējums.

## 2.6.1. Stresu radošu notikumu pozitīvie efekti

Stresu izraisošai pieredzei cilvēka dzīvē var būt arī zināma pozitīva ietekme. Šādi notikumi var izmainīt indivīda uzskatus par sevi pašu, palīdzēt uzlabot interpersonālās attiecības, kā arī piedzīvot personīgu izaugsmi un iemācīties saprast prioritātes savā dzīvē. (Harvey et al., 2000)

Cilvēks apzinās, ka pārvarot emocionāli smago pieredzi savā dzīvē viņš palicis spēcīgāks, kā arī iemācījies labāk pārvarēt sarežģītas situācijas. Smagi notikumi indivīdam liek vairāk vērsties pēc atbalsta pie ģimenes locekļiem un draugiem, kas stiprina viņu savstarpējās attiecības. Savukārt, piemēram, šķiroties vai izbeidzot smagas attiecības cilvēks vairāk iemācās novērtēt sevi, saprast savas prioritātes dzīvē.

Stresu izraisošu notikumu pozitīvo pieredzi skaidro Teilora kognitīvās adaptācijas teorija. Saskaņā ar šo teoriju, traumatiski dzīves notikumi sākumā cilvēkam liek pārvērtēt savu izturēšanos, pašapziņu, kā arī dzīves jēgu kopumā. Notikumu rezultātā cilvēks tiek motivēts atjaunot līdzsvaru savā dzīvē, veidojot jaunus apzināšanās veidus - uztverot notikušo no pozitīvās puses, mēģinot panākt kontroli pār notikušo.

Meichenbauma (*Meichenbaum*) stresa inokulācijas teorija pierāda, ka efektīva stresu radošo notikumu pārvarēšana palīdz pret iespējamo turpmāko šādu notikumu izraisītajiem negatīvajiem efektiem cilvēka dzīvē. Efekts rodas no dziļākām cilvēka zināšanām izmantot pielāgošanās stratēģijas, pašapziņas, tiekot galā ar iepriekšējiem negatīvajiem notikumiem. (Harvey et al., 2000)

## 2.6.2. Stresu radošu notikumu negatīvie efekti

Visvairāk pētītie stresu izsaucošu notikumu efekti ir depresijas vai trauksmes stāvokļa rašanās. Pie vissmagākajiem notikumu efektiem pieskaitāms posttraumatiskais stresa sindroms. Horovicas (*Horowitz*) un Silvera (*Silver*) teorijas apgalvo, ka psiholoģiski traumatisku notikumu negatīvie efekti rodas no tā, ka indivīds nespēj stresu izsaucošas domas par notikumu integrēt kognitīvajos procesos. (Harvey et al., 2000). Šis process notiek, nepārtraukti cikliski atkārtojoties nepatīkamajām domām un noliegumam. Ja negatīvais notikums bijis ļoti lielu stresu izsaucošs un domas ilgstoši nav iespējams integrēt, attīstās posttraumatiskais stresa sindroms.

Janofa-Balmena (*Janoff-Bulman*) pieņemtās pasaules teorija ir alternatīva iepriekš minētajām teorijām. Teorijā uzsvērts, ka iepriekš psiholoģiski netraumētiem indivīdiem ir

pozitīva sevis un citu, kā arī apkārtējās pasaules uztvere. Taču pēc piedzīvota psiholoģisku stresu izsaucoša notikuma šī uztvere izmainās, un, lai atjaunotu uztveri iepriekšējā līmenī, nepieciešams atjaunot iepriekš esošos uzskatus.

## 2.7. Depresijas izcelsmes saistība ar stresu

Stresu izraisoši notikumi ir vieni no visvairāk pētītajiem etioloģiskajiem faktoriem depresijas attīstībā. Šādi notikumi var būt piedzīvoti indivīda bērnībā vai jau pieaugušā vecumā.

Nesens stresu radošs notikums tiek uzskatīts par visspēcīgāko riska faktoru depresijas veidošanā. Psihosociālais stress ar vislielāko ietekmi uz indivīdu ir zaudējums - tuva ģimenes locekļa nāve, darba zaudēšana, finansiāli zaudējumi, veselības sarežģījumi.

Holmss un Rae izveidoja sociālās adaptācijas skalu, kurā tika uzskaitīti 43 iespējamie ar psihosociālu pozitīvu vai negatīvu stresu saistītie dzīves notikumi (biežākie no tiem redzami 2.7. tabulā). Skalā katram no uzskaitītajiem notikumiem piešķirta sava vērtība ballēs - trīs notikumi ar vislielāko nozīmi psihiskas saslimšanas izraisīšanā pēc šīs skalas ir dzīvesbiedra nāve, attiecību izbeigšana un laulības šķiršana. (Jeon et al., 2017) Ja punktu kopsumma pārsniedz 200 gada laikā, palielinās risks uz psihosomatisku saslimšanu, tajā skaitā depresijas, attīstību.

Psihosociālais riska faktors ir ļoti nozīmīgs pirmās depresijas epizodes attīstībā, taču tā loma ar katru nākamo epizodi samazinās. Šī teorija balstās uz to, ka ārējais stress, iedarbojoties uz cilvēka nervu sistēmu pirmo reizi, izraisa ilglaicīgas pārmaiņas smadzeņu bioloģiskajos procesos - neurotransmiteru pārvadē, neironu zudumā vai sinapšu kontaktu zudumā.

Stresu izraisoši notikumi bērnībā var būt, piemēram, fiziska vai seksuāla vardarbība, vecāku audzināšanas trūkums, vecāku nāve vai šķiršanās. Pieaugušā vecumā šādiem indivīdiem, kas piedzīvojuši ar lielu emocionālu stresu saistītus notikumus bērnībā, ir salīdzinoši lielāks risks uz depresijas attīstību nekā kopējā populācijā (Fisher et al., 2013).

**Biežākie iespējamie ar psihosociālu stresu saistītie dzīves notikumi**(adaptēts no *T. Holmes, 1978*)

Dzīves notikums	Punktu skaits
1. Dzīvesbiedra nāve	100
2. Attiecību izbeigšana	73
3. Laulības šķiršana	65
4. Uzturēšanās cietumā vai citā labošanas iestādē	63
5. Tuva radnieka nāve	63
6. Nopietni miesas bojājumi vai slimība	53
7. Stāšanās laulībā	50
8. Atbrīvošana no darba	47
9. Attiecību atjaunošana ar dzīvesbiedru	45
10. Aiziešana pensijā	45
11. Lielas izmaiņas veselības stāvoklī vai ģimenes locekļu uzvedībā	44
12. Grūtniecība	40
13. Seksuālas problēmas	39
14. Jauna ģimenes locekļa pievienošanās (bērna piedzimšana, adopcija, radnieka atbraukšana utt.)	39
15. Lielas izmaiņas biznesa jomā (apvienošana, reorganizācija, bankrots utt.)	39

Bērnībā piedzīvotie notikumi, ja uz to fona attīstās depresija, bieži liecina par sliktāku depresijas gaitu un sliktāku efektu uz ārstēšanu, kā arī biežākas atkārtotas depresijas epizodes. 2012. gadā veiktā 16 iepriekš veikto pētījumu meta-analīzē par bērnībā piedzīvotajiem stresu izraisošiem notikumiem un depresijas attīstību pieaugušā vecumā tika pierādīts, ka slikta un cietsirdīga izturēšanās pret bērnu asociēta ar palielinātu risku rekurentu un persistentu depresijas epizožu attīstībai. (Nanni et al., 2012)

Stresu izsaucoši notikumi pieaugušā vecumā tiek definēti kā notikumi, kuriem ir negatīva ietekme uz indivīdu un kuri norisinās salīdzinoši īsu laiku pirms depresīvās epizodes attīstības. Gandrīz ikviena cilvēka dzīvē bieži sastopami tādi notikumi kā tuva cilvēka zaudējums vai šķiršanās, taču atšķiras atsevišķu indivīdu atbildes reakcijas uz šādiem notikumiem, jo ne visiem cilvēkiem pēc tiem attīstās depresija. Lai gan pētījumos pierādīts,

ka parasti stresu izraisošiem notikumi summējas, lai attīstītos depresija, ir arī pierādījumi, ka pietiek ar vienu stresu izsaucošu notikumu indivīda dzīvē, lai sāktos depresīva epizode. (Hosang et al., 2012)

Ļoti svarīga nozīme depresijas un psihosociālo faktoru kopsakarību meklēšanā ir identisko dvīņu pētījumiem, jo tie palīdz atšķirt, cik lielā mērā depresijas attīstībā iesaistīgi ģenētiski faktori, bet cik lielā mērā psihosociālie cēloņi.

2001. gadā *Kendler* un *Gardner* veica pētījumu, kurā piedalījās 72 monozigotisku dvīņu pāri, no kura vienam dvīnim bija diagnosticēta depresija. Tika salīdzināts saslimušais un nenaslimušais dvīnis. Tā kā monozigotiskie dvīņi ir ģenētiski identiski un tie uzauga vienādos apstākļos vienā ģimenē, atšķirībām tajā, ka viens no dvīņiem saslima ar depresiju, taču otrs nenaslima, pamatā jābūt sociāliem cēloņiem, kas ir specifiski tieši konkrētajam dvīnim. Dvīņu pētījumi pierāda, ka tikai 50-70% no depresijas etioloģijas izskaidro gēni, savukārt, atlikušo daļu veido nepārmantojamie faktori. (Kendler et al., 2005)

Ir pierādīts, ka stresu radošie notikumi, kuri visbiežāk spēj izraisīt unipolāru vai bipolāru depresiju, ir šķiršanās, paša indivīda saslimšanas, sarežģījumi darbā un interpersonālas problēmas. Neatkarīgie notikumi biežāk tiek saistīti ar unipolāras depresijas attīstību, un pat viens šāds notikums spēj izraisīt depresīvu epizodi. (Hammen, 2006). Bipolārās depresijas attīstībā pētījumos ir dalītas domas par tās saistību ar stresu izraisošiem notikumiem.

2012. gadā tika veikts pētījums, kurā salīdzināja, kā atšķiras stresu radošo notikumu ietekme uz unipolārās depresijas un bipolārās depresijas attīstību. Pētījumā piedalījās 512 pacienti ar bipolārajiem traucējumiem, 1448 pacienti ar unipolāras depresijas diagnozi un vairāk kā 600 kontroles grupā. Stresu izraisošo notikumu noskaidrošanā tika izmantota skala, kur apkopoti 11 iespējamie stresu izraisošie notikumi, kas varētu būt norisinājušies indivīdu dzīvē sešus mēnešus pirms unipolārās vai bipolārās depresijas epizodes attīstības.

Laulātā drauga vai tuva radnieka nāvi biežāk atzīmēja unipolārās depresijas pacienti, savukārt, finansiālo krīzi pirms depresīvās epizodes sākuma vairāk piedzīvoja bipolārās depresijas pacienti. Salīdzinoši daudz vairāk pacientu pirms unipolārās depresijas sākuma atzīmēja neatkarīgu notikumu, bet atkarīgu notikumu vienādā skaitā abu grupu pacienti.

Lielākā daļa notikumu vienlīdz bija saistīti gan ar unipolārās, gan bipolārās depresijas attīstību. Taču laulātā drauga vai radnieka nāve, kā arī tuva radnieka slimība biežāk tika saistīta ar unipolāro depresiju, savukārt finansiālā krīze ar bipolāro depresiju. (Hosang et al., 2012)

## 2.8. Depresijas diagnostika, simptomātika un klasifikācija

### 2.8.1. Depresijas diagnostika un simptomātika

Pēc SSK-10 depresiju raksturo pamata un papildus simptomi, kas var būt dažādas intensitātes un kuru ilgums ir vismaz divas nedēļas. Traucējumus neizsauc intoksikācija ar psihoaktīvām vielām vai organisks CNS bojājums. (Tērauds et al., 2015)

Pamatā depresīviem traucējumiem ir simptomu triāde (Zhmurov, 2002):

1. Hipotīmija – pazemināts garastāvoklis;
2. Bradifrēnija – domāšanas gausums;
3. Hipobulija – aktivitātes un enerģijas trūkums, kā arī ātra nogurdināmība.

Kopumā depresijas gadījumā notiek t.s. psihomotorā retardācija jeb vispārējās aktivitātes inhibīcija. Notiek domāšanas procesa palēnināšanās, kas izpaužas lēnā, klusā, monotonā runas veidā, garās pauzēs starp pateiktajām frāzēm vai atbildot uz jautājumu. Tāpat ir grūtības koncentrēties, samazināta spēja noturēt uzmanību ilgāku laiku, kā rezultātā iestājas nespēja efektīvi veikt pat vienkāršākos ikdienas darbus un pienākumus. Pie izteikti smagas depresijas retardācija var izpausties kā depresīvais stupors vai mutisms.

Melanholija izpaužas kā skumjas vai nomāktība, taču subjektīvi pats pacients to izjūt kā zināma veida sāras, it kā pazaudējot kaut ko sev nozīmīgu.

Trauksme un baiļu sajūta var būt gan vērsta pret reāliem notikumiem, piemēram, pacienta ģimenes vai darba sarežģījumiem, gan arī pret kaut ko nekonkrētu, ko pacients izjūt sevī kā iekšēju saspringumu, kā tuvojošos biedējošu notikumu. Trauksmi var pavadīt akatīzija (nemierīgums, kas izpaužas kustībās). Trauksmes un baiļu sajūta var parādīties lēkmju veidā, kuru laikā pacients nespēj atrast sev vietu, izjūt lielu vēlmi skriet vai kliegt.

Disforija izpaužas kā drūms garastāvoklis, neapmierinātība, dusmu lēkmes. Neapmierinātība attiecināma gan uz citiem apkārtējiem cilvēkiem, gan pacients to attiecina pats uz sevi, sevi nosodot, ironizējot par sevi, lietojot autoagresiju.

