



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001 “Ārstniecības un ārstniecības
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

“Perinatālā psihiatrija: psihisko traucējumu agrīna diagnostika un ārstēšana”

Mācību materiāls

Rīga
2021

ANOTĀCIJA

Metodisko materiālu par perinatālo psihisko traucējumu agrīnu diagnostiku un ārstēšanu izstrādājušas ārstes-psihiatres Inga Zārde un Natālija Bērziņa. Tajā sniegts ieskats par perinatālajā periodā sastopamām psihiskajām saslimšanām – depresiju, trauksmes spektra traucējumiem, bipolāri afektīviem traucējumiem, ēšanas traucējumiem, miega traucējumiem, neirotiskiem un ar stresu saistītiem un psihotiskiem traucējumiem, to izplatību, klīniskām pazīmēm, psihofarmakoloģiskām un nefarmakoloģiskām palīdzības iespējām, kā arī par riska faktoriem un psihiskiem traucējumiem jaundzimušā un agrīnā bērna vecumā.

Īpaša vērība materiālā pievērsta psihotropo līdzekļu lietošanas iespējām un kontraindikācijām grūtniecības laikā, iespējamiem riskiem augļa attīstībai, kā arī psihotropo līdzekļu lietošanas iespējām pēcdzemdību psihisko traucējumu ārstēšanai laktācijas periodā.

Materiāls paredzēts dažādu specialitāšu ārstiem un māsām kā palīglīdzeklis neformālās izglītības programmas “Perinatāla psihiatrija: psihisko traucējumu agrīna diagnostika un ārstēšana” apgūšanai.

SATURA RĀDĪTĀJS

Ievads.....	6
1 Ievads perinatālajā psihiatrijā	7
1.1 Definīcija, perinatālo psihisko traucējumu izplatība	7
1.2 Psihisko traucējumu diagnostikas nozīme perinatālajā periodā	8
1.3 Šķēršļi psihisko traucējumu diagnostikā perinatālajā periodā.....	9
1.4 Perinatālo psihisko traucējumu izpausmes vīriešiem	9
1.5 Perinatāla psihiskā veselības sievietēm ar iepriekš diagnosticētiem smagiem psihiatriskiem traucējumiem.....	10
2 Psihisko traucējumu cēloņi un to diagnosticēšanas pamatprincipi.....	11
2.1 Psihisko traucējumu biopsihosociālais modelis	11
2.2 Psihisko traucējumu riska faktori	11
2.3 Distress, disfunkcija, deviācija	13
2.4 SSK 10 kā palīgs diagnozes noteikšanā.....	13
2.5 Skrīninga instrumenti psihisko traucējumu atpazīšanai	14
3 Psihisko traucējumu ārstēšanas pamatprincipi, profilakses iespējas	15
3.1 Psihiskās veselības aprūpes plānošana, palīdzības saņemšanas hierarhija.....	15
3.2 Primārā un sekundārā veselības aprūpes līmeņa kompetence	18
3.3 Komunikācijas principi perinatālās psihiskās veselības aprūpē	21
4 Medikamentozās terapijas un profilakses pamatprincipi grūtniecības un krūts barošanas laikā	22
4.1 Medikamentozās terapijas iespējas grūtniecības laikā	22
4.1.1 Antipsihotiskie līdzekļi	23
4.1.2 Antidepresanti	24
4.1.3 Garastāvokļa stabilizatori.....	25
4.1.4 Sedatīvie un miega preperāti.....	26
4.1.5 Augu valsts preperāti.....	27
4.2 Medikamentozās terapijas iespējas laktācijas laikā.....	27
4.2.1 Antipsihotiskie līdzekļi	28
4.2.2 Antidepresanti	28
4.2.3 Garastāvokļa stabilizatori.....	28
4.2.4 Sedatīvie un miega preperāti.....	28
4.2.5 Augu valsts līdzekļi.....	28
5 Garastāvokļa traucējumu atpazīšana un ārstēšanas pamatprincipi perinatālā periodā	29
5.1 Pēcdzemdību skumjas.....	29
5.2 Pēcdzemdību depresija	29
5.3 Distīmija	30
5.4 Bipolāri afektīvi traucējumi.....	30
5.5 Ciklotīmija.....	31
5.6 Suicidalitāte	31
5.7 Infanticīda riska faktori un brīdinājuma pazīmes	31
6 Neirotisko un ēšanas traucējumu atpazīšana un ārstēšanas pamatprincipi perinatālā periodā	33
6.1 Trauksmes spektra traucējumi	33

6.2	Miega traucējumi	33
6.3	Ēšanas traucējumi	34
6.4	Obsesīvi kompulsīvi traucējumi	34
6.5	Krīzes stāvokļi	35
6.6	Posttraumatiskais stresa sindroms	35
7	Psihotisko traucējumu atpazīšana un ārstēšanas pamatprincipi perinatālā periodā	36
7.1	Pēcdzemdību psihoze.....	36
7.2	Šizofrēnijas spektra traucējumi.....	37
7.3	Psihoze bipolāru traucējumu ietvaros	37
8	Jaundzimušā psihiskā veselība un riska faktori	39
8.1	Perinātālie riska faktori bērna psihisko traucējumu ģenēzē	39
8.2	Mātes stresa hormonu ietekme uz augļa smadzeņu attīstības procesu	39
8.3	Mātes un bērna attiecību traucējumi	40
8.4	Psihiskie traucējumi zīdaiņa un maza bērna vecumā	40
8.5	Agrīni pārciesto negatīvo notikumu ilgtermiņa sekas	41
8.6	Toksiska stresa neirobioloģija, vardarbības ilgtermiņa sekas	41
	Izmantotā literatūra un avoti.....	43

SAĪSINĀJUMI:

BAT	bipolāri afektīvi traucējumi
BCN	bez citas norādes (<i>not otherwise specified</i>)
BDZ	benzodiazepīni
DSM-V	psihisko slimību diagnozes un statistikas rokasgrāmata
EPDS	Edinbugas postnatālās depresijas skala
EKT	elektrokonvulsīvā terapija
EhoKG	ehokardiogrāfija
GAD-2	Generalized Anxiety Disorder-2 (ģeneralizētas trauksmes skala)
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7 (ģeneralizētas trauksmes skala)
KBT	kognitīvi biheiviorālā terapija
MAO	monamīnoksidāzes inhibitori
OKT	obsesīvi kompulsīvi traucējumi
PHQ-2	Patient Health Questionnaire -2 (pacientu veselības aptauja)
PHQ-9	Patient Health Questionnaire -9 (pacientu veselības aptauja)
PTSS	pēctraumatiska stresa sindroms
PVO	Pasaules Veselības organizācija
SNAI	Serotonīna un norepinefrīna atpakaļsaistes inhibitori
SSAI	Selektīvie serotonīna atpakaļsaistīšanas inhibitori
SSK-10	Starptautiskā slimību klasifikācija, 10. redakcijā
TCA	tricikliskie antidepresanti
UDHS	uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms
USG	ultrasonogrāfija

IEVADS

Perinatālais periods iekļauj grūtniecību un pirmo jaundzimušā dzīves gadu, šis laiks sievietes dzīvē ir īpaši svarīgs, tas ir saistīts ar pašas sievietes un bērna veselību, tādējādi ir svarīgi apzināt faktorus, kas saistīti ar iespējamajiem riskiem un to sekām, kā arī, sadarbojoties psihiatriem, ģimenes ārstiem, neonatologiem, ginekologiem, dzemdību speciālistiem, psihologiem, psihoterapeitiem un sievietes ģimenei, laicīgi diagnosticēt psihiskos traucējumus un izstrādāt uz pierādījumiem balstītu pieeju aprūpei un ārstēšanai.

Pasaules Veselības organizācijas (PVO) izstrādātajā veselības definīcijā psihiskā veselība ir neatņemama tās daļa – tā nozīmē cilvēka psihoemocionālās labklājības stāvokli, kurā viņš spēj efektīvi realizēt savas spējas, pārvarēt dzīves stresu, produktīvi strādāt un sniegt ieguldījumu sabiedrībā.

Perinatālie psihiskie traucējumi, pēc Lielbritānijas Nacionālā veselības institūta datiem, skar līdz pat 20% sieviešu. Depresija un trauksme ir biežākās diagnosticētas psihiskās saslimšanas un bieži abi šie traucējumi izpaužas vienlaicīgi. Grūtniecības laikā pastāv risks arī psihisko traucējumu paasinājumu, piemēram, bipolāri afektīvo vai psihotisko traucējumu attīstībai. Psihotisko traucējumu atpazīšanai un ārstēšanai grūtniecības laikā ir īpaša nozīme, jo tie ne tikai apgrūtina sievietes funkcionēšanu, bet ir arī saistīti ar sievietes suicidalitāti un infanticīda augstāku risku. [58]

Auglis un jaundzimušais ir pakļauti medikamentu ietekmei, tādēļ psihotropo medikamentu lietošana grūtniecības un pēcdzemdību periodā ir saistīta ar riskiem. Izvēloties psihofarmakoloģisko ārstēšanu, ir jāņem vērā veselības stāvokļa smagums, prognoze, atbalsta sistēmas esamība un risku/ieguvumu attiecība, primāri jāizvēlas nefarmakoloģiska ārstēšana un aprūpes organizācija.

1 IEVADS PERINATĀLAJĀ PSIHIATRIJĀ

1.1 Definīcija, perinatālo psihisko traucējumu izplatība

Perinatālā psihiatrija ir psihiatrijas apakšnozare, kas pēta mātes un tēva psihiskās veselības traucējumus perinatālajā periodā. Perinatālā perioda definīcijas dažādās valstīs atšķiras, daļēji to nosaka juridiskās atšķirības laikposmā, no kura bojā gājušais auglis uzskatāms par nedzīvi dzimuši bērnu. PVO perinatālo periodu definē kā laikposmu no pilnām 22 grūtniecības nedēļām (154 dienas) līdz septītajai dienai pēc dzemdībām. Plašākā nozīmē ar perinatālo periodu saprot laikposmu no bērna ieņemšanas brīža līdz pirmā pēcdzemdību gada beigām [10; 80].

Perinatāli psihiskās veselības traucējumi var būt gan traucējumi, kas attīstījušies pirmo reizi dzīvē (piemēram, pēcdzemdību depresija vai pēcdzemdību psihoze), gan iepriekš diagnosticēti psihiskie traucējumi, kas grūtniecības laikā un pirmos 12 mēnešus pēc dzemdībām ir saasinājušies, atsākušies vai turpinājušies [34; 57].

Perinatālā psihiatrija ir vērsta ne tikai uz mātes medicīnisko un psihosociālo grūtību risināšanu, bet interesējas arī par slimības un ārstēšanas ietekmi uz mazuļa attīstību pirms un pēc dzimšanas [34].

Statistiskie dati liecina, ka aptuveni 10 līdz 20% māmiņu grūtniecības periodā vai gada laikā pēc dzemdībām cieš no klīniski nozīmīgiem psihiskās veselības traucējumiem [34]. Perinatālajā periodā sievietēm var attīstīties tādi paši psihiskās veselības traucējumi kā jebkurai citai sievietei, un lielākajā daļā gadījumu šo traucējumu izpausmes un norise būs līdzīga kā tiem traucējumiem, kas sievietēm attīstījušies citos dzīves posmos. Raksturīgākie psihiskie traucējumi perinatālajā periodā attēloti 1.1 tabulā.

1.1. tabula.

Psihisko traucējumu izplatība perinatālajā periodā [31; 34; 58].

Psihiskais traucējums	Izplatība vecākiem perinatālajā periodā
Depresija	~12% grūtnieču ~15 līdz 20% jauno māmiņu ~8 līdz 10% topošo un jauno tēvu
Trauksmes spektra traucējumi	~ 13% grūtnieču ~ 10% jauno māmiņu ~ 2 līdz 18% topošo un jauno tēvu
Pēcdzemdību skumjas	~ 60 līdz 80% jauno māmiņu ~ 10% jauno tēvu
Pēctraumatiskais stresa sindroms	~ 9% jauno māmiņu
Pēcdzemdību psihoze	~0,1 līdz 0,2% jauno māmiņu

Depresija un trauksmes spektra traucējumi (ģeneralizēta trauksme, panika, sociāla trauksme, obsesīvi kompulsīvi traucējumi, posttraumatiskais stresa sindroms u.c.) ir visbiežāk sastopamie psihiskie traucējumi sievietēm perinatālajā periodā [11; 57].

Depresijas simptomi ir līdzīgi tiem, kas izpaužas citos dzīves periodos un tās smaguma pakāpe var variēt no vieglas līdz smagai, ļoti bieži depresija kombinējas ar trauksmi. Depresija var sākties grūtniecības laikā vai jau pirms mazuļa ieņemšanas. Plašā Amerikas Savienotajās Valstīs (ASV) veiktā pētījumā, kurā izvērtēja depresiju sievietēm sešas nedēļas pēc dzemdībām, divām no piecām māmiņām depresija bija sākusies pēcdzemdību periodā, vienai no trīs māmiņām – grūtniecības laikā un vienai no četrām māmiņām - pirms grūtniecības [11].

Mātes depresijas simptomi var saglabāties arī ilgāk par gadu pēc dzemdībām. Austrālijā veiktā pētījumā konstatēja, ka vienai no 11 sievietēm depresija sākās grūtniecības laikā un turpinājās vēl četrus gadus pēc dzemdībām, savukārt vienai no sešām sievietēm pirmajā gadā novērotie depresijas simptomi saglabājās vēl sešus līdz septiņus gadus pēc dzemdībām [11].

Perinatāla depresija ar vai bez trauksmes simptomiem ir saistīta ar mātes pašnāvību risku. Depresīvām sievietēm (neatkarīgi no antidepresantu lietošanas) nedaudz biežāk ir novērojamas ar grūtniecību un dzemdībām saistītas komplikācijas, piemēram, priekšlaicīgas dzemdības, zems dzimšanas svars jaundzimušajam, grūtniecības hipertensija un perinatāla nāve [11].

Trauksmes spektra traucējumi var nelabvēlīgi ietekmēt dzemdību, augļa attīstības un perinatālos iznākumus, piemēram, var būt izteiktāki ar grūtniecību saistītie simptomi (vemšana, slikta dūša), biežākas vizītes pie ārstiem, palielināts alkohola vai tabakas patēriņš, neveselīgi ēšanas paradumi, preeklampsija, priekšlaicīgas dzemdības un postnatāla depresija. Augsts trauksmes līmenis grūtniecības laikā ir saistīts ar mātes kortizola pastiprinātu iedarbību uz augli un palielinātu risku nelabvēlīgiem nervu sistēmas attīstības iznākumiem [11].

Smagi psihiatriski traucējumi, kuru gadījumā nepieciešama hospitalizācija, sastopami daudz retāk – aptuveni divos līdz trīs gadījumos no 1000 dzemdībām [57]. Pēcdzemdību psihoze sastopama vienā līdz divos gadījumos no 1000 sievietēm pēc dzemdībām [11].

Populāciju pētījumi liecina, ka pirmajos mēnešos pēc dzemdībām ir paaugstināts risks pirmreizēju psihisko traucējumu (īpaši psihožu) attīstībai, bet iepriekš diagnosticētu garastāvokļa traucējumu recidīva risks ir būtiski paaugstināts visā perinatālajā periodā, īpaši bipolāri afektīvo traucējumu (nereti pēc medikamentu lietošanas pārtraukšanas) [11].

1.2 Psihisko traucējumu diagnostikas nozīme perinatālajā periodā

Grūtniecības laikā un agrīnajā pēcdzemdību periodā sieviete saņem tik daudz veselības aprūpes speciālistu uzmanības, kā nevienā citā dzīves posmā, tādējādi tiek nodrošināta ne vien

agrīna diagnostika un savlaicīga ārstēšanas uzsākšana sievietēm, kurām attīstījušies traucējumi, bet tiek arī savlaicīgi identificētas tās sievietes, kurām ir paaugstināts risks psihisko traucējumu attīstībai pēc dzemdībām, nodrošinot sekundāru un, iespējams, primāru profilaksi [34]. Savlaicīga diagnostika ir svarīga, lai nepieļautu psihisko traucējumu nelabvēlīgo ietekmi ne tikai uz pašu māti, bet arī uz augli/zīdaiņi, citiem ģimenes locekļiem un plašāku sabiedrību kopumā [57].

1.3 Šķēršļi psihisko traucējumu diagnostikā perinatālajā periodā

Psihiskās veselības traucējumi grūtniecības un pēcdzemdību periodā bieži vien netiek atpazīti un ārstēti. Periodā, kas parasti tiek asociēts ar laimes izjūtu un pozitīvām emocijām, sievietes nevēlas atklāt apkārtējiem savus pārdzīvojumus psihisko traucējumu stigmas dēļ [58]. Reizēm palīdzība netiek meklēta, jo jaunā māmiņa pārdzīvojumus uzskata par normu vai kaunas lūgt palīdzību [56]. Tāpat sieviete var izjust bailes radīt negatīvu priekšstatu par sevi kā māti, arī bažas par sociālo dienestu iesaistīšanu un iespējamu vecāka tiesību zaudēšanu var kavēt palīdzības meklēšanu, pat ja sieviete pati ir atzinusi tās nepieciešamību. Iemesls var būt arī nevēlēšanās uzsākt ārstēšanos, kas var būt kā psihisko traucējumu izpausme vai sekas alkohola vai narkotisku vielu atkarībai [57].

Iespēja, ka, vērsoties pie speciālista un atklājot viņam savas sajūtas, sieviete tiks nosūtīta ārstēšanai stacionārā un tiks šķirta no bērna, bieži ir būtisks šķērslis palīdzības meklēšanai. [4]

Veselības aprūpes speciālistiem diagnostiku var apgrūtināt nepieciešamība nošķirt psihiskās veselības traucējumus no normālām grūtniecības un pēcdzemdību perioda pieredzēm, jo daļa no psihiskā stāvokļa un funkcionēšanas izmaiņām grūtniecības un pēcdzemdību periodā ir normālas. Piemēram, apetītes izmaiņas ir nespecifisks depresijas simptoms grūtniecības un pēcdzemdību periodā, arī miega traucējumi, nogurums, libido pazemināšanās un trauksmainas domas par bērnu var būt gan normālas, gan patoloģiskas [58].

1.4 Perinatālo psihisko traucējumu izpausmes vīriešiem

Pēdējo gadu laikā līdztekus mātes psihiskai veselībai grūtniecības un pēcdzemdību periodā arvien vairāk tiek pētītas arī psihiskās veselības problēmas, kas šajā dzīves posmā skar tēvus un citus ģimenes locekļus.

Topošajai māmiņai grūtniecība saistās ar fiziskām un psiholoģiskām pārmaiņām, bet mazuļa ienākšana ģimenē un vecāku loma nozīmē psiholoģiskas pārmaiņas arī topošajiem tēviem [34]. Kļūšana par tēvu parasti rada prieku, tomēr jaundzimušā vajadzības, pārmaiņas

partnerattiecībās un identitātes maiņa var veicināt nogurumu, apmulsumu un stresu, arī depresijas un trauksmes attīstību [11].

Tēva depresija var nelabvēlīgi ietekmēt savas lomas funkciju veikšanu un arī mazuļa labklājību nākotnē. Pētījumos, kuros apsekoti bērni, kuru tēviem konstatētas postnatālas depresijas pazīmes, novērots, ka šiem bērniem trīs reizes biežāk raksturīgas uzvedības problēmas pirmsskolas vecumā un divas reizes biežāk tiek noteikta psihiatriska diagnoze līdz septiņu gadu vecumam [11].

Tēva psihiskā veselība, no vienas puses, ietekmē arī partneres psihisko veselību, bet no otras – ir atkarīga no partneres psihiskās veselības. Antenatāla depresija tēviem saistīta ar mātes simptomu smaguma palielināšanos pirmajos sešos mēnešos pēc dzemdībām. Postnatālās depresijas attīstību tēviem būtiski ietekmē pāra attiecību kvalitāte un mātes psihiskās veselības problēmas [31]. Pētījumos pierādīts, ka depresijas attīstība abiem vecākiem nozīmē augstāku risku uzvedības traucējumu attīstībai bērniem [11].

Jāņem vērā, ka atšķirībā no mātēm, tēviem depresīvais noskaņojums vairāk var izpausties ar uzvedības traucējumiem un izmaiņām, piemēram, dusmām un aizkaitināmību, tāpēc traucējumu diagnostika var būt apgrūtināta [11].

Trauksme vīriešiem visbiežāk ir saistīta ar to, kā mainīsies attiecības ar partneri (ierobežotas iespējas spontānai intimitātei un pilnīgam privātumam), kāda būs ietekme uz darbu (sevišķi tēviem ar intensīvu darba grafiku), brīvā laika pavadīšanas iespējām un sociālo dzīvi, arī ietekme uz finansēm [56].

Smagi psihiski traucējumi tēviem negatīvā veidā var ietekmēt bērna fizisko un emocionālo labklājību [11].

1.5 Perinatāla psihiskā veselības sievietēm ar iepriekš diagnosticētiem smagiem psihiskiem traucējumiem

Sievietēm, kurām diagnosticēta šizofrēnija vai bipolāri afektīvi traucējumi, biežāk (salīdzinot ar sievietēm no vispārējās populācijas) attīstās obstetriskas komplikācijas (preeklampsija, grūtniecības diabēts) [11]. Perinatālajā periodā, sievietēm ar iepriekš diagnosticētiem smagiem psihiskās veselības traucējumiem, ir paaugstināts risks recidīvam, sevišķi bipolāro traucējumu pacientēm [34]. Šādā situācijā ģimenes ārstiem, ginekologiem, dzemdību speciālistiem un psihiskās veselības aprūpes speciālistiem jāpievērš pastiprināta uzmanība šai sieviešu kategorijai, lai palīdzētu uzlabot viņu funkcionēšanu un spēju pēc iespējas labāk pārvarēt grūtniecības periodu, dzemdības un vecāka lomas izaicinājumus.

2 PSIHISKO TRAUČĒJUMU CĒLOŅI UN TO DIAGNOSTICĒŠANAS PAMATPRINCIPI

2.1 Psihisko traucējumu biopsihosociālais modelis

Biopsihosociālais traucējumu/veselības modelis ir pašlaik medicīnā vispārpieņemtais konceptuālais modelis, kurā uzsvērtā bioloģisko, psihoemocionālo un sociālo etioloģisko faktoru un to kompleksās savstarpējās mijiedarbības nozīme veselības traucējumu izcelsmē. Šo modeli kā alternatīvu biomedicīniskajam modelim ir piedāvājuši ārsti Džordžs Libmans Engels (*Engel*) un Džons Romano XX gadsimta 70. gados [26]. Pastāv noteikti bioloģiski, psiholoģiski un sociāli faktori, kuri mijiedarbojoties vienam ar otru, ietekmē slimības profilaksi, izcelsmi, izpausmes, ārstēšanu un iznākumus. Bioloģiskie faktori iekļauj ģenētisko predispozīciju, fizioloģisko procesu īpatnības, organisma sistēmu strukturālās pārmaiņas. Psiholoģiskie faktori ietver agrīnās dzīves pieredzi, stresa pilnus notikumus bērnībā un pieaugušo vecumā, cilvēka personības īpašības, psihe aizsardzības mehānismus. Sociālie faktori iekļauj sociālekonomisko stāvokli, interpersonālos kontaktus, vides faktorus, pieredzi par sabiedrības attieksmi un uzskatiem [7; 25].

2.2 Psihisko traucējumu riska faktori

Riska faktori psihisko traucējumu attīstībai perinatālajā periodā ir tādi paši kā jebkurā citā dzīves posmā. No grūtniecībai un pēcdzemdību periodam raksturīgajiem specifiskajiem faktoriem galvenokārt tiek minētas hormonālās izmaiņas (tostarp izmaiņas vairogdziedzera un hipofīzes hormonu, kortizola un dzimumhormonu darbībā), tomēr precīza to nozīme psihisko traucējumu izraisīšanā joprojām nav zināma [58].

Līdzīgi kā citiem psihiskiem traucējumiem, arī perinatālo psihisko traucējumu attīstību nosaka ģenētiski, bioķīmiski un endokrīni, psiholoģiski un sociāli faktori [58].

Galvenie riska faktori perinatālo psihisko traucējumu attīstībai sievietēm [34; 57]:

- Psihiatriski traucējumi sievietes vai viņas ģimenes anamnēzē
- Nelabvēlīgi, stresu radoši dzīves notikumi
- Slikts sociālekonomiskais stāvoklis
- Neplānota vai nevēlama grūtniecība
- Māmiņas personība. Neirotizisms, naidīgums, trauksme, kontroles zuduma izjūta grūtniecības laikā, negatīvs domāšanas veids un starppersonu jutīgums ir saistīts ar depresīviem simptomiem pēcdzemdību periodā. Paaugstināts depresijas risks raksturīgs arī sievietēm ar nenobriedušiem psihiskās aizsardzības mehānismiem un nedrošiem piesaistes veidiem, kuri savukārt nozīmē trauksmi saistībā ar attiecību jautājumiem.

- Vardarbība un nevērība no vecāku puses bērnībā
- Sievietes vecums. Vairākos pētījumos konstatēs, ka pusaudžu vecuma māmiņām ir augstāks depresijas risks.
- Māmiņa bez partnera
- Partnera atbalsta trūkums
- Vardarbība ģimenē
- Interpersonāli konflikti
- Naidīgi noskaņoti partnera radi
- Miega bads un nogurums
- Ar bērnu saistītie faktori (raudulīgs, maz guļ u.c.)
- Hormonālās izmaiņas.

Veicinošs faktors var būt arī mūsdienu laikmeta noteiktās prasības – straujais dzīves ritms un tiekšanās pēc finansiālas stabilitātes nosaka to, ka daudzas jaunās māmiņas turpina savu profesionālo darbību līdz vēlīnam grūtniecības laikam un atsāk strādāt drīz pēc mazuļa piedzimšanas [31].

Īpaša uzmanība jāpievērš sievietēm ar depresīviem traucējumiem anamnēzē, jo pētījumi liecina, ka šai grupai ir par 20 reizēm lielāks risks saslimt ar pēcdzemdību depresiju. Savukārt depresija grūtniecības laikā vai īsi pēc dzemdībām ir riska faktors mātes pašnāvībai, un pašnāvība ir cēlonis līdz 20% nāves gadījumu pēcdzemdību periodā sievietēm [2].

Pēcdzemdību psihozes risku būtiski var paaugstināt bipolāro traucējumu diagnoze anamnēzē. Pat, ja sievietei nav sūdzību un nesenā pagātnē nav bijušas paasinājumu epizodes, ir jānodrošina psihiskā stāvokļa rūpīga uzraudzība, īpaši pirmajos trīs mēnešos pēc dzemdībām, kad saglabājas paaugstināts psihozes risks (visaugstākais tas ir pirmās divas līdz četras nedēļas pēc dzemdībām) [57].

Psihosociālie riska faktori psihisko traucējumu attīstībai tēviem perinatālajā periodā [11]:

- **Individuālie faktori**, piemēram, psihiskas problēmas anamnēzē, slikta fiziskā veselība, skeptiska attieksme pret palīdzības meklēšanu psihisko veselības traucējumu dēļ;
- **Pāra un ģimenes faktori**, tostarp attiecību problēmas, partneres psihiskās veselības problēmas un nepietiekams sociālais atbalsts;
- **Nodarbinātības faktori**, piemēram, ierobežotas iespējas strādāt pēc elastīga darba grafika un izmantot bērnu kopšanas atvaļinājumu, nesabalansēta darba un ģimenes dzīve, finansiālas grūtības;
- **Ar bērnu saistīti faktori**, piemēram, miega traucējumi un pašregulācijas problēmas, sarežģīts un reaktīvs raksturs.

2.3 Distress, disfunkcija, deviācija

Izvērtēt, kurā brīdī pacienta simptomi sasniedz tādu līmeni, lai tos varētu uzskatīt par psihiatrisku traucējumu, nav viegls uzdevums. “Četru D” koncepcija (deviance, disfunkcija, distress un briesmas (*danger*)) var būt vērtīgs palīgs praktizējošiem speciālistiem simptomu izvērtēšanā, nosakot, kurā brīdī cilvēka kognitīvie, emocionālie un uzvedības simptomi no normas pāriet patoloģijā un var tikt klasificēti kā psihiatriski traucējumi [23].

Psihiatrijas nozarē diagnoze ir sociāls konstrukts (hipotētiska spēja vai garīga pazīme, kuru nevar tieši novērot vai mērīt) un diagnozes konceptualizēšanai jāņem vērā šādi aspekti: 1) **deviance** jeb simptomu novirze no sociālas vai statistiskas normas; 2) **disfunkcija** – traucējumu intensitāte ietekmē un pazemina sociālo un interpersonālo funkcionēšanu; 3) **distress** – traucējumi ir subjektīvi un to esamība apgrūtina pašu indivīdu [23; 65].

2.4 SSK 10 kā palīgs diagnozes noteikšanā

Antenatālo psihiatrisko traucējumu diagnostikā izmanto SSK-10 klasifikācijas atbilstošos F kategorijas “Psihiski un uzvedības traucējumi” kodus un O99 kategorijas “Citur klasificētas slimības, kas sarežģī grūtniecību, dzemdības un pēcdzemdību periodu” kodu O99.3 “Psihiski traucējumi un nervu sistēmas slimības, kas sarežģī grūtniecību, dzemdības un pēcdzemdību periodu”. Ar O99 kodu apzīmē patoloģijas, kas sarežģī grūtniecību, pasliktinās grūtniecības ietekmē vai ir galvenais dzemdībpalīdzības iemesls [5].

Postnatālu psihisko traucējumu diagnostikā izmanto SSK-10 klasifikācijas atbilstošos F kategorijas “Psihiski un uzvedības traucējumi” kodus un O99.3 kodu “Psihiski traucējumi un nervu sistēmas slimības, kas sarežģī grūtniecību, dzemdības un pēcdzemdību periodu” [5; 34]

Kategorija F53 “Citur neklasificēti psihiski un uzvedības traucējumi pēcdzemdību periodā” (detaļas skatīt 2.1 tabulā) izmantojama šādos gadījumos: 1) traucējumi sākas sešu nedēļu laikā pēc dzemdībām; 2) simptomi neatbilst citur F nodaļā klasificēto traucējumu kritērijiem vai nu tāpēc, ka nav pieejama pietiekoša informācija, vai tāpēc, ka esošā klīniskā aina neatbilst citur klasificējamiem stāvokļiem [5; 10]

2.1 tabula

F53 nodaļa SSK-10 klasifikācijā

Klasifikators	Nozīme
F 53	Citur neklasificēti psihiski un uzvedības traucējumi pēcdzemdību periodā
F 53.0	Viegli citur neklasificēti psihiski un uzvedības traucējumi pēcdzemdību periodā Postnatāla depresija BCN Pēcdzemdību depresija BCN

F 53.1	Smagi citur neklasificēti psihiski un uzvedības traucējumi pēcdzemdību periodā Puerperāla psihoze BCN
F 53.8	Citi citur neklasificēti psihiski un uzvedības traucējumi pēcdzemdību periodā
F 53.9	Neprecizēti pēcdzemdību psihiski traucējumi

2.5 Skrīninga instrumenti psihisko traucējumu atpazīšanai

Antenatālam depresijas skrīningam pietiekami daudz pierādījumu ir šādiem instrumentiem – Edinburgas postnatālās depresijas skala, Pacientu veselības aptauju (*PHQ-9*) skala, Vūlijas [*Whooley*] jautājumi un Keslera psiholoģiskā distresa skalu (K-10).

Postnatālas depresijas skrīningam ar pietiekamu pierādījumu līmeni pasaulē tiek izmantoti šādi instrumenti – Edinburgas postnatālās depresijas skala, PHQ-9, PHQ-9 īsā versija PHQ-2, Vūlijas jautājumi un K-10 skala.

Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE 2014-2017 ietvaros pētnieku grupa Latvijā ir validējusi vienu no pasaulē atzītākajiem un plašāk pielietotajiem skrīninga instrumentiem PHQ-9 un tā saīsināto versiju PHQ-2, Latvijas perinatālās aprūpes vadlīnijas depresijas skrīningam perinatālajā periodā iesaka izmantot PHQ-2 un PHQ-9.

Ja PHQ-2 summa ir divi un vairāk, tas norāda uz augstu depresijas varbūtību un tad jāaizpilda atlikušie septiņi jautājumi PHQ-9 skalā un jānosaka depresijas smaguma pakāpe. Ja PHQ-9:

- ir mazāks par 5 – depresijas nav;
- no 5 līdz 9, novērtējumu atkārto pēc divām nedēļām;
- ja ir 10 un vairāk, tad tas liecina par klīniski nozīmīgu depresiju un iespējami ātrāk jāuzsāk ārstēšanās [2].

Trauksmes skrīningam pēc Latvijā izstrādātajām vadlīnijām tiek ieteikts izmantot ģeneralizētās trauksme skalas GAD-2 un GAD-7. Ja GAD-2 summa divi un vairāk, tas norāda uz augstu trauksmes varbūtību un tad jāaizpilda atlikušie pieci jautājumi GAD-7 skalā un jānosaka trauksmes smaguma pakāpe. Ja GAD-7 skala norāda:

- zem 5 – trauksmes nav;
- no 5 līdz 9, novērtējumu atkārto pēc divām nedēļām;
- 10 un vairāk, tad tas liecina par klīniski nozīmīgu trauksmi un iespējami ātrāk jāuzsāk ārstēšanās [2].

Tradicionāli vairāk uzmanības tiek pievērsts mātes psihiskās veselības traucējumu skrīningam, bet svarīgi būtu veikt pārbaudes arī tēviem, piemēram, ultraskaņas izmeklējumu vizītēs, pirmsdzemdībuursos vai dzemdību namā [11].

3 PSIHISKO TRAUCĒJUMU ĀRSTĒŠANAS PAMATPRINCIPI, PROFILAKSES IESPĒJAS

3.1 Psihiskās veselības aprūpes plānošana, palīdzības saņemšanas hierarhija

Plānojot psihiskās veselības aprūpi, jāņem vērā, ka perinatālie psihiskie traucējumi var būt pirmreizēji, hroniski vai recidivējoši un aptvert visa veida un dažāda smaguma psihiskās veselības traucējumus. Adaptācijas un ar stresu saistīti traucējumi, trauksme un depresija, kas nav smagā formā, būtu ārstējama primārās aprūpes līmenī. Smagākos un sarežģītākos gadījumos, piemēram, sievietēm ar komorbīdām slimībām un smagiem, ilgstošiem psihiskiem traucējumiem, nepieciešams speciālistu komandas izvērtējums un/vai palīdzība [34].

Viens no būtiskākajiem sarežģījumiem smagu psihisko traucējumu gadījumā ir atbilstošas stacionārās terapijas iespēju trūkums [4]. Daudzās valstīs ir izveidotas atsevišķas pēcdzemdību psihoemocionālo traucējumu nodaļas, kur jaunās māmiņas var saņemt palīdzību, atrodoties nodaļā kopā ar bērnu, taču Latvijā šāda iespēja pagaidām netiek nodrošināta.

Lielākā daļa pakalpojumu perinatālajā aprūpē ir vērsti uz palīdzības sniegšanu māmiņām, bet atbilstoši ir jānovērtē un jāārstē psihiskās veselības problēmas arī tēviem [34].

Plānojot un īstenojot perinatālo aprūpi un ārstēšanu, ir jāņem vērā vairāki faktori, kas nosaka šīs aprūpes specifiku [34; 57; 58]:

- Nepieciešamība pēc steidzamākas un efektīvākas palīdzības, jo psihiskie traucējumi negatīvi ietekmē ne tikai māti, viņas spēju funkcionēt un rūpēties par ģimeni, bet arī augli/mazuli, partneri un citus ģimenes locekļus;
- Psihiskie traucējumi attīstās dzīves posmā, kas sabiedrībā parasti tiek saistīts ar *laimes periodu*;
- Grūtnieces ar iepriekš diagnosticētiem psihiskiem traucējumiem var pēkšņi pārtraukt medikamentu lietošanu, iepriekš par šādu lēmumu nekonsultējoties ar ārstu, tādējādi izraisot vai pasliktinot paasinājuma simptomus;
- Sievietēm ar iepriekš diagnosticētām psihiskās veselības problēmām (piemēram, bipolāriem traucējumiem) ir paaugstināts risks, ka slimības paasinājumi attīstīsies agrīnajā postnatālajā periodā;
- Postnatālā perioda psihotiskie traucējumi var sākties straujāk un noritēt ar smagākiem simptomiem, nekā psihozes citos dzīves periodos, nosakot vajadzību pēc neatliekamas palīdzības saņemšanas;

- Psihisko traucējumu iespējamās sekas nosaka nepieciešamību ņemt vērā ne tikai mātes, bet arī augļa/mazuļa, brāļu, māsu un citu ģimenes locekļu vajadzības (tai skaitā situācijās, kad nepieciešama mātes ārstēšana stacionārā);
- Nepieciešamība izvērtēt mainīgo riska-ieguvumu attiecību psihotropo medikamentu lietošanā grūtniecības un postnatālajā periodā un farmakoloģisko vai psiholoģisko intervenču uzsākšanas kritērijus, potenciāli biežāk priekšroku dodot tūlītējam un efektīvām psiholoģiskajām intervencēm.

Kvalitatīva perinatālā psihiskās veselības aprūpe palīdz nodrošināt šādus ieguvumus [57]:

- **Agrīna atklāšana:** padomi un psihoizglītošana sievietei un viņas tuvākajiem ģimenes locekļiem var palīdzēt pilnveidot zināšanas par psihisko veselību un veicināt agrīnāku traucējumu atklāšanu, kas ir īpaši svarīgi situācijās, kad psihiskās veselības stāvoklis var strauji pasliktināties;
- **Labāka mātes-bērna mijiedarbība,** tostarp izveidot veiksmīgāku piesaistes procesu un audzināšanas metodes, tādējādi palīdzot mātei labāk pielāgoties un reaģēt uz bērna vajadzībām;
 - **Pozitīva grūtniecības pieredze:** sievietēm, kuras ilgstoši slimo ar psihiskās veselības traucējumiem, agrīna intervence, psihoizglītošana un rekomendācijas par grūtniecības plānošanu var mazināt riskus un veidot pozitīvu grūtniecības pieredzi;
 - **Optimāla ārstēšana:** pirmreizēju vai iepriekš diagnosticētu psihiskās veselības traucējumu optimāla ārstēšana var uzlabot dzīves kvalitāti un mazināt nevēlamu ilgtermiņa seku rašanos mātei un visai ģimenei;
 - **Agrīna intervence** var mazināt simptomu eskalāciju, tā samazinot arī potenciāli novēršamus stacionēšanas un mātes nāves gadījumus.

Psihisko traucējumu profilaksē un subklīnisku simptomu mazināšanā būtiska nozīme var būt dažādām pašpalīdzības metodēm, ieteikumus skatīt 3.1 tabulā.

3.1 tabula

Ieteikumi vecākiem psihiskās veselības uzlabošanai [56]

Ieteikums	Piezīme
Aprunājies ar kādu (partneri, citu ģimenes locekli, citiem jaunajiem vecākiem, psihiskās veselības speciālistu), lūdz palīdzību	<p>Iespējams, sākotnēji</p> <ul style="list-style-type: none"> • būs grūti uzsākt sarunu un lūgt palīdzību; • var būt bailes tikt atzītam par nepiemērotu vecāku lomai; • palīdzības lūgšana var šķist vājuma pazīme; • var būt bažas kļūt par nastu apkārtējiem. <p><u>Nekautrējies</u> lūgt tuvo cilvēku palīdzību mājas darbu veikšanā, iepirkumu veikšanā, bērna pieskatīšanā! <u>Atceries:</u> palīdzības meklēšana nav vājuma vai sakāves pazīme, tā ir vēlama un aktīva pašpalīdzība.</p>

Veido sociālos kontaktus	Attiecību veidošana ar apkārtējiem ir svarīga veselīgas un piepildītas dzīves daļa. Pozitīvi sociālie kontakti veicina labsajūtu un piederību, tie palīdz izveidot mūsu sociālā atbalsta tīklu. Ģimene un draugi palīdz piepildīt jauno vecāku sociālās un emocionālās vajadzības.
Esi fiziski aktīvs	Fizisko aktivitāšu laikā izdalās endorfīni jeb “labsajūtas hormoni”, kas palīdz uzlabot garastāvokli un dod enerģiju. Fiziska aktivitāte mazina stresu, uzlabo atmiņu un miegu. Pastaiga kopā ar draugiem var būt arī lieliska iespēja uzturēt sociālos kontaktus.
Izmēģini kaut ko jaunu	Izmēģini kaut ko, ko iepriekš neesi darījis – tas pozitīvā veidā ietekmēs tavu psihisko veselību.
Atvēli laiku sev	Izbrīvē laiku saviem hobijiem, nodarbēm, kas rada prieku, tas ir tikpat svarīgi kā laikā, kad vēl nebiji kļuvis par vecāku.
Izgulies un regulāri paēd	Visiem jaunajiem vecākiem ir nepietiekams miegs un trūkst laika. Tomēr ir svarīgi nodrošināt sev atpūtu. Ievēro miega higiēnu – <ul style="list-style-type: none"> vismaz stundu pirms gulētiešanas neskaties televizoru, nelieto datoru vai telefonu; centies ierobežot kofeīna patēriņu, jo tas pasliktina miega kvalitāti un var veicināt trauksmi.
Apgūsti relaksācijas tehnikas	Var palīdzēt joga vai meditācija, apzinātības metodes un dažādas mobilās lietotnes.
Izturies labi pret sevi	Centies nesalīdzināt sevi ar citiem. Var izskatīties, ka citi tiek galā labāk, tomēr ne vienmēr citu grūtības no malas ir redzamas. Atceries, ka sociālajos tīklos publicētā informācija ir dzīves “rediģētā versija” – ikdienas <i>skaistās</i> puses demonstrēšana ne vienmēr saskan ar realitāti. Ideāli vecāki neeksistē, turklāt nav jābūt ideālam, svarīgāk ir būt apmierinātam ar sevi.

Ģimenes loma

Partneris un paplašinātā ģimene būtiski ietekmē sievietes perinatālo psihisko veselību [36]. Sociālais atbalsts katrā perinatālā perioda posmā ir svarīgs aspekts depresijas, trauksmes un citu psihisku traucējumu attīstības riska mazināšanai [54].

Jaunajai māmiņai nepieciešams emocionāls atbalsts un iedrošinājums, palīdzība gan atgūstoties pēc dzemdībām, gan arī veicot dažādus mājas darbus un vecāko bērnu aprūpi, jābūt iespējām atvēlēt laiku pašai sev. Ļoti svarīgi sievietei nodrošināt pietiekamu miega ilgumu, ļaut izgulēties, atpūsties, jo miega zudums var veicināt mānijas un pēcdzemdību psihozes attīstību [60].

Ģimenes locekļiem ir svarīgi apjautāties par sievietes pašsajūtu un uz klausīt, būt līdzās, grūtbu gadījumā iedrošināt vērsties pēc palīdzības, palīdzēt māmiņai pierakstīties pie speciālista, palīdzēt nokļūt uz vizīti, izrādīt iniciatīvu jaundzimušā un vecāko bērnu aprūpē, kamēr māmiņa saņem medicīnisko palīdzību. Tāpat būtiski ir iedrošināt sievieti turpināt ārstēšanos, lai viņa pēc iespējas drīzāk atlabtu un spētu atgriezties ierastajās ikdienas gaitās.

3.2 Primārā un sekundārā veselības aprūpes līmeņa kompetence

Primārā veselības aprūpes līmeņa uzdevums ir atklāt un ārstēt vieglus un vidēji smagus psihiskās veselības traucējumus perinatālajā periodā un personas ar smagākiem traucējumiem vai ar risku smagāku traucējumu attīstībai nosūtīt sekundārā līmeņa vai terciārā līmeņa aprūpei.

Sekundārā veselības aprūpes līmeņa funkcijas [34]:

- Novērtēt un ārstēt personas ar pēcdzemdību psihozi un citiem smagiem perinatāliem psihiskiem traucējumiem;
- Palīdzēt ģimenes ārstiem vieglāku psihiatrisko traucējumu ārstēšanā;
- Nodrošināt sadarbību ar ginekologiem, dzemdību speciālistiem un palīdzēt akūtu situāciju risināšanā;
- Nodrošināt konsultācijas grūtniecības plānošanas periodā un aprūpi sievietēm, kurām ir augsts perinatālo slimību attīstības risks saistībā ar nopietniem psihiskās veselības traucējumiem anamnēzē;
- Sievietēm ar smagiem un hroniskiem psihiskās veselības traucējumiem izvērtēt spēju veikt vecāka pienākumus un sniegt eksperta atzinumu attiecīgajām iestādēm.

Jau pirms grūtniecības iestāšanās ģimenes ārstam, ginekologam vai citam sievietes aprūpē iesaistītajam speciālistam ir jāizvērtē riska faktori. Visām sievietēm reproduktīvajā vecumā ir jāievāc anamnēze, arī iztaujājot par psihiskām saslimšanām pagātnē, īpaši bipolāri afektīviem traucējumiem, citiem garastāvokļa traucējumiem vai šizofrēniju; par garastāvokļa traucējumiem un citiem psihiskiem traucējumiem iepriekšējo grūtniecību laikā; iepriekšējo (ja tādas ir bijušas) grūtniecību norisi, dzemdību norisi un pēcdzemdību periodu kopumā; par psihiskiem traucējumiem ģimenes anamnēzē kopumā; par psihiskiem traucējumiem sievietes mātei/māsai/vecmāmiņai grūtniecības un pēcdzemdību laikā; lietotajiem psihotropajiem medikamentiem un ārstējošo ārstu kontaktinformāciju [2].

Ģimenes ārstam, ginekologam vai citam sievietes aprūpē iesaistītajam speciālistam būtu jāpārrunā ar sievietēm ar apzinātām psihiskām saslimšanām anamnēzē vai to faktiskām izpausmēm:

- kontracepcijas lietošanas iespējas un grūtniecības plānošana jau pirms grūtniecības iestāšanās;

- kā grūtniecība un dzemdības var ietekmēt psihiskos traucējumus un veicināt pašsajūmus;
- kā psihiskie traucējumi un to ārstēšana var ietekmēt sievieti, augli un bērnu;
- kā psihiskie traucējumi un to ārstēšana var ietekmēt vecāku lomas izpildi;
- jaunākā informācija par psihotropo medikamentu potenciālo ietekmi uz augli un bērnu [2].

Grūtniecības laikā ginekologs vai ģimenes ārsts katrā vizītē visām grūtniecēm depresijas skrīninga ietvaros uzdod pirmos divus jautājumus no PHQ-9 un, ja to summa ir divi un vairāk, tad aizpilda atlikušos septiņus PHQ-9 skalas jautājumus un nosaka depresijas smaguma pakāpi. Sievietes, kurām ir identificēts augsts risks saslimt ar perinatālām psihiskām slimībām, jānosūta pie psihiatra. Konsultācijai jānotiek, vēlākais, nedēļas laikā pēc šīs antenatālās vizītes. [2]

Pēc dzemdībām ginekologa kompetencē ir izvērtēt jaunās māmiņas veselības stāvokli pirmajā līdz trešajā dienā pēc dzemdībām. Dzemdību iestādē izvērtējumu veic pirms sievietes izrakstīšanas no slimnīcas, kad ginekologs vai sievietes psihoemocionālā stāvokļa izvērtēšanai speciāli apmācīta medicīnas māsa veic psihisko traucējumu riska faktoru identifikāciju un depresijas skrīningu un, 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 – šim speciālistam ir jābūt apmācītam veikt skrīningu un riska faktoru identifikāciju [4].

Ja sieviete jau ārstējas vai atrodas psihiatra uzraudzībā, viņas turpmāko uzraudzību un ārstēšanu ir jāveic šim pašam 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 nedēļas (7 dienu) laikā mājdzemdību gadījumā. Psihiatra mājas vizītei ir jābūt valsts apmaksātai. Arī turpmākā psihiskā stāvokļa novērošana un psihisko traucējumu ārstēšana notiek sekundārās aprūpes ietvaros, psihiatra uzraudzībā [4].

Ģimenes ārsta un ginekologa kompetence līdz bērna gada vecumam, ambulatori [4]:

- Katrā bērna uzraudzības kārtējā vai ārpuskārtas vizītē, kā arī pēcdzemdību vizītē pie ginekologa, ir jāatkārto izvērtējums ar PHQ-9;
- Katrā pēcdzemdību un bērna uzraudzības kārtējā vai ārpuskārtas vizītē jāizvērtē pēcdzemdību psihozes riska faktori un agrīnie simptomi.

Vizīšu laikā pēc iespējas jājautā par jaunās māmiņas pašsajūtu un uzvedību arī sievietes tuviniekiem [4].

Situācijas, kad jaunā māmiņa jānosūta pie psihiatra, psihoterapeita vai psihologa

Par psihiskā stāvokļa pasliktināšanos var liecināt un nepieciešamību pēc psihiskās veselības aprūpes speciālista var noteikt:

- Punktu skaita pieaugums PHQ-9 skalā;
- Sarunā konstatēts vismaz viens no zemāk minētajiem simptomiem vismaz pēdējo divu nedēļu laikā:
 - laktācijas kvalitāte – samazinās piena daudzums, vai tas beidzas, bieži mastīti;
 - slikta somatiskā pašsajūta, hroniskas sāpes vai citi traucējumi;
 - pastāvīga noguruma un bezspēcības sajūta – nespēja tikt galā ar bērna aprūpi saistītajām vai citām lietām;
 - bezmiegs vai miegs, kas nesniedz atpūtas sajūtu (novērots vairākas naktis pēc kārtas, vairāk nekā pusi no naktīm nedēļas laikā);
 - pastiprināta, neraksturīga aizkaitināmība, dusmas – uz sevi vai apkārtējiem;
 - vainas sajūta, pašapvainojošas domas attiecībā uz bērnu, savu mātes lommu vai citām lietām;
 - gandrīz katru dienu klātesošs nemiers, trauksme, sasprindzinājums vai nemotivētas bailes;
 - pastāvīgs nemiers un sasprindzinājums, grūtības atslābināties [4].

Ja PHQ-9 punktu skaits sasniedz deviņi un vairāk, paciente ir nosūtāma sekundārai psihiatriskai palīdzībai. Ja PHQ-9 punktu skaits pieaug, bet nesasniedz deviņus punktus, tomēr ir novērojama citu psihisko traucējumu pazīmju parādīšanās, sievietei ir nosūtāma sekundārai psihiatriskai palīdzībai.

Visa veida palīdzībai ir jābūt bez maksas, valsts apmaksātās programmas ietvaros, tā jāsniedz nedēļas (7 dienu) laikā (*Zaļais koridors* konsultācijām pie psihiatra). Konstatējot pēcdzemdību psihozes pazīmes vai domas par pašievainošanos, pašnāvību, pacientei nepieciešama neatliekama (cito) psihiatra konsultācija (vēlākais 24 stundu laikā). [4]

Konstatējot pēcdzemdību psihozes pazīmes stacionārā, pacientei nepieciešama neatliekama (cito) psihiatra konsultācija (vēlākais 24 stundu laikā), nekādā gadījumā pacienti pirms tam neizrakstot no stacionāra [4].

Psiholoģiskā atbalsta terapija un kognitīvi biheiviorālā psihoterapija ir ne tikai pirmā līmeņa palīdzība augsta psihisko traucējumu riska gadījumos, bet ir arī neatdalāma efektīvas terapijas procesa sastāvdaļa. Subklīniskas vai vieglas depresijas un trauksmes, obsesīvi kompulsīvo traucējumu gadījumā, psiholoģiskās intervences ir pirmā izvēles metode [4]. Latvijā psihoterapeitiskā un psiholoģiskā palīdzība lielākajā daļā gadījumu pieejama tikai kā maksas pakalpojums.

3.3 Komunikācijas principi perinatālās psihiskās veselības aprūpē

Komunikācijā svarīga ir aktīva klausīšanās, uzklausišana, atklātu jautājumu uzdošana, precizēšana, pārfrāzēšana, atspoguļošana. Veselības aprūpes speciālistiem ir svarīgi būt iejūtīgiem, nenosodīt jaunās māmiņas izvēles, ja tās nesakrīt ar medicīnas sfērā pieņemtajām (piemēram, attiecībā par zīdīšanu, vakcināciju, u.t.t.), bet tā vietā izglītēt un sniegt uz pierādījumiem balstītu informāciju, kā arī iedrošināt. Jāatceras, ka jaunās māmiņas bieži vien jūtas nedroši, nav nepārliecinātas par savām spējām aprūpēt mazuli un var jūtīgi uztvert sniegto informāciju (arī norādījumus uz nepareizu rīcību bērna aprūpē), tāpēc tā jānodod pēc iespējas iejūtīgākā veidā, pirms tam atspoguļojot to, kas sievietei izdodas labi.

Perinatālajā aprūpē iesaistītajiem speciālistiem ir jāsadarbojas savā starpā un jācenšas nodrošināt uz pacientu vērstu komunikāciju un aprūpi. Lai to būtu iespējams izdarīt, ir nepieciešama veselības aprūpes darbinieku apmācība [9].

4 MEDIKAMENTOZĀS TERAPIJAS UN PROFILAKSES PAMATPRINCIPI GRŪTNIECĪBAS UN KRŪTS BAROŠANAS LAIKĀ

Dzīvesveida faktoriem ir pierādīta ietekme uz grūtniecības iznākumu. Piemēram, alkohols un smēķēšana rada augļa attīstības traucējumus, taču psihiskās saslimšanas ir neatkarīgs faktors arī iedzimto malformāciju un jaundzimuša nāves riska paredzēšanā [68]. Psihotropie līdzekļi literatūrā tiek saistīti ar malformāciju veidošanos, neonatālo toksicitāti, ilgtermiņa neiroloģiskiem un uzvedības traucējumiem un paaugstinātu somatisko saslimšanu risku dzīves laikā [74]. Diemžēl, psihofarmakoloģisko līdzekļu drošība nav pierādīta, jo tā skar ētiskos principus pētījumos ar grūtniecēm. Pētījumu dati ir limitēti, trūkst uz pierādījumiem balstītu pētījumu, lielākoties medikamentu efekti tika pētīti uz dzīvnieku modeļiem, kas apgrūtina psihofarmakoloģijas lietošanu psihisko traucējumu ārstēšanai perinatālā periodā. Tomēr jāatceras, ka literatūrā perinatāla suicīda jeb pašnāvības risks tiek saistīts arī ar aktīvās psihofarmakoloģiskās ārstēšanas trūkumu [46]. Kopējie principi medikamentu nozīmēšanai grūtniecības laikā ir atkarīgi no tā, vai sievietei grūtniecības laikā ir diagnosticēta psihiskā saslimšana, vai sieviete lieto psihotropos medikamentus un plāno grūtniecību, vai arī sieviete konstatē, ka, esot stāvoklī, jau kādu laiku lieto psihotropos medikamentus. Atbilstoši tam, tiek apspriesta ārstēšanas taktika, un, ja viņa atļauj, arī ar ģimeni [58].

4.1 Medikamentozās terapijas iespējas grūtniecības laikā

Kopējie medikamentozās terapijas principi grūtniecības laikā iekļauj vairākus aspektus:

- ģimenes vai vecāku iesaistīšana aprūpē un ārstēšanas procesā;
- tiek rekomendēts izmantot zemāko iespējamo medikamentu devu;
- izmantot medikamentu ar zemāku zināmu risku sievietes un augļa veselībai;
- pēc iespējas izmantot monoterapiju;
- atcerēties par devu pielāgošanu noteiktajos grūtniecības trimestros;
- sadarboties ar neonatoloģijas un dzemdniecības speciālistiem;
- dokumentēt visus lēmumus, kurus veic kopā ar grūtnieci un dot viņai parakstīt dokumentu kas apliecina, ka informācija tika sniegta [74];

Uzsākot terapiju, medikaments jātitrē lēni un jāizvēlas medikamenti ar īsāko pusizvades periodu [4; 58]. Gadījumā, ja sievietei konstatēta grūtniecība, strauji pārtraukt medikamentozo terapiju nav vēlams, atcelšanas sindroma dēļ [53].

4.1.1 Antipsihotiskie līdzekļi

Pastāv pirmās paaudzes (darbojas uz dopamīna receptoriem) un otrās paaudzes (darbojas uz dopamīna un serotonīna receptoriem) antipsihotiskie līdzekļi, ko izmanto psihotisko stāvokļu, šizofrēnijas spektra, bipolāra spektra traucējumu ārstēšanai. Biežāk lietotais pirmās paaudzes antipsihotisko medikamentu grupas pārstāvis ir haloperidols. Pie otrās paaudzes antipsihotiskajiem līdzekļiem pieder, piemēram, risperidons, olanzapīns, kvetiapīns, klozapīns.

- **Grūtniece, kurai anamnēzē ir psihotiski traucējumi un šobrīd lieto antipsihotiskos līdzekļus**

Ja grūtniecei ir bijuši psihotiski traucējumi, bet viņas veselības stāvoklis ir stabils, ar antipsihotiķu terapiju un bez terapijas, risks relapsam (slimības atgriešanās pēc tās attīstības gaitas pārtraukuma) būtiski paaugstinās, tiek rekomendēts turpināt lietot antipsihotisko medikamentu, pēc iespējas monoterapijā, zemākā efektīvā devā un ar antipsihotiķi, kurš bija efektīvs [74].

- **Jebkura grūtniece, kurai jāuzsāk vai jāturpina lietot antipsihotiskie līdzekļi**

Antipsihotiķu lietošana grūtniecības periodā ir saistīta ar augstāku gestācijas diabēta risku un svara pieaugumu, tādēļ ar grūtnieci jāpārrunā veselīgas ēšanas paradumi, nepieciešama pastāvīga svara kontrole.

Pēcdzemdību periodā jāizvairās no medikamentu lietošanas straujas pārtraukšanas vai maiņas [53].

Netiek uzskatīts, ka antipsihotiskie līdzekļi ir absolūti droši lietošanai grūtniecības laikā. Pirmās paaudzes antipsihotiskie kopumā tiek saistīti ar zemu teratogenitātes risku, salīdzinot ar otrās pakāpes antipsihotiķiem [29].

Otrās paaudzes antipsihotiskie līdzekļi netiek saistīti ar būtisku teratogenitātes risku, taču dažos pētījumos kvetiapīna, klozapīna, rispridona un aripiprazola lietošana grūtniecības laikā bija saistīta ar augstāku mazuļa dzimšanas svaru, vidēji izteiktu risku sirds starpsienas defektiem un atcelšanas efektiem [74]. Visvairāk pētījumu datu ir par olanzapīnu, kura lietošana saistīta ar virkni risku, piemēram, ar zemāku dzimšanas svaru, gestācijas diabēta risku, displāzijām, *meningocele* un nervu caurulītes defektiem [27].

Lielbritānijas Psihofarmakoloģijas asociācija 2017. gadā publicēja apkopojumu par psihofarmakoloģiskiem līdzekļiem grūtniecības laikā, kur rekomendē otrās paaudzes antipsihotiskos līdzekļus (kvetiapīnu, olanzapīnu, risperidonu, ar ierobežotiem drošības datiem klozapīnam, aripirazolam un ziprazidonam), kā arī pirmās paaudzes antipsihotisko līdzekļa haloperidolu lietošanu [53].

4.1.2 Antidepresanti

Antidepresanti ir medikamentu grupa, ko lieto depresijas ārstēšanā, neirotisko un ar stresu saistīto traucējumu ārstēšanai. Tiek izmantotas sekojošas antidepresantu grupas: SSAI, SNAI, TCA un citi.

- **Sieviete plāno grūtniecību un lieto antidepresantus**

Sievietei, plānojot grūtniecību un saņemot antidepresantu terapiju, kā arī, izvērtējot psihisko stāvokli, tiek rekomendēts pārtraukt medikamentu lietošanu un uzsākt kognitīvi biheiviorālo terapiju (KBT).

- **Sieviete saņem antidepresantu terapiju un iestājas neplānota grūtniecība**

Ja sieviete saņem antidepresantu terapiju un tiek konstatēta grūtniecība, nav ieteicams pēkšņi pārtraukt antidepresantu lietošanu. Pacientēm, kuras grūtniecības laikā saņem antidepresantus un kurām pastāv augsts risks psihisko traucējumu paasinājumam grūtniecības laikā, būtu jāturpina lietot to pašu antidepresantu, izņemot MAO-I grupu, TCA un paroksetīnu.

- **Grūtniecei tiek konstatēta depresija, trauksmes spektra traucējumi**

Grūtniecības laikā, atkarībā no depresijas un trauksmes traucējumu smaguma pakāpes, pirmajai izvēlei jābūt psihoterapijai. Taču, ja terapija ar antidepresantu tomēr ir jāuzsāk, tiek rekomendēts izvēlēties SSAI grupu (izņemot paroksetīnu). Svarīgi ņemt vērā iepriekšējo antidepresantu efektivitāti, taču pirmajai depresijas epizodei būtu ieteicams izvēlēties setralīnu. Jaundzimušo abstinences sindroms parasti ir viegls un pašlimitējošs, tā risks ir augstāks ar īsas pusizvades antidepresantiem (piemēram, venlafaksīns).

- **Pēcdzemdību periods**

Pēc dzemdībām, depresijas medikamentozas terapijas gadījumā, jāizvēlas SSAI grupa, relatīvi drošāks ir setralīns [3; 4; 53; 74].

SSAI grupa: visbiežāk lietotie un vadlīnijās rekomendētie ir SSAI grupas antidepresanti [4; 58]. Biežāk lietotie antidepresanti nav saistīti ar teratogenitāti, ar dažiem izņēmumiem, piemēram, paroksetīns [82]. Taču jaunākajos pētījumos, nosakot arī citu faktoru ietekmi, noskaidrots, ka risks kardiālām malformācijām nepaaugstinās ar SSAI [40].

TCA grupa: šie antidepresanti ir pazīstami ar augsto potenciālu šķērsot transplacentāro barjeru [50]. Tie ir saistīti ar augstāku priekšlaicīgu dzemdību risku [43]. Anafranīls no TCA netiek rekomendēts terapijai grūtniecības laikā un reproduktīvajā vecumā bez kontracepcijas [74]. TCA lietošana trešajā trimestrī var radīt jaundzimušā abstinences sindromu [22].

SNAI grupa: duloksetīns veiktajos pētījumos neuzrādīja specifiskus riskus [74], venlafaksīns tika saistīts ar paaugstināto kardiālo defektu, anencefālijas, šķeltnes, jaundzimušo abstinences sindroma risku [74].

MAO-I grupa: šos medikamentus nerekomendē lietot grūtniecības laikā iedzimto malformāciju un hipertenzīvās krīzes riska dēļ [74].

Citi antidepresanti: par mirtazapīnu, bupropionu un trazodonu trūkst datu attiecībā uz to drošību grūtniecības laikā. [74].

Literatūrā antidepresantu terapija ir saistīta ar: paaugstinātu spontānā aborta risku [53; 74], priekšlaicīgām dzemdībām [16], zemu dzimšanas svaru [17], jaundzimušā respiratora distresu [82] un zemu APGAR (jaundzimušā testa) vērtējumu [51]. Antidepresantu lietošana grūtniecības laikā saistīta ar riskiem pašai sievietei, piemēram, hipertensiju jeb paaugstinātu asinsspiedienu, preeklampsiju un pēcdzemdību asiņošanu [32]. Arī depresija var paaugstināt preeklampsijas risku [76].

4.1.3 Garastāvokļa stabilizatori

Garastāvokļa stabilizatori ir medikamentu grupa, kurā ietilpst litija sāļi, antiepileptiskie līdzekļi un antipsihotiskie līdzekļi. Ar šīs grupas medikamentiem tiek ārstēti bipolāri afektīvie traucējumi. No antiepileptisko līdzekļu grupas visbiežāk lieto karbamazepīnu, valprojskābi un lamotrigīnu.

- **Sieviete lieto garastāvokļa stabilizatorus un plāno grūtniecību**

Ja sievietei novēro ilgu remisiju, tad apsver antikonvulsantu nomainīt pret antipsihotiskiem līdzekļiem vai apsver medikamentozās terapijas atcelšanu pirms grūtniecības [74]. Sieviete plānojot grūtniecību, nedrīkst nenozīmēt valprojskābi un karbamazepīnu, jo šo medikamentu lietošana grūtniecības laikā ir saistīta ar augstu augļa anomāliju risku [2]. Kopumā garastāvokļa stabilizatoru lietošana grūtniecības laikā netiek rekomendēta, to vietā labāk izvēlēties antipsihotiskos līdzekļus [53; 58].

- **Grūtniecības laikā manifestējas vai saasinās bipolāri afektīvi traucējumi**

Akūtas mānijas gadījumā jāizvēlas antipsihotiskos līdzekļus vai elektrokonvulsīvo terapiju (EKT). Bipolāras depresijas gadījumā jānozīmē KBT vai SSAI antidepresantu lietošana, savukārt lamotrigīna lietošana pieļaujama arī grūtniecības laikā. [74].

Medikamentus, kas satur litija sāļus, ja sieviete plāno grūtniecību, ārstējošais ārsts nenozīmē [2]. Ir zināms, ka litija sāļi grūtniecības laikā šķērso transplacentālo barjeru, taču dati par neonatāliem, neuroattīstības traucējumiem, kā arī teratogenitāti, ir ierobežoti un grūtniecības laikā tiek rekomendēts atteikties no šī preparāta lietošanas [53]. Maksimālais medikamentu lietošanas risks ir no otrās līdz sestajai grūtniecības nedēļai. Ja sieviete jau saņem preparātus, kas satur litija sāļus, tad grūtniecībai iestājoties, tiek rekomendēts četru nedēļu laikā pakāpeniski mazināt medikamentu lietošanas devu. Ja tomēr litija sāļus saturoši medikamenti tiek lietoti (neefektīvs antipsihotiskais līdzeklis), paciente jāmonitorē, veicot ultrasonogrāfiju (USG) un ehokardiogrāfiju (EhoKG). Trešajā trimestrī litija koncentrācija asinīs var strauji

samazināties, taču pēc dzemdībām – atkal paaugstināties, tādēļ ieteicams tā līmeni serumā noteikt katras četras nedēļas līdz pat 36. gestācijas nedēļai, savukārt pēc tam – reizi nedēļā. Arī dzemdību laikā litija sāļus saturošu preparātu lietošanu būtu jāatceļ (24 līdz 48 stundas pirms dzemdībām). Litija līmeni asinīs jānosaka ne agrāk kā 12 stundas pēc pēdējās litija sāļu devas. Ja līmenis nav augstāks par terapeitisko devu, tad jāatsāk litija sāļus saturoša medikamentu lietošana pirmajā dienā pēc dzemdībām, tā līmeņa pārbaude jāveic pēc nedēļas [53; 58].

Lietojot antiepileptiskos medikamentus grūtniecības laikā, pastāv spontānā aborta, dzemdību komplikāciju risks. Augstāks risks ir tām pacientēm, kuras grūtniecības laikā lieto garastāvokļa stabilizatorus, īpaši kombinētā terapijā [53]. Karbamazepīns un divalproāts tiek asociēti ar iedzimto malformāciju veidošanos, savukārt, lamotrigīna lietošana netiek ar tām saistīta. Divalproāta lietošana otrajā un trešajā trimestrī saistīta ar zemākiem intelekta rādītājiem bērnam, kā arī ar autiska spektra traucējumu attīstīšanās risku [53]. Nedrīkst lietot medikamentus, kas satur valproātus, tāpat jāizvairās arī no karbamazepīna lietošanas. Ja tomēr šie medikamenti jālieto, tad papildus jāuzņem K vitamīns - mātei dzemdību laikā un jaundzimušajam, jo tā pazemināts daudzums varētu būt saistīts ar asiņošanas risku jaundzimušajam [44]

4.1.4 Sedatīvie un miega preperāti

Sedatīvos un miega preperātus lieto trauksmes spektra traucējumu ārstēšanai, akūta uzbudinājuma kupēšanai, miega traucējumu ārstēšanai.

- **Sieviete plāno grūtniecību (vai grūtniecība iestājas neplānoti) un lieto benzodiazepīnu (BDZ)**

Ja tiek plānota grūtniecība vai tā iestājusies neplānoti, sievietei saņemot BDZ, šo medikamentu deva pakāpeniski jāmazina, līdz to lietošana tiek atcelta pavisam.

- **Grūtniecei konstatēti trauksmes spektra traucējumi**

Trauksmes spektra traucējumu ārstēšanai jāizvēlas SSAI grupas antidepresanti. Akūtas trauksmes un uzbudinājuma kupēšanai var lietot lorazepam, tas jālieto īslaicīgi un nelielās devās, taču labāk šādā gadījumā lietot antipsihotiskos līdzekļus [53; 74].

- **Grūtniecei konstatēts bezmiegs**

Bezmiega ārstēšanai var izvēlēties kvetiapīnu vai mirtazapīnu.

Benzodiazepīni. BDZ lietošana grūtniecības laikā paaugstina ķeizargriezienu risku, mazulis var piedzimt ar mazāku svaru, var tikt veicinātas priekšlaicīgas dzemdības un mazāks svars. BDZ lietošana trešajā trimestrī saistīta ar neonatālo grūtību risku (*floppy baby syndrome*) [74]. BDZ lietošana grūtniecības laikā arī tiek saistīta ar augļa psihomotoro attīstību. BDZ lietošana saistīta arī ar mutes šķeltnes attīstību.

Miega preparāti (Z-zāles). Dati par šo medikamentu lietošanas riskiem vai drošību grūtniecības laikā trūkst. Zolpidēms, pēc literatūras datiem, šķērso placentāro barjeru, tā lietošana tiek asociēta ar priekšlaicīgu dzemdību risku, zemāku dzimšanas svaru, kā arī palielinātu ķeizargriezienu risku. Pētījumos zolpidēma un zopiclona lietošana grūtniecības laikā netika saistīta ar iedzimto malformāciju risku [53].

4.1.5 Augu valsts preparāti

Asinszāle. Šis līdzeklis tiek lietots vieglas depresijas gadījumā, miega traucējumu un trauksmes ārstēšanai ārpus apstiprināto zāļu saraksta. Uz pierādījumiem balstītā kontrolētā pētījumā ar 54 grūtniecēm, kuras lietojušas asinszāli, netika konstatēta asociācija ar iedzimtu malformāciju attīstīšanos, netika konstatēta saistība ar priekšlaicīgu dzemdību biežuma pieaugumu, taču ārstu vidū pastāv atšķirīgi viedokļi par šī uztura bagātinātāja lietošanu grūtniecības laikā [34].

Melatonīns ir bioloģiski aktīvā viela, kas izdalās mūsu smadzenēs un ir saistīta ar cirkadiānā ritma darbību un miega-nomoda režīma regulēšanu. Melatonīnu kā uztura bagātinātāju izmanto miega-nomoda ritmu traucējumu terapijā, pētījumos tas tiek saistīts ar potenciālo kardiovaskulāro un neuroattīstības traucējumu riska mazināšanu. Neraugoties uz to, ka tā lietošana netiek saistīta ar riskiem auglim un jaundzimušajam, pētījumu trūkuma dēļ tā lietošana grūtniecības laikā netiek rekomendēta [39].

Baldriāns ir augu valsts līdzeklis, kas tiek lietots trauksmes un miega traucējumu ārstēšanā, taču to lietot, pierādījumu bāzes trūkuma, dēļ grūtniecības laikā nav ieteicams. [77].

Phenibutum un mebicarum lietošana grūtniecības laikā pierādījumu bāzes trūkuma dēļ netiek rekomendēta. [6; 61].

4.2 Medikamentozās terapijas iespējas laktācijas laikā

Medikamenta koncentrācija mātes pienā un zīdaiņa serumā ir atkarīga no vairākiem faktoriem, piemēram, medikamenta koncentrācijas serumā, proteīnu saistīšanās, medikamenta molekulas izmēra, jonizācijas līmenis, šķīdība lipīdos. Literatūrā un farmakoterapijā risku bērnam nosaka, izmantojot relatīvo jaundzimušā devu (*RID-relative infant dose*), kas ir deva, ko saņem zīdains ar mātes pienu (mg/kg/dienā) pret mātes devu (mg/kg/dienā). Šim rādītājam jābūt mazāk par 10%, kam arī atbilst vairums biežāk lietoto medikamentu [35].

Informāciju par medikamentu koncentrācijām var atrast šeit: Drugs and Lactation Database, 2016 (<https://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/lactmedfs.html>).

4.2.1 Antipsihotiskie līdzekļi

No antipsihotiskajiem līdzekļiem mātes pienā mazāk nekā 10% izdalās haloperidols, olanzapīns un kvetiapīns, augstāka koncentrācija ir risperidonam un aripirazolam, bet visaugstāka - amisulpirīdam.

Laktācija, lietojot klozapīnu, ir kontrindicēta. No atipiskajiem antipsihotīkiem kvetiapīnam ir zemāks placentas šķērsošanas līmenis. Literatūrā pagaidām trūkst datu par ilgtermiņa neuroattīstības traucējumiem ar antipsihotīkiem krūts barošanas laikā, taču, ja māte izvēlas barot bērnu ar krūti un viņai ir jālieto antipsihotiskie līdzekļi, obligāti jāvēro bērna veselības stāvoklis, kā arī jāseko līdzi uzvedībai un pašsajūtai [53].

4.2.2 Antidepresanti

Apkopojot datus, SSAI un nortriptilīns varētu būt relatīvi drošāki medikamenti, ko lietot laktācijas periodā, taču pētījumi par šo jomu joprojām nav pietiekoši. SSIA antidepresantiem ir zemākie fizisko blakusefektu riski, tādēļ depresijas ārstēšanas gadījumā, ja sieviete turpina mazuli barot ar krūti, iesaka lietot sertralīnu [53].

4.2.3 Garastāvokļa stabilizatori

Šīs grupas medikamentu lietošana laktācijas laikā netiek rekomendēta. Litija sāļi mātes pienā var sasniegt līdz pat 42% koncentrāciju, kas ir saistīts ar toksicitāti jaundzimušajam [53], līdz ar to laktācijas laikā nav ieteicami [45].

Lamotrigīns tiek izdalīts mātes pienā, paaugstinot tā līmeni jaundzimušā serumā līdz pat 35% no mātes seruma līmeņa, kā arī tiek ziņots par ādas problēmām jaundzimušajiem.

Valproāta līmenis mātes pienā ir relatīvi zems un karbamazepīna līmenis ir vidējs – starp lamotrigīnu un valproātskābi, taču arī šos preparātus nav ieteicams lietot laktācijas periodā [53].

4.2.4 Sedatīvie un miega preparāti

Sedatīvie un miega preparāti izdalās mātes pienā. Šī medikamentu grupa grūtniecības laikā ir asociēta ar augstāku risku aizkavētai psihomotorai attīstībai [53]

4.2.5 Augu valsts līdzekļi

Asinszāle. 2006. gadā sistēmiskā pārskatā zinātnieki secināja, ka asinszāles lietošana laktācijas laikā jaundzimušajam rada zemu risku, taču tā var izraisīt, piemēram, biežākas kolikas un miegainību [34].

Trūkst pētījumu melatonīna lietošanas drošībai laktācijas laikā [39].

Baldriānu saturošie uztura bagātinātāji laktācijas laikā netiek rekomendēti citotoksisko efektu dēļ un pētījumu trūkuma dēļ (*Drug and Lactation Database* – skatīt 4.2 nodaļu).

Phenibutum un *mebicarum* laktācijas laikā arī netiek rekomendēti pierādījumu bāzes trūkuma dēļ [6; 61].

5 GARASTĀVOKĻA TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN ĀRSTĒŠANAS PAMATPRINCIPI PERINATĀLĀ PERIODĀ

Garastāvokļa traucējumi sievietēm var attīstīties gan grūtniecības laikā, gan pēcdzemdību periodā. Tas tiek saistīts ar vairākiem faktoriem, piemēram, psihiskie traucējumi anamnēzē [71], psihoemocionālās traumas bērnībā, vardarbība mājās, interpersonāli konflikti, neatbilstošs sociāls atbalsts, neplānotā vai nevēlama grūtniecība [57]. Ļoti svarīgi ir uzmanīgi novērot sievieti pirmo trīs mēnešu laikā pēc dzemdībām [58].

5.1 Pēcdzemdību skumjas

Pēcdzemdību skumjas ir sastopamas līdz pat 75% jauno māmiņu un parasti rodas otrā līdz piektā dienā pēc dzemdībām, turpinoties līdz pāris dienām. To saista ar pēcdzemdību hormonālām pārmaiņām [69]. Saistība ar stresu nav noteikta, kā arī nav saistības ar garastāvokļa traucējumiem anamnēzē. Klīniskajā ainā novēro pazeminātu garastāvokli, emocionālo labilitāti, dažreiz miega traucējumus, varbūt maz izteikta vainas sajūta [67]. Pēcdzemdību skumjas netiek specifiski ārstētas, parasti pāriet bez medikamentozās iejaukšanās, taču ģimenes un sociālais atbalsts ir būtisks, lai sieviete pēc iespējas drīzāk atgūtu psihoemocionālo līdzsvaru pēcdzemdību periodā.

5.2 Pēcdzemdību depresija

Aptuveni trešdaļai sieviešu pēcdzemdību depresija sākas jau pirms dzemdībām [74]. Pēcdzemdību depresija sastopama 10 līdz 15% gadījumu pēc dzemdībām sešu mēnešu laikā pēc dzemdībām [69]. Sievietes ar jau esošu depresiju, kas ilgst vairāk nekā piecus gadus, vai arī piedzīvojušas vairāk nekā četras depresijas epizodes dzīves laikā, veiktajos pētījumos uzrādīja biežāku depresijas paasinājumu risku grūtniecības laikā bez antidepresantu terapijas, turklāt liela daļa topošo māmiņu tieši pirmā trimestra laikā [18]. Pēcdzemdību depresijas epizode paaugstina risku turpmākām depresijas epizodēm [67]. Klīniski novēro depresijas simptomus, kā arī parādās izteiktas raizes par bērna veselību un pašas pacientes spējām par bērnu parūpēties, ir izteikta trauksme [69]. Atšķirībā no pēcdzemdību skumjām, pēcdzemdību depresijai nereti ir raksturīga anhedonija, biežāk novēro miega traucējumus, kam var pievienoties suicidālas jeb pašnāvnieciskas domas un sevis vainošana [67]. Depresija perinatālā periodā bez aktīvās ārstēšanas tiek asociēta ar augstu suicidalitātes risku [46]. Depresijas simptomus iesaka noteikt, izmantojot PHQ-9 [28] un EPDS [20], kuri var tikt izmantoti arī vispārējā medicīnas praksē [58]. Ģimenes ārsts vai ginekologs var piedāvāt aizpildīt PHQ-2, un

ja ir divi un vairāk punkti, tad aizpilda PHQ-9. Ja kopējais punktu skaits ir vairāk vai vienāds ar 10, tas liecina, ka sievietei ir klīniski izteikti depresijas simptomi. Ārstēšanas procesā pirmā izvēle ir nemedikamentozā terapija, kur iekļauta atbalsta terapija, kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT), grupu terapija. Pēc tam tiek izvērtēts medikamentozās terapijas riska/ieguvuma līmenis [4]. Medikamentozajā terapijā visbiežāk tiek izmantoti SSAI preparāti (skat. farmakoterapija). Terapeitiski rezistentu gadījumu terapijai iespējams izvēlēties mEKT (modificēto elektrokonvulsīvo terapiju) [74].

5.3 Distīmija

Pēc SSK-10, distīmija pieder pie persistējošiem garstāvokļa traucējumiem (F34), un tiek diagnosticēta gadījumos, kad pacientam novēro ilgstoši pazeminātu garstāvokli, kura smaguma pakāpe un simptomi nesasniedz rekurento depresīvo traucējumu diagnozes līmeni [81]. Distīmija literatūrā ir mazāk pētīta, taču ir pieejami daži pētījumi, kuros pierādīts, ka distīmija, salīdzinot ar depresiju, ir saistīta ar ietekmi uz augļa augšanu, mazāku dzimšanas svaru. Šī saistība tika skaidrota ar augstāku kortizola līmeni pacientēm ar distīmiju. [28]. Pamatā distīmija tiek ārstēta, izmantojot psihosociālās palīdzības pieejas, retāk pievienojot SSAI, tādēļ perinatālajā periodā ārstēšanas pieejā psihoterapeitiskā palīdzība būtu pirmā izvēle.

5.4 Bipolāri afektīvi traucējumi

Bipolāri afektīvi traucējumi (BAT) tiek ierindoti smagu psihisko traucējumu grupā kopā ar psihotiskiem traucējumiem. Tiem raksturīgas depresijas epizodes, kas mijas ar hipomānijas vai mānijas epizodēm. BAT ir saistīti ar noteiktiem riskiem perinatālā periodā [11]. Pastāv vismaz divas reizes augstāks risks garstāvokļa traucējumu epizodes paasinājumam, ja tiek pārtraukta BAT psihofarmakoloģiskā ārstēšana, iestājoties grūtniecībai [78]. BAT un garstāvokļa stabilizatoru lietošana var negatīvi ietekmēt jaundzimušo, taču pilnīgas skaidrības par to, kurš no tiem ietekmē vairāk, nav [12]. Bipolāri afektīvi traucējumi anamnēzē saistīti ar augstāku pēcdzemdības psihozes risku [58]. Aprūpes un ārstēšanas principi iekļauj: rūpīgi izvērtēt riskus un ārstēšanas nepieciešamību, sievietes izglītošanu (par stresoriem, miega traucējumiem, kuri var provocēt BAT epizodi), psihosociālu palīdzību un atbalsta saņemšanu, (garstāvokļa dienasgrāmatas rakstīšana), KBT elementus vai ilgāka KBT terapija [4]. Pirms grūtniecības iespējams lietot prolaktīnu neietekmējošus antipsihotiskus, savukārt grūtniecības laikā var lietot prolaktīnu ietekmējošus antipsihotiskus. Plānojot grūtniecību, būtu jāizvairās no karbamazepīna un valproātu lietošanas vai arī pakāpeniski jāsamazina deva, līdz pavisam pārtrauc minēto medikamentu lietošanu, dodot priekšroku antipsihotisko līdzekļu terapijai. Litija sāļu preparātu lietošana būtu jāsamazina četru nedēļu laikā. Grūtniece, kura lieto litija sāļus

saturušu medikamentu, jānovēro ļoti uzmanīgi kopā ar ginekologu un dzemdību speciālistu, kontrolējot tā koncentrāciju [53]. Pēcdzemdību periodā var turpināt iepriekšējo terapiju vai uzsākt antipsihotisko līdzekļu lietošanu (olanzapīns, kvetiapīns). Laktācijas laikā nevar lietot litiju, karbamazepīnu, valproātskābi, savukārt, lamotrigīns jālieto uzmanīgi, novērojot jaundzimušo [53].

5.5 Ciklotīmija

Ciklotīmija SSK-10 klasifikācijā tiek iedalīta grupā “Persistējošie garstāvokļa traucējumi”. To raksturo garstāvokļa svārstības, kas pēc kritērijiem nesasniedz depresijas, hipomānijas vai mānijas līmeni [81]. Aplūkotajā literatūrā datus par ciklotīmiju atrast ir sarežģītāk, jo pētījumos, kuros tiek izmantota DSM-V klasifikācijas sistēmas, šie traucējumi ir iekļauti bipolāri afektīvo traucējumu grupā. Tādējādi palīdzības iespējas varētu būt līdzīgas, uzsverot, ka šo traucējumu gadījumā psihoterapeitiskā palīdzība nepieciešama vēl vairāk, jo simptomi ir vieglāki.

5.6 Suicidalitāte

Psihiskie traucējumi (26 reizes lielāks risks) un atkarību izraisošo vielu lietošana (sešas reizes lielāks risks) palielina pēcdzemdību suicidālas uzvedības vai suicidālo domu attīstīšanās risku [19]. Depresija perinatālā perioda paaugstina suicidalitāti, kas, savukārt, ir otrais biežākais nāves iemesls populācijā [49]. Suicidālas domas parādās 60 līdz 70% pacientu, kuri sirgst ar depresiju [55].

Literatūrā aprakstīts, ka tēva iesaistīšanās rada pozitīvu efektu un samazina suicīda risku pēcdzemdību periodā, nenoliedzami būtiska nozīme ir mātes un bērna mijiedarbības stiprināšanai [14]. Literatūrā aprakstīti šādus suicidalitātes riski perinatālā periodā: jaunāks mātes vecums, vientulība, psihiskie traucējumi ģimenē, nelabvēlīgs mikroklimate ģimenē, vardarbība ģimenē, sociāla atbalsta trūkums, vides faktori (diskriminācija, dzīve reģionos), neplānota vai nevēlama grūtniecība, suicīda mēģinājumi anamnēzē, kā arī dažādi psiholoģiski faktori (aizkaitināmībā premenstruālā periodā, trauksme par dzemdību norisi, grūtniecības komplikācijas) [59].

5.7 Infanticīda riska faktori un brīdinājuma pazīmes

Pēcdzemdību periodā var sarežģīties mijiedarbība starp māti un jaundzimušo. Atsevišķos gadījumos māte var sākt agresīvi izturēties pret bērnu. Infanticīda risks tiek saistīts ar psihisko traucējumu esamību mātei. Infanticīda risks var būt izolēts vai saistīts kopā ar suicidalitāti. Austrālijas vadlīnijās uzsvērtā nepieciešamība pēc iespējas mātei palikt ar bērnu, izņemot

augsta riska gadījumus, kad sieviete var nodarīt pāri jaundzimušajam. Brīdinājuma pazīmes sievietes uzvedībā un izteikumos var būt šādas: sieviete jūtas aizkaitināta grūtniecības un jaundzimušā dēļ, sieviete nožēlo grūtniecību, sieviete izsakās, ka brīžiem jūt, ka bērns ir svešs, sievietei ir bijusi vai ir vēlme kaitēt auglim vai nodarīt pāri jaundzimušajam, ir konstatēta kaitējuma nodarīšana bērnam anamnēzē. Augstāks mātes un jaundzimušā mijiedarbības grūtību risks, tajā skaitā infanticīda risks, ir saistīts ar šādiem faktoriem: psihosociālie faktori (ģimenes problēmas, nevēlama grūtniecība, atbalsta trūkums, pārmērīgas raizes par jaundzimušo), jaundzimušā faktori (barošanas grūtības, problēmas ar miegu, neadekvāta pieņemšanās svarā un augšana), attiecību faktori (cik iesaistīta ir māte, empātijas izpaušana, vai var tolerēt jaundzimušā distresu), mātes faktori (psihopatoloģijas esamība, atkarību izraisošo vielu lietošana, medikamentu blakus efekti, riskanta mātes uzvedība) [11].

6 NEIROTISKO UN ĒŠANAS TRAUČĒJUMU ATPAZĪŠANA UN ĀRSTĒŠANAS PAMATPRINCIPI PERINATĀLĀ PERIODĀ

Trauksme grūtniecības laikā tiek saistīta ar bailēm zaudēt bērnu, ar jaundzimušā anomālijām. Savukārt, pēcdzemdību periodā trauksme var būt saistīta ar kritiku, ko izrāda līdzcilvēki un tuvinieki, ar nepareizu jaundzimušā aprūpes veikšanu vai zīdaiņa nāvi. Trauksmes saistība ar depresiju ir cieša, pētījumos tiek aprakstīts, ka postnatālā periodā sievietēm ar depresijas simptomiem līdz 11% gadījumu ir panikas lēkmes, 8% uzmācīgas domas un 9% kompulsīvas darbības [34]. Traucējumi ietekmē sievietes labklājību un rada tādu kā apburto loku, kas var radīt sūdzības arī turpmāk. Pirmā izvēle, izvēloties palīdzības taktiku, ir psiholoģiskam atbalstam, izglītošanai, ģimenes iesaistīšanai, kā arī psihoterapeitiskām intervencēm. Izteiktas nepieciešamības gadījumā, kad riski, neārstējot traucējumus, ir lielāki nekā ārstējot, var piedāvāt psihofarmakoloģisko palīdzību.

6.1 Trauksmes spektra traucējumi

Trauksmes spektra traucējumi perinatālajā periodā ir izplatīti, trauksme negatīvi ietekmē grūtniecības iznākumus, paaugstina vizīšu biežumu pie speciālistiem [11], ir neatkarīgs riska faktors bērna uzvedības un emocionālajām problēmām [34]. Salīdzinot ar depresiju, trauksme grūtniecības un perinatālajā periodā ir sastopama biežāk, sastopamība literatūras avotos variē no 1,5 līdz 57%, piemēram, ģeneralizētai trauksmei apraksta 8,2%, panikai 1,4%, sociālajai fobijai 4,1% sastopamību.

Panikas attīstīšanās pēc izrakstīšanās no slimnīcas tiek saistīta arī ar trauksmes spektra traucējumiem anamnēzē, šādi traucējumi būtiski ietekmē gan sievietes dzīves kvalitāti, gan pazemina pašvērtējumu [34]. Grūtnieču aprūpē ginekologam un ģimenes ārstam katrā vizīte būtu jāizmanto GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2) instrumenti, