

**“Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana,  
t.sk.farmakoterapija, postnatālajā periodā.”**

**Klīniskais algoritms.**

Saturs .....	1
Saīsinājumi .....	2
Ievads.....	3
Algoritma mērķi. ....	4
Mērķgrupas.....	4
Pamatprioritāte. ....	5
Rekomendācijas.....	5
1. Visas pēcdzemdētājas 1.-3.dienā pēc dzemdībām.....	5
2. Psihisko traucējumu pēcdzemdību periodā riska faktoru identifikācija un depresijas skrīnings. ....	5
3. Jaunajai māmiņai nav nepieciešama tūlītēja palīdzība, kritēriji .....	7
4. Nedēļnieces un jaunās māmiņas novērošana, pēcdzemdību psihozes riska faktori un pazīmes.....	8
5. Psihiskā stāvokļa pasliktināšanās vai jaunu psihisko traucējumu pazīmju pievienošanās...9	
6. Sievietes nosūtīšana sekundārajai psihiatriskajai palīdzībai.....	9
7. Zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai subklīniska vai viegla depresija vai trauksme.....	10
8. Augsts riska faktoru profils un/vai vidēji smaga vai smaga depresija vai trauksme.....	11
9. Nedēļnieces, kurām ir noteikts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresija vai trauksme, un kurām depresija vai trauksme ir sākusies grūtniecības III trimestrī.....	12
10. Nedēļnieces, kurām ir noteikts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresija vai trauksme, un kurām depresija vai trauksme nav sākusies grūtniecības III trimestrī.....	12
11. Paaugstināta pēcdzemdību psihozes riska un pēcdzemdību psihozes pazīmes .....	14
12. Kad ir nepieciešama neatliekama psihiatra konsultācija .....	15
13. Psihiatrs turpina sekundāro psihiatrisko palīdzību un novērošanu visa pēcdzemdību perioda laikā .....	15
14. Psihiatra konsultācija pirms izrakstīšanas no dzemdību stacionāra. ....	15

15.	Jaunās māmiņas, kuras atradīsies ģimenes ārsta novērošana .....	16
16.	Novērošana primārās aprūpes ietvaros.....	17
16.1.	"Pēcdzemdību skumju" sindroms.....	17
16.2.	Depresijas pazīmju smaguma izvērtēšana.....	17
17.	Subklīniska vai viegla depresija un trauksme.....	17
18.	Novērošana un īslaicīgā psiholoģiskā palīdzība.....	18
19.	Ja traucējumi 4 nedēļu pēc īslaicīgās psiholoģiskās palīdzības uzsākšanas laikā nemazinās..	18
20.	Intensīvā strukturētā psiholoģiskā palīdzība.....	18
21.	Vidēji smaga vai smaga depresija un trauksme.....	18
22.	Psihiskā stāvokļa pasliktināšanās vai jaunu psihisku traucējumu pazīmju pievienošanās.....	19
23.	Neatliekama psihiatra konsultācija 24h laikā. ....	19
24.	Neatliekama stacionēšana.....	19
25.	Farmakoterapija postnatālajā periodā.....	20
1.	Vispārējie norādījumi nozīmējot medikamentozo terapiju: .....	20
2.	Ārstēšanas iespējas postnatālajā periodā depresijas un ģeneralizētās trauksmes gadījumā: .....	21
3.	Ārstēšanas iespējas postnatālajā periodā obsesīvi kompulsīvo traucējumu (OKT) gadījumā: .....	21
4.	Ārstēšanas iespējas postnatālajā periodā bipolāri afektīvo traucējumu gadījumā (BAT) gadījumā un "Saskaņotais plāns" .....	21
5.	Postnatālais periods un barošana ar krūti: .....	23
Vēres.....		24

#### Saīsinājumi

APL	antipsihotiskie līdzekļi
ĢĀ	ģimenes ārsts
LPA	Latvijas psihiatru asociācija
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PHQ-2	Patient Health Questionnaire-2
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PI	Psiholoģiskās intervences

Ievads.

Grūtniecības un postnatālais periods vienmēr ir izaicinājums sievietes psihoemocionālajai sistēmai, gan hormonālo svārstību dēļ un somatisko pārmaiņu ietekmē, bet arī aktualizējoties psihosociālajiem un emocionālajiem riska faktoriem. Lai spētu nodrošināt nepieciešamo palīdzību, sievietes aprūpē iesaistīto speciālistu galvenais uzdevums ir laicīgi atpazīt un diferencēt psihoemocionālos traucējumus.

Veids, kā tiek ārstētas psihiskas saslimšanas antenatālā un postnatālā periodā atšķiras no vispārējās populācijas:

- Šīs saslimšanas var ietekmēt sievieti, augli/jaundzimušo, sievietes partneri un citus ģimenes locekļus (15.,23.,25.).
- Sievietēm ar jau eksistējošu psihisku saslimšanu ir palielināts risks pēkšņai medikamentu lietošanas pārtraukšanai, kas var izsaukt pamatsaslimšanas recidīvu vai kopējās slimības norises pasliktināšanos.
- Pēcdzemdību psihozēm var būt ātrāks sākums ar smagākiem simptomiem nekā psihozēm citā laikā.

Riska/ieguvuma attiecībai, lietojot psihotropos medikamentus zīdīšanas laikā, nepieciešams rūpīgs izvērtējums.

Par psihiskajiem traucējumiem perinatālajā periodā uzskata psihiskos traucējumus, ja tie ir sākušies grūtniecības laikā un/vai pēcdzemdību periodā laika posmā līdz 6 nedēļām pēc dzemdībām. Lai arī laika kritērijs pēc SSK-10 ir 6 nedēļas, pēcdzemdību depresija tomēr bieži manifestējas pat līdz gadam pēc dzemdībām.

Pēcdzemdību depresija un psihiskie traucējumi grūtniecības un perinatālajā periodā kopumā ir ļoti aktuāla problēma šobrīd visā pasaulē, īpaši paaugstinātā suicīda riska dēļ.

Psihoemocionālie traucējumi ir galvenais suicīdu riska faktors grūtniecības un pēcdzemdību periodā. Bieži augstā psihisko traucējumu sastopamība un ar to saistītais suicīda un pašievainošanas uzvedības traucējumu risks tiek saistīts ar nepietiekošo perinatālo psihisko traucējumu atpazīstamību un aprūpi. Neraugoties uz daudzām valsts mērogā izstrādātām intervences programmām, pēc 2019.g.datiem ASV pašnāvības un medikamentu, t.sk., narkotisko vielu, pārdozēšana veido 15% no visiem māšu mirstības gadījumiem (20.).

Pēc literatūras datiem, piem., Lielbritānijā, pēcdzemdību depresija ar pašnāvību ir pirmais biežākais māšu mirstības iemesls pēcdzemdību periodā (31.).

Neārstēti psihoemocionālie traucējumi visbiežāk turpinās vēl ilgi pēc dzemdībām, kā arī paaugstina psihisko traucējumu risku sievietei turpmākās dzīves laikā.

Pēcdzemdību depresija negatīvi ietekmē arī jaundzimušā bērna psihoemocionālo un motoro attīstību. Kā arī ir pierādīta mātes depresijas saistība ar sociālizācijas iemaņu attīstības un emocionāliem traucējumiem bērniem jau pirmsskolas vecumā.

Mātes pēcdzemdību depresija ir arī pierādīts riska faktors sievietes partneru depresijai, kas no tuvinieku un medicīnas profesionāļu puses tiek ievērota vēl retāk. Šo traucējumu gadījumā bieži pasliktinās gan partneru attiecības, gan ģimenes emocionālais klimats kopumā.

Neraugoties uz šo traucējumu nozīmīguma apzināšanos, joprojām pastāv diagnostikas un terapijas grūtības. Viena no galvenajām grūtību grupām ir sasīta ar to, ka bieži šīs jaunās māmiņas nevēršas laicīgi pēc palīdzības un pat slēpj savas sajūtas. Turklāt, arī viņu ģimenes locekļi, neapzinādamies situācijas nopietnību, mēdz atrunāt viņas no vērsšanās pēc palīdzības (“gan jau pāries”). Šeit liela loma ir tomēr vēl eksistējošajai sabiedrības stigmatizācijai pret psihiskiem traucējumiem, kā arī pašas sievietes bieži pārdzīvotais kauns un vainas sajūta par to, ka viņa nav “laba mamma”, nepriecājas par bērnu un vilšanās sevī kopumā. Trūkst arī veidu, kā “aizsniegt” sievieti grūtniecības starpvizīšu periodā, lai nodrošinātu aprūpes nepārtrauktību. Arī ierobežotās ārstēšanas iespējas bieži ir ne tikai problēma pašas par sevi, bet arī apgrūtina diagnostikas procesu – jo atstāj speciālistu neziņā par to, kurp tad šo jauno māmiņu sūtīt pēc palīdzības.

Īpašas grūtības ir neorganizēto un adekvātajā apjomā nepieejamo – pamatā, tāpēc, ka tas ir lielākajā daļā gadījumā pieejams tikai kā maksas pakalpojums, psiholoģiskās atbalsta terapijas un kognitīvi biheiviorālās terapijas iespējām, kas ir ne tikai pirmā līmeņa palīdzība augsta psihisko traucējumu riska gadījumos, bet arī neatdalāma efektīvas terapijas procesa sastāvdaļa.

Viena no lielākajām problēmām īpaši smagu traucējumu gadījumā ir atbilstošas stacionārās terapijas iespēju trūkums pēcdzemdību depresijas gadījumā. Šis apstāklis, iespēja, ka vērsoties pie speciālista un atklājot viņam savas sajūtas, sieviete tiks nosūtīta stacionārai terapijai un tiks šķirta no bērna, bieži ir liels šķērslis palīdzības meklēšanai kopumā. Daudzās valstīs tāpēc ir atsevišķas pēcdzemdību psihoemocionālo traucējumu nodaļas, kur mātes var saņemt palīdzību, atrodoties nodaļā kopā ar bērnu.

Līdz ar to šis algoritms ir būtisks sākums efektīvas psihoemocionālās palīdzības nodrošināšanai grūtniecēm un jaunajām māmiņām, uzlabojot arī aprūpē iesaistīto speciālistu saskaņotāku un efektīvāku sadarbību. Šis algoritms palīdzēs ne tikai novērst smagu psihoemocionālo traucējumu attīstīšanos, māšu, arī zīdaiņu mirstību, smiedzot skaidras norādes par psihisko traucējumu atpazīstamību jau agrīnajās to stadijās, bet arī palīdzēs pasargāt no ilgtermiņa sekām neārstētu perinatālo psihisko traucējumu gadījumā.

Algoritma mērķi.

1. Uzlabot psihiskās veselības traucējumu laicīgu atpazīšanu pēcdzemdību periodā.
2. Samazināt māšu mirstību suicīda/suicīda un infanticīda dēļ.
3. Sekmēt precīzāku psihiskās veselības diagnostiku, diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem un profesionāļiem.
4. Palīdzēt sievietes aprūpē iesaistītajiem ārstiem nodrošināt veiksmīgu un līdzestīgu sievietes ar psihiskiem traucējumiem aprūpi perinatālajā periodā, tai skaitā nodrošinot veiksmīgu aprūpes nepārtrauktību.
5. Palīdzēt izvērtēt atbilstošāko ārstniecības ceļu psihisko traucējumu gadījumā perinatālajā periodā, tai skaitā sniegt ieskatu farmakoloģiskās terapijas iespējās.
6. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
7. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

Mērķgrupas

1. Ginekologi
2. Ģimenes ārsti

3. Psihiatri
4. Pediatri
5. Vecmātes
6. Citi ārsti speciālisti
7. Klīniskie un veselības psihologi, psihoterapeiti
8. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

Pamatprioritāte.

Nodrošināt laicīgu un efektīvu psihisko traucējumu atpazīšanu grūtniecības un pēcdzemdību periodā, tai skaitā nosakot un izvērtējot risku tālāku traucējumu attīstībai. Tādējādi, pasargās sievieti un bērnu no ilgtermiņa sekām neārstētu perinatālo psihisko traucējumu gadījumā. Palīdzēs izveidot efektīvu starpdisciplināru sadarbības tīklu sievietes efektīvai aprūpei.

Rekomendācijas(1-42).

1. Visas pēcdzemdētājas 1.-3.dienā pēc dzemdībām.

Ginekologa kompetence. Dzemdību iestādē, pirms sievietes izrakstīšanas.

Ginekologs vai sievietes psihoemocionālā stāvokļa izvērtēšanai apmācīta medicīnas māsa 1.-3.dienā pēc dzemdībām veic psihisko traucējumu riska faktoru identifikāciju un depresijas skrīningu. Lai nodrošinātu informācijas nodošanu ģimenes ārstam, viss izvērtētais tiek dokumentēts Mātes pasē. Jaunās māmiņas izjautāšanu un depresijas skrīningu drīkst veikt tikai tam speciāli apmācīts medicīnas personāls vai ārsts ginekologs.

Mājdzemdību gadījumā sievietes skrīningu un riska faktoru identifikāciju ir jāveic vecmātei vai ginekologam, kurš vadījis dzemdības. Šis speciālistam ir jābūt apmācītam veikt skrīningu un riska faktoru identifikāciju.

2. Psihisko traucējumu pēcdzemdību periodā riska faktoru identifikācija un depresijas skrīnings.

Izjautāšanai ir jāparedz laiks vismaz 60min un sieviete ir jāizjautā vienatnē. Sieviete jāizjautā, lai iegūtu informāciju:

- 2.1. Vai šīs grūtniecības laikā ir piedzīvoti kādi psihiski traucējumi (ja uz kaut vienu no šiem zemāk minētajiem punktiem atbildēts pozitīvi, atbildi skaitīt kā apstiprinošu):
  - 2.1.1. Nomāktība un interešu un dzīvesprieka trūkums gandrīz katru dienu, 2 nedēļas vai ilgāk
  - 2.1.2. Trauksme, satraukums gandrīz katru dienu, 2 nedēļas vai ilgāk
  - 2.1.3. Nemotivēta baiļu sajūta, sajūta, ka notiks kaut kas “šausmīgs” vai tml.
  - 2.1.4. Panikas lēkmes vai to ekvivalenti: pēkšņas sirdsklauves, elpas trūkums, reibšana, baiļu sajūta u.c. veģetatīvi simptomi - paroksizmāla rakstura bez ārēja kairinātāja
  - 2.1.5. Uzmācīgas domas vai priekšstati, kas ir biedējoši un kurus nevar pārtraukt un/vai nepieciešamība veikt kādas noteiktas darbības, lai pārtrauktu pretējā gadījumā pieaugošo nemotivēto trauksmi
  - 2.1.6. Iemigšanas grūtības vaimiegs ar pārtraukumiem, bez somatiska iemesla, vairāk nekā pusi nakšu 2 nedēļu vai vairāk ilgumā u.c subjektīvas psihoemocionāli mokošas sajūtas (tās dokumentēt)

- 2.2. Vai šobrīd cieš no kādiem diagnosticētiem psihiskiem traucējumiem un saņem tiem atbilstošu farmakoterapiju un/vai novērojas pie psihiatra ambulatori.
- 2.3. Vai dzemdības ir noritējušas ar kādiem sarežģījumiem:
  - 2.3.1. Priekšlaicīgas dzemdības
  - 2.3.2. Neplānota ķeizargrieziņa operācija
  - 2.3.3. Veselības traucējumi bērnam.
  - 2.3.4. Veselības traucējumi pašai mātei
  - 2.3.5. Sieviete subjektīvi smagas, traumatiskas dzemdības.
- 2.4. Vai ir piedzīvoti garastāvokļa traucējumi vai citi psihiski traucējumi iepriekšējo grūtniecību un/vai pēcdzemdību perioda laikā
- 2.5. Vai ir bijusi iepriekšējo (ja šī nav pirmā) grūtniecību apgrūtināta norise, piem., *missed abortion*, subjektīvi vai objektīvi smaga dzemdību vai pēcdzemdību perioda norise.
- 2.6. Vai sieviete ir cietusi no kādām psihiskām saslimšanām pagātnē, īpaši bipolāri afektīviem traucējumiem, citiem garastāvokļa traucējumiem vai šizofrēnijas.
- 2.7. Vai ir bijuši kādi psihiski traucējumi sievietes ģimenes anamnēzē kopumā (diagnosticēti vai nediagnosticēti), it sevišķi pirmās pakāpes radnieku vidū.
- 2.8. Vai ir bijuši kādi psihiski traucējumi sievietes mātei/māsai/vecmāmiņai grūtniecības vai pēcdzemdību laikā.
- 2.9. Vai sieviete iepriekš dzīves laikā ir saņēmusi psihiatrisku ārstēšanu – ambulatorā terapija, stacionārās terapijas epizodes. Ja jā, jautāt - vai šobrīd novērojas pie kāda psihiatra, vai šobrīd lieto psihotropus medikamentus.
- 2.10. Vai ir bijušas kādas paškaitēšanas epizodes (piem., sevis graizīšana, dedzināšana, sišana) tai skaitā apzināti riskanta uzvedība, kura varēja beigties ar nāvi (piem., pārgalvīga autovadīšana, paredzot iespējamu avāriju, iesaistīšanās kautiņos, lai tiktu smagi piekauta utml.) vai pašnāvības mēģinājumi dzīves anamnēzē.
- 2.11. Vai šī grūtniecība ir iestājusies neplānoti, bijusi nevēlama.
- 2.12. Vai ir bijusi narkotisku vielu lietošana dzīves anamnēzē vai tā ir arī šobrīd.
- 2.13. Vai ir apgrūtināti sadzīves apstākļi – finansiāla nedrošība, trūkums, stabilas dzīves vietas trūkums u.c., citi ar sociālo stresu un nedrošību saistīti apstākļi, piem., bēgļa gaitas. Vai ir emocionāli nelabvēlīgas attiecības ar partneri (vīru, civilvīru, bērna tēvu), vientuļās mātes, sievietes paplašinātās ģimenes (vecāki, māsas, brāļi utml.) atbalsta trūkums.

Depresijas skrīnings.

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

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

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

Jānoskaidro, vai personai ir ievērojamas ikdienas funkcionēšanas grūtības personiskajā, ģimenes, sociālajā vai citās jomās.

Ja grūtības pastāv, tas norāda uz depresiju.

Depresijas smaguma novērtējums:

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

### Depresijas pašaptaujas tests

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

Depresijas smaguma novērtējums:

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

Visa iegūtā informācija ir jādokumentē Mātes pasē.

Vairumā gan Eiropas, gan ASV, Japānā un citās valstīs kā primārais instruments pēcdzemdību depresijas skrīningā tiek izmantota Edinburgas Pēcdzemdību depresijas skala (EPDS). Tā ir iztulkota latviešu un krievu valodās, bet diemžēl tā vēl nav oficiāli validēta Latvijā, līdz ar to nav oficiāli izmantojama.

Aptaujājot nedēļnieces ar PHQ-9 un izvērtējot psihisko traucējumu riska faktoros, visas sievietes var iedalīt 3 grupās:

1. Šobrīd nav nepieciešama iejaukšanās un ārstēšana;
2. Zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresijas vai trauksme;
3. Augsts riska faktoru profils un/vai vidēji smaga vai smaga depresija vai trauksme.

Par abām pēdējām grupām un taktiku to gadījumā lasīt algoritma 7.un 8.punktos.

3. Jaunajai māmiņai nav nepieciešama tūlītēja palīdzība

Kritēriji:

3.1. Neuzrādās neviens no riska faktoriem.

### 3.2. Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir mazāk par 0-4.

Ginekologa kompetence, vēl pirms sievietes izrakstīšanas no stacionāra mājās vai 1.-3.dienā pēc mājdzemdībām (skatīt.1.punktu). Palīdzības nepieciešamību izvērtē aptauju veikušais speciālists.

Ginekologs vai sievietes psihoemocionālā stāvokļa izvērtēšanai apmācīta medicīnas māsa 1.-3.dienā pēc dzemdībām veic psihisko traucējumu riska faktoru identifikāciju un depresijas skrīningu. Lai nodrošinātu informācijas nodošanu ģimenes ārstam, viss izvērtētais tiek dokumentēts Mātes pasē. Jaunās māmiņas izjautāšanu un depresijas skrīningu drīkst veikt tikai tam speciāli apmācīts medicīnas personāls vai ārsts ginekologs.

Mājdzemdību gadījumā sievietes skrīningu un riska faktoru identifikāciju ir jāveic vecmātei vai ginekologam, kurš vadījis dzemdības. Šis speciālistam ir jābūt apmācītam veikt skrīningu un riska faktoru identifikāciju.

### 4. Nedēļnieces un jaunās māmiņas novērošana, pēcdzemdību psihozes risks.

Ģimenes ārsta un ginekologa kompetence. Līdz bērna 1 gada vecumam. Ambulatori.

4.1. Katrā bērna novērošanas rutīnas vai ārpuskārtas vizītē, kā arī pēcdzemdību vizītē pie ginekologa, ir jāatkārto izvērtējums ar PHQ-2 un PHQ-9.

4.2. Katrā pēcdzemdību un bērna novērošanas rutīnas vai ārpuskārtas vizītē izvērtēt pēcdzemdību psihozes riska faktorus (izslēgt tās agrīno simptomu attīstību). Izvērtēt, vai:

4.2.1. Sieviete ir bijusi pēcdzemdību psihoze pēc iepriekšējām dzemdībām.

4.2.2. Sievietes ģimenes anamnēzē – mātei vai mātai ir bijusi pēcdzemdību psihoze.

4.2.3. Sieviete slimo ar bipolāri afektīviem traucējumiem.

4.2.4. Sievietes ģimenes anamnēzē ir bipolāri afektīvi traucējumi.

4.2.5. Sieviete grūtniecības laikā ir pārtraukusi terapiju ar garastāvokļa stabilizatoriem, antidepresantiem vai antipsihotiskiem medikamentiem.

4.2.6. Sieviete ir bijusi jebkādas izcelsmes psihotiski traucējumi dzīves anamnēzē.

4.2.7. Sievietes ģimenes anamnēzē pirmās pakāpes radnieki ir slimojuši/slimo ar šizoafektīviem traucējumiem vai šizofrēniju.

4.3. Simptomi, kas var liecināt par pēcdzemdību psihozes sākumu:

4.3.1. Spējas garastāvokļa svārstības no eiforiska garastāvokļa līdz nomāktam, trauksmainam, baiļpilnam vai dusmīgam.

4.3.2. Sieviete neraksturīgs eiforisks garastāvoklis, daudzrunīgums, hiperaktivitāte.

4.3.3. Trauksme, nomāktība, izmisums, raudulīgums, kas šķiet neadekvāts situācijai un/vai ir sievietei neraksturīgs.

4.3.4. Bezmiegs, pat situācijās nesaistītās ar bērna gulēšanu vai veselības stāvokli.

4.3.5. Pārlicīga trauksme, aizdomīgums attiecībā uz savu vai bērna veselību (piem., ka bērnam ir kādi veselības traucējumi, bet medicīnas personāls tos no viņas slēpj).

4.3.6. Dusmas, agresivitāte pret medicīnas personālu vai piederīgajiem.

4.3.7. Dusmas uz bērnu, šausminošas domas par viņa nogalināšanu vai nodarīšanu viņam pāri.

4.3.8. Domas par sevis nogalināšanu vai paškaitēšanu.

4.3.9. Izmainīta motora aktivitāte – pārlicīga rosība, hiperaktivitāte vai apātiskums, sastingsana noteiktā pozā, nereaģēšana uz uz viņu vērsto runu vai bērnu utml..

4.3.10. Ar realitāti nesaistāmas idejas vai domas - murgi (piem., ka šis bērns īstenībā nav viņas bērns, bet ir ticis samainīts vai ka dzemdības īstenībā nav notikušas) vai to iedīgļi (sieviete izsaka tādas idejas, bet itkā saprot, ka tās nevarētu būt patiesība).

- 4.3.11. Sieviete dzird kādas skaņas vai balsis, kuras citi nedzird vai “pārklusās” (dzirdes ilūzijas vai halucinācijas).
- 4.3.12. Sieviete apsūdz tuviniekus vai medicīnas personālu kādās darbībās, ko viņi nav veikuši (piem., ka viņi aiz durvīm ir runājuši, ka viņa ir slikta māte un bērns viņai jāatņem vai tml.).
- 4.3.13. Sieviete “pārskatās” vai redz kādas lietas, kas neeksistē.
- 4.3.14. Citas uzvedības izpausmes, kuras konkrētajai sievietei nav raksturīgas.
- 4.4. Vizīšu laikā pēc iespējas izjautāt par jaunās māmiņas pašsajūtu arī sievietes tuviniekus.
5. Psihiskā stāvokļa pasliktināšanās vai jaunu psihisko traucējumu pazīmju pievienošanās Ģimenes ārsta kompetence. Katrā vizītē līdz bērna 1 gada vecumam. Visas pazīmes jādokumentē ambulatorajā kartē.
- Novērojot pacienti:
- 5.1. Izvērtējot psihisko stāvokli ar PHQ-9 skalu. PHQ-9 punktu skaits pieaug.
- 5.2. Kā arī izjautājot pacienti par – vismaz 1 no zemāk minētajiem simptomiem vismaz pēdējo 2 nedēļu laikā:
- Laktācijas kvalitāti – samazinās piena daudzums, vai tas beidzas, bieži mastīti;
  - Somatisko pašsajūtu, hroniskām sāpēm vai citiem traucējumiem;
  - Pastāvīga noguruma un bezspēcības sajūtu - ka netiek ar visām ar bērna aprūpi saistītajām vai citām, lietām galā;
  - Bezmiegu, vai miegu, kas nesniedz atpūtu sajūtu (vairākas naktis pēc kārtas, vairāk nekā pusi no naktīm nedēļas laikā);
  - Pastiprinātu, sev neraksturīgu aizkaitināmību, dusmīgumu – uz sevi vai apkārtējiem;
  - Vainas sajūtu, pašapvainojošas domas attiecībā uz bērnu, savu mātes lomu vai citām lietām.
  - Gandrīz katru dienu klātesošs nemiers, trauksme, sasprindzinājums vai nemotivētas bailes;
- 5.3. Pastāvīgs nemiers un sasprindzinājums, grūtības atslābt. Tāpat kā visas citās ambulatorajās novērošanas vizītēs ir jāizvērtē arī psihozes simptomu parādīšanās (p.4.3.).
- 5.4. PHQ-9 punktu skaitam sasniedzot 9 un vairāk, paciente ir nosūtāma sekundārai psihiatriskai palīdzībai.
- 5.5. Ja PHQ-9 punktu skaits pieaug, bet nesasniedz 9, tomēr ir novērojama citu psihisko traucējumu pazīmju parādīšanās, sieviete ir nosūtāma sekundārai psihiatriskai palīdzībai.
- 5.6. Konstatējot pēcdzemdību psihozes pazīmes (p.11) – pacientei nepieciešama neatliekama (cito) psihiatra konsultācija (vēlākais 24h laikā) – skat.p.12 un p.23.
6. Sievietes nosūtīšana sekundārajai psihiatriskajai palīdzībai.
- Nosūtot sievieti pie speciālista, būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību ar speciālistu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot sievietes vēršanos pie šiem speciālistiem.
- Visa veida palīdzībai ir jābūt valsts apmaksātā programmā un sasniedzamai nedēļas (7 dienu) laikā (“zaļais koridors” konsultācijām pie psihiatra).

7. Zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai subklīniska vai viegla depresija vai trauksme.

Ginekologa vai apmācīta vidējā med.personāla (pirms izrakstīšanas no stacionāra) vai ģimenes ārsta (mājdzemdību gadījumā) kompetence (skat.p.1).

1.-3.pēcdzemdību dienā, izvērtējot nedēļnieces psihisko traucējumu riska faktoros un iegūtos PHQ-9 skalas rezultātus, izdala sievietes grupu, kas atbilst zema vai vidēja riska faktoru profila un/vai subklīniskas vai vieglas depresijas vai trauksmes kritērijiem:

7.1. Grūtniecības laikā nav bijuši psihiski traucējumi, t.sk. depresija.

7.2. Grūtniecības laikā ir bijusi depresija, bet tā ir bijusi subklīniska vai viegli izteikta (ņemot vērā datus no Mātes pases, kur būtu jābūt dokumentētiem grūtnieces psihiskajiem traucējumiem un saņemtajai ārstēšanai) vai izjautājot pacienti retrospektīvi, ja grūtniecības laikā sieviete nav tikusi novērota no psihoemocionālā aspekta.

7.2.1. Vieglas depresijas epizodes kritēriji pēc SSK10 (32.):

Depresijas epizodes (DE) diagnozes uzstādīšanai nepieciešami vismaz 2 no pamata simptomiem un 4 vai vairāki papildus simptomi, kas pastāv dienas lielāko daļu vismaz 2 nedēļas no vietas.

Pamata simptomi:

- Pazemināts garastāvokli lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla;
- Pazeminātas intereses un spēja izjust prieku;
- Nogurdināmība, enerģijas trūkums.

Papildus simptomi:

- Pazemināta pašpārliecinātība vai pašnovērtējums;
- Pašapsūdzības domas vai neadekvāta vainas sajūta;
- Suicidālas domas vai uzvedība;
- Neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties;
- Psihomototrās aktivitātes traucējumi – ažitācija vai kavēšana;
- Miega traucējumi;
- Ēstgribas izmaiņas (pazemināšanās vai pieaugums) ar atbilstošām svara izmaiņām (protams, ņemot vērā grūtniecības apstākli).

7.2.2. Vieglas depresijas epizodes gadījumā ir vismaz 2 no pamata simptomiem un vismaz 3 no papildus simptomiem, simptomi ir viegli izteikti.

7.3. Dzemdību norise nav bijusi apgrūtināta/patoloģiska:

7.3.1. Nedzīvi dzimis bērns vai miris pirmo dienu laikā

7.3.2. Priekšlaicīgas dzemdības.

7.3.3. Neplānota ķeizargrieziena operācija.

7.3.4. Veselības traucējumi bērnam.

7.3.5. Veselības traucējumi pašai mātei.

7.3.6. Sieviete subjektīvi smagas, traumatiskas dzemdības.

7.4. Paciente neslimo un nav slimojusi dzīves anamnēzē ne ar kādu hronisku psihisku saslimšanu vai ilgstošiem psihiskiem traucējumiem.

7.5. Pacientes ģimenes anamnēzē nav depresijas, bipolāri afektīvu traucējumu vai šizofrēnijas.

7.6. Paciente nav saņēmusi ilgstošu psihiatrisku ārstēšanu, tai skaitā stacionāru terapiju.

7.7. Paciente nelieto un nekad nav lietojusi ārsta ordinētus psihotropos medikamentus.

7.8. Pacientei anamnēzē nav bijusi paškaitējoša uzvedība un/vai pašnāvības mēģinājumi.

7.9. Paciente nav šobrīd un nav bijusi anamnēzē atkarīga no alkohola vai narkotiskajām vielām.

7.10. Pacienti izvērtējot ar PHQ-2 un PHQ-9,

## PHQ-2 summa ir 2 vai vairāk un PHQ-9 ir 0-9

### 8. Augsts riska faktoru profils un/vai vidēji smaga vai smaga depresija vai trauksme.

Ginekologa vai apmācīta vidējā med.personāla (pirms izrakstīšanas no stacionāra) vai ģimenes ārsta (mājdzemdību gadījumā) kompetence (skat.p.1).

8.1. 1.-3.pēcdzemdību dienā, izvērtējot nedēļnieces psihisko traucējumu riska faktorus un iegūtos PHQ-9 skalas rezultātus, izdala sievietes grupu, kam ir noteikts augsta riska faktoru profils un/vai vidēji smaga vai smaga depresija vai trauksme

8.2. Dzemdību norise ir bijusi apgrūtināta/patoloģiska:

8.2.1. Nedzīvi dzimis bērns vai miris pirmo dienu laikā

8.2.2. Priekšlaicīgas dzemdības.

8.2.3. Neplānota ķeizargrieziena operācija.

8.2.4. Veselības traucējumi bērnam.

8.2.5. Veselības traucējumi pašai mātei.

8.2.6. Sieviete subjektīvi smagas, traumatiskas dzemdības.

8.3. Grūtnieces ar jau eksistējošu hronisku psihisku saslimšanu vai ilgstošiem psihiskiem traucējumiem.

8.4. Grūtniecības laikā pārtraukta terapija ar psihotropiem medikamentiem (izņemot, ja tas noticis ārsta uzraudzībā vieglas depresijas simptomu izzušanas gadījumā, tuvojoties dzemdību laikam).

8.5. Grūtnieces, kurām ir bijuši psihiski traucējumi anamnēzē, kuri tikuši ārstēti ar psihotropajiem medikamentiem ambulatori vai stacionārā.

8.6. Grūtnieces, kurām ģimenes anamnēzē ir depresijas, bipolāri afektīvi traucējumi vai šizofrēnija.

8.7. Grūtnieces, kurām anamnēzē ir bijusi paškaitējoša uzvedība un/vai pašnāvības mēģinājumi.

8.8. Grūtnieces, kuras ir cietušas no alkohola vai narkotisko vielu atkarības.

8.9. Grūtnieces, kurām ir subklīniskas depresijas vai trauksmes pazīmes, bet kurām ir parādījušās paškaitēšanas idejas, klīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības vai netipiskas bailes saistībā ar grūtniecību, dzemdībām un/vai gaidāmo bērnu;

8.10. Izvērtējot sievieti ar PHQ-2 un PHQ-9,

PHQ-2 summa ir 2 vai vairāk un PHQ-9 ir 9 un vairāk

Ja sieviete jau ārstējas vai novērojas pie psihiatra, viņas turpmāko novērošanos un ārstēšanos ir jāvada šim ārstam, sadarbojoties ar ģimenes ārstu un ginekologu.

Augsts riska faktoru profila un/vai vidēji smagas vai smagas depresijas vai trauksmes gadījumā nedēļniecēm ir nepieciešama psihiatra konsultācija pirms izrakstīšanas no stacionāra vai psihiatra mājas vizīte 1 nedēļas (7 dienu) laikā mājdzemdību gadījumā. Psihiatra mājas vizītei ir jābūt valsts apmaksātai (Skat.p.14).

Arī turpmākā psihiskā stāvokļa novērošana un psihisko traucējumu ārstēšana notiek sekundārās aprūpes ietvaros psihiatra uzraudzībā (p.13).

9. Nedēļnieces, kurām ir noteikts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresija vai trauksme, un kurām depresija vai trauksme ir sākusies grūtniecības III trimestrī

Jāsaņem psihiatra konsultācija pirms izrakstīšanas no stacionāra vai psihiatra mājas vizīte 1 nedēļas (7 dienu) laikā mājdzemdību gadījumā. Psihiatra mājas vizītei ir jābūt valsts apmaksātai. Skat.p.14.

- 9.1. Tās sievietes, kuras jau grūtniecības III trimestrī ir cietušas no depresijas un trauksmes – diagnosticētas vai nediagnosticētas.
- 9.2. Šī izvērtēšana ir būtiska, jo, ja depresija ir sākusies grūtniecības III trimestrī, tad ir īpaši paaugstināts risks, ka tā turpināsies arī pēc dzemdību periodā un arī paaugstināts risks pēcdzemdību psihozes iespējamībai.
- 9.3. Datus par depresiju vai trauksmi pēdējā trimestrī jāiegūst no ierakstiem par mātes psihoemocionālo stāvokli Mātes pasē;
- 9.4. Ja sieviete grūtniecības laikā nav tikusi novērota psihoemocionālā stāvokļa ziņā, nedēļniece ir jāizjautā un dati jāiegūst retrospektīvi. Izjautājot:
- 9.4.1. Vai pēdējo 9mēn laikā Jums ir bijis laika periods vismaz 2 nedēļas, kad esat lielāko dienas daļu, gandrīz katru dienu jutusies nomākta, skumja vai bezcerīga? Kurā mēnesī/kad tas bija?
- 9.4.2. Vai pēdējo 9mēn laikā Jums ir bijis laika periods vismaz 2 nedēļas, kad lielāko dienas daļu, gandrīz katru dienu esat zaudējusi spēju priecāties par lietām, kuras iepriekš ir iepriecinājušas un/vai jutusi mazāku/zaudējusi interesi par lietām, kuras iepriekš ir interesējušas?

Ja atbilde uz 1 no šiem jautājumiem ir “jā”, jautājiet:

- 9.5. Vai tajā periodā ir bijusi pazemināta pašpārliecinātība vai pašnovērtējums;
- 9.6. Vai tajā periodā ir bijušas pašapsūdzības domas vai neadekvāta vainas sajūta;
- 9.7. Vai tajā periodā ir bijušas domas par pašnāvību, vēlme sevi nogalināt;
- 9.8. Vai tajā periodā ir bijusi neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties;
- 9.9. Vai tajā periodā kustības un darbības ir bijušas lēnas un “bremzētas”, tā, ka tas ir bijis ievērojams apkārtējiem cilvēkiem, vai tieši otrādi, ir bijusi pastiprināta rosība un aktivitāte;
- 9.10. Vai tajā periodā ir bijušas grūtības iemigt, miegs ar pārtraukumiem vai pāragra pamošanās (1-3h pirms laika), neatkarīgi no fiziskajiem traucējumiem (piem., nepieciešamība biežāk apmeklēt tualeti vai neērtība pieaugošā vēdera apmēra dēļ);
- 9.11. Vai tajā laikā ir bijušas izmaiņas ēstgribā (pazemināšanās vai pieaugums) ar atbilstošām svara izmaiņām (protams, ņemot vērā grūtniecības apstākli).

Ja uz vienu no pirmajiem diviem jautājumi ir atbildēts apstiprinoši un ir apstiprinošas atbildes arī uz vismaz 3 no pārējiem jautājumiem – grūtniecības laikā ir piedzīvota depresijas epizode.

10. Nedēļnieces, kurām ir noteikts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresija vai trauksme, un kurām depresija vai trauksme nav sākusies grūtniecības III trimestrī.

- 10.1. Šajā kategorijā būs visas sievietes, kurām šobrīd ir noteikta subklīniska vai viegla depresija vai trauksme, ir cietušas no depresijas vai trauksmes grūtniecības laikā –

diagnosticētas vai nediagnosticētas, kura sākusies agrāk par III trimestri vai kurām nav bijis depresijas vai trauksmes grūtniecības laikā.

- 10.1.1. Datus par depresiju vai trauksmi – vai tā ir tikusi novērota un tās ārstēšanu grūtniecības laikā, jāiegūst no ieraksta par to Mātes pasē.
- 10.1.2. Ja sieviete nav tikusi novērota grūtniecības laikā no psihoemocionālās veselības aspekta, dati par to iegūstami retrospektīvi. Par to var iegūt datus, jautājot:
  - 10.1.2.1. Vai pēdējo 9mēn laikā Jums ir bijis laika periods vismaz 2 nedēļas, kad esat lielāko dienas daļu, gandrīz katru dienu jutusies nomākta, skumja vai bezcerīga? Kurā mēnesī/kad tas bija?
  - 10.1.2.2. Vai pēdējo 9mēn laikā Jums ir bijis laika periods vismaz 2 nedēļas, kad lielāko dienas daļu, gandrīz katru dienu esat zaudējusi spēju priecāties par lietām, kuras iepriekš ir iepriecinājušas un/vai jutusi mazāku/zaudējusi interesi par lietām, kuras iepriekš ir interesējušas?
  - 10.1.2.3. Ja atbilde uz 1 no šiem jautājumiem ir “jā”, jautājiet:
  - 10.1.2.4. Vai tajā periodā ir bijusi pazemināta pašpārliecinātība vai pašnovērtējums;
  - 10.1.2.5. Vai tajā periodā ir bijušas pašapsūdzības domas vai neadekvāta vainas sajūta;
  - 10.1.2.6. Vai tajā periodā ir bijušas domas par pašnāvību, vēlme sevi nogalināt;
  - 10.1.2.7. Vai tajā periodā ir bijusi neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties;
  - 10.1.2.8. Vai tajā periodā kustības un darbības ir bijušas lēnas un “bremzētas”, tā, ka tas ir bijis ievērojams apkārtējiem cilvēkiem, vai tieši otrādi, ir bijusi pastiprināta rosība un aktivitāte;
  - 10.1.2.9. Vai tajā periodā ir bijušas grūtības iemigt, miegs ar pārtraukumiem vai pāragra pamošanās (1-3h pirms laika), neatkarīgi no fiziskajiem traucēkļiem (piem., nepieciešamība biežāk apmeklēt tualeti vai neērtība pieaugošā vēdera apmēra dēļ);
  - 10.1.2.10. Vai tajā laikā ir bijušas izmaiņas ēstgribā (pazemināšanās vai pieaugums) ar atbilstošām svara izmaiņām (protams, ņemot vērā grūtniecības apstākli).
  - 10.1.2.11. Ja uz vienu no pirmajiem diviem jautājumi ir atbildēts apstiprinoši un ir apstiprinošas atbildes arī uz vismaz 3 no pārējiem jautājumiem – grūtniecības laikā ir piedzīvota depresijas epizode.

Tātad sievietes, kurām šobrīd ir noteikts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresija vai trauksme, kurām depresija vai trauksme nav sākusies grūtniecības III trimestrī un, kurām:

- Grūtniecības laikā nav bijusi ne subklīniska, ne viegla depresija vai trauksme,
- Grūtniecības laikā ir bijusi depresija vai trauksme, viņas ir saņēmušas novērošanos ginekologa vai ģimenes ārsta uzraudzībā, saņemot arī intensīvu psiholoģisko intervenci,
- Grūtniecības laikā ir bijusi depresija vai trauksme, bet viņas nav tikušas novērotas no psihoemocionālās veselības viedokļa,

→ turpina novērošanos ģimenes ārsta uzraudzībā. Turpmākā viņu terapijas un pēcdzemdību perioda vadīšana no psihoemocionālā viedokļa ir atkarīga no tā brīža psihiskā stāvokļa.

10.2. Nedēļniecēm, kuras grūtniecības laikā ir cietušas no depresija vai trauksmes, ir novērojušās pie ginekologa vai ģimenes ārsta un ir saņēmušas medikamentozo terapiju –

pirms izrakstīšanas no stacionāra vai nedēļas (7dienu laikā) pēc dzemdībām ir jāsaņem psihiatra konsultācija, lai lemtu par turpmāko dinamiskās novērošanas vai terapijas taktiku.

10.3. Atkarībā no psihiatra rekomendācijām – sieviete turpina novērošanos un ārstēšanos ģimenes ārsta uzraudzībā vai pāriet sekundārajā aprūpē psihiatra uzraudzībā.

10.4. Sievietes, kuras jau grūtniecības laikā ir ārstētas un novērotas pie psihiatra, pēcdzemdību posmā turpina novēroties pie ārstējošā psihiatra.

## 11. Paaugstināta pēcdzemdību psihozes riska un pēcdzemdību psihozes pazīmes !!!

Ja tās nav grūtniecības laikā jau noteiktas, Mātes pasē dokumentētas un ārstējošais ginekologs dzemdību stacionārā nav par tām jau informēts - riska pazīmes ir svarīgi noteikt jau skrīninga aptaujā 1.-3.dienā pēc dzemdībām. Jāņem vērā, ka pēcdzemdību psihoze var attīstīties ļoti strauji un jau 24h stundu laikā pēc dzemdībām.

### Riska pazīmes:

11.1. Sieviete ir bijusi pēcdzemdību psihoze pēc iepriekšējām dzemdībām.

11.2. Sievietes ģimenes anamnēzē – mātei vai māšai ir bijusi pēcdzemdību psihoze.

11.3. Sieviete slimo ar bipolāri afektīviem traucējumiem.

11.4. Sievietes ģimenes anamnēzē ir bipolāri afektīvi traucējumi.

11.5. Sieviete grūtniecības laikā ir pārtraukusi terapiju ar garastāvokļa stabilizatoriem, antidepresantiem vai antipsihotiksiem medikamentiem.

11.6. Sieviete ir bijusi jēlkādas izcelsmes psihotiski traucējumi dzīves anamnēzē.

11.7. Sievietes ģimenes anamnēzē pirmās pakāpes radnieki ir slimojuši/slimo ar šizoafektīviem traucējumiem vai šizofrēniju.

11.8. Simptomi, kas var liecināt par pēcdzemdību psihozes sākumu:

Par šīm pazīmēm būtu jābūt informētam ne tikai ārstējošajam ginekologam un ģimenes ārstam, bet visam dzemdību stacionāra personālam, t.sk. neonatologiem.

11.8.1. Krasas garastāvokļa svārstības no eiforiska garastāvokļa līdz nomāktam, trauksmainam, baiļpilnam vai dusmīgam.

11.8.2. Sieviete neraksturīgs eiforisks garastāvoklis, daudzrunīgums, hiperaktivitāte.

11.8.3. Trauksme, nomāktība, izmisums, raudulīgums, kas šķiet neadekvāts situācijai un/vai ir sieviete neraksturīgs.

11.8.4. Bezmiegs, pat situācijās nesaistītās ar bērna gulēšanu vai veselības stāvokli.

11.8.5. Pārlicīga trauksme, aizdomīgums attiecībā uz savu vai bērna veselību (piem., ka bērnam ir kādi veselības traucējumi, bet medicīnas personāls tos no viņas slēpj).

11.8.6. Dusmas, agresivitāte pret medicīnas personālu vai piederīgajiem.

11.8.7. Dusmas uz bērnu, šausminošas domas par viņa nogalināšanu vai nodarīšanu viņam pāri.

11.8.8. Domas par sevis nogalināšanu vai paškaitēšanu.

11.8.9. Izmainīta motora aktivitāte – pārlicīga rosība, hiperaktivitāte vai apātiskums, sastingsana noteiktā pozā, nereaģēšana uz viņu vērsto runu vai bērnu utml..

11.8.10. Ar realitāti nesaistāmas idejas vai domas - murgi (piem., ka šis bērns īstenībā nav viņas bērns, bet ir ticis samainīts vai ka dzemdības īstenībā nav notikušas) vai to iedīgļi (sieviete izsaka tādas idejas, bet it kā saprot, ka tās nevarētu būt patiesība).

11.8.11. Sieviete dzird kādas skaņas vai balsis, kuras citi nedzird vai “pārklusās” (dzirdes ilūzijas vai halucinācijas).

- 11.8.12. Sieviete apsūdz tuviniekus vai medicīnas personālu kādās darbībās, ko viņi nav veikuši (piem., ka viņi aiz durvīm ir runājuši, ka viņa ir slikta māte un bērns viņai jāatņem vai tml.).
- 11.8.13. Sieviete “pārskatās” vai redz kādas lietas, kas neeksistē.
- 11.8.14. Citas uzvedības izpausmes, kuras konkrētajai sievietei nav raksturīgas.

## 12. Kad ir nepieciešama neatliekama psihiatra konsultācija.

- 12.1. Konstatējot pēcdzemdību psihozes pazīmes stacionārā – pacientei nepieciešama neatliekama (cito) psihiatra konsultācija (vēlākais 24h laikā), nekādā gadījumā pacienti pirms tam neizrakstot no stacionāra.
- 12.2. Mājdzemdību gadījumā mājas vizītes laikā vai ambulatorās vizītes laikā (novērojot sievieti līdz bērna gada vecumam):
- 12.3. Psihiatra konsultācija 24 h laikā – “zaļais koridors”, sadarbojoties ar noteiktiem psihiatrijas centriem un speciālistiem vai pie jaunās māmiņas ārstējošā psihiatra.
- 12.4. Turpat vizītes laikā ir jāsavienā atbilstošais centrs vai psihiatrs un jāvienojas par noteiktu vizītes laiku 24h laikā.
- 12.5. Nepieciešamības gadījumā šādai neatliekamai psihiatra konsultācijai ir jābūt pieejamai arī mājās un valsts apmaksātai.
- 12.6. Šai laikā pacientes piederīgajiem ir jāuzņemas pilna atbildība par drošības nodrošināšanu sievietei un bērnam. Kā arī ārsta kabinetā jāparaksta atbilstošs galvojums, par to, ka piederīgais ir pilnībā informēts par pacientes psihiskās veselības stāvokli un ar to saistītajiem riskiem un uzņemas pilnu atbildību par ar to saistīto viņas un bērna drošību un veselību.
- 12.7. Ja dotie nosacījumi nav izpildāmi, sieviete ir stacionējama psihiatriskajā stacionārā.

## 13. Psihiatrs turpina sekundāro psihiatrisko palīdzību un novērošanu visā turpmākajā pēcdzemdību periodā:

- 13.1. Izvērtējot nedēļnieci pirms izrakstīšanas no stacionāra un/vai 1.-3.pēcdzemdību dienā, tiek konstatēts - augsts riska faktoru profils un/vai vidēji smaga vai smaga depresija vai trauksme (p.2 un p.8).
- 13.2. Konstatējot pēcdzemdību psihozes riska faktoros (p.11)
- 13.3. Psihiatrs, konsultējot pacienti pirms izrakstīšanas no stacionāra vai mājas vizītē mājdzemdību gadījumā (p.14) – nosaka nepieciešamību turpināt novērošanos sekundārajā psihiatriskajā aprūpē (skat.p.9, un p.10).
- 13.4. Saņemot novērošanos ģimenes ārsta uzraudzībā, psihiskais stāvoklis pasliktinās, padziļinoties depresijas smagumam vai pievienojoties jauniem simptomiem - skat.p.5.

## 14. Psihiatra konsultācija pirms izrakstīšanas no dzemdību stacionāra.

### 14.1. Konsultācija nepieciešama:

- 14.1.1. Izvērtējot nedēļnieci pirms izrakstīšanas no stacionāra un/vai 1.-3.pēcdzemdību dienā, tiek konstatēts - augsts riska faktoru profils un/vai vidēji smaga vai smaga depresija vai trauksme (p.2 un p.8).
- 14.1.2. Nedēļniecēm, kuras grūtniecības laikā ir cietušas no depresija vai trauksmes, ir novērojušā pie ginekologa vai ģimenes ārsta un ir saņēmušas medikamentozo terapiju – pirms izrakstīšanas no stacionāra vai nedēļas (7dienu laikā) pēc

dzemdībām ir jāsaņem psihiatra konsultācija, lai lemtu par turpmāko dinamiskās novērošanas vai terapijas taktiku (p.10.3.).

- 14.2. Psihiatrs izvērtē sievietes psihisko stāvokli, psihisko traucējumu riska faktoros un izvērtē piemērotāko terapijas un novērošanas veidu.
- 14.3. Sieviete turpmāk, ja nepieciešams, pāriet psihiatra sekundārajā aprūpē un novērošanā.
- 14.4. Sieviete paliekot ģimenes ārsta novērošanā, psihiatrs sniedz rakstveidā rekomendācijas turpmākajai novērošanai. Medikamentoza terapija netiek nozīmēta.

Neatliekamas psihiatra konsultācijas kritērijus lūdzu skatīt punktā 12.

15. Jaunās māmiņas, kuras atradīsies ģimenes ārsta novērošana.

Ģimenes ārstam laika periodā līdz 12mēn.pēc dzemdībām ir:

- 1) jānovēro jaunās māmiņas psihoemocionālais stāvoklis attiecībā uz jaunu psihisku traucējumu rašanos un esošo traucējumu pasliktināšanos,
- 2) jāveic psiholoģiskās palīdzības koordinēšana un rezultātu izvērtēšana,
- 3) katrā ambulatorajā vizītē jāveic dinamiska psihiskā stāvokļa izvērtēšana un, tam pasliktinoties, jānosūta paciente sekundārajai aprūpei pie psihiatra,
- 4) jādiagnosticē tāds dzīvībai bīstams traucējums kā pēcdzemdību psihoze un jārīkojas atbilstoši, organizējot turpmāko sievietes aprūpi,
- 5) jāsadarbojas ar citiem jaunās māmiņas un bērna aprūpē iesaistītajiem speciālistiem – t.sk.sievietes ārstējošo psihiatru,
- 6) gadījumā, ja sieviete saņem psihiatra ordinētu medikamentozu terapiju, jānovēro bērna somatiskais stāvoklis attiecībā uz iespējamajām medikamentu blaknēm.

Ģimenes ārsta novērošanā atradīsies jaunās māmiņas, kurām:

- 15.1. 1.-3.dienā pēc dzemdībām nav konstatēti nekādi psihisku traucējumu riska faktori un nekādas psihisku traucējumu pazīmes (p.3 un p.4).
- 15.2. skrīninga pēc dzemdībām laikā ir konstatēts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresija vai trauksme, un, kurām grūtniecības laikā nav bijis subklīnisku vai vieglas depresijas/trauksmes pazīmju.
- 15.3. skrīninga pēc dzemdībām laikā ir konstatēts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresija vai trauksme, un, kuras grūtniecības laikā novērojušās pie ginekologa vai ģimenes ārsta un saņēmušas intensīvu psiholoģisko palīdzību. Saņemtas regulāras nodarbības kognitīvi biheiviorālās terapijas metodē (KBT), individuālajā interpersonālajā terapijā (IPT) vai atbalsta terapijā.
- 15.4. skrīninga pēc dzemdībām ir konstatēts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresija vai trauksme, un, kuras grūtniecības laikā ir ārstētas medikamentozā ģimenes ārsta vai ginekologa uzraudzībā un psihiatrs, konsultējot sievieti dzemdību stacionārā vai mājas vizītē 7 dienu laikā pēc dzemdībām, ir rekomendējis turpināt novērošanos un ārstēšanos ģimenes ārsta uzraudzībā.

Ja sieviete ārstējas pie psihiatra, būtiski ir turpināt novērošanos un terapiju ambulatori pie šī ārstējošā psihiatra.

## 16. Novērošana primārās aprūpes ietvaros.

16.1. “Pēcdzemdību skumju” sindroms, tā diferenciāldiagnostika un psihoedukatīvā intervence jaunajai māmiņai un viņas tuviniekiem.

“Pēcdzemdību skumju” sindroms jeb “7.dienas depresija” jeb “*Baby blues*” .

Šis ir visbiežākais garastāvokļa svārstību veids 1-2 ned.pēc dzemdībām, sastopams līdz pat 80% sieviešu. Pazīmes:

- Mainīgas intensitātes nomāktība;
- Emocionāla labilitāte;
- Raudulīgums;
- Viegla kairināmība, satraucamība.

No depresīvas epizodes šie traucējumi atšķiras ar to, ka tie ir mainīgi savā intensitātē un pārejoši. Tie ir arī salīdzinoši viegli izteikti, un iztrūkst tik smagas depresijai raksturīgās pazīmes kā – pastāvīgs bezmiegs, pašapvairojošas domas, bezvērtīguma un vainas sajūta, kā arī pašnāvības domas.

Šis traucējumu veids ir pašlimitējošs. Tā gadījumā nav nepieciešama specifiska terapija. Protams, ir nepieciešams sniegt jaunajai māmiņai emocionālu atbalstu un iedrošinājumu, kā arī palīdzēt fiziski atgūties pēc dzemdībām. Viena no svarīgākajām lietām – nepieciešams nodrošināt sievietei pietiekamu miega laiku, ļaut izgulēties, kas ir viena no būtiskākajām “izdegšanas” un depresijas profilakses sastāvdaļām.

Etiopatogēnētiski šis sindroms tiek saistīts ar hormonālajām svārstībām pēcdzemdību periodā un garastāvokļa regulācijā iesaistīto hormonu neurotransmiteru strauju kritumu pēc dzemdībām.

Ielidzis “pēcdzemdību skumju” sindroms var liecināt par pēcdzemdību depresijas attīstību.

16.2. Depresijas un trauksmes pazīmes saglabājas ilgāk par 2 nedēļām.

Ja traucējumi ieilgst, tā varētu būt pazīme, kas var liecināt par pēcdzemdību depresijas attīstību.

16.3. Depresijas pazīmju smaguma izvērtēšana.

16.3.1. Ar PHQ-2 un PHQ-9 skalām.

16.3.2. Atsevišķi izjautājot sievieti par viņas fizisko labsajūtu, sāpēm - pazemināts sāpju sliekšnis, dažādas somatiski grūti izskaidrojamas sūdzības liecina par iespējamu depresiju.

16.3.3. Laktācijas kvalitāte – vai piens ir pietiekoši, vai nav samazinājies, kā veicas ar zīdīšanas procesu. Neveiksmīga zīdīšana var būt gan depresijas cēlonis, gan sekas. Apgrūtināts zīdīšanas process un/vai spontāna laktācijas izbeigšanās ir īpaši jutīgi depresijas rādītāji.

16.3.4. Izvērtēt pēcdzemdību psihozes riska pazīmes (skat.p.11.).

## 17. Subklīniska vai viegla depresija un trauksme.

17.1. Pacienti izvērtējot ar PHQ-2, ir 2 punkti un vairāk, un PHQ-9 ir 0-9 punkti.

17.2. Nav grūtību ar laktāciju/zīdīšanu vai hroniskām grūti izskaidrojamām sāpēm.

17.3. Konstatējot pēcdzemdību psihozes riska faktorus (p.11) vai domas par pašievainošanos vai pašnāvību, paciente ir nosūtāma neatliekamai vizītei (cito) pie psihiatra (skat.p.12, 23).

## 18. Novērošana un īslaicīgā psiholoģiskā palīdzība.

Subklīniskas vai vieglas depresijas un trauksmes gadījumā pirmā izvēles metode ir psiholoģiskās intervences.

Īslaicīgās psiholoģiskās konsultēšanas un atbalsta tikšanās (1-4 sesijas), psihosociālā intervence. Klīniskā psihologa kompetence.

Nosūtot sievieti pie speciālista, būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību ar speciālistu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot vēršanos pie šiem speciālistiem.

- 18.1. Katrā vizītē jauno māmiņu izvērtēt ar PHQ-9 skalu un aptaujāt, lai novērtētu, vai psihiskais stāvoklis nepasliktinās.
- 18.2. Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem un izvērtēt pēcdzemdību psihozes riska faktorus un pazīmes (p.11).
- 18.3. Konstatējot pēcdzemdību psihozes riska faktorus (p.11.) vai domas par pašievainošanos vai pašnāvību, paciente ir nosūtāma neatliekamai vizītei (cito) pie psihiatra (skat.p.12, 23.).

## 19. Ja traucējumi 4 nedēļu pēc īslaicīgās psiholoģiskās palīdzības uzsākšanas laikā nemazinās.

Lai izvērtētu pacientes psihisko stāvokli un pielietoto intervences metožu efektivitāti:

- 19.1. Katrā vizītē jauno māmiņu izvērtēt ar PHQ-9 skalu un aptaujāt, lai novērtētu, vai psihiskais stāvoklis nepasliktinās.
- 19.2. Katrā vizītē jāizjautā sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem, jāizvērtē pēcdzemdību psihozes riska faktorus un pazīmes (p.11).
- 19.3. Konstatējot pēcdzemdību psihozes riska faktorus (p.11) vai domas par pašievainošanos vai pašnāvību, paciente ir nosūtāma neatliekamai vizītei (cito) pie psihiatra (skat.p.12).

## 20. Intensīva strukturēta psiholoģiskā intervence.

- 20.1. Kognitīvi biheiviorālā psihoterapija (KBT) vai interpersonālā terapija (ITP), klīniskā psihologa kompetence.
- 20.2. Nosūtot grūtnieci pie speciālista, būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību ar speciālistu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot sievietes vēršanos pie šiem speciālistiem.

Nozīmētajai palīdzībai – sertificēta klīniskā psihologa vai psihoterapeita realizētai kognitīvi biheiviorālajai psihoterapijai (KBT) (speciālistam jābūt sertificētam arī šajā noteiktajā metodikā) vai interpersonālajai psihoterapijai - vismaz 10 sesijas, ar biežumu vienu reizi nedēļā, ir jābūt valsts apmaksātā programmā un sasniedzamai nedēļas laikā. Nepieciešamības gadījumā - izvērtējot to konsilijā ar psihiatru un ārstējošo klīnisko psihologu vai psihoterapeitu, būtu jābūt iespējai terapiju pagarināt.

## 21. Vidēji smaga vai smaga depresija un trauksme.

- 21.1. Pacienti izvērtējot ar PHQ-2, ir 2 punkti un vairāk, un PHQ-9 ir 9 punkti un vairāk.
- 21.2. Paciente ir nosūtāma turpmākai terapijai un novērošanai pie psihiatra.
- 21.3. Konstatējot pēcdzemdību psihozes riska faktorus (p.11) vai domas par pašievainošanos vai pašnāvību, paciente ir nosūtāma neatliekamai vizītei (cito) pie psihiatra (skat.p.12 un p.23).

22. Psihiskā stāvokļa pasliktināšanās vai jaunu psihisku traucējumu pazīmju pievienošanās.

22.1. Izvērtējot psihisko stāvokli ar PHQ-9 skalu.

22.2. Kā arī izjautājot pacienti par:

- Laktācijas kvalitāti (laktācijas samazināšanās vai izzušana), bieži mastīti;
- Somatisko pašsajūtu, hroniskām sāpēm vai citiem traucējumiem;
- Pastāvīga noguruma un bezspēcības sajūtu, ka netiek ar visām ar bērna aprūpi saistītajām vai citām, lietām galā;
- Bezmiegu, vai miegu, kas nesniedz atpūtu, sajūtu;
- Pastiprinātu, sev neraksturīgu aizkaitināmību, dusmīgumu – uz sevi vai apkārtējiem;
- Vainas sajūtu, pašapvainojošas domas attiecībā uz bērnu, savu mātes lomai vai citām lietām.
- Konstatējot pēcdzemdību psihozes riska pazīmes (skat.11p.), paciente ir nosūtāma neatliekamai psihiatra konsultācijai.

22.3. Konstatējot psihiskā stāvokļa pasliktināšanos vai jaunu psihisko traucējumu pazīmju pievienošanos – sievietei ir no sūtāma turpmākai terapijai pie psihiatra (skat.arī 6. un 13.punktus):

22.3.1. Nosūtīt sievieti pie speciālista, būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību, ar speciālistu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot sievietes vēršanos pie šiem speciālistiem.

22.3.2. Visa veida palīdzībai ir jābūt valsts apmaksātā programmā un sasniedzamai nedēļas (7 dienu) laikā (“zaļais koridors” konsultācijām pie psihiatra).

23. Neatliekama psihiatra konsultācija 24h laikā.

23.1. 24 h laikā – “zaļais koridors”, sadarbojoties ar noteiktiem psihiatrijas centriem un speciālistiem vai pie jaunās māmiņas ārstējošā psihiatra.

23.2. Turpat vizītes laikā ir jāsavstājas atbilstošais centrs vai psihiatrs un jānorunā konkrēts vizītes laiks 24h laikā.

23.3. Nepieciešamības gadījumā šādai neatliekamai psihiatra konsultācijai ir jābūt pieejamai arī mājās un valsts apmaksātai.

23.4. Šai laikā pacientes piederīgajiem ir jāuzņemas pilna atbildība par drošības nodrošināšanu sievietei un bērnam. Kā arī ārsta kabinetā jāparaksta atbilstošs galvojums, par to, ka piederīgais ir pilnībā informēts par pacientes psihiskās veselības stāvokli un ar to saistītajiem riskiem un uzņemas pilnu atbildību par ar to saistīto viņas un bērna drošību un veselību.

24. Neatliekama stacionēšana.

Gadījumā, ja sievietei un viņas bērnam nevar nodrošināt 24h uzraudzību, aprūpi un drošību ambulatori, nepieciešams jauno māmiņu stacionēt.

Neatliekamās stacionēšanas kritēriji:

24.1. Konsultācija pie psihiatra 24h laikā nav iespējama.

24.2. Vientuļā māte.

24.3. Māmiņa, kas jaunāka par 18g., pusaudze (paaugstināta impulsivitāte u.c.pusaudžu pašnāvību riska pazīmes (skat.atb.algoritmu)).

24.4. Trūkst atbalsta vides – sievietei mājās ar bērnu lielāko dienas daļu ir viena – nav iespējams nodrošināt 24h uzraudzību un aprūpi.

- 24.5. Sieviete slimo ar bipolāri afektīviem vai šizoafektīviem traucējumiem, un nav nodrošināts ar ārstējošo psihiatru grūtniecības pēdējos mēnešos izveidotais “saskaņotais plāns” pēcdzemdību aprūpei un taktikai paasinājuma gadījumā.
- 24.6. Līdz bērna 1 gada vecumam jaunā māmiņa kopā ar bērnu ir stacionējama speciālās māmiņu un bērnu psihiatrijas nodaļās, kur tiek nodrošināta 24h aprūpe gan sievietei, gan bērnam. Šādas nodaļas darbojas daudzās pasaules valstīs, t.sk. ASV un Apvienotajā Karalistē. Šādu stacionāro nodaļu pieejamība ne tikai uzlabo jauno māšu ar smagajiem psihiskajiem traucējumiem sasniedzamību (daudzas jaunās māmiņas slēpj savus psihiskos traucējumus, baidīdamās, ka varētu tapt stacionētas un šķirtas no bērna) un sievietes veiksmīgāku terapiju, bet arī mātes un bērna piesaistes nodrošināšanu/nesaraušanu, kam ir ietekme gan uz bērna tālāko attīstību, gan sievietes psihisko veselību.

## 25. Farmakoterapija postnatālajā periodā.

Turpinot sekundāro aprūpi, psihiatrs izvērtēs atbilstošāko farmakoterapijas shēmu.

### 1. *Vispārējie norādījumi, nozīmējot medikamentozo terapiju:*

- 1) Apsvērt visus riskus un ieguvumus, izvēloties turpināt krūts barošanu:
  - Ja māte vēlas, pēc iespējas vēlams krūts barošanu saglabāt, tas var uzlabot mātes un bērna piesaistes veidošanos un palīdzēt terapijā;
  - Nepieciešams izvērtēt mātes psihiskā stāvokļa smagumu un nepieciešamo medikamentozo terapiju – vai nepieciešamie medikamenti un devas ir savienojamas ar krūts barošanu.
- 2) Nepieciešams māti informēt un iegūt rakstisku piekrišanu medikamentozās terapijas un krūts barošanas gadījumā - par to, ka sieviete ir informēta un apzinās visus iespējamus riskus bērna veselībai;
- 3) Iespējamie riski vienmēr tiek izvērtēti, ņemot vērā preparāta koncentrāciju zīdaiņa asins serumā – par relatīvi drošiem tiek uzskatīti tie preparāti, kuru līmenis zīdaiņa asins serumā ir mazāks par 10% no to koncentrācijas mātes asins serumā.
- 4) Augstāki riski veselībai ir priekšlaikus dzimušajiem bērniem.
- 5) Medikamenti, kuru daudzums zīdaiņu asins serumā parasti pārsniedz 10% no to koncentrācijas mātes asins serumā līmeni ir: fluoksetīns, lamotrigīns, litijs, sulpirīds un amisulpirīds.
- 6) Medikamentozās terapijas un krūts barošanas laikā, nepieciešams regulāri monitorēt bērna veselības stāvokli un psihomotoro attīstību. Īstermiņā ir bijuši ziņojumi par šādiem iespējamajiem veselības traucējumiem: nemierīgums, pārmērīga raudāšana, nemierīgs miegs, kolīti (escitaloprams), ēstgribas pavājināšanās, sedācija (sedatīvu preparātu izraisīta), elpošanas traucējumi, hipotonuss, vemšana. Ir ziņots arī par valodas attīstības aizkavēšanās gadījumu, mātei krūts barošanas laikā saņemot olanzapīnu.
- 7) Izvēloties medikamentu un uzsākot terapiju – titrēt lēni un censties nozīmēt mazākās efektīvās devas, izvēlēties medikamentu ar īsāko pusizvades periodu, izvairīties no polifarmācijas.
- 8) Savukārt neārstētu mātes psihisku traucējumu, tai skaitā pēcdzemdību depresijas gadījumā, ir pierādīti gan īstermiņa riski bērna veselībai - ēstgribas pavājināšanās, vāja zīšana, pārmērīga raudāšana, paaugstināts muskulatūras tonuss, aizkavēta psihomotorā attīstība, gan ilgtermiņa – sociālās funkcionēšanas un emocionālie traucējumi pirmsskolas periodā un vēlāk.

2. Ārstēšanas iespējas postnatālajā periodā *depresijas un ģeneralizētās trauksmes gadījumā*:
- 1) Pirmā izvēle, ja iespējams, vienmēr būs nemedikamentozā terapija - Psihologa konsultācijām īslaicīgās atbalsta psihoterapijas vai interpersonālās psihoterapijas (IPT) un kognitīvi biheiviorālās terapijas (KBT) saņemšanai; Iesakāmas arī grupu atbalsta terapijas un vadītās pašpalīdzības konsultācijas.
  - 2) Ja terapija ar antidepresantu (AD) ir indiciēta - pirmā izvēle ir selektīvie seratonīna atpakaļsaistes inhibitoru grupas antidepresanti (SSAI). Viena no iesakāmajām izvēlēm krūts barošanas gadījumā – sertralīns (25-100mg/dnn). Izteiktu miega traucējumu un trauksmes gadījumā – var tikt lietots mirtazapīns (15-30mg/dnn).
  - 3) Trauksmes un smagu miega traucējumu gadījumā terapijas augmentācijai izvēlēties atipiskos antipsihotiskus, viens no drošākajiem augmentācijai tiek uzskatīts kvetiapīns, mazās devās (2,5-5mg/dnn) arī olanzapīns (lielās devās var izraisīt sedāciju zīdainim).
  - 4) Izvairīties no trankvilizatoru lietošanas – ja nepieciešamas, mazās devās un īslaicīgi lietojams lorazepāms (īsākais pusizvades periods).
  - 5) Ja iespējams, terapijas efektivitātes veicināšanai vēlams kombinēt medikamentozo terapiju ar KBT vai individuālo un atbalsta psihoterapiju.
  - 6) Terapeitiski rezistentu depresiju gadījumos tiek piedāvāta elektrokonvulsīvā terapija (ECT).

3. Ārstēšanas iespējas postnatālajā periodā *obsesīvi kompulsīvo traucējumu (OKT) gadījumā*:

Ir nedaudz pierādījumu, kas saista OKT parādīšanos ar grūtniecību un dzemdībām un – bieži tieši pirmās OKT epizodes sievietes mūžā saistās ar peripartālo periodu. OKT simptomi ir biežāk sastopami sievietēm, kas ir depresīvas pēc dzemdībām, nekā tām, kurām nav depresijas simptomu (41% pret 6%).

- 1) Pirmā izvēle terapijas gadījumā ir KBT un/vai interpersonālā psihoterapija.
- 2) Medikamentu izvēlē – visi iepriekšējie apsvērumi. Pirmā izvēle būs SSRI grupas antidepresanti (piem., sertralīns).
- 3) Terapijas neefektivitātes vai smagu OKT gadījumā (to izvērtē psihiatrs) augmentācijai (jeb papildināšanai) izvēlēties atipiskos antipsihotiskus (piem., kvetiapīnu). No tipiskajiem antipsihotikiem relatīvi droša izvēle ir haloperidols (piliens no 2pil/dnn – tbl.1,5mg/dnn).
- 4) Izvairīties no trankvilizatoru lietošanas.

4. Ārstēšanas iespējas postnatālajā periodā *bipolāri afektīvo traucējumu gadījumā (BAT) gadījumā*:

BAT gadījumā veiksmīga pēcdzemdību terapija būs lielā mērā atkarīga no labi plānotas un vadītas terapijas jau grūtniecības laikā.

“Saskaņotais plāns” - sievietēm, kuras slimo ar BAT vai kurām ir augsts risks pēcdzemdību psihozes attīstībai (pēcdzemdību psihoze nozoloģiski vistuvāk ir BAT) – skat.p.11.

Grūtniecības laikā ārstējošais psihiatrs veido šo plānu kopā ar pacientu un viņas tuviniekiem, kuri būs cieši iesaistīti bērna aprūpē un atbalsta jaunajai māmiņai nodrošināšanā. Plānā:

- 1) Plāna sastādīšanas gaitā tiek vēlreiz izrunātas un uzrakstītas pēcdzemdību psihozes agrīnās pazīmes,
- 2) Tiek pārrunāts, kurš tuvinieks un kad palīdzēs bērna aprūpē māmiņai jau stacionārā (dodot viņai iespēju gulēt miegā, atpūsties, emocionāli viņu atbalstot) – tas tiek uzrakstīts,
- 3) Tiek pārrunāts, kā tiks organizēta ikdienu pēc izrakstīšanās no stacionāra, kurš un kad palīdzēs bērna aprūpē, lai – ļautu jaunajai māmiņai izgulēties, atpūsties, emocionāli viņu atbalstītu,
- 4) Tiek atrunāta stratēģija un taktika gadījumā, ja parādās pirmās psihozes pazīmes – kā pašai sievietei uz tām reaģēt, kā tuviniekiem par to runāt ar sievieti, kā viņai uztvert tuvinieku iesaistīšanos utml.
- 5) Kur zvanīt – ārsta vārds, uzvārds, telefona nr., vienošanās ar ārstu par sazināšanos ar viņu utt.,
- 6) Noteikti pirmās palīdzības medikamenti aptieciņā - atkarībā no sievietes saņemtās terapijas, kas būtu lietojami, vadoties pēc telefoniskas sarunas ar ārstu, pirms ārsts ir sagaidīts klātienē.
- 7) Stacionēšanas nosacījumi – kādā gadījumā sieviete tomēr būs jāstacionē, Kurš uzņemsies rūpes par bērnu un kādā režīmā, māmiņai atrodoties stacionārā (pieņemot, ka Latvijā vēl nav mātes un bērna nodaļu),
- 8) Kā arī citi jautājumi, kuri ir būtiski sievietei un viņas tuviniekiem.

Būtiski ir, lai šī “saskaņotā plāna” kopijas būtu pieejamas visām iesaistītajām pusēm, lai krīzes situācijā varētu darboties saskaņoti un mierīgi, nodrošinot maksimāli efektīvu un emocionāli netraumējošu palīdzību jaunajai māmiņai.

*1) Pēc dzemdībām apsveriet zāļu lietošanas sākšanu vai atsākšanu, ja pastāv augsts akūtas epizodes risks. Rūpīgi izvērtēt un izrunāt ar sievieti iespējamus riskus medikamentozās terapijas un krūts barošanas gadījumā. Joprojām nepieciešams izvairīties no Li, karbamazepīna un valproātu lietošanas.*

*2) Apsveriet iespēju augmentēt ar antipsihotisko līdzekļu terapiju, jo sievietei, kas turpina litija terapiju, ir liels mānijas recidīva risks agrīnajā pēcdzemdību periodā.*

*3) Uzturošajā terapijā ir vēlams izvēlēties antipsihotisko medikamentu.*

4) Akūta mānija BAT ietvaros:

4.1. Apsveriet tipiskos vai atipiskos antipsihotiskos līdzekļus, no atipiskajiem izvēloties kvetiapinu vai olanzapinu. Olanzapinam, lietojot to ilgstoši uzturošajā terapijā, ir risks veicināt gestācijas diabēta attīstību.

4.2. Ja paciente jau lieto uzturošās terapijas medikamentus:

\* Pārbaudiet devu un lietošanas precizitāti.

\* Palieliniet devu, ja paciente lieto antipsihotisko līdzekli, vai apsveriet iespēju pāriet uz antipsihotisko līdzekli, ja līdz šim to nelietoja.

\* Ja nav atbildes uz terapiju un sieviete ir smagā mānijā, apsveriet elektrokonvulsīvo terapiju, litiju vai, retāk, valproātu.

5) Depresijas simptomi BAT ietvaros:

5.1. Vieglu simptomu gadījumā apsveriet pieejas šādā secībā:

\* Pašpalīdzības pieejas (konsultējoties ar psihologu - vadītā pašpalīdzība).

\* Īslaicīga psihoterapija (konsultēšana, KBT un IPT).

5.2. Vidēji smagu vai smagu simptomu gadījumā apsveriet:

\* KBT vidēji smagās depresijas gadījumā.

\* Kombinētā medikamentu un KBT terapija smagas depresijas gadījumā.

5.3. Nozīmējot medikamentus, apsveriet kvetiapīnu, SSAI (sertralīnu vai mirtazapīnu) kombinācijā ar uzturošās terapijas medikamentiem. Uzmanīgi sekojiet līdzī garastāvokļa fāžu nomaiņas pazīmēm un pārtrauciet SSAI, tiklīdz rodas hipomānijas simptomi.

5. *Ārstēšanas iespējas postnatālajā periodā šizofrēnijas gadījumā:*

Grūtniecības plānošanas un grūtniecības laikā:

Ar sievietes atļauju, terapijas un novērošanas procesā iesaistīt sievietes partneri un tuviniekus – it īpaši ņemot vērā iespējamo stāvokļa saasināšanos pēc dzemdībām, un, ka sieviete bez tuvinieku atbalsta netiks galā ar bērna aprūpi. “Saskaņotā plāna” izveide pēcdzemdību psihozes gadījumam.

Postnatālais periods un barošana ar krūti:

- 1) Izvērtēt un pārrunāt ar sievieti iespējamus riskus, kas ir saistīti ar medikamentu lietošanu un krūts barošanu, vai psihiskā stāvokļa pasliktināšanos neadekvātas medikamentozas terapijas gadījumā;
- 2) Lūgt sievieti rakstiski apliecināt, ka viņa ir informēta par iespējamajiem riskiem un tomēr vēlas turpināt krūts barošanu.
- 3) Turpināt pašreizējo medikamentozo terapiju, ja tā ir stabila – medikamentus lietojot mazākajās iespējamajās devās, kā izvēle var būt kvetiapīns vai olanzapīns.
- 4) Rūpīgi monitorēt zīdaiņa veselību, īpaši pirmo nedēļu laikā;
- 5) Paaugstināta riska grupa ir priekšlaikus dzimušie bērni;
- 6) Neizmantojot medikamentu depo formas, zīdāinim var parādīties ekstrapiramidālie simptomi dažu mēnešu laikā pēc medikamenta ievadīšanas.
- 7) Izvairīties no trankvilizatoru lietošanas, īslaicīgi, epizodiski, mazās devās var tikt pielietots lorazepāms.

Vēres.

1. Antoinette Ambrosino Wyszynski, Shari I. Lusskin. *Manual of psychiatric care for the medically ill*. In chapter 7: The obstetric patient: 115-159.
2. Bennett IM, Palmer S, Marcus S, Nicholson JM, Hantsoo L, Bellamy S, Rinaldi J, Coyne JC. One end has nothing to do with the other: patient attitudes regarding help seeking intention for depression in gynecologic and obstetric settings. *Arch Womens Ment Health* 2009;12(5):301-8.
3. Binetti P. [Therapeutic education and the increased risk of postpartum depression]. *Clin Ter* 2006;157(2):111-6.
4. Boudou M, Teissédre F, Walburg V, Chabrol H. Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *Encephale* 2007;33(5):805-10.
5. Carter W, Grigoriadis S, Ross LE. Relationship distress and depression in postpartum women: literature review and introduction of a conjoint interpersonal psychotherapy intervention. *Arch Womens Ment Health* 2010.
6. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics* 2004;113(3Pt1):551-8
7. David J.Castle, Kathryn M.Abel *Comprehensive Women's Mental Health*, Cambridge University Press 2016.
8. David M.Taylor, Thomas R.E.Barnes, Allan H.Young *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 13th edition, Wiley Blackwell 2018.
9. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* 2006;33(4):323-31.
10. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, Goudemand M. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006;93(1-3):169-76.
11. Freeman MP, Wright R, Watchman M, Wahl RA, Sisk DJ, Fraleigh L, Weibrecht JM. Postpartum depression assessments at well-baby visits: screening feasibility, prevalence, and risk factors. *J Womens Health (Larchmt)* 2005;14(10):929-35.
12. Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS, Giurgescu C, White-Traut R. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Adv Neonatal Care*. 2015 Feb;15(1):E3-8.
13. Goodman JH. Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth* 2009;36(1):60-9.
14. Green SM, Haber E, Frey BN, McCabe RE. Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: a pilot study., *Arch Womens Ment Health*. 2015 Feb 5. [Epub ahead of print].
15. Grigoriadis S, Ravitz P. An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: focusing on interpersonal changes. *Can Fam Physician* 2007;53(9):1469-75.
16. Hanusa BH, Scholle SH, Haskett RF, Spadaro K, Wisner KL. Screening for depression in the postpartum period: a comparison of three instruments. *J Womens Health* 2008; 17(4):585-96.
17. Hewitt CE, Gilbody SM. Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: a systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. *BJOG*. 2009;116(8):1019-27.
18. Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, Green J, Morrell J, Barkham M, Light K, Richards D. Methods to identify postnatal depression in primary care: an

- integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess* 2009;13(36):1-145, 147-230.
19. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. *JAMA* 2009;301(8):842-7.
  20. Mangla K, Hoffman MC, Trumpff C, O'Grady S, Monk C, Maternal Self-Harm Deaths: An Unrecognized and Preventable Outcome, *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Mar 5. pii: S0002-9378(19)30435-1. doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.056. [Epub ahead of print]
  21. Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Jan 13.
  22. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 11
  23. Moran TE, O'Hara MW. A partner-rating scale of postpartum depression: the Edinburgh Postnatal Depression Scale – Partner (EPDS-P). *Arch Womens Ment Health* 2006;9(4):173-80.
  24. Moscardino U, Axia G, Altoe G. The role of maternal depressed mood and behavioral soothing on infant response to routine vaccination. *Acta Paediatr* 2006;95(12):1680-4
  25. Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington JA. Paternal postpartum depression: what health care providers should know. *J Pediatr Health Care*. 2013 Nov-Dec;27(6):479-85.
  26. NICE Clinical Guideline. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance 2007.
  27. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol* 2009;65(12):1258-69
  28. Perren S, von Wyl A, Bürgin D, Simoni H, von Klitzing K. Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005;26(3):173-83.
  29. Price SK, Proctor EK. A rural perspective on perinatal depression: prevalence, correlates, and implications for help-seeking among low-income women. *J Rural Health* 2009;25(2):158-66
  30. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: a cohort study. *Arch Dis Child* 2007;92(1):24-8.
  31. RCOG. Management of Women with Mental Health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period. Good Practice No.14; June 2011.
  32. Rancāns E. et al, depresijas un neirotikisko raucējumu diagnostikas un ārstēšanas rekomendācijas ģimenes ārstiem, RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra, Latvija 2012.
  33. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three month postpartum. *J Affect Disord* 2009;113(1-2):77-87.
  34. Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, Gonzalez M, Guajardo V, Lewis G, Peters TJ, Araya R. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: randomised controlled trial. *Lancet* 2007 10;370(9599):1629-37
  35. Runquist JJ. A depressive symptoms responsiveness model for differentiating fatigue from depression in the postpartum period. *Arch Womens Ment Health* 2007;10(6):267-75.
  36. Teissedre F, Chabrol H. [A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression]. *Encephale* 2004;30(4):376-8.
  37. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17(2):147-56
  38. Turner K, Piazzini A, Franza A, Fumarola C, Chifari R, Marconi AM, Canevini MP, Canger R. Postpartum depression in women with epilepsy versus women without epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006;9(2):293-7.

39. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996;154(6):785-99
40. Yamashita H., Yoshida K. [Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2003;105(9):1129-35.
41. Yonkers KA, Smith MV, Lin H, Howell HB, Shao L, Rosenheck RA. Depression screening of perinatal women: an evaluation of the healthy start depression initiative. *Psychiatr Serv.* 2009;60(3):322-8
42. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001;158(4):638-40