Izpaūžoties apātijai, pacients sūdzas, ka viņam viss palicis vienaldzīgs, pat tas, kas kādreiz ir bijis emocionāli nozīmīgs. Viņam zudušas intereses par lietām un cilvēkiem, zudusi vēlme kaut ko uzsākt un iesaistīties.

Var parādīties arī hipohondrija – pārlietu koncentrēta uzmanība uz paša veselību, var izpausties kā hiperalgēzija (pastiprināta sāpju sajūta), senestopātijas (dīvainas sajūtas ķermenī), parestēzijas.

Tāpat var sākt izpausties psihiskā anestēzija vai hipestēzija, kura sevī ietver plašu traucējumu loku – sākot no emocionālo pārdzīvojumu izpausmju samazināšanās līdz pat ķermenisko sajūtu zudumam.

Hipestēzija var izpausties kā jebkura maņu orgāna radīta efekta traucējumi. Pacientam vizuāli spilgti skati vai krāsas var šķist bālas, vienmuļas, pelēcīgas, priekšmetu kontūras izplūdušas. Līdzīgas izpausmes var parādīties arī, klausoties skaņas, mūziku – tās var šķist neizteiksmīgas, vienādas. Tāpat arī taustes sajūtai subjektīvi samazinoties, pacients sūdzas par to, ka slikti sajūt karstumu vai aukstumu, sāpes, bet samazinoties garšas sajūtai – ka jebkurš ēdiens ir bezgaršīgs.

Bradifrēnija izpaužas kā gausums intelektuālajā sfērā, ko raksturo nespēja sakopot domas, domāšanas “iestrēgšana” uz vienu tēmu, nespēja domāt. Pamatā rodas domāšanas spontanitātes zudums, domāšanas tempa palēnināšanās, nespēja savienot pagātnē gūto pieredzi ar tagadnē notiekošo. Tas tiek saukts arī par depresīvo autismu – pacients koncentrējas tikai uz savu stāvokli, domas virzās tikai uz šo situāciju, atkal un atkal atkārtojoties. Šis stāvoklis izpaužas arī runā – pacients nespēj vadīt dialogu ar citu cilvēku, nezina, par ko runāt, kā formulēt domas.

Hipobulija ir motorās aktivitātes palēnināšanās, asponantitāte kustību sfērā, kas var aiziet līdz pat depresīvam stuporam. Kustības ir palēninātas, nekoordinētas. Tas var parādīties arī pacienta rakstībā – mainās viņa paraksts, burti samazinās izmēros (mikrogrāfija). Izmainās kustību ekspresija – sejas izteiksme, mīmika paliek mazizteiksmīga, žesti samazinās vai izzūd pavisam.

Pie papildus simptomiem pieskaita pašapsūdzības domas un neadekvātu vainas sajūtu, pazeminātu pašnovērtējumu, suicidālas domas vai uzvedību, neizlēmību, grūtības plānot vai koncentrēties, kā arī psihomotorās aktivitātes traucējumus (ažītācija vai kavēšana), miega traucējumus un samazinātu apetīti.

Endogēnajai depresijai raksturīgs arī somātiskais jeb bioloģiskais sindroms (Tērauds et al., 2015):

- pamošanās vismaz divas stundas pirms laika;
- pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;
- smagāka depresija no rīta;
- dati no objektīvās anamnēzes par būtisku psihomotoru kavēšanu vai ažītāciju;
- būtiski samazināta apetīte (svars >5%);
- būtiska libido samazināšanās.

## 2.8.2. Unipolāras un bipolāras depresijas klīniskās atšķirības

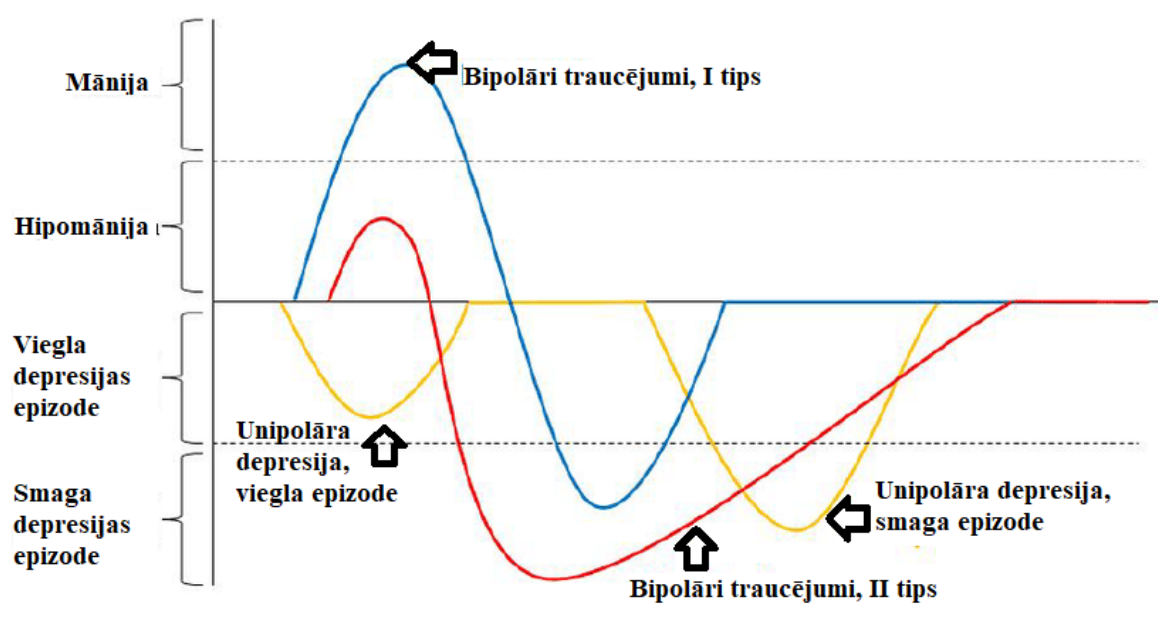
Tiek norādītas vairākas atšķirības unipolāras un bipolāras depresijas klīniskajās izpausmēs un gaitā.

Tipiski bipolārie traucējumi ir saslimšana, kuras gaita ir cikliska visa mūža garumā ar viena otru nomainošām depresijas un mānijas epizodēm (skatīt 2.8.1. attēlu). Savukārt, unipolāra depresija savā gaitā mainās tikai depresīvas epizodes simptomu smaguma ziņā, variējot no vieglas līdz pat smagai epizodei, taču nepārejot mānijai raksturīgajā simptomātikā.

Medikamentu lietošana samazina bipolāro traucējumu epizožu biežumu un ilgumu, taču nespēj novērst jaunu epizožu attīstību.

Bipolārās depresijas sākums parasti ir pusaudža vai agrīnā pieaugušā vecumā (< 25 gadi), epizodes ir īsas, kā arī tās cikliski atkārtojas.

Kā uzskatāmi parādīts 2.8.2. attēlā, bipolāras depresijas gaitā raksturīga simptomu izteiktāka mainība no vienas epizodes uz nākamo, savukārt unipolāras depresijas pacientiem simptomi saglabājas vairāk vai mazāk līdzīgi visās epizodēs. Bipolārajiem pacientiem biežāk vērojama garastāvokļa labilitāte, psihotiski simptomi, psihomotorā kavēšana, kā arī novērota biežāka alkohola un psihotropo vielu lietošana. Savukārt tipiskam unipolārās depresijas pacientam izteiktāk ir trauksmes simptomātika, ažitācija, insomnija, sūdzības par fiziskiem simptomiem, anoreksija, kā arī svara zudums.



2.8.1. att. Unipolāras un bipolāras depresijas salīdzinājums

(adaptēts no J. G. Fiedorowitz, 2012)

<b>Simptoms</b>	<b>Klīniskais salīdzinājums</b>
Trauksme	UP > BP
Baiļu sajūta	BP > UP
Somatiskie simptomi	UP > BP
Psihomatora kavēšana	BP > UP
Psihomatora ažitācija	UP > BP
Atipiski simptomi	BP > UP
Apetītes zudums	UP > BP
Simptomu mainība starp epizodēm	BP > UP
Garastāvokļa labilitāte epizodes laikā	BP > UP
Kairināmība	BP > UP
Hipersomnija	BP > UP
Svara zudums	BP > UP
Psihotiski traucējumi	BP > UP
Komorbīda alkohola vai psihotropo vielu lietošana	BP > UP

*BP – bipolāra depresija; UP – unipolāra depresija)*

**2.8.2. att. Unipolāras un bipolāras depresijas simptomu izteiktība** (Goodwin et al., 2007)

### **2.8.2. Depresijas klasifikācija**

Saskaņā ar SSK-10 depresīvus traucējumus var klasificēt vairākos veidos - gan pēc diagnožu kodiem (skatīt 1. pielikumu), gan pēc tā, kurš sindroms ir dominējošais.

Atkarībā no dominējošā sindroma depresiju iedala (SSK-10):

1. Disforiskā - papildus pamatsimptomiem ir trauksme, ātra kairināmība, saspringums, neapmierinātība ar visu.
2. Smaidošā jeb ironiskā - pretēji pacienta nomāktajai pašsajūtai, ārēji viņš ir smaidošs, jautrs, savu saslimšanu uzņem ar ironiju.
3. Adinamiskā - galvenokārt izpaužas ar fizisku vājuma sajūtu, nespēku.
4. Melanholiskā – izpaužas ar klasisko depresijas triādi (hipotīmiju, bradifrēniju un hipobuliju), kā arī papildus somatoveģetatīvajiem traucējumiem.
5. Anestētiskā - izpaužas ar emocionālu trulumu un vienaldzību pret apkārtējām norisēm.
6. Stuporozā - raksturīga masīva motora un ideatora kavēšana.

Par reaktīvo depresiju dēvē depresiju, kas radusies saistībā ar psiholoģisku traumu. Visbiežāk tā sākas pakāpeniski, sasniedzot savu maksimālo intensitāti tikai pēc kāda laika pēc traumas. Šai depresijai raksturīga mazāka vitālās komponentes izpausme – pacients nesūdzas par fiziskām sāpēm, smaguma sajūtu. Taču šī komponente var pievienoties vēlāk slimības gaitā, lai gan tā nav tik izteikta kā pie endogēnās depresijas (Zhmurov, 2002).

Savukārt, pēc smaguma pakāpes depresijas epizode var būt viegla, vidēja vai smaga ar vai bez psihotiskas simptomātikas (Tērauds et al., 2015):

- Viegla epizode – divu nedēļu laikā novēro divus pamata simptomus un vismaz trīs papildus simptomus, kuri ir viegli izteikti.
- Vidēji smaga epizode – divu nedēļu laikā novēro divus pamata simptomus un vismaz sešus papildus simptomus; vismaz viens simptoms ir smagi izteikts.
- Smaga epizode – spilgti izteikti visi trīs pamata simptomi, kā arī astoņi papildus simptomi. Papildus vērojama izteikta trauksme vai apātija.
- Smaga epizode ar psihotiskiem simptomiem – papildus iepriekš minētajiem simptomiem ir vērojamas murgu idejas (pašapsūdzības, nabadzības, grēcīguma), halucinācijas.

### 3. PĒTĪJUMA METODES UN MATERIĀLI

Pētījums tika veikts VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca” akūtajās vīriešu un sieviešu nodaļās, kā arī subakūtajā jauktajā nodaļā.

Pirms pētījuma uzsākšanas tika iegūta LU Kardioloģijas un reģeneratīvās medicīnas institūta zinātniskās izpētes Ētikas komisijas atļauja pētījuma veikšanai.

#### 3.1. Iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji

Pētījumā tika iekļauti pacienti, kas atbilda konkrētiem iekļaušanas kritērijiem.

Kā pirmais iekļaušanas kritērijs, lai atlasītu pacientus ar pētījuma veikšanai nepieciešamajām diagnozēm, bija pirmreizēji vai atkārtoti stacionētie pacienti Strenču psihoneiroloģiskās slimnīcas akūtajā vīriešu un sieviešu, kā arī subakūtajā jauktajā nodaļā laika periodā no 2018. gada 1. augusta līdz 2019. gada 1. martam, kuru diagnožu kodi pēc SSK-10 klasifikatora ir:

- a) F31 (Bipolāri afektīvi traucējumi) - pirmreizēja epizode;
- b) F32 (Depresīva epizode) - pirmreizēja epizode;
- c) F43 (Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi) - pirmreizēja vai atkārtota epizode.

Ja pacients atbilda pirmajam kritērijam, tālāk tika precizēts viņa vecums – iekļaušanai atbilda pacienti vecumā no 18 līdz 50 gadiem.

Kā trešais iekļaušanas kritērijs tika izvēlēts tas, vai pacients brīvi pārvalda latviešu valodu.

Pacients tika izslēgts no pētījuma, ja tika saņemta mutiska atteikšanās piedalīties pētījumā vai ja pacienta diagnoze bija neskaidra un tādējādi nesaskanēja ar iekļaušanas kritērijiem.

### 3.2. Aptaujas metodika

Pētījumā izmantotā metode bija atklāta, anonīma, mutiski veikta pacientu aptauja, kuras jautājumi tika uzdoti pēc *The Life Events List* (LEL; Cohen, Tyrell & Smith, 1991) aptaujas anketas. Tās izmantošanai pētījumu nolūkos nebija nepieciešama autora atļauja. LEL skala tika tulkota latviešu valodā.

Aptaujas anketa sastādīta no 24 jautājumiem. Šī konkrētā anketa pētījumam tika izvēlēta tādēļ, ka tā sevī iekļāva arī papildjautājumus, kuros respondentam bija jāpauž sava emocionālā attieksme pret konkrēto viņa dzīves notikumu. Piemēram, jautājumam, vai respondents pēdējā gada laikā ir šķīris laulību, ir papildjautājums par to, kāda ir viņa attieksme pret šo notikumu, iespējamajām atbildēm variējot no ļoti labas līdz ļoti sliktai attieksmei.

Pirms pētījuma uzsākšanas tika saņemta Strenču psihoneiroloģiskās slimnīcas vadības rakstiska atļauja veikt pētījumu, kā arī konkrēto nodaļu vadītāju un pacientu ārstējošo ārstu atļaujas.

Pirms mutiskās aptaujas veikšanas pētījuma autore iepazīstināja katru pacientu ar pētījuma mērķi, īsu uzbūvi, aptaujas veikšanas norisi, kā arī iespējamajiem riskiem piedaloties pētījumā. Tāpat katram dalībniekam tika paskaidrots, ka viņš jebkurā brīdī var izstāties no pētījuma, nepaskaidrojot iemeslus. Katram dalībniekam tika uzsvērts, ka netiek reģistrēta nekāda dalībnieka personiskā informācija, izņemot dzimumu, vecumu, izglītības līmeni un profesiju. Pēc informācijas izskaidrošanas katrs dalībnieks ar savu parakstu apliecināja, ka sapratis informāciju. Tāpat pirms aptaujas sākšanas pacientam bija jāparaksta piekrišanas veidlapa par brīvprātīgu piedalīšanos. Informācijas un piekrišanas veidlapas atrodamas darba pielikumā.

Aptauja tika veikta, pētījuma autorei atrodoties divatā ar pacientu atsevišķā telpā, lai citiem pacientiem vai personālam nebūtu iespējas noklausīties sniegto informāciju, kā arī respondents justos brīvi, runājot par sensitīviem jautājumiem.

Katra aptaujas anketa sākās ar dažu vispārīgu demogrāfisku jautājumu noskaidrošanu - pacienta dzimumu, vecumu, izglītības līmeni un profesiju. Tāpat tika reģistrēts dalībnieka diagnozes kods, kas tika iegūts no katra pacienta ārstējošā ārsta nodaļā. Pēc tam katram pacientam tika piešķirts unikāls šifra numurs, kuru izmantoja pacientu datu apkopošanai statistiskās analīzes veikšanas procesā.

Tālāk dalībniekam tika uzdoti 24 savstarpēji nesaistīti jautājumi par iespējamajiem pozitīviem un negatīviem stresu radošiem notikumiem, kas varētu būt notikuši viņa dzīvē pēdējo 12 mēnešu laikā. Pētījuma autore sauca uzskaitītos notikumus un pacientam uz katru

bija jāatbild apstiprinoši vai noliedzoši. Daļai jautājumu, ja uz tiem atbildēja apstiprinoši, tika uzdoti papildus jautājumi, lai precizētu konkrētā notikuma apstākļus vai dalībnieka sajūtas par konkrēto notikumu.

Pirmie 23 anketas jautājumi bija slēgtas struktūras, taču 24. jautājums pieprasīja respondenta atvērtu atbildi.

### **3.3. Statistiskā analīze**

Datu statistiskā analīze tika veikta, izmantojot datorprogrammu SPSS v24.0. Pēc tam dati tika apstrādāti *Microsoft Office Excel* v13.

Iegūtie kvalitatīvie dati tika raksturoti kā skaits un procentuālā attiecība. Dati tika attēloti stabiņu diagrammās un histogrammās. To analīzē izmantoja Pīrsona hī kvadrāta testu ( $\chi^2$ ) vai Fišera precīzo testu. Lai izvērtētu iegūtos datus, tika pielietots arī vidējais aritmētiskais rādītājs, kā arī standartnovirze (SD).

Kvantitatīvo datu analīzei tika izmantots Manna-Vitnija U-tests.

Lai noteiktu datu atbilstību normālsadalījumam, tika pielietots Kolgomorova-Smirnova tests.

### 3. REZULTĀTI

#### 3.1. Sociodemogrāfiskie rādītāji

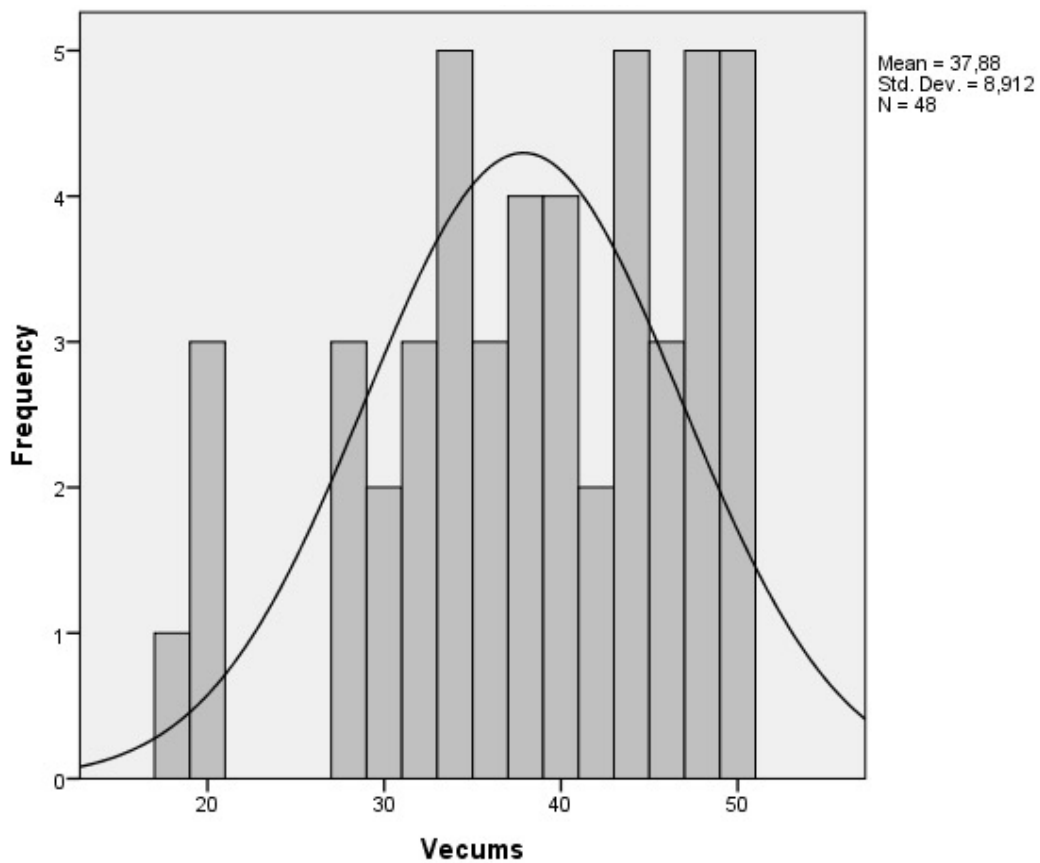
Pētījumā kopumā tika iekļauti 62 pacienti, kas laika posmā no 2018. gada 1. augusta līdz 2019. gada 1. martam bija pirmreizēji vai atkārtoti stacionēti Strenču psihoneiroloģiskajā slimnīcā ar diagnozi F31 (bipolāri afektīvi traucējumi – tikai pirmreizēji stacionētie pacienti), F32 (pirmreizēja depresīva epizode) vai F43 (reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi – gan pirmreizēji, gan atkārtoti stacionētie pacienti).

Pētījuma autore veica mutisku aptauju starp pacientiem ar iepriekš minētajiem diagnožu kodiem, respondentu atbildes atzīmējot aptaujas anketās. Kopumā tika veiktas 62 aptaujas. Divi pacienti atteicās no piedalīšanās pētījumā.

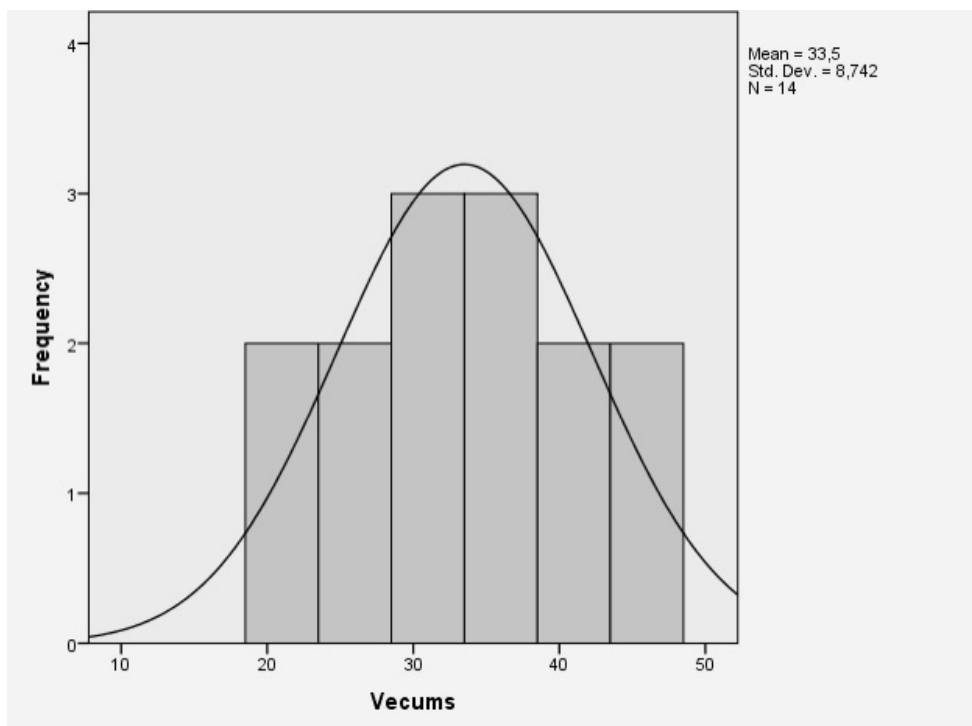
No 62 pacientiem 77% (n=48) respondentu bija sievietes, kuru vidējais vecums bija 37,88 gadi (SD=8,91;  $p>0,05$ ). Jaunākās pacientes vecums bija 18 gadi, savukārt vecākās – 50 gadi.

Vīrieši no visu respondentu kopskaita veidoja 23% (n=14), ar vidējo vecumu 33,5 gadi (SD =8,74;  $p>0,05$ ). Jaunākā pacienta vecums bija 21 gads, bet vecākā – 48 gadi.

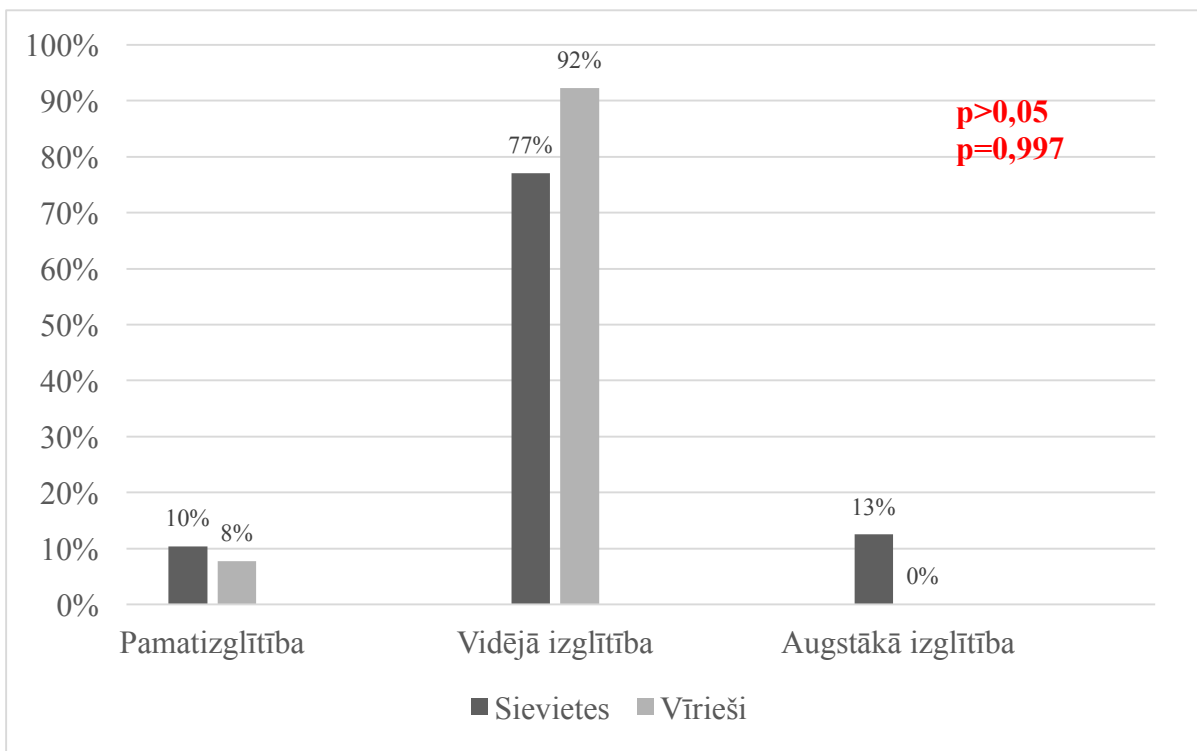
Salīdzinot respondentus pēc izglītības līmeņa, lielākajai daļai no respondentiem, respektīvi, 49 pacientiem jeb 79% no visu pacientu kopskaita bija vidējā izglītība, savukārt vismazākajam skaitam respondentu - sešiem respondentiem jeb 10% no katras grupas - pamatizglītība vai augstākā izglītība. Vienam pacientam jeb 1% no respondentiem izglītības līmenis anketā nebija ticis atzīmēts, kas varēja notikt autores kļūdas dēļ.



3.1.att. Sieviešu dzimuma respondentu vecumu sadalījuma histogramma



3.2.att. Vīriešu dzimuma respondentu vecumu sadalījuma histogramma



### 3.3. att. Respondentu izglītības līmenis atkarībā no dzimuma

Izglītības līmeni atainojot dzimumu griezumā, kas redzams 3.3. attēlā, vērojams, ka visvairāk stacionēto un pētījumā piedalījušos pacientu ar depresīvā spektra traucējumiem, gan sieviešu, gan vīriešu dzimuma, ir ar vidējo izglītību (attiecīgi 37 sievietes, 12 vīrieši). Vīriešiem vērojama tendence būt salīdzinoši zemākam iegūtajam izglītības līmenim nekā sievietēm. Ja pētījumā piedalījās sešas sievietes (13%) no visām sievietēm ar augstāko izglītību, tad no vīriešu grupas atzīmējams, ka nevienam respondentam nebija augstākās izglītības. Savukārt, ar iegūtu pamatzglītību bija piecas sievietes (10% no visām sieviešu dzimuma respondentēm) un viens vīrietis (8% no visiem vīriešu dzimuma respondentiem).

Vērtējot izglītības līmeni attiecībā pret konkrētām diagnozēm, vērojams, ka nav statistiski nozīmīgas saistības starp konkrētu diagnozi un izglītības līmeni ( $p > 0,05$ ;  $p = 0,997$ ).

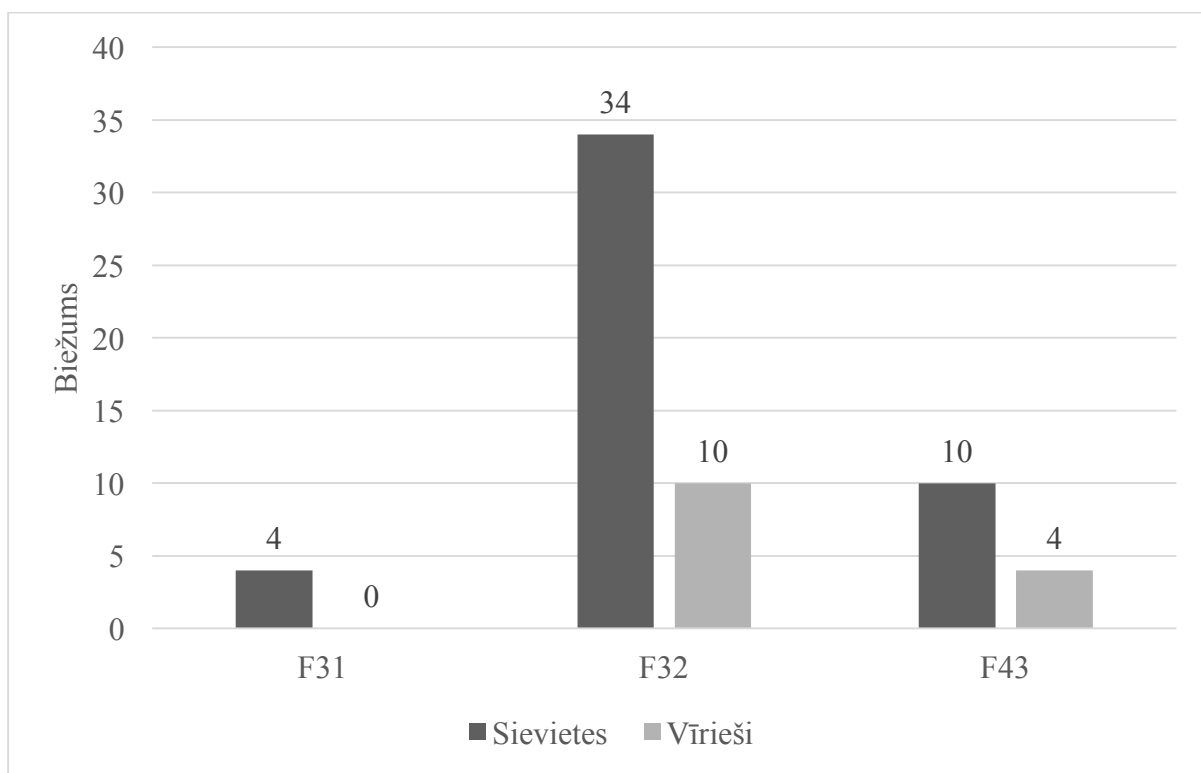
Attiecībā uz aptaujāto pacientu profesiju, nevar noteikt ciešu sakarību starp konkrētas profesijas pārstāvju skaitu un depresīviem simptomiem. Jāatzīmē, ka starp sieviešu dzimuma respondentēm visvairāk, respektīvi 10,4%, bija grāmatvežu ( $n=5$ ), 8,3% pārdevēju ( $n=4$ ), kā arī 8,4% studenšu ( $n=4$ ), taču pārējās profesijas nebija izteiktā vairākumā. Starp vīriešiem nebija iespējams izdalīt konkrētas nodarbošanās vairākumā.

### 3.2. Datu analīze pēc diagnozēm

Aptaujas anketas tika analizētas, iedalot pacientu grupas pēc diagnožu kodiem.

Analizējot diagnožu griezumā, visvairāk pacientu (70%) bija ar diagnozi F32 (n=44), no kuriem 34 bija sievietes, bet 10 vīrieši. Ievērojami mazāk pacientu bija diagnozes F31 un F43, attiecīgi 7% (n=4) un 23% (n=14).

Diagnožu sadalījums dzimumu griezumā attēlots 3.4. attēlā.



*F31 – Bipolāri afektīvi traucējumi (pirmreizēja epizode); F32 – Pirmreizēja depresīva epizode; F43 – Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi (pirmreizēja vai atkārtota epizode)*

### 3.4. att. Respondentu diagnožu sadalījums pa dzimumiem

F43 grupu (reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi) veidoja 10 sievietes vecumā no 18 gadiem līdz 48 gadiem (vidējais vecums 34,00 gadi, SD = 9,26) un četri vīrieši vecumā no 29 gadiem līdz 46 gadiem (vidējais vecums 37,75 gadi, SD = 7,14). Starp stresu izraisošajiem notikumiem dominēja attiecību pasliktināšanās ar tuvu cilvēku (n=10), attiecību izbeigšana (n=4), laulības šķiršana (n=4), kā arī tuva cilvēka iekļūšana smagā negadījumā (n=4).

F31 diagnozes grupu (bipolāri afektīvi traucējumi) veidoja četras sievietes vecumā no 37 gadiem līdz 43 gadiem (vidējais vecums 39,5 gadi, SD = 2,65). Neviena vīriešu dzimuma respondenta šajā grupā nebija. Biežākais stresu izraisošais notikums šajā grupā dominējoši bija attiecību pasliktināšanās ar tuvu cilvēku (n=3).

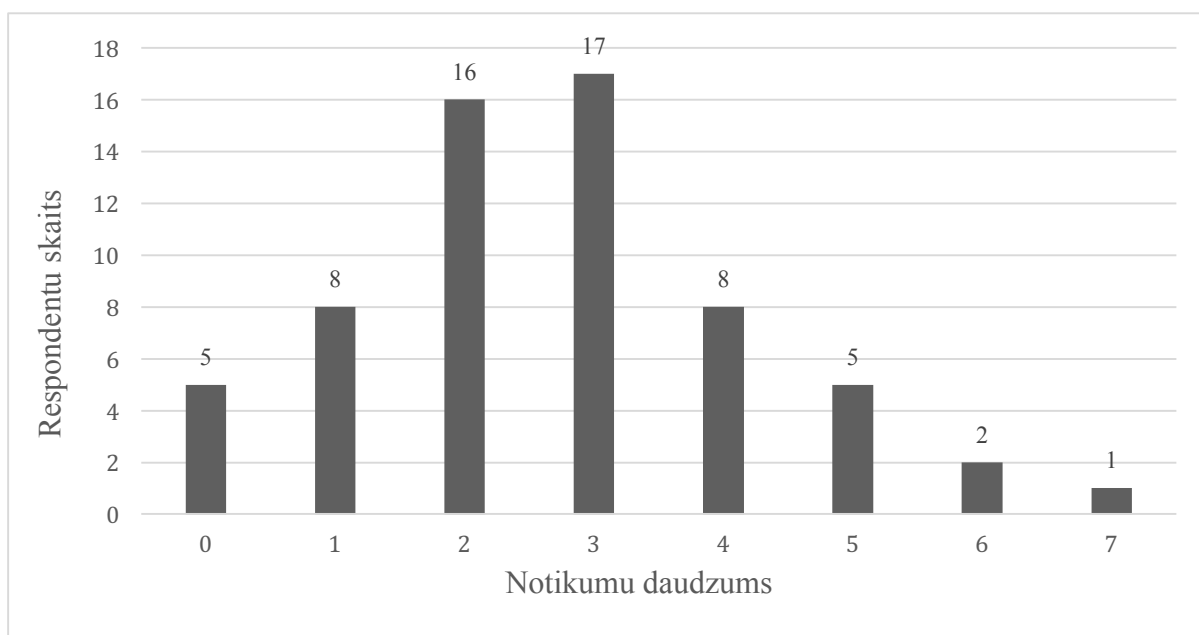
F32 grupā (pirmreizēja depresīva epizode) bija 34 sievietes un 10 vīrieši. Sieviešu populācija bija vecumā no 19 līdz 50 gadiem, ar vidējo vecumu 38,82 gadi (SD = 9,13). Vīriešu populācijas vecums bija no 21 līdz 48 gadiem, ar vidējo vecumu 31,80 gadi (SD = 9,07). Starp notikumiem pārliecinoši dominēja attiecību pasliktināšanās ar kādu respondentam tuvu cilvēku (n=18), tālāk sekojot kāda tuvinieka vai paša respondenta nonākšanai slimnīcā (n=11), kā arī tuva cilvēka zaudējumam (n=10).

F32 grupa bija vienīgā no trim analizētajām, kurā apstiprinoši vairākas sieviešu dzimuma respondentes atbildēja uz pozitīvu dzīves notikumu esamību pēdējā gada laikā – apprecēšanos, ģimenes pieaugumu, kā arī grūtniecību. Apprecēšanos pēdējo 12 mēnešu laikā atzīmēja viena respondente un vērtēja šo pieredzi kā ļoti labu. Ģimenes pieaugumu norādīja divas sievietes – vienai atzīmējot, ka tas bijis viņas pirmais bērns un piedzimis 27 gadu vecumā. Abām sievietēm ģimenes pieaugums bija plānots, un abas šo notikumu atzīmēja kā ļoti labu. Grūtniecību atzīmēja trīs sievietes. Divas no respondentēm norādīja, ka grūtniecība bijusi iepriekš plānota, savukārt viena norādīja, ka tā bijusi neplānota. Taču visas sievietes apstiprinoši atbildēja uz to, ka pieredze šā notikuma sakarā viņām bijusi ļoti laba.

### **3.3. Stresu radoši dzīves notikumi 12 mēnešu periodā pirms stacionēšanas**

Stresu izraisoši notikumi dzīvē tika konstatēti 92% no visiem respondentiem (n=57). Pieci respondenti (8% no aptaujātajiem) atbildēja noliedzoši uz visiem aptaujas anketas jautājumiem par to, vai pēdējā gada laikā viņu dzīvēs ir bijis kāds šāds notikums.

Vērtējot notikumu daudzumu pēdējā gada laikā, 3.5. attēlā redzams, ka vislielākajam skaitam respondentu bijuši vai nu divi vai trīs stresu radoši notikumi. Divus stresu izraisošus notikumus savā dzīvē apstiprināja 16 respondenti jeb 26%, bet trīs notikumus – 17 respondenti jeb 27% no visiem dalībniekiem. Vismaz viens šāds notikums bijis astoņiem respondentiem (13%). Lielākais notikumu skaits pēdējā gada laikā ir bijis vienam respondentam – septiņi notikumi.



### 3.5. att. Kopējais stresu radošo notikumu daudzums pēdējā gada laikā

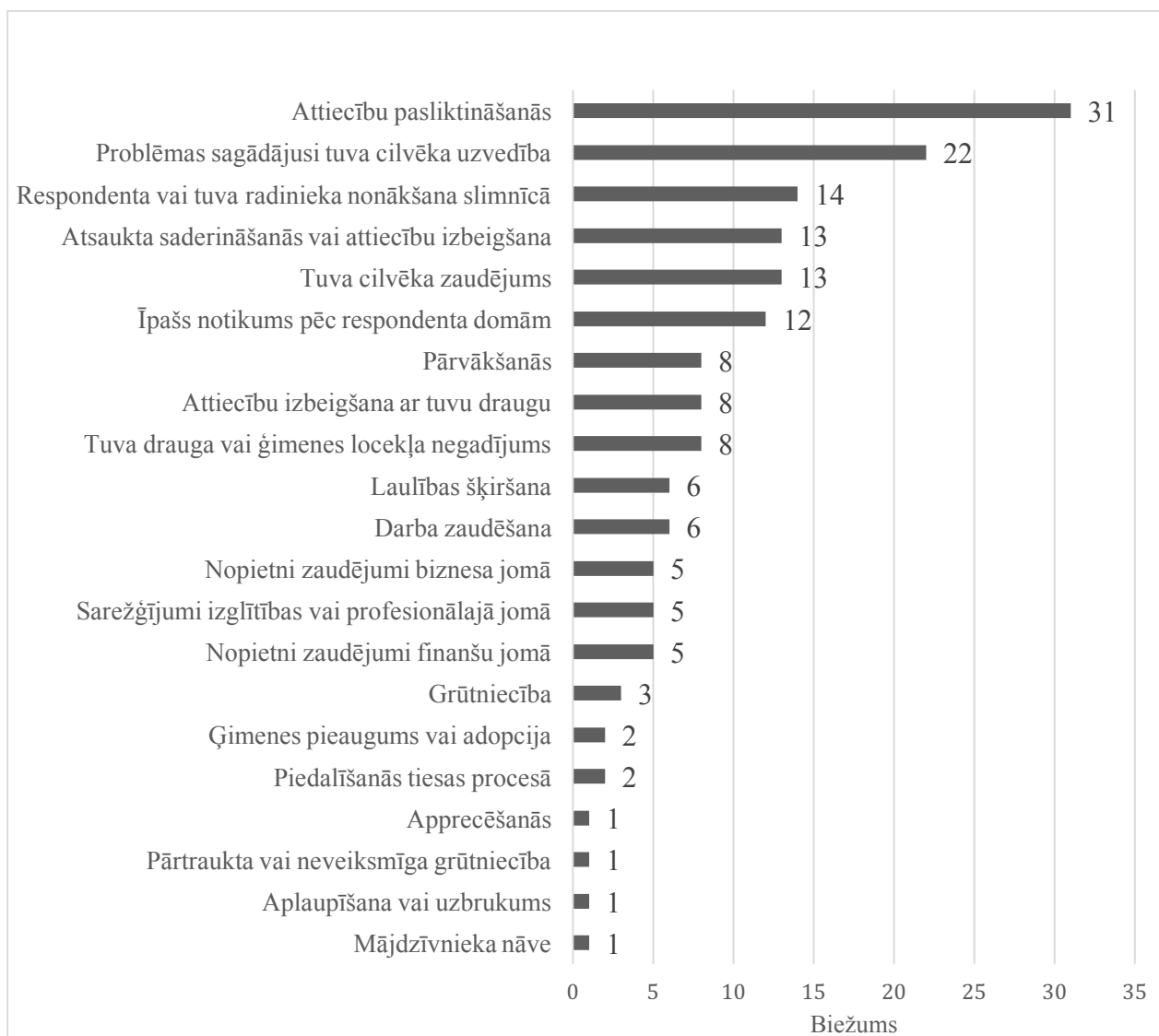
Biežākie notikumi, kas respondentiem izsauca stresu (skatīt 3.6. attēlu), bija attiecību pasliktināšanās (n=31), neapmierinātība ar kāda respondentam tuva cilvēka uzvedību (n=22), paša respondenta vai viņam tuva cilvēka nonākšana slimnīcā (n=14), romantisku attiecību izbeigšana (n=13) un tuva cilvēka zaudējums (n=13).

Attiecībā uz notikumu skaita atkarību no respondenta dzimuma netika novērotas statistiski nozīmīgas atšķirības ( $p > 0,05$ ;  $p = 0,314$ ).

Tāpat arī daļai respondentu stresu bija izsaucis kāds notikums, kas nebija minēts starp anketas slēgtajiem jautājumiem, taču to varēja minēt anketas beigās, kad respondentam tika jautāts par notikumiem, kas pēdējo gadu dzīvē padara izteikti atšķirīgu no citiem. Brīvā formā uz šo jautājumu apstiprinoši atbildēja 12 respondenti. Stresu pacientiem bija izsaukuši sekojoši notikumi:

- tuva radnieka bojāeja avārijā vai pazušana,
- dzīvesvietas zaudēšana,
- nespēja ilgstoši izveidot romantiskas attiecības,
- šķiršanās no dzīvesbiedra, kā rezultātā sievietei tika atņemtas tiesības uz bērna audzināšanu,
- dzīvesvietas maiņa no vienas valsts, kur respondente bija dzīvojusi desmit gadus, uz citu,
- fiziski un emocionāli smaga mazkvalificēta darba veikšana bez brīvdienām vairāku gadu garumā,

- seksuāla vardarbība (izvarošanas mēģinājums),
- uzbrukums,
- pašas respondentes suicīda mēģinājums,
- vairāku tuvu cilvēku alkoholisms.



3.6. att. Biežākie stresu radošie notikumi pēdējā gada laikā pirms stacionēšanas

### 3.4. Biežāko stresu izraisošo notikumu analīze

Kopumā attiecību izbeigšanu vai atsauktu saderināšanos pēdējā gada laikā apstiprināja 13 respondenti – sešas sievietes un septiņi vīrieši.

Tuva cilvēka zaudējumu atzīmēja 13 respondenti, no tiem 10 sievietes un trīs vīrieši. Visvairāk apstipriņoši atbildējušo bija zaudējuši kādu no vecākiem (n=5; 38%) vai dzīvesbiedru (n=4; 31%).

Attiecību izbeigšanu ar tuvu draugu apstiprināja astoņi respondenti, savukārt attiecību pasliktināšanos ar kādu tuvu cilvēku atzina 31 respondents. Visbiežāk attiecības bija pasliktinājušās ar dzīvesbiedru (n=27). Tomēr pierādījās, ka sievietēm attiecības biežāk pasliktinājās ar vairāk kā vienu cilvēku, kamēr vīriešiem tikai ar vienu personu.

Attiecībā uz paša respondenta, viņa tuva drauga vai ģimenes locekļa nonākšanu slimnīcā pēdējo 12 mēnešu laikā, apstipriņoši atbildēja 14 aptaujātie. Visbiežāk stacionārā bija nonācis kāds no respondenta vecākiem (n=8) vai arī pats aptaujājamais.

### 3.5. Respondentu subjektīvā pieredze attiecībā uz stresu izraisošiem notikumiem

Pārvākšanos pēdējā gada laikā apstiprināja astoņi respondenti (13%), pieredzi vērtējot kā diezgan labu (n=1; 12,5%), drīzāk labu (n=5; 62,5%), diezgan sliktu (n=1; 12,5%) vai ļoti sliktu (n=1; 12,5%).

Atsauktu saderināšanos vai attiecību izbeigšanu no notikumiem atzīmēja 13 respondenti (21%), savu pieredzi vērtējot kā negatīvu – astoņi pacienti (61%) kā ļoti sliktu, četri (31%) – kā diezgan sliktu, bet viens pacients (8%) – kā drīzāk sliktu.

Laulības šķiršanu apstiprināja seši pacienti (10%), no kuriem četri bija vēlējušies šķirties, taču divi pacienti to nebija gribējuši. Pieredze pārsvarā tika vērtēta kā ļoti slikta (n=5; 83%).

Attiecību izbeigšana ar tuvu draugu tika apstiprināta astoņās aptaujās (13%), un pieredze lielākajā daļā gadījumu (n=6; 75%) tika vērtēta kā ļoti slikta.

Darba zaudēšanu norādīja seši pacienti (10%), kā iemeslus minot labāku darba piedāvājuma saņemšanu (n=1; 17%), darba vietas slēgšanu (n=1; 17%) vai citu iemeslu (n=4; 66%), pieredzi vērtējot kā pozitīvu (n=2; 34%) vai negatīvu (n=4; 66%).

Divi aptaujas dalībnieki (3%) norādīja, ka pēdējā gada laikā piedalījušies tiesas procesā, abiem vērtējot savu pieredzi kā diezgan sliktu.

## 4. DISKUSIJA

Depresija ir viena no psihiskajām saslimšanām, kuras lielais slogs uz pacienta dzīvi saistīts ar tās arvien biežāko sastopamību un hronisko gaitu. Šos aspektus pastiprina tas, ka cilvēki bieži vien nevēlas meklēt palīdzību, saskaroties ar depresīviem simptomiem. Ja tomēr cilvēks vērsas pie speciālista, visbiežāk tas nav psihiatrs, bet gan primārās aprūpes ārsts, kas ne vienmēr spēj precīzi noteikt diagnozi un nozīmēt terapiju.

Joprojām sabiedrībā ir saglabājusies stigma, ka meklēt palīdzību psihiskas saslimšanas sakarā padarīs cilvēku kaut kādā ziņā nepilnvērtīgu sabiedrībā. Tāpat cilvēki bieži vien neapzinās, ka konkrētie simptomi raksturīgi depresijai vai ka ir nepieciešama profesionāla palīdzība, lai no tiem atbrīvotos.

Kapacitāte attīstīties depresīviem simptomiem ir universāla un piemītoša visiem cilvēkiem, taču sliekšnis šo simptomu attīstībai katram ir individuāls. Ģenētiskie, vides un sociālie faktori nosaka, vai šis attīstības sliekšnis ir augsts vai zems katrā individuālajā gadījumā. Cilvēks, kura sliekšnis ir zems, būs daudz jutīgāks uz dažādu riska faktoru iedarbību. (Stevens et al., 2000)

### 4.1. Sociāldemogrāfisko faktoru loma depresīvu simptomu attīstībā

Depresijas sastopamība ir augstāka sievietēm (Lindeman et al., 2000; Fryers et al., 2005; Paykel et al., 2005; Anseau et al., 2008; Kleinberg et al., 2010), kas pierādījās arī šajā pētījumā (77% sieviešu, 23% vīriešu), tādējādi apstiprinot vienu no darba hipotēzēm. Atšķirība sastopamībā starp dzimumiem samazinās, pieaugot indivīda vecumam (Patten et al., 2006), kā arī palielinoties depresijas smaguma pakāpei (Olsen et al., 2004).

Van de Velde et al. (2010), apkopojot datus no 23 Eiropas valstīs veiktiem epidemioloģiskajiem pētījumiem, konstatēja, ka visās analizētajās valstīs ir augstāks sieviešu ar depresīviem traucējumiem īpatsvars, taču tas variē starp dažādām valstīm – vislielākā atšķirība starp dzimumiem ir Austrumeiropas un Dienvideiropas valstīs, bet viszemākā – Īrijā, Slovākijā un Skandināvijas valstīs. Šo atšķirību nosaka gan socioekonomiskie, gan ar ģimenes dzīvi saistīti faktori – zemāks risks uz depresiju abiem dzimumiem ir laulībā esošiem cilvēkiem, kā arī dzīvojošiem labos sociālekonomiskos apstākļos.

Vairākos iepriekš veiktajos pētījumos izvirzīts apgalvojums, ka sieviešu dzimuma lielāka prevalence uz depresiju ir saistīta ar sieviešu sociālo lomu mūsdienu sabiedrībā, kad viņām jāspēj apvienot gan ģimenes dzīvi, mājsaimniecības uzturēšana, bērnu audzināšana, gan arī profesionālā darbība. Šādā sakarā apskatot datus no Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes (CSB) ziņojuma (Latvijas Centrālā statistikas pārvalde, 2019) par darba samaksu 2018. gadā, vērojams, ka sievietēm algota darba samaksa ir par 15,2% zemāka nekā vīriešiem. Salīdzinājumam, 2017. gadā samaksa bija par 15,3% zemāka, bet 2016. gadā – par 17,0% zemāka nekā vīriešiem.

Jaunākajā pieejamajā CSB izdotajā gadagrāmatā (Latvijas Centrālā statistikas pārvalde, 2018) par 2017. gadu Latvijas iedzīvotāju nodarbinātībā pa dzimumiem vērojams, ka bija nodarbinātas 60,1% sievietes, bet 66,0% vīrieši vecumā no 15 līdz 74 gadiem. Savukārt, salīdzinot nodarbināto iedzīvotāju izglītības līmeni, no sieviešu populācijas 46,8% bija augstākā izglītība, kamēr no vīriešu – tikai 27,3%. Pamatizglītība kā augstākais iegūtais izglītības līmenis bija 4,9% sieviešu, bet 10,8% vīriešu no visiem nodarbinātajiem Latvijā 2017. gadā. Tomēr 22,9% sieviešu ar augstāko izglītību bija bezdarbnieces, kamēr vīrieši tikai 10,2%. Analizējot sieviešu atalgojuma apjomu, kas ir mazāks kā vīriešiem līdzīgā amatā, kā arī diezgan ievērojamo atšķirību starp dzimumiem augstākās izglītības ziņā, var secināt, ka uz sievietēm Latvijā ir lielākas prasības nekā vīriešiem, kā arī lielākas grūtības atrast piemērotu darbu savai iegūtajai izglītībai.

Zemāks izglītības līmenis ir saistīts ar lielāku iespēju uz depresijas attīstību, iespējams, saistībā ar zemāku ienākumu līmeni (Ladin, 2008; Chazelle et al., 2011). Tomēr ir arī pretēji pētījumi, kas pierāda, ka izglītības līmenim nav saistības ar depresijas attīstību (Kessler et al., 2003; Patten et al., 2006; Blay et al., 2007; Jeon et al., 2017). Šajā pētījumā pierādījās, ka nav statistiski nozīmīgas saistības starp depresīviem traucējumiem un izglītības līmeni ( $p > 0,05$ ;  $p = 0,997$ ).

Rancāns et al. (2014) Latvijas populācijā veiktajā pētnieciskajā darbā par dažādu sociāldemogrāfisko faktoru saistību ar depresiju secināja, ka vislielākā korelācija ar depresiju ir sieviešu dzimumam, sliktam sava veselības stāvokļa vērtējumam, darba nespējai ilgākai par mēnesi, pastiprinātai alkohola lietošanai, kā arī bezdarbam. Analizējot datus par depresijas izplatību Latvijas iedzīvotāju vidū, tika noteikts, ka sievietēm ir 1,5 reizes lielāka iespēja uz depresijas attīstību nekā vīriešiem, visbiežākajām vecuma grupām esot 35-44 gadi un 45-54 gadi. Savukārt ģimenes stāvoklim, izglītības līmenim un tautībai nebija statistiski nozīmīgas saistības ar depresijas iespējamu attīstības risku. Visaugstākā depresijas prevalence bija vērojama respondentiem ar pamata izglītību (11,0%), bet zemākā – respondentiem ar augstāko vai nepabeigtu augstāko izglītību (5,7%). Pētot depresijas prevalenci 12 mēnešu

laikā, pielietojot MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), tika noteikts, ka tā ir 7,3% - šis rādītājs bija augstāks nekā vidēji citās Eiropas valstīs.

Savukārt, bipolārie traucējumi biežāk rodas indivīdiem augstāku sociālekonomisko statusu, kā arī cilvēkiem, kuriem ir zems izglītības līmenis. Tomēr šāds rezultāts var būt veidojies arī tādēļ, ka bipolārie traucējumi biežāk tiek pirmo reizi diagnosticēti vēlīnā pusaudža vai agrīnā pieaugušā periodā, kad indivīds vēl tikai iegūst izglītību, bet depresīvi traucējumi biežāk tiek pirmo reizi diagnosticēti nedaudz vēlīnākā periodā. (Jeon et al., 2017)

## 4.2. Sociālo apstākļu loma depresīvu simptomu attīstībā

Sociālekonomiskā nevienlīdzība ir ļoti nozīmīgs faktors depresīvu traucējumu, kā arī bieži tos pavadošās suicidalitātes izcelsmē. Ekonomiska nestabilitāte valstī izraisa psiholoģisko stresu, kas korelē gan ar psihisko slimību sākšanos, gan to gaitu. Nelabvēlīgas izmaiņas dzīves apstākļos, tādas kā darba zaudēšana, nespēja atrast jaunu darbu, ir cieši saistītas ar depresiju, trauksmes stāvokļiem, kā arī pašnāvībām.

Tomēr šajā pētniecības darbā sociālekonomiskie faktori, tādi kā bezdarbs, darba zaudēšana, finanšu sarežģījumi, kas izriet no ekonomiskās nestabilitātes, pēc pacientu aptaujām netika izvirzīti galvenajā lomā starp notikumiem, kas varētu būt viens no cēloņiem depresijai.

Lorant et al. (2003) veica meta-analīzi, lai izvērtētu saistību starp sociālekonomisko statusu un depresiju. Rezultāti norādīja, ka indivīdiem ar zemu sociālekonomisko statusu ir lielāks risks uz depresijas attīstību, taču šīs saistības ciešums atkarīgs no tādiem apstākļiem kā reģiona, laika, kā arī tā, kā psihiskā saslimšana un sociālekonomiskais statuss tiek noteikts attiecīgajā reģionā. Tāpat arī depresijas saistību ar sociālekonomisko statusu pierādīja vēl vairāki pētnieki (Ansseau et al., 2008).

20. gadsimta deviņdesmito gadu sākumā, kad Baltijas valstis piedzīvoja ievērojamas pārmaiņas, atgūstot neatkarību, palielinājās suicīdu skaits. Tiek uzskatīts, ka šis pašnāvību skaita pieaugums ir cieši saistīts ar sarežģījumiem, kuriem Baltija gāja cauri atjaunošanas periodā. Šis psihiski traumatiskais periods ietekmēja daudzu iedzīvotāju gan fizisko, gan psihisko veselību, kas rezultējās saslimšanu pieaugumā, negadījumos, kā arī suicīdu pieaugumā. Tai pat laikā palielinājās arī bezdarba līmenis, sākot kristies tikai ap 2000. gadu, bet suicīdu skaits sāka samazināties ap 1996. gadu. Šajā pašā laika periodā citās Eiropas valstīs suicīdu skaits bija aptuveni vienā līmenī, kas bija izteikti zemāks nekā Baltijas valstīs reģistrētais. (Stankunas et al., 2013)

Rancāns et al. (2001) savā pētnieciskajā darbā apskatīja demogrāfiskos, sociālos un ekonomiskos faktorus, kas saistīti ar suicīdu skaitu Latvijā no 1980. līdz 1998. gadam, secinot, ka tikai vienīgi demogrāfiskie un socioekonomiskie faktori nespēj pietiekami pamatot suicīdu skaitu konkrētajā laika periodā, bet ir jāņem vērā arī psiholoģiskie faktori. Pēkšņas izmaiņas iekšzemes kopproduktā (IKP), straujš pirmreizēju alkohola psihožu epizožu pieaugums, kā arī bezdarbnieku skaits stingri nekorelēja ar suicīdu skaita izmaiņām.

Eiropas Savienībā (ES) ir novērota asociācija starp nacionālo bezdarba līmeni un pašnāvību skaitu. Bezdarba līmeņa pieaugums par 1% ir saistīts ar 0,8% lielāku pieaugumu veikto pašnāvību skaitā iedzīvotāju grupā līdz 65 gadiem (Wahlbeck et al., 2009). Nabadzība ir spēcīgs socioekonomiskais riska faktors psihiskajām saslimšanām, tāpat arī bērniem uzaugot nabadzīgos apstākļos, pastāv paaugstināts risks attīstīties sekām, kas izpaudīsies ar psihiskās veselības traucējumiem. Finansiālu līdzekļu trūkums samazina indivīda iespējas dzīvē, pieeju resursiem, tādējādi palielinot iespēju piedzīvot psiholoģiski smagus notikumus.

2017. gadā Latvijā publicētajā pētījumā (Leff et al., 2017) par ģimenes ārstu pieredzi, diagnosticējot depresiju pacientiem ar somatiskām sūdzībām, pierādījās, ka ģimenes ārsti, ja viņiem iespējams uzzināt pacienta psihosociālo informāciju, spēj vieglāk atpazīt depresiju. Taču Latvijā pacienta vizītes ilgums pie ģimenes ārsta vidēji ir 15-20 minūtes, kas apgrūtina pietiekamas anamnēzes ievākšanu. Tāpēc, jo ģimenes ārstam ir vairāk pacientu, jo mazāk viņš iedziļinās konkrētajā pacientā. Kā arī ģimenes medicīnas speciālisti maz izmanto depresijas simptomu noteikšanas skalas, kas varētu palīdzēt diagnostikā.

#### **4.3. Stresu izraisošu notikumu loma depresīvu simptomu attīstībā**

Psihotraumatiskie notikumi var norisināties ne tikai indivīdam apkārt esošajā ārējā vidē, bet arī viņa iekšējā psihiskajā vidē. Iepriekš veiktajos pētījumos pierādīts, ka ap 80% pacientu pirms depresīvas simptomātikas attīstīšanās dzīvē noticis kāds lielu stresu izsaucošs notikums (Mazure, 1998, Hammen, 2005). Stresa saistība ar depresiju pierādījusies neatkarīga no stresora (Tennant, 2002; Paykel 2003). Šajā pētījumā stresu radoši notikumi pirms depresīvās epizodes tika konstatēti 92% no visiem aptaujātajiem respondentiem, kas atbilst iepriekš veiktajiem pētījumiem, tādējādi apstiprinot vienu no pētījuma hipotēzēm.

Tāpat arī stresa saistībā ar depresiju viens no faktoriem ir dzimums. Vīrieši biežāk piedzīvos depresiju pēc sarežģījumiem darbā, šķiršanās, attiecību izbeigšanas, bet sievietes – pēc starppersonu konfliktiem, nopietnas slimības vai tuva cilvēka nāves. (Kirmayer et al., 2001). Ir apstiprināts, ka sievietes ir jutīgākas tieši uz starppersonu stresoriem – attiecību

problēmām ar tuviem cilvēkiem (Hammen, 2003; Hasler, 2010; Kendler et al., 2014).

Jeon et al. (2017) apgalvo, ka stresors ar visspēcīgāko ietekmi ir dzīvesbiedra vai partnera zaudējums, kā arī darba zaudēšana.

Šī darba autore veiktajā pētījumā pierādījās, ka respondenti izteiktāk kā stresu radošus notikumus atzīmēja starppersonālus notikumus kā attiecību pārtraukšanu (13% sieviešu, 50% vīriešu) vai pasliktināšanos (54% sieviešu, 39% vīriešu), tuva cilvēka nāvi (21% vīriešu un 21% sieviešu) vai nonākšanu slimnīcā smagas slimības dēļ (25% sieviešu, 14% vīriešu). Sarežģījumus darbā atzīmēja tikai 13% sieviešu, bet neviens vīrietis.

Nozīmīga loma ir tam, vai stresu radošais notikums indivīda dzīvē ir neatkarīgs (noticis ārpus indivīda kontroles, piemēram, darba zaudējums ekonomiskas situācijas dēļ vai tuva cilvēka nāve) vai atkarīgs (radīts paša indivīda darbības rezultātā, piemēram, attiecību pasliktināšanās). Nekontrolējamajiem jeb neatkarīgajiem notikumiem ir lielāks potenciāls destabilizēt indivīda stāvokli, nekā notikumiem, kuros indivīdam saglabājas zināma kontrole situāciju mainīt vai novērst (piemēram, finansiāliem zaudējumiem). Šajā darbā no pieciem visbiežāk piedzīvotajiem stresu izraisošajiem notikumiem trīs ir kontrolējamie (attiecību pasliktināšanās, problēmas ar tuva cilvēka uzvedību, šķiršanās), savukārt divi notikumi ir nekontrolējamie (respondenta vai tuvinieka nonākšanas slimnīcā, tuva cilvēka nāve).

Pētījumos vidēji aptuveni 75% depresijas pacientu atzīmē negatīvu dzīves notikumu esamību pirms depresīvās epizodes; kontroles grupā procentuāli tas sastāda 25%. Pēc spēcīga stresora iedarbības, piemēram, tuva cilvēka zaudējuma, risks uz depresijas attīstību sasniedz 17-31%. Relatīvais risks uz depresīvās epizodes attīstību pēc ekspozīcijas negatīviem notikumiem variē no trīs līdz desmit. Relatīvais risks ir attiecība starp depresijas incidenci tiem, kuriem ekspozīcija stresu izraisošiem notikumiem bijusi, un incidence tiem, kuriem nav bijusi. (Van Praag et al., 2004)

Asociācija ar depresijas sākšanos ir stiprāka atkarīgiem nekā neatkarīgiem dzīves notikumiem (Kessler, 1997; Kendler et al., 1999), tomēr risks uz depresijas attīstību ir augstāks pēc neatkarīgiem nekā atkarīgiem notikumiem – tas norāda, ka neatkarīgi notikumi ir labāki rādītāji uz depresīvās epizodes sākšanos nekā atkarīgi notikumi. (Brown & Harris, 1978).

Tomēr stresu izraisoši notikumi nav specifiski saistīti ar depresijas izraisīšanu. Tāpat šādi notikumi pastiprina arī risku uz psihožu vai trauksmes stāvokļu sākšanos. Piemēram, Rusaka et al. (2014) savā pētījumā, ko veica Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā, salīdzināja hroniska stresa ietekmi uz akūtu transitoru psihotisku traucējumu (ATPT) attīstību, secinājumos norādot, ka, lai gan stresu radoši notikumi ir novēroti gandrīz pusei (49.0%) ATPT pacientu pirms pirmās slimības epizodes, tomēr iegūtie dati pilnībā neļauj uzskatīt

hronisku stresu kā vienu no ATPT izraisītājfaktoriem. Kā biežākie stresu izraisošie notikumi tika minēti bezdarbs, skolas vai darba maiņa, kā arī problēmas darba vietā. Uz sieviešu dzimuma respondentēm lielāku ietekmi atstāja tādi notikumi kā šķiršanās vai separācija, nopietna slimība vai operācija, nopietni sarežģījumi ģimenē un darbā.

Iepriekš veiktajos pētījumos pierādīts, ka hroniskam stresam ir daudz spēcīgāks depresogēnais efekts nekā akūtam stresam (Brown & Harris, 1978; McGonagle et al., 1990). Hronisks stress kopā ar stresu izraisošiem akūtiem notikumiem palielina depresijas risku desmitkārtīgi, salīdzinot ar indivīdiem, kuriem nav bijis neviena šāda notikuma (Van de Willige et al, 1995).

### **Pētījuma ierobežojumi:**

Lai gan veiktais pētījums skaidri norāda uz individuāli nozīmīgu mikrosociālu faktoru pārsvaru depresīvo traucējumu premorbīdajā periodā, nelielais aptaujāto respondentu skaits neļauj iegūtos datus droši attiecināt uz pacientu populāciju kopumā. Pētījumā detalizēti netika analizēti tādi pacientu individuālie faktori kā ienākumu līmenis, sadzīves apstākļi vai attiecību statuss ģimenē.

## 5. SECINĀJUMI

1. Augstāka depresijas sastopamība ir sievietēm.
2. Nav nozīmīgas saistības starp depresīviem traucējumiem un izglītības līmeni.
3. Depresīvas epizodes izraisīšanai par pamatu spēj būt arī tikai viens piedzīvots stresu izsaucošs notikums, taču vidēji pacienti atzīmē divus vai trīs notikumus 12 mēnešu periodā pirms stacionēšanas.
4. Visbiežākie stresu izraisošie notikumi, kas spēj izsaukt depresīvu simptomātiku, ir starppersonālie notikumi kā attiecību pārtraukšana vai pasliktināšanās, tuva cilvēka nāve vai nonākšana slimnīcā smagas slimības dēļ.
5. Pozitīvu stresu izsaucoši notikumi (apprecēšanās, ģimenes pieaugums, grūtniecība) nespēj kompensēt negatīvo notikumu efektu depresijas attīstībā.
6. Smagas valsts sociālekonomiskās situācijas laikā kā galvenie stresu izsaucošie notikumi tika atzīmēti starppersonālas problēmas, ne sarežģījumi finanšu vai nodarbinātības jomā.

### Darba hipotēzes

1. Depresīvas epizodes attīstībai par pamatu var būt viens stresu izraisošs notikums, kas noticis pacienta dzīvē pēdējā viena gada laikā – **apstiprinājās**.
2. Stresu radošie notikumi, kuri visbiežāk spēj izraisīt unipolāru vai bipolāru depresiju, ir šķiršanās, paša indivīda saslimšanas, sarežģījumi darbā un interpersonālas problēmas – **daļēji apstiprinājās**.
3. Depresīvi traucējumi ir vairāk izplatīti sievietēm – **apstiprinājās**.

## **Rekomendācijas**

Nepieciešams pievērst lielāku uzmanību depresijas diagnostikai primārajā aprūpē, īpaši pacientu sociālo faktoru noskaidrošanai, kā arī rūpīgai pacientu vispārējās anamnēzes ievākšanai.

Tāpat arī valsts mērogā vajadzētu veicināt vieglu un vidēji smagu depresīvu traucējumu ārstēšanu ģimenes ārstu uzraudzībā, īpaši apmācot ģimenes ārstus un izstrādājot vienotu diagnostikas sistēmu.

Savukārt Latvijas vispārējā populācijā jāmazina depresijas stigmatizācija, veicot iedzīvotāju izglītošanu garīgās veselības jautājumos, lai sekmētu cilvēku informētību par depresijas simptomiem un tās agrīnas diagnostikas nozīmi.

## PATEICĪBAS

Vēlos pateikt milzīgu paldies mana darba vadītājai dr. Marinai Losevičai par sniegto atbalstu, palīdzību un vērtīgajiem padomiem visā darba rakstīšanas procesā.

Tāpat liels paldies Strenču Psihoneiroloģiskās slimnīcas galvenajai ārstei dr. Ingai Bauskai par atļauju veikt šī pētnieciskā darba praktisko daļu Strenču PNS, kā arī nodaļu vadītājiem un ārstiem dr. Oskaram Krumholcam, dr. Marijai Evertei un dr. Raivim Loginam par palīdzību šī darba tapšanā.

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Ansseau M., Fischler B., Dierick M., Albert A., Leyman S., Mignon A., 2008. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depress Anxiety*. 25, 506-513.
2. Blay S. L., Andreoli S. B., Fillenbaum G. G., Gastal F. L., 2007. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 15, 790-799.
3. Bradley R. G., Binder E. B., Epstein M. P., et al., 2008. Influence of Child Abuse on Adult Depression: Moderation by the Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Gene. *Archives of General Psychiatry*. 65, 190–200.
4. Brigitta B., 2002. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 4, 7-20.
5. Brown G. W., Harris T. O. Life Events and Illness. Guilford Press, 1989.
6. Caspi A., Sugden K., Moffitt T. E., Taylor A., Craig I. W., Harrington H., McClay J., Mill J., Martin J., Braithwaite A., Poulton R., 2003. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science*. 301, 386-389.
7. Chazelle E., Lemogne C., Morgan K., Kelleher C. C., Chastang J. F., Niedhammer I., 2011. Explanations of educational differences in major depression and generalised anxiety disorder in the Irish population. *Journal of Affective Disorders*. 134, 304-314.
8. Dalton V. S., Kolshus E., McLoughlin D. M., 2014. Epigenetics and depression: return of the repressed. *Journal of Affective Disorders*. 155, 1-12.
9. Duval F., Mokrani M. C., Bailey P., Correa H., Diep T. S., Crocq M. A., Macher J. P., 1999. Thyroid axis activity and serotonin function in major depressive episode. *Psychoneuroendocrinology*. 24, 695-712.
10. Fisher H. L., Cohen-Woods S., Hosang G. M., Korszun A., Owen M., Craddock N., Craig I. W., Farmer A. E., McGuffin P., Uher R., 2013. Interaction between specific forms of childhood maltreatment and the serotonin transporter gene (5-HTT) in recurrent depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 145, 136-141.
11. Fryers T., Melzer D., Jenkins R., Brugha T., 2005. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 1, 14.
12. Gałecki P., Talarowska M., 2017. The Evolutionary Theory of Depression. *Medical Science Monitor*. 23, 2267-2274.

13. Goodwin, F. K., Jamison, K. R., Ghaemi, S. N. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. New York, N.Y.: Oxford University Press, 2007.
14. Haberstick B. C., Boardman J. D., Wagner B., et al., 2016. Depression, Stressful Life Events, and the Impact of Variation in the Serotonin Transporter: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (Add Health). *PLoS One*. 11, e0148373.
15. Hage M. P., Azar S. T., 2012. The Link between Thyroid Function and Depression. *Journal of Thyroid Research*. 2012, 590648.
16. Hammen C., 2006. Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions. *Journal of Clinical Psychology*. 62, 1065-1082.
17. Hammen C., 2005. Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 1, 293–319.
18. Hammen C., 2003. Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*. 74, 49–57.
19. Harvey J. H., Miller E. D. Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives. Psychology Press, 2000.
20. Hasler G., 2010. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry*. 9, 155–161.
21. Hosang G., Korszun A., Jones L., Jones I., McGuffin P., Farmer A., 2012. Life-event specificity: Bipolar disorder compared with unipolar depression. *British Journal of Psychiatry*. 201, 458-465.
22. Hosang G. M., Shiles C., Tansey K. E., MCGuffin P., Uher R., 2014. Interaction between stress and the BDNFVal66Met polymorphism in depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*. 12, 7.
23. Jeon S. W., Amidfar M., Kim Y. Bio-Psycho-Social Risk Factors for Depression. Major Depressive Disorder Risk Factors, characteristics and treatment options. Chapter 5, p. 71. Nova Science, 2017.
24. Jesulola E., Micalos P., Baguley I. J., 2018. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? *Behavioural Brain Research*. 341, 79-90.
25. Kendler K. S., Gatz M., Gardner C. O., Pedersen N. L., 2006. A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression. *American Journal of Psychiatry*. 163, 109-114.
26. Kendler K. S., Kuhn J. W., Vittum J., Prescott C. A., Riley B., 2015. The Interaction of Stressful Life Events and a Serotonin Transporter Polymorphism in the Prediction

- of Episodes of Major Depression: A Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62, 529–535.
27. Kendler K. S., Gardner C. O., 2014. Sex differences in the path-ways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*. 171, 426–35.
  28. Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K. R., et al., 2003. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 289, 3095-3105.
  29. Kilpatrick D. G., Koenen K. C., Ruggiero K. J., Acierno R., Galea S., Resnick H., Roitzsch J., Boyle J., Gelernter J., 2007. The Serotonin transporter Genotype and Social Support and Moderation of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Hurricane-Exposed Adults. *American Journal of Psychiatry*. 164, 1693-1699.
  30. Kirmayer L, Groleau D., 2001. Affective disorders in cultural context. *Psychiatry Clinics of North America*. 24, 465–478.
  31. Kleinberg A., Aluoja A., Vasar V., 2010. Point prevalence of major depression in Estonia. Results from the 2006 Estonian Health Survey. *European Psychiatry*. 25, 485-490.
  32. Krishnan R. Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology. UpToDate. (skatīts 04.02.2019.)
  33. Ladin K., 2008. Risk of late-life depression across 10 European Union countries: deconstructing the education effect. *Journal of Aging and Health*. 20, 653-670.
  34. Leff M. S., Vrubļevska J., Lūse A., Rancāns E., 2017. Latvian family physicians' experience diagnosing depression in somatically presenting depression patients: A qualitative study. *European Journal of General Practice*. 23, 91-97.
  35. Lindeman S., Hämäläinen J., Isometsä E., Kaprio J., Poikolainen K., Heikkinen M., Aro H., 2000. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 102, 178-84.
  36. Lorant V., Delière D., Eaton W., Robert A., Philpott P., Anseau M., 2003. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. 157, 98-112.
  37. Mathers C. D., Loncar D., 2006. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 3, e442.
  38. Mazure C. M., 1998. Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 5, 291–313.

39. McGonagle K. A., Kessler R. C., 1990. Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology*. 18, 681-706.
40. Nanni V., Uher R., Danese A., 2012. Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 169, 141-151.
41. Olsen L. R., Mortensen E. L., Bech P., 2004. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109, 96-103.
42. Patten S. B., Wang J. L., Williams J. V., Currie S., Beck C. A., Maxwell C. J., El-Guebaly N., 2006. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*. 51, 84-90.
43. Paykel E. S., 2003. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 108, 61–66.
44. Rancans E., Salander Renberg E., Jacobsson L., 2001. Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980–98. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 103, 275–281.
45. Rancans E., Vrublevska J., Snikere S., Koroleva I., Trapencieris M., 2014. The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*. 156, 104-110.
46. Rusaka M., Rancans E., 2014. A prospective follow-up study of first-episode acute transient psychotic disorder in Latvia. *Annals of Geneneral Psychiatry*. 13, 4.
47. Salleh M. R., 2008. Life event, stress and illness. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 15, 9-18.
48. Shyn S. I., Shi J., Kraft J. B., Potash J. B., Knowles J. A., Weissman M. M., Garriock H. A., Yokoyama J. S., McGrath P. J., Peters E. J., Scheftner W. A., Coryell W., Lawson W. B., Jancic D., Gejman P. V., Sanders A. R., Holmans P., Slager S. L., Levinson D. F., Hamilton S. P., 2011. Novel loci for major depression identified by genome-wide association study of Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression and meta-analysis of three studies. *Molecular Psychiatry*. 16, 202-215.
49. Stankunas M., Lindert J., Avery M., Sorensen R., 2013. Suicide, recession, and unemployment. *The Lancet*. 381, 721.
50. Stevens, A., Price, J. Evolutionary psychiatry: A new beginning (2nd ed.). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group, 2000.
51. Sullivan et al., 2006. Genome-wide association for major depressive disorder: a possible role for the presynaptic protein piccolo. *Molecular Psychiatry*. 14, 359–375.

52. Tennant C., 2002. Life events, stress and depression: a review of the findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36, 173–182.
53. Van de Velde S., Bracke P., Levecque K., 2010. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*. 71, 305-313.
54. Van Praag H. M., de Kloet E. R., van Os J. Stress, the Brain and Depression. Cambridge University Press, 2004.
55. Vigo D., Thornicroft G., Atun R., 2016. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 3, 171 - 178.
56. Vreeburg S. A., Hoogendijk W. J. G., van Pelt J., et al., 2009. Major Depressive Disorder and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Activity: Results From a Large Cohort Study. *Archives of General Psychiatry*. 66, 617–626.
57. Vrublevska, J., Trapencieris, M., Snikere, S., Grinberga, D., Velika, B., Pudule, I., Rancans, E., 2017. The 12-month prevalence of depression and health care utilization in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*. 210, 204-210.
58. Wahlbeck K., Awolin M., 2009. The Impact of Economic Crises on the Risk of Depression and Suicide: A Literature Review.
59. Caune M., Rancāns E., Andrēziņa R. Sociālpsihiatrija. RSU, 2009.
60. Latvijas Centrālā statistikas pārvalde. Darba samaksas pārmaiņas 2018. gada IV ceturksnī un 2018. gadā. [https://www.csb.gov.lv/sites/default/files/publication/2019-03/Nr\\_12\\_Darba\\_samaksas\\_parmainas\\_2018\\_04\\_\(2019\\_01q\)%20LV.pdf](https://www.csb.gov.lv/sites/default/files/publication/2019-03/Nr_12_Darba_samaksas_parmainas_2018_04_(2019_01q)%20LV.pdf) [skatīts 14.04.2019.]
61. Latvijas Centrālā statistikas pārvalde. Latvijas statistikas gadagrāmata 2018. [https://www.csb.gov.lv/sites/default/files/publication/2018-12/Nr\\_01\\_Latvijas\\_statistikas\\_gadagramata\\_2018\\_Statistical%20Yearbook%20of%20Latvia\\_\(18\\_00\)\\_LV\\_EN.pdf](https://www.csb.gov.lv/sites/default/files/publication/2018-12/Nr_01_Latvijas_statistikas_gadagramata_2018_Statistical%20Yearbook%20of%20Latvia_(18_00)_LV_EN.pdf) [skatīts 14.04.2019.]
62. Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija: SSK-10: 10. redakcija. Slimību profilakses un kontroles centrs, 2016.
63. Šica K., Pulmanis T., Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā. Tematisks ziņojums. SPKC 17. izdevums, Rīga, 2017.
64. Tērauds E., Rancāns E., Andrēziņa R., Kupča B., Ancāne G., Ķiece I., Bezborodovs Ņ. Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. Latvijas Psihiatru asociācija, 2015.
65. Жмуров В.А. Психопатология. Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2002.

## **PIELIKUMI**

## PIELIKUMS NR. 1

### Depresīvu traucējumu klasifikācija pēc diagnožu kodiem

Kods	Veids	Raksturojums
F31	Bipolāri afektīvi traucējumi	Divas vai vairākas epizodes ar periodiski pacilātu garastāvokli, palielinātu enerģiju un aktivitāti (mānija), periodiski nomāktu garastāvokli, samazinātu enerģiju un aktivitāti (depresija). Depresīvo epizodi var klasificēt kā vieglu, vidēji smagu vai smagu; ar vai bez psihotiskiem simptomiem.
F32	Depresijas epizode (pirmreizēja, atsevišķa)	Tipiska viegla, vidēji smaga vai smaga epizode ar nomāktu garastāvokli, enerģijas un aktivitātes samazināšanos. Epizode var noritēt gan ar, gan bez psihotiskiem simptomiem.
F33	Rekurenti depresīvi traucējumi	Atkārtotas depresijas epizodes (vieglas, vidēji smagas, smagas).
F34.0, F34.1	Persistējoši garastāvokļa traucējumi (ciklotīmija, distīmija)	Ciklotīmija - pastāvīgi nestabils garastāvoklis, ir vairāki depresijas un vieglas pacilātības periodi, bet ne tik smagi, lai noteiktu bipolāro traucējumu vai rekurentas depresijas diagnozi. Distīmija - hroniski nomākts garastāvoklis, kas turpinās vairākus gadus, bet ne tik smags, lai noteiktu depresijas diagnozi.
F06.32	Organiski afektīvi traucējumi, depresīvs tips	Garastāvokļa pārmaiņas, kam pamatā ir organiska bojājuma rezultātā radušies traucējumi.
F20.4	Postšizofrēniska depresija	Depresijas epizode, kas rodas pēc šizofrēnijas uzliesmojuma.
F43.2	Adaptācijas traucējumi	Traucējumi, kas rodas adaptācijas periodā, piemērojoties jūtāmām pārmaiņām dzīvē vai psihotraumējošiem dzīves notikumiem.

## PIELIKUMS NR. 2

### Life Events List aptaujas anketa (LEL; Cohen, Tyrell & Smith, 1991)

Anketas latviešu valodas tulkojums: Dace Gailāne, LU HZF Valodniecības un tulkošanas nodaļas maģistrantūra)

Datums: \_\_\_\_\_ Nodaļa:  1.  2.  3.

Šifra Nr.: \_\_\_\_\_ Dzimums: S / V Vecums: \_\_\_\_\_ Diagnozes kods: F \_\_\_\_\_

Izglītības līmenis:  Nepabeigta pamatizglītība  Pamatizglītība  Vispārējā vidējā  
 Vidējā profesionālā  Nepabeigta augstākā  Augstākā

Profesija: \_\_\_\_\_

Atzīmēt notikumus, kas notikuši pacienta dzīvē pēdējo 12 mēnešu laikā. Ja pacients uz kādu no numurētajiem jautājumiem atbild ar "Nē", pāriet uz nākamo jautājumu.

#### 1. Pārvākšanās: Jā / Nē

- a. Kāds ir rajons, uz kuru respondents pārvācās?  Līdzīgs  Labāks  Sliktāks  
b. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

#### 2. Atsaukta saderināšanās vai attiecību izbeigšana: Jā / Nē

- a. Sajūtas par šķiršanos?  Ļoti labas  Diezgan labas  Drīzāk labas  Drīzāk sliktas  
 Diezgan sliktas  Ļoti sliktas

#### 3. Apprecēšanās: Jā / Nē

- a. Vai respondents gribēja precēties?  Nē  Jā  
b. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

#### 4. Tuva cilvēka zaudējums: Jā / Nē

- a. Kas bija šis cilvēks?  Dzīvesbiedrs  Kāds no vecākiem  Kāds no dzīvesbiedra vecākiem  
 Māsa, brālis, bērns vai cits radnieks  Draugs  Cits variants: \_\_\_\_\_

**5. Laulības šķiršana: Jā / Nē**

a. Vai respondents gribēja šķirt laulību?  Nē  Jā

b. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

**6. Attiecību izbeigšana ar tuvu draugu: Jā / Nē**

a. Vai respondents gribēja izbeigt attiecības?  Nē  Jā

b. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

**7. Attiecību pasliktināšanās ar dzīvesbiedru, tuvu draugu, priekšnieku vai ģimenes locekli (neskaitot attiecības, uz kurām attiecas 6. jautājums): Jā / Nē**

a. Ar ko?  Priekšnieks  Dzīvesbiedrs  Draugs  Bērns  Kāds no vecākiem  
 Cits ģimenes loceklis

**8. Ģimenes pieaugums/adopcijas veikšana: Jā / Nē**

a. Vai šis ir respondenta pirmais bērns?  Nē  Jā

b. Vai ģimenes pieaugums bija plānots?  Nē  Jā

b. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

**9. Respondenta, tuva drauga vai ģimenes locekļa negadījums, kurā nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība: Jā / Nē**

a. Kas bija cietušais?  Respondents  Dzīvesbiedrs  Bērns  Kāds no vecākiem

Kāds no dzīvesbiedra vecākiem  Brālis vai māsa  Draugs  Cits variants: \_\_\_\_\_

**10. Respondenta/drauga/ģimenes locekļa nonākšana slimnīcā smagas slimības dēļ: Jā / Nē**

a. Kas bija cietušais?  Respondents  Dzīvesbiedrs  Bērns  Kāds no vecākiem

Kāds no dzīvesbiedra vecākiem  Brālis vai māsa  Draugs  Cits variants: \_\_\_\_\_

**11a (sievietēm) Grūtniecība: Jā / Nē**

a. Vai grūtniecība bija plānota?  Nē  Jā

b. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

**11b (vīriešiem) Sievas, dzīvesbiedres vai draudzenes grūtniecība: Jā / Nē**

a. Vai grūtniecība bija plānota?  Nē  Jā

b. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

**12a (sievietēm) Veikts aborts: Jā / Nē**

**12b (vīriešiem) Sievai, dzīvesbiedrei vai draudzenei veikts aborts: Jā / Nē**

**13a (sievietēm) Pārtraukta vai neveiksmīga grūtniecība: Jā / Nē**

**13b (vīriešiem) Pārtraukta vai neveiksmīga grūtniecība sievai, dzīvesbiedrei vai draudzenei:  
Jā / Nē**

**14. Respondents vai dzīvesbiedrs/partneris zaudējis vai mainījis darba vietu: Jā / Nē**

a. Kurš?  Respondents  Dzīvesbiedrs  Abi

b. Kādēļ aizgāja no darba?  Streiks  Īslaicīga atstādināšana  Atlaišana

Labāks darba piedāvājums  Rūpnīcas slēgšana vai biznesa reorganizācija  Pensija

Cits: \_\_\_\_\_

c. Vai darba vietu būtu iespējams saglabāt pēc paša vēlēšanās?  Nē  Jā

d. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

**15. Respondenta vai dzīvesbiedra nopietni zaudējumi biznesa jomā: Jā / Nē**

a. Kurš?  Respondents  Dzīvesbiedrs  Abi

**16. Respondenta/dzīvesbiedra nopietni sarežģījumi vai vilšanās izglītības vai profesionālajā jomā: Jā / Nē**

a. Kurš?  Respondents  Dzīvesbiedrs  Abi

b. Iemesls?  Pazeminājums amatā  Neizdošanās iegūt paaugstinājumu  Nenokārtots kurss

Nesaskaņas ar priekšniecību vai kolēģiem  Probācija  Neizdošanās iekļūt izglītības kursā

Cits variants: \_\_\_\_\_

**17. Respondenta vai dzīvesbiedra gūti lieli panākumi izglītības vai profesionālajā jomā:**

Jā / Nē

a. Kurš?  Respondents  Dzīvesbiedrs  Abi

**18. Nopietnas izmaiņas finanšu jomā: Jā / Nē**

a. Kādas bija izmaiņas?  Pozitīvas  Negatīvas

**19. Ielaušanās respondenta dzīvesvietā: Jā / Nē**

**20. Respondenta, dzīvesbiedra vai tuvinieka aplaupīšana vai uzbrukums: Jā / Nē**

a. Kas?  Respondents  Dzīvesbiedrs  Bērns  Kāds no vecākiem  Māsa vai brālis

Cits variants: \_\_\_\_\_

**21. Problēmas sagādājusi kāda tuva cilvēka uzvedība: Jā / Nē**

a. Kura?  Dzīvesbiedra  Bērna  Kāda no vecākiem  Māsas vai brāļa

Cits variants: \_\_\_\_\_

**22. Respondenta vai dzīvesbiedra ierašanās tiesā kā apsūdzētajam, lieciniekam vai apsūdzētajam: Jā / Nē**

a. Kurš?  Respondents  Dzīvesbiedrs  Abi

b. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta

Ļoti slikta

**23. Atvadīšanās no mājdzīvnieka, kam respondents bija pieķēries: Jā / Nē**

**24. Notikumi respondenta, dzīvesbiedra vai ģimenes locekļu dzīvēs, kas pēdējo gadu padara izteikti atšķirīgu no citiem: Jā / Nē (atzīmēt līdz trim notikumiem)**

1. notikums: a. Kam?  Respondentam  Dzīvesbiedram  Bērnam  Kādam no vecākiem  Kādam no dzīvesbiedra vecākiem  Brālim vai mātai  Draugam  Cits variants:

\_\_\_\_\_

b. Kas notika? \_\_\_\_\_

c. Vai respondents gribēja, lai tas notiktu?  Nē  Jā

d. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta

Ļoti slikta

2. notikums: a. Kam?  Respondentam  Dzīvesbiedram  Bērnam  Kādam no vecākiem   
Kādam no dzīvesbiedra vecākiem  Brālim vai mātai  Draugam  Cits variants:

\_\_\_\_\_

b. Kas notika? \_\_\_\_\_

c. Vai respondents gribēja, lai tas notiktu?  Nē  Jā

d. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

3. notikums: a. Kam?  Respondentam  Dzīvesbiedram  Bērnam  Kādam no vecākiem   
Kādam no dzīvesbiedra vecākiem  Brālim vai mātai  Draugam  Cits variants:

\_\_\_\_\_

b. Kas notika? \_\_\_\_\_

c. Vai respondents gribēja, lai tas notiktu?  Nē  Jā

d. Pieredze:  Ļoti laba  Diezgan laba  Drīzāk laba  Drīzāk slikta  Diezgan slikta  
 Ļoti slikta

**Citas piezīmes:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PIELIKUMS NR. 3

### Informācijas veidlapa pacientam

Retrospektīvs pētījums: „**Stresu radoši dzīves notikumi kā viens no depresijas izsaucējfaktoriem**”

### Pētījuma informācija pacientam

#### Cienījamais/ā pacient/e

Piedāvājam Jums piedalīties retrospektīvā pētījumā, „Stresu radoši dzīves notikumi kā viens no depresijas izsaucējfaktoriem”, kurā paredzēts izvērtēt pakāpi, kādā notikumi cilvēka dzīvē, kas saistās ar paaugstinātu stresu, var būt par cēloni depresīvu traucējumu attīstībā.

Pirms pieņemat lēmumu piekrist piedalīties šajā pētījumā, lūdzam Jūs rūpīgi iepazīties ar informāciju, kas sīkāk paskaidro pētījuma mērķi un Jūsu dalības nozīmi.

#### Pētījuma mērķis

Galvenais mērķis ir noskaidrot to, cik lielā mērā cilvēka reakcija uz dažādiem stresu izsaucošiem dzīves notikumiem spēj būt par iemeslu depresīvu traucējumu attīstībā.

#### Pētījuma apraksts

Jūsu iesaiste šajā pētījumā notiks Jūsu atrašanās laikā Strenču psihoneiroloģiskajā slimnīcā. Jums sarunas laikā būs jāatbild uz intervētāja uzdotiem 24 jautājumiem ar “jā” vai “nē” par to, kādi notikumi varētu būt risinājušies Jūsu dzīvē pēdējā gada laikā. Ja atbildēsiet apstiprinoši uz kādu no uzdotajiem jautājumiem, Jums būs jāatbild uz vienu vai vairākiem papildjautājumiem, lai precizētu, cik liela un kāda veida ietekme konkrētajam notikumam bijusi uz Jūsu dzīvi.

#### Pētījuma ilgums

Pētījums notiks 7 mēnešus ilgā laika posmā no 2018. gada 1. augusta līdz 2019. gada 1. martam.

## **Iespējamie riski**

Piedalīšanās pētījumā Jūsu veselībai nenodarīs nekādu ļaunumu. Jums var rasties minimāls diskomforts sakarā ar vajadzību atcerēties iespējamus psiholoģiski traumatiskus pagātnes notikumus un ar tiem saistītās negatīvās atmiņas.

## **Ko nozīmē jūsu piedalīšanās?**

Jūsu medicīniskā aprūpe nemainīsies neatkarīgi no tā, vai Jūs piekrītat piedalīties pētījumā, vai nē. Jūsu piedalīšanās mums palīdzēs labāk izprast Jūsu saslimšanu un tās saistību ar dažādiem traumatiskiem notikumiem.

## **Izstāšanās no pētījuma**

Jebkurā brīdī, nepaskaidrojot savus iemeslus, Jūs varat izstāties no pētījuma. Pat ja iepriekš esat parakstījis piekrišanas veidlapu, jebkurā turpmākajā intervijas posmā Jūs varat atteikties no turpmāko atbilžu sniegšanas.

## **Iespējamie ieguvumi**

Jūsu izpratne par savu saslimšanu palielināsies, sarunājoties ar intervētāju par savu slimību un tās iespējamajiem izraisītājiem. Nepieciešamības gadījumā šī informācija palīdzēs arī Jūsu ārstējošajam ārstam gūt dziļāku izpratni par Jūsu saslimšanu.

## **Datu aizsardzība un klīniskās informācijas izmantošana**

Pētījuma gaitā netiks reģistrēta Jūsu personiskā informācija, izņemot dzimumu, vecumu, diagnozi, izglītības līmeni un profesiju. Pētījums neparedz piekļuvi Jūsu slimības vēsturei.

## **Pētījuma rezultāti**

**Pētījuma rezultāti nekur netiks publicēti. Uz šī pētījuma bāzes taps LU Medicīnas fakultātes 6. kursa ārstniecības studentes diplomdarbs.**

Visbeidzot, gribam vērst Jūsu uzmanību uz faktu, ka šis informējošais dokuments attiecas tikai uz Jūsu piedalīšanos pētījumā.

**Visus jautājumus par pētījumu un tā rezultātiem, lūdzu, jautājiet:**

Pētījuma vadītāja: Dr. Marina Loseviča, Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centra ambulatori konsultatīvā nodaļa, tel. 67080147.

Pētījuma izpildītāja: LU Medicīnas fakultātes Ārstniecības programmas 6. kursa studente Laura Tauriņa, tel. 28627275.

**Paldies, ka veltījāt laiku, lai izlasītu šo informāciju.**

Datums \_\_\_\_\_

## PIELIKUMS NR. 4

### Informētās piekrišanas veidlapa pacientam

Retrospektīvs pētījums: „**Stresu radoši dzīves notikumi kā viens no depresijas izsaucējfactoriem**”

#### Pacienta piekrišanas veidlapa.

Es, \_\_\_\_\_ (pacienta vārds, uzvārds)

- Esmu izlasījis/-usi pētījuma „Pacienta informācijas” veidlapu.
- Man bija iespēja uzdot jautājumus attiecībā par pētījumu.
- Man ir tiesības uzzināt un pētījuma vadītājam ir pienākums informēt par maniem datiem, kas iegūti pētījuma laikā, ja es tos pieprasu.

Sarunā ar pētījuma autori **Lauru Tauriņu** esmu sapratis/-usi, ka mana dalība pētījumā neietekmēs manu turpmāko medicīnisko aprūpi.

Apzinos, ka mana dalība pētījumā ir brīvprātīga.

Saprotu, ka varu pārtraukt savu dalību pētījumā:

- Jebkurā brīdī, kad to nolemšu.
- Nesniedzot nekādus paskaidrojumus.
- Neizjūtot nekādas sekas un pārmaiņas, kas attiecas uz manu medicīnisko aprūpi.

**Es brīvprātīgi dodu savu piekrišanu dalībai šajā pētījumā.**

Datums: \_\_\_\_\_

Pacienta paraksts:

Pētnieka paraksts:

## DOKUMENTĀRĀ LAPA

Diplomdarbs

” \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_”

izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: \_\_\_\_\_  
(vārds, uzvārds) (paraksts) (datums)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītājs: \_\_\_\_\_  
(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts) (datums)

Recenzents: \_\_\_\_\_  
(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts) (datums)

Darbs iesniegts LU Medicīnas fakultātē \_\_\_\_\_  
(datums)

Vecākā lietvede Juta Bārtule \_\_\_\_\_  
(paraksts)

Diplomdarbs aizstāvēts II līmeņa profesionālās augstākās izglītības studiju programmas „Ārstniecība” Valsts pārbaudījumu komisijas sēdē \_\_\_\_\_ 2019., prot. Nr. \_\_\_\_\_.

Komisijas sekretāre: \_\_\_\_\_  
(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts)