

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

**Klīniskais algoritms**

Saturs.....	1
Saīsinājumi.....	2
Ievads.....	3
Algoritma mērķi.....	4
Mērķgrupas .....	5
Pamatprioritāte.....	5
Rekomendācijas.....	5
1. Psihisko traucējumu riska faktoru identifikācija un depresijas skrīnings.....	7
1.1. Psihisko traucējumu riska faktori .....	7
1.2. Depresijas skrīnings.....	8
2. Pēc skrīninga sekundārajai aprūpei pie psihiatra novirzāmās grūtnieces.....	9
2.8. Medikamentozās ārstēšanas iespējas grūtniecības periodā depresijas un ģeneralizētās trauksmes gadījumā.....	10
2.9. Medikamentozās ārstēšanas iespējas grūtniecības periodā obsesīvi kompulsīvo traucējumu (OKT) gadījumā.....	11
2.10. Medikamentozās ārstēšanas iespējas grūtniecības periodā bipolāri afektīvo traucējumu gadījumā (BAT) gadījumā.....	11
2.11. “Saskaņotais plāns” - sievietēm, ar augstu pēcdzemdību psihozes attīstības risku.....	12
2.12. Medikamentozās ārstēšanas iespējas peripartālajā periodā šizofrēnijas gadījumā.....	13
3. Ginekologa uzraudzībā esošo grūtnieču novērošana.....	13
4. Grūtnieces, kurām depresijas skrīningā konstatēts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai subklīniska vai viegla depresija, vai trauksme.....	14
5. Novērošana un īslaicīgā psiholoģiskā konsultēšana.....	14
6. Intensīva strukturēta psiholoģiskā intervence.....	15
7. Grūtnieces novērošanas laikā psihiskais stāvoklis pasliktinās vai pievienojas jaunas psihisku traucējumu pazīmes.....	15
8. Kad apsvērt farmakoterapijas pievienošanu.....	16
9. Farmakoterapijas pievienošana depresijas gadījumā - ginekologa kompetences ietvaros .....	16

10. Farmakoterapijas pievienošana sekundārās psihiatriskās palīdzības ietvaros.....	17
11. Medikamentu devu samazināšana vai to atcelšana, tuvojoties dzemdību laikam.....	18
12. Zīdaiņa un mātes novērošana pirmajās nedēļās pēc dzemdībām.....	18

### **Saīsinājumi**

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, brāļus/māsas un citus ģimenes locekļus
- Sievietēm ar jau eksistējošu psihisku saslimšanu ir palielināts risks pēkšņai medikamentu lietošanas pārtraukšanai, kas var izsaukt jaunu recidīvu vai saasināt slimības izpausmes.
- Saslimšanai bieži var būt nepieciešama steidzama iejaukšanās, ņemot vērā tās ietekmi uz augli un sievietes garīgo un fizisko veselību.
- Pēcdzemdību psihozēm var būt ātrāks sākums ar smagākiem simptomiem kā psihozēm citā laikā.

Riska/ieguvuma attiecībai, lietojot psihotropos medikamentus grūtniecības un 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.).

Ir pierādīts paaugstināto grūtniecības komplikāciju risks grūtniecības depresijas gadījumā – ir augstāks dažādu grūtniecības patoloģiju, priekšlaicīgu dzemdību un S.C. (ķeizargrieziena operācija) gadījumu risks depresīvo māšu populācijā.

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 socializācijas 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 saistīta ar to, ka bieži šīs grūtniecības un jaunās māmiņas nevērsas 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 “labā 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 depresīvo grūtniecību vai 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, sniedzot 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 grūtniecības un pēcdzemdību periodā.
2. Sekmēt precīzāku psihiskās veselības traucējumu diagnostiku, diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem un profesionāļiem.
3. Palīdzēt sievietes aprūpē iesaistītajiem ārstiem nodrošināt veiksmīgu un līdzestīgu sievietes ar psihiskiem traucējumiem aprūpi perinatālajā periodā, tai skaitā nodrošinot veiksmīgu aprūpes nepārtrauktību.
4. Palīdzēt izvērtēt atbilstošāko ārstniecības ceļu psihisko traucējumu gadījumā perinatālajā periodā, tai skaitā sniegt ieskatu farmakoloģiskās terapijas iespējās.

5. Racionāli izmantot ārstniecības un aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
6. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

### **Mērķgrupas**

- 1.
2. Ginekologi
3. Ģimenes ārsti
4. Psihiatri
5. Pediatri
6. Vecmātes
7. Citi ārsti speciālisti
8. Klīniskie un veselības psihologi, psihoterapeiti
9. 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 (1-43)**

Neārstētu psihisku traucējumu risks grūtniecības laikā ietver gan tiešus riskus veiksmīgai grūtniecības norisei, gan tālejošus riskus - gan bērna veselībai un attīstībai, gan mātes psihiskajai veselībai jau pēcdzemdību periodā. Šajā gadījumā iet runa ne tikai par jau pirms grūtniecības iestāšanās diagnosticētu psihisku traucējumu neārstēšanas risku, gan grūtniecības laikā no jauna radušos psihisko traucējumu neārstēšanas risku.

Psihisku traucējumu neārstēšanas risks bērna un sievietes veselībai grūtniecības laikā:

- 1) Iedzimto malformāciju risks vispārējā populācijā ir 2-4%, šis risks palielinās, ja sievietei ir psihiski traucējumi. Malformāciju risks paaugstinās, ņemot vērā to, ka sievietes ar psihiskiem traucējumiem ir daudz mazāk spējīgas parūpēties par savu veselību grūtniecības laikā – viņām ir daudz augstāks risks ne tikai narkotisko vielu, nikotīna un alkohola lietošanai, bet arī paaugstināts risks apzinātai paškaitējošai uzvedībai, tai skaitā impulsīvai medikamentu pārdozēšanai.
- 2) Paaugstināts risks grūtniecības pārtraukšanās iespējai;
- 3) Nedzīvi dzimušam bērnam.
- 4) Mazākam augļa svaram;
- 5) Priekšlaicīgām dzemdībām;
- 6) Dzemdību darbības traucējumiem un neatliekamam S.C. (ķeizargrieziena operācijai);
- 7) Depresīvi traucējumi grūtniecības laikā visbiežāk turpinās tālāk arī pēcdzemdību periodā, pie tam ar tendenci psihiskajam stāvoklim pasliktināties.

Jau esošu psihisku traucējumu gadījumā:

- 1) Grūtniecības laikā ir augsts risks psihiskajam stāvoklim pasliktināties;

- 2) Pieaug risks jauniem recidīviem;
- 3) Augsta riska grupa ir sievietes, kuras 6mēn.pirms grūtniecības iestāšanās ir pārtraukušas antidepressantu lietošanu
- 4) Īpaši augsts risks ir pēkšņas medikamentozas terapijas pārtraukšanas gadījumā, pie tam varbūtību, ka medikamentu ar teratogenitātes risku lietošanas pārtraukšana jau pēc grūtniecības iestāšanās var nemazināt iespējamo anomāliju risku;
- 5) Strauja medikamentozās terapijas maiņa – uz potenciāli mazāk teratogenitātes ziņā nedrošu medikamentu, savukārt var pasliktināt psihisko stāvokli un apdraudēt grūtniecības norisi.

6) Psihisko traucējumu ārstēšanas risks bērna un sievietes veselībai grūtniecības laikā:

- 1) Psiotropo medikamentu lietošanas risks iekļauj blakusparādības sievietei (piem., gestācijas diabēta attīstīšanās risks) un iespējamus augļa attīstības traucējumus, piemēram, neiroloģiskos un uzvedības traucējumus. Teratogēnais risks dažādiem medikamentiem ir atšķirīgs un daudzos gadījumos ir atkarīgs no devas.
- 2) Veselības traucējumu attīstīšanās riski jaundzimušajam tūlīt pēc dzemdībām, tajā skaitā zāļu atcelšanas efekti un toksicitāte – atkarīgi no noteiktā medikamenta un tā devas: piem., paaugstināts jaundzimušā svars (olanzapini) vai atcelšanas simptomi (benzodiazepīni).

Tā kā farmakoloģiskus pētījumus ar grūtniecēm un krūts barošanas laikā veikt nav ētiski, dati par medikamentu teratogenitāti ir iegūti caur novērojumiem un visu pieejamo gadījumu datu apkopojumiem.

Visas sievietes, stājoties grūtniecības uzskaitē - līdz 12.grūtn.nedēļai vai, kad sieviete pirmo reizi ierodas pie ginekologa jebkurā grūtniecības perioda laikā.

Grūtnieces psihiskā stāvokļa izvērtēšana un turpmākās grūtniecības un lielā mērā arī pēcdzemdību perioda plānošana sākas sievietei stājoties grūtniecības uzskaitē, jeb pēc iespējas agrīnākā grūtniecības laikā.

Hronisku psihisku saslimšanu gadījumā grūtniecības plānošana ir jāsāk vismaz pusgadu/gadu (atkarībā no sievietes psihiskā stāvokļa) pirms plānojamās grūtniecības, un tas ir jādara sekundārās psihiskās aprūpes ietvaros – sievietes ārstējošajam psihiatram.

Ja sieviete jau slimo un šobrīd saņem novērošanos vai terapiju psihiatra uzraudzībā, nepieciešams jau šai etapā izveidot sadarbību ar sievietes ārstējošo psihiatru, protams, ar sievietes atļauju. Tas būtu svarīgi jebkurā grūtniecības etapā. Vēlams, lai turpmāko novērošanu un terapiju vadītu tieši viņš.

Gadījumā, ja sieviete novērojas vai ārstējas pie kāda cita speciālista (ģimenes ārsts, neirologs, psihoterapeits u.c.), tas ir jādokumentē un ar sievietes atļauju jāsazinās ar ārstējošo speciālistu.

Ja sieviete saņem medikamentozu terapiju, kuru nav ordinējis psihiatrs, grūtniece būtu nosūtāma konsultācijai pie psihiatra.

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. Psihiatra konsultācijai ir jābūt

valsts apmaksātā programmā un sasniedzamai nedēļas (7 dienu) laikā (“zaļais koridors” konsultācijām pie psihiatra).

Tāpat jau šajā etapā ir vēlams uzsākt sievietes ģimenes, partnera iesaistīšana drošas un atbalstošas sistēmas izveidošanai:

- Izjautāt sievieti par viņai pieejamo atbalsta vidi – partnerattiecības, paplašinātā ģimene (vecāki, māsās/brāļi, vecvecāki utt.)
- Pārrunāt ar grūtnieci, kurus ģimenes locekļus viņa vēlētos savā atbalsta vidē, izrunātu iespēju viņus piesaistīt.
- Pārrunāt ar piesaistītajiem ģimenes locekļiem ar jauno ģimenes sistēmas maiņu saistītos jautājumus – ieskaitot viņu sajūtas un viņu redzējumu par nākotni un gaidāmajiem “izaicinājumiem”.
- Veicināt emocionāli izprotoša dialoga un attiecību veidošanos starp grūtnieci un viņas tuviniekiem.
- Nepieciešamības gadījumā (ja ārstējošajam ginekologam nav iespējas veidot šo sadarbību), piesaistāms ir klīniskais psihologs - sniedzot grūtniecei un viņas ģimenei psihoedukatīvu un atbalsta konsultēšanu (3-5 sesijas).

## 1. Psihisko traucējumu riska faktoru identifikācija un depresijas skrīnings.

Grūtniece tiek izjautāta, identificējot psihisko traucējumu attīstības riska faktoros un jau esošas hroniskas psihiskas saslimšanas.

### 1.1. Psihisko traucējumu riska faktori:

- 1.1.1. Psihiskas saslimšanas pagātnē, īpaši bipolāri afektīvie traucējumi, citi garastāvokļa traucējumi vai šizofrēnija.
- 1.1.2. Garastāvokļa traucējumi vai citi psihiski traucējumi iepriekšējo grūtniecību un/vai pēcdzemdību perioda laikā.
- 1.1.3. Neplānota vai nevēlama grūtniecība.
- 1.1.4. Iepriekšējo (ja šī nav pirmā) grūtniecību apgrūtināta norise, piem., *missed abortion*, subjektīvi vai objektīvi smaga dzemdību vai pēcdzemdību perioda norise.
- 1.1.5. Psihiskie traucējumi sievietes ģimenes anamnēzē kopumā, it sevišķi pirmās pakāpes radnieku vidū.
- 1.1.6. Psihiskie traucējumi sievietes mātei/māsai/vecmāmiņai grūtniecības vai pēcdzemdību laikā.
- 1.1.7. 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.
- 1.1.8. Jebkad iepriekš dzīves laikā pārciesta fiziska, emocionāla vai seksuāla vardarbība.
- 1.1.9. Pārciestās vardarbības sekas ir izvērtējamas gan tiešā veidā ar posttraumatiskā sindroma pazīmju noteikšanu, gan izvērtējot sievietes kā personības attīstības traucējumus pārciestās vardarbības rezultātā.
- 1.1.10. Narkotisku vielu lietošana dzīves anamnēzē vai šobrīd.
- 1.1.11. Paškaitēšana vai pašnāvības mēģinājumi dzīves anamnēzē.

- 1.1.12. Apgrūtināti sadzīves apstākļi – finansiāla nedrošība, trūkums, stabila dzīves vietas trūkums u.c., citi ar sociālo stresu un nedrošību saistīti apstākļi, piem., bēgļa gaitas.
- 1.1.13. Emocionāli nelabvēlīgas attiecības ar partneri (vīrs, civilvīrs, bērna tēvs), vientuļās mātes, sievietes paplašinātās ģimenes (vecāki, māsas, brāļi utml.) atbalsta trūkums.

## 1.2. Depresijas skrīnings.

Tiek veikts visām grūtniecēm.

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

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

Ja grūtības pastāv, tas norāda uz depresijas iespējamību – izvērtējot sniegtās atbildes kontekstā ar grūtniecības faktoru (somatiskās sūdzības, kas saistītas ar toksikozi vai pārtraukumains miegs, biežāka tualetes apmeklējuma dēļ).

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 rīndiņā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiešība 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>VĒRTĒJUMU 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

2. Pēc skrīninga sekundārajai aprūpei pie psihiatra novirzāmās grūtnieces.

Ja psihisko traucējumu riska faktoru un depresijas skrīningā ir konstatēts, ka sieviete slimo ar hronisku psihisku saslimšanu, ir augsts riska faktoru profils un/vai vidēji smaga vai smaga depresija vai trauksme.

Sieviete ir mērķtiecīgi jāizjautā, nosakot paaugstināta psihisko traucējumu attīstības riska faktorus un identificējot:

- 2.1. Grūtnieces ar jau eksistējošu hronisku psihisku saslimšanu vai ilgstošiem psihiskiem traucējumiem.
- 2.2. Grūtnieces, kurām ir bijuši psihiski traucējumi anamnēzē, kuri tikuši ārstēti ar psihotropajiem medikamentiem ambulatori vai stacionārā.
- 2.3. Grūtnieces, kurām ģimenes anamnēzē ir depresijas, bipolāri afektīvi traucējumi vai šizofrēnija.
- 2.4. Grūtnieces, kurām anamnēzē ir bijusi paškaitējoša uzvedība un pašnāvības mēģinājumi.
- 2.5. Grūtnieces, kuras ir cietušas no alkohola vai narkotisko vielu atkarības.
- 2.6. 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;
- 2.7. Izvērtējot sievieti ar PHQ-2 un PHQ-9:

2.7.1. PHQ-2 summa ir 2 vai vairāk

2.7.2. PHQ-9 ir 9 un vairāk

Ja tiek atklāts kaut viens no šiem riska faktoriem – tas apstiprina paaugstinātu risku psihisko traucējumu attīstībai un grūtniece ir jānosūta tālākai sekundārajai aprūpei pie psihiatra.

Ja sieviete jau ārstējas vai novērojas pie psihiatra, viņas turpmāko novērošanos un ārstēšanos ir jāvada šim ārstam, sadarbojoties ar ginekologu. Ja grūtniece neārstējas pie psihiatra, viņa ir nosūtāma turpmākai sekundārajai aprūpei pie viņas psihiatra.

Nosūtot grūtnieci pie speciālista, šai gadījumā psihiatra, 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. Palīdzībai ir jābūt sasniedzamai 7 dienu laikā. Šobrīd ir pieejamas valsts apmaksāta psihiatra konsultācijas, novērojoties pie psihiatriem, kuri ir līgumattiecībās ar NVD. Diemžēl ne vienmēr pie viņiem ir iespējama konsultācija nedēļas laikā un “zaļais koridors” grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā oficiāli valsts līmenī nav vēl izstrādāts.

Sadarbību ar sievietes ārstējošo psihiatru ir jāuztur grūtnieces ārstējošajam ginekologam. Ar grūtnieces atļauju ir jālūdz viņas ārstējošā psihiatra vārds, uzvārds un kontakttālrunis. Tāpat ir arī jālūdz atļauja šo informāciju dokumentēt Mātes pasē gadījumam, ja sieviete ir nokļuvusi kādā stacionārā neatliekamā kārtā un ir nepieciešams sazināties ar viņas ārstējošos psihiatru.

## 2.8. Medikamentozās ārstēšanas iespējas grūtniecības periodā depresijas un ģeneralizētās trauksmes gadījumā

2.8.1. Plānojot grūtniecību, ja sievietes psihiskais stāvoklis to pieļauj, medikamentu atcelt un uzsākt kognitīvi biheiviorālo terapiju, ja tā nav bijusi iepriekš jau izmēģināta un ir pieejama.

2.8.2. 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.

2.8.3. Ja sieviete jau saņem medikamentozu terapiju grūtniecībai iestājoties, vēlams turpināt to pašu medikamentu, izņemot, ja tas ir MAOinh.grupas preparāts. Apsvērt arī riskus un terapijas maiņas iespējas triciklisko antidepressantu lietošanas (TCA) un paroksetina lietošanas gadījumā (nav ieteicams).

2.8.4. Ja terapija ar antidepressantu AD ir iniciēta - pirmā izvēle ir selektīvie seratonīna atpakaļsaistes inhibitori (SSAI). Nepieciešams apsvērt terapijas izvēli, arī ņemot vērā sievietes vēlmes attiecībā uz krūts barošanu. Viena no iesakāmajām izvēlēm – sertralīns.

2.8.5. Trauksmes un smagu miega traucējumu gadījumā terapijas augmentācijai izvēlēties atipiskos antipsihotiskus, viens no drošākajiem augmentācijai tiek uzskatīts kvetiapīns.

2.8.6. Izvairīties no trankvilizatoru lietošanas – ja nepieciešamas, mazās devās un īslaicīgi lietojams lorazepāms (īsākais pusizvades periods).

2.8.7. Ja iespējams, terapijas efektivitātes veicināšanai vēlams kombinēt medikamentozo terapiju ar KBT vai individuālo un atbalsta psihoterapiju.

- 2.8.8. Terapeitiski rezistentu depresiju gadījumos tiek piedāvāta elektrokonvulsīvā terapija (ECT).
- 2.9. Medikamentozās ārstēšanas iespējas grūtniecības 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%).

- 2.9.1. Pirmā izvēle terapijas gadījumā ir KBT un/vai interpersonālā psihoterapija.
- 2.9.2. Medikamentu izvēlē – visi iepriekšējie apsvērumi. Pirmā izvēle būs SSAI grupas antidepresanti (piem., sertralins).
- 2.9.3. Augmentācijai izvēlēties atipiskos antipsihotiskus (piem., kvetiapinu). Lai arī atipiskie jeb otrās paaudzes antipsihotīķi ir labāk panesami, no pirmās paaudzes antipsihotīķiem - haloperidols arī saistās ar relatīvi zemu teratogēnu risku grūtniecības laikā – lietojot to pēc iespējas mazākās devās. OKT gadījumā kā alternatīva kvetiapinam (īpaši, ja sieviete subjektīvi izjūt tā izteikti sedatīvo efektu) būtu lietojams haloperidols perorāli pilienu veidā.
- 2.9.4. Izvairīties no trankvilizatoru lietošanas.
- 2.10. Medikamentozās ārstēšanas iespējas grūtniecības periodā bipolāri afektīvo traucējumu gadījumā (BAT) gadījumā
- 2.10.1. Grūtniecības plānošana:
- 2.10.1.1. Ja nepieciešams lietot normotīmiskos medikamentus - jāizvēlas tipiskos vai atipiskos antipsihotiskos līdzekļus mazajās devās.

Terapijā izvairīties no Li, valproātu un karbamazepīna lietošanas, kam ir augsts teratogēns risks! Teorētiski vismazākais risks saistās ar lamotrigina lietošanu, bet arī tā terapeitisko nepieciešamību nepieciešams rūpīgi izvērtēt.

2.10.1.2. Ja pēc profilaktisko zāļu lietošanas pārtraukšanas, attīstās depresija piedāvāt KBT.

2.10.1.3. Ja tiek lietots antidepresants, tam parasti jābūt no SSAI grupas (bet ne paroksetīns un fuoksetīns).

2.10.2. Grūtniecības laikā:

- 2.10.2.1. Turpināt terapiju ar antipsihotiskajiem līdzekļiem, ja ir panākta psihiskā stāvokļa stabilitāte, bet bez medikamentiem ir iespējams recidīvs.
- 2.10.2.2. Ja sievietei ir neplānota grūtniecība un tiek pārtraukta litija terapija, piedāvāt antipsihotisko līdzekļu izmantošanu.

Pēc dzemdībām apsveriet zāļu lietošanas sāksanu vai atsāksanu, 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.

2.10.3. Akūta mānija BAT ietvaros:

- 2.10.3.1. Apsveriet tipiskos vai atipiskos antipsihotiskos līdzekļus, no

atipiskajiem izvēloties kvetiapinu vai olanzapinu. Olanzapinam, lietojot to ilgstoši uzturošajā terapijā, ir risks veicināt gestācijas diabēta attīstību.

2.10.3.2. Ja pacients jau lieto uzturošās terapijas medikamentus:

\* Pārbaudiet devu un lietošanas precizitāti.

\* Palieliniet devu, ja pacients lieto antipsihotisko līdzekli, vai apsveriet iespēju pāriet uz antipsihotisko līdzekli, ja līdz šim to nelietoja. Grūtniecības laikā devas bieži nepieciešams palielināt.

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

2.10.4. Depresijas simptomi BAT ietvaros:

2.10.4.1. Vieglu simptomu gadījumā apsveriet pieejas šādā secībā:

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

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

Vidēji smagu vai smagu simptomu gadījumā apsveriet:

\* KBT vidēji smagās depresijas gadījumā.

\* Kombinētā medikamentu un KBT terapija smagas depresijas gadījumā.

2.10.4.2. Nozīmējot medikamentus, apsveriet kvetiapīnu, SSAI (bet ne paroksetīnu un fluoksetīnu) vai mirtazapīnu (laktācijas periodā) kombinācijā ar uzturošās terapijas medikamentiem. Uzmanīgi sekojiet līdzī garastāvoklā fāžu nomaiņas pazīmēm un pārtrauciet SSAI tiklīdz rodas hipomānijas simptomi.

Viena no būtiskākajiem aprūpes soļiem ir t.s. "Saskaņotā plāna" izveidošana – augsta riska psihisko traucējumu gadījumā, it īpaši BAT, šizoafektīvo traucējumu un šizofrēnijas gadījumos.

2.11. "Saskaņotais plāns" - sievietēm, kurām ir augsts risks pēcdzemdību psihozes attīstībai

Pēcdzemdību psihoze nozoloģiski vistuvāk ir BAT.

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:

2.11.1. Plāna sastādīšanas gaitā tiek vēlreiz izrunātas un uzrakstītas pēcdzemdību psihozes agrīnās pazīmes (skat.algoritmā par ārstēšanu postnatālajā periodā),

2.11.2. Tiek pārrunāts, kurš tuvinieks un kad palīdzēs bērna aprūpē māmiņai jau stacionārā (dodot viņai iespēju gulēt miegā, atpūsties, emocionāli viņu atbalstot) – tas tiek uzrakstīts,

2.11.3. 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,

2.11.4. 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.

2.11.5. Kur zvanīt – ārsta vārds, uzvārds, telefona nr., vienošanās ar ārstu par sazināšanos ar viņu utt.,

2.11.6. Noteikti pirmās palīdzības medikamenti aptieciņā - atkarībā no sievietes saņemtās terapijas, kas būtu lietojami, vadoties pēc telefoniskas sarunas ar ārstu, pirms ārsts ir sagaidīts klātienē.

2.11.7. 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),

2.11.8. 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. Ar grūtnieces atļauju, būtu ļoti vēlams šī plāna kopiju pievienot grūtnieces ambulatorajā kartē.

2.12. Medikamentozās ārstēšanas iespējas peripartālajā periodā šizofrēnijas gadījumā

2.12.1. Grūtniecības plānošanas un grūtniecības laikā:

2.12.1.1. Atkarībā no sievietes psihiskā stāvokļa stabilitātes un medikamentozās terapijas stabilitātes:

- apsveriet pāreju no atipiskajiem antipsihotiskiem līdzekļiem uz tipiskajiem, piemēram, haloperidolu, hlorpromazīnu vai trifluoperazīnu mazās devās. Vērot, vai sieviete panes šo terapiju blakņu ziņā, īpaši, kas attiecas uz ekstrapiramidālajām blaknēm;
- apsvērt palikt uz tās pašas uzturošās antipsihotiskās terapijas, ja tā stabila;
- līdzsvarot nepieciešamību lietot mazākās efektīvās devas un sievietes psihiskā stāvokļa stabilitāti;

2.12.1.2. Ņemt vērā, ka grūtniecības laikā bieži nepieciešams antipsihotiķu devas palielināt;

2.12.1.3. Nelietot terapijā medikamentu depo formas;

2.12.1.4. Pēc iespējas lietot medikamentu monoterapijā, lietojot vairāku medikamentu kombinācijas, to teratogēnais risks pieaug;

2.12.1.5. Medikamentozo terapiju kombinēt ar atbalsta psihoterapiju vai KBT;

2.12.1.6. 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” izveidošana.

3. Ginekologa uzraudzībā esošo grūtnieču novērošana.

3.12. Katrā antenatālās aprūpes rutīnas vai ārpuskārtas vizītē (vismaz vienu reizi 4 nedēļu laikā) jāizjautā:

3.12.1. Vai pēdējā mēneša laikā Jūs esat jutusies skumja, nomākta vai bezcerīga?

3.12.2. Vai pēdējā mēneša laikā Jūs esat zaudējusi interesi un prieku par lietām, kuras iepriekš ir iepriecinājušas vai interesējušas?

3.12.3. Vai pēdējā mēneša laikā Jūs esat izjutusi nemieru, trauksmi, sasprindzinājumu vai nemotivētas bailes?

3.12.4. Vai pēdējā mēneša laikā Jūs esat jutusies tik nemierīga, ka bija grūtības atslābt?

Ja uz kādu no šiem jautājumiem sieviete ir atbildējusi apstiprinoši, viņai jājautā par to, vai viņa vēlētos saņemt konsultācijas pie klīniskā psihologa. Apstiprinošas atbildes gadījumā viņa ir jānosūta pie klīniskā psihologa īslaicīgai (1-4 sesijas) atbalsta vai kognitīvi biheiviorālai terapijai. Konsultācijas šobrīd nav pieejamas valsts apmaksātā

programmā grūtniecēm, bet tas būtu nepieciešams. Pašvaldībās ir iespējams lūgt sociālā dienesta palīdzību konsultāciju apmaksāšanai. Speciālistam (klīniskajam psihologam) jābūt sasniedzamam 2 nedēļu laikā.

- 3.13. Būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību ar klīnisko psihologu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot sievietes vēršanos pie šiem speciālistiem
- 3.14. Katrā grūtniecības rutīnas vai ārpuskārtas vizītē ir jāatkārto izvērtējums ar PHQ-2 un PHQ-9.

Ja PHQ-2 punktu skaits ir 2 un vairāk un PHQ-9 punktu skaits pārsniedz 4, turpmākajā jāseko 5.algoritma punktā minētajam.

4. Grūtnieces, kurām depresijas skrīningā konstatēts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai subklīniska vai viegla depresija, vai trauksme.

Grūtniece tiks novirzīta novērošanai un īslaicīgai psiholoģiskai konsultēšanai.

4.1. Sieviete mērķtiecīgi jāizjautā, izslēdzot paaugstinātu psihisko traucējumu attīstības risku. Pacientei nedrīkst konstatēt nevienu no zemāk minētajiem riska faktoriem, noskaidrojot:

- 4.1.1. Vai paciente neslimo un nav slimojusi anamnēzē ne ar kādu hronisku psihisku saslimšanu vai ilgstošiem psihiskiem traucējumiem
- 4.1.2. Vai pacientes ģimenes anamnēzē nav depresijas, bipolāri afektīvu traucējumu vai šizofrēnijas
- 4.1.3. Vai paciente nav saņēmusi ilgstošu psihiatrisku ārstēšanu, tai skaitā stacionāru terapiju.
- 4.1.4. Vai paciente nelieto un nav lietojusi psihotropos medikamentus.
- 4.1.5. Vai pacientei anamnēzē nav bijusi paškaitējoša uzvedība un/vai pašnāvības mēģinājumi.
- 4.1.6. Vai paciente nav šobrīd un nav bijusi anamnēzē atkarīga no alkohola vai narkotiskajām vielām.

4.2. Pacienti izvērtējot ar PHQ-2 un PHQ-9, PHQ-2 summa ir 2 vai vairāk, PHQ-9 ir 0-9

Ja pacienti izvērtējot ar PHQ-2 skalu punktu summa ir 2 vai vairāk, PHQ-9 ir 0-9 un ir izslēgti riska faktori - grūtniece tiks novirzīta novērošanai un īslaicīgai psiholoģiskai konsultēšanai.

5. Novērošana un īslaicīgā psiholoģiskā konsultēšana.

5.1. Īslaicīgās psiholoģiskās konsultēšanas un atbalsta tikšanās vai kognitīvi biheiviorālā terapija (1-4 sesijas) un psihosociālā intervence. Klīniskā psihologa kompetence.

5.2. 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.

- 5.3. Katrā vizītē pacienti izvērtēt ar PHQ-2 un PHQ-9 skalu, lai novērtētu, vai psihiskais stāvoklis nepasliktinās.
- 5.4. Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra.
- 5.5. I grūtniecības trimestrī būtu pēc iespējas jāizvairās no farmakoloģiskas terapijas, jo tas saistās ar paaugstinātu iedzimtu traucējumu attīstības risku.
- 5.6. Tomēr, ja ir nepieciešams apsvērt farmakoterapiju, piem., psiholoģiskā konsultēšana nav pieejama - tas būtu izvērtējams tikai psihiatram un sieviete ir nosūtāma sekundārajai aprūpei pie psihiatra (skat.2.punktu).

#### Pēc palīdzības saņemšanas traucējumi 4 nedēļu laikā nemazinās.

Grūtniece turpina saņemt noteiktajā metodē sertificēta klīniskā psihologa vai psihoterapeita realizēto psihosociālo intervenci, atbalsta vai kognitīvi biheiviorālo konsultēšanu.

Šobrīd šie pakalpojumi ir pieejami pamatā tikai par maksu. Atsevišķos gadījumos var interesēties par šādu pakalpojumu noteiktā novada sociālajā dienestā vai psihiatrisko klīniku dienas stacionāros. Tiek plānots paplašināt arī klīnisko psihologu konsultāciju saņemšanas iespējas psihistru praksēs.

5.7. Katrā vizītē pacienti izvērtē ginekologs:

- ar PHQ-2 un PHQ-9 skalu.

- 5.8. Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra.

#### 6. Intensīva strukturēta psiholoģiskā intervence.

Ginekologs nosūta tālākai intensīvajai psiholoģiskajai intervencei.

Kognitīvi biheiviorālā psihoterapija (KBT) vai interpersonālā terapija (ITP), klīniskā psihologa kompetence.

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.

Visa veida palīdzībai ir jābūt valsts apmaksātā programmā un sasniedzamai nedēļas laikā.

Šobrīd šie pakalpojumi ir pieejami pamatā par maksu, var valsts apmaksātām konsultācijām var interesēties psihiatrisko klīniku dienas stacionāros. Tiek plānots paplašināt arī klīnisko psihologu konsultāciju saņemšanas iespējas psihiatru praksēs.

#### 7. Grūtnieces novērošanas laikā psihiskais stāvoklis pasliktinās vai pievienojas jaunas psihisku traucējumu pazīmes.

7.1. Mērķtiecīgi izjautāt sievieti par tādām sajūtām kā:

- Pastiprināta trauksme/nemiers, nespēja atslābināties;
- Sajūtas, ka noteikti ir gaidāms kas slikts viņai vai tuviniekiem, pastāvīga apdraudējuma sajūta;
- Pieaugošas dusmas uz tuviniekiem vai sevi, par dažādām lietām, kas iepriekš nav satraukušas;
- Miega traucējumi – grūtības iemigt, pamošanās nakts laikā vai pamošanās pārāgri no rīta (3 naktis un vairāk nedēļas laikā);
- Dīvainas uzmācīgas domas par to, ka viņa var nodarīt pāri savam bērnam, kuru iznēsā;
- Citas pašai sievietei dīvainas uzmācīgas domas vai priekšstati, kuras nav iespējams vai grūti pārtraukt;
- Nepārvarama nepieciešamība veikt kādas neparastas darbības vai ikdienišķas darbības neparastā veidā vai laikā.

7.2. Katrā vizītē (šajā un turpmākajās) izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem.

Paškaitēšanas domu gadījumā sieviete būtu nosūtāma pie psihiatra – 3 dienu laikā.

7.3. Paškaitēšanas/pašnāvības plānu gadījumā, sieviete ir neatliekami stacionējama psihiatriskā slimnīcā.

Konstatējot kādu no šīm pazīmēm vai PHQ-9 punktu skaitam pārsniedzot 9, sieviete ir nosūtāma sekundārai terapijai pie psihiatra - Skat.KC.2.punktu.

8. Kad apsvērt farmakoterapijas pievienošanu.

Izvērtējot iespējamus riskus medikamentozās terapijas uzsākšanai vai neuzsākšanai – jāņem vērā:

- pašreizējo simptomu recidīva vai pasliktinājuma risku un sievietes spēju tikt galā ar neārstētiem vai subklīniskiem simptomiem;
- Iepriekšējo epizožu smagumu, atbildes reakciju uz ārstēšanu un sievietes vēlmes;
- varbūtību, ka medikamentu ar teratogēnitātes risku lietošanas pārtraukšana jau pēc grūtniecības iestāšanās var nemazināt anomāliju risku;
- pēkšņās zāļu lietošanas pārtraukšanas risku;
- nepieciešamību pēc neatliekamās ārstēšanas, ņemot vērā neārstētu psihisku traucējumu iespējamo ietekmi uz augli vai zīdaini;
- palielinātu risku, kas saistīts ar zāļu lietošanu grūtniecības laikā un pēcdzemdību periodā, ieskaitot pārdozēšanas risku;
- ārstēšanas iespējas, kas ļautu sievietei barot bērnu ar krūti, ja viņa vēlas.

Ginekologa kompetencē ir vieglas un vidēji smagas bez komorbīdiem traucējumiem un paaugstinātiem stāvokļa pasliktināšanās riskiem (augstāk aprakstītie paaugstināta riska faktori) depresijas epizodes sākotnēja farmakoloģiska terapija.

9. Farmakoterapijas pievienošana depresijas gadījumā – ginekologa kompetences ietvaros.

Ginekologa kompetence.Ambulatori.



- 9.1. Ginekologa kompetencē ir vieglas un vidēji smagas bez komorbīdiem traucējumiem depresijas sākotnējā terapija.
- 9.2. Farmakoterapija tiek pievienota intensīvajai struktūrētajai psiholoģiskajai palīdzībai, bet ne to aizvietojo.
- 9.3. Pirmās izvēles medikamenti ir selektīvie seratonīna atpakaļsaistes inhibitoru (SSAI) grupas antidepresanti, izņemot paroksetīnu (*paroxetini*) un fluoksetīnu (*fluoxetini*).
- 9.4. Izvēles preparāts ir sertralīns (*sertralini*), it īpaši, ja sieviete vēlas bērnu barot ar krūti, un ir prognozējams, ka terapija ar antidepresantiem būs nepieciešama arī laktācijas periodā.
  - 9.4.1. Medikamentu uzsāk lēni titrējot no mazākās devas ¼ daļa no 50mg tabletes – vienu reizi dienā no rīta, pēc 5 dienām, vai, kad ir izzudusi biežākā blakne – nelabums, devu paaugstina uz ½ no 50mg un pēc nedēļas, vai, kad izzudis nelabums uz 1tabl. (50mg). Ja nenovērojat efektu 4 ned.laikā 50mg gadījumā – sieviete ir nosūtāma pie psihiatra.
- 9.5. Miega traucējumu gadījumā, drīkst pievienot uz nakti antipsihotisko medikamentu kvetiapīnu (*quetiapini*) minimālajā terapeitiskajā devā (6,25mg-25mg), terapijas neefektivitātes gadījumā (izvērtējot to nedēļas laikā) sieviete nosūtāma pie psihiatra sekundārajai palīdzībai.
- 9.6. Grūtniece ir jānovēro regulārās vizītēs, ne retāk kā vienu reizi 2 nedēļās.
- 9.7. Katrā vizītē pacienti izvērtēt ar PHQ- 2 un PHQ-9 skalu, lai izvērtētu, vai psihiskais stāvoklis nepasliktinās. Psihiskajām stāvoklim pasliktinoties vai jebkādu šaubu par farmakoterapiju gadījumā, sievieti nepieciešams nosūtīt konsultācijai pie psihiatra (7 dienu laikā), skat.KC2.punktu.
- 9.8. Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra.
- 9.9. Terapijas neefektivitātes gadījumā (to izvērtējot pēc 3-4ned.), sieviete nosūtāma pie psihiatra sekundārajai palīdzībai.

## 10. Farmakoterapijas pievienošana sekundārās psihiatriskās palīdzības ietvaros.

Psihiatra kompetence. Ambulatori.

Ginekologs – izvērtējot sievietes psihisko stāvokli tai skaitā pozitīvas dinamikas, saņemot intensīvo psiholoģisko palīdzību, iztrūkumu, nosūta sievieti pie psihiatra.

Nosūtot grūtnieci pie speciālista, šai gadījumā psihiatra, 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. Palīdzībai ir jābūt sasniedzamai 7 dienu laikā.

Indikācijas:

- 10.1. Vidēji smagas/smagas depresijas ar komorbīdu ģeneralizētu trauksmi, un/vai tai pievienojušos panikas vai obsesīvi kompulsīviem traucējumiem (OCT) gadījumā
- 10.2. Psihiskā stāvokļa pasliktināšanās/nelabošanās vai jaunu psihisku traucējumu pazīmju pievienošanās gadījumā.

- 10.3. Jebkuru šaubu par grūtnieces psihiskajiem traucējumiem nepieciešamo terapiju un grūtnieces psihoemocionālo aprūpi gadījumā.
- 10.4. Skat. algoritmu 2.punktu.
11. Medikamentu devu samazināšana vai to atcelšana, tuvojoties dzemdību laikam.
- 11.1. Sākot no 34./36. gr.nedēļas medikamentu devas, pakāpeniski titrējot, samazināt līdz zemākajai drošajai devai
- 11.2. Depresijas simptomu remisijas gadījumā (PHQ-9 mazāk par 8), lēni titrējot apsvērt medikamenta atcelšanu. Tas jāpārrunā ar sievieti.
- 11.3. Titrēšanas “pakāpiens” sertralīnam ir 12,5mg jeb ¼ no 50mg tabletes/nedēļā.
- 11.4. Miega traucējumu samazināšanās gadījumā, apsvērt alternatīvas nemedikamentozas intervences un miega līdzekļa atcelšanu.
- 11.5. Katrā grūtn.vizītē turpināt pacienti izvērtēt ar PHQ-9 skalu. Stāvokļa pasliktināšanās gadījumā, nosūtīt neatliekamai konsultācijai pie psihiatra.
12. Zīdaiņa un mātes novērošana pirmajās nedēļās pēc dzemdībām.
- 12.1. Visa grūtnieces psihoemocionālā stāvokļa novērošana un ārstēšana tiek dokumentēta Mātes pasē, kas tālāk tiek nodota ģimenes ārstam. Šobrīd tas vēl netiek dokumentēts mātes pasē.
- 12.2. Grūtniecei saņemot psihiatrisko ārstēšanu psihiatra uzraudzībā – psihiatram 7 dienu laikā pēc dzemdībām ir jāsažinās ar bērna ģimenes ārstu un jāsniedz rakstisks pārskats par grūtniecības laikā veikto terapiju un mātes psihisko stāvokli.
- 12.3. Nedēļneces psihoemocionālā stāvokļa izvērtējums un turpmākā jaunās māmiņas novērošana pēcdzemdību periodā ir aprakstīta klīniskajā ceļā “Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk.farmakoterapija, postnatālajā periodā.”
- 12.4. Jebkuras psihofarmakoterapijas gadījumā jānovēro bērna somatiskais stāvoklis, atkarībā no noteiktā medikamenta iespējamajiem efektiem uz augli un jaundzimušo. It īpaši, ja sievietei saņemot psihotropus medikamentus sekundārās psihiatriskās palīdzības gadījumā - tādā gadījumā pieaug risks, ka sieviete ir saņēmusi medikamentus vai to devas ar augstākas toksicitātes risku.
- 12.5. Novērot, vai neparādās kāds no zāļu lietošanas izraisītu blakusparādību, toksiskuma vai atcelšanas sindroma simptomiem (piemēram, *floppy baby* sindroms, kairināmība, pastāvīga raudāšana, drebuļi, trīce, nemiers, palielināts muskuļu tonuss, ēšanas un miega traucējumi, retāk krampji); Ja māte lietoja antidepresantus pēdējā trimestrī, šie simptomi var rasties no serotonīnērgiskās toksicitātes sindroma, nevis zāļu atcelšanas.

Véres.

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. Aust N Z J Psychiatry. 2015 Jan 13.
22. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Jan 13.
23. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 11
24. 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.
25. 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
26. 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.
27. NICE Clinical Guideline. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance 2007.
28. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol* 2009;65(12):1258-69
29. 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.
30. 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
31. 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.
32. RCOG. Management of Women with Mental Health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period. Good Practice No.14; June 2011.
33. Rancāns E. et al, depresijas un neirotisko raucējumu diagnostikas un ārstēšanas rekomendācijas ģimenes ārstiem, RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra, Latvija 2012.

34. 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.
35. 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
36. 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.
37. 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.
38. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17(2):147-56
39. 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.
40. 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
41. Yamashita H., Yoshida K. [Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2003;105(9):1129-35.
42. 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
43. 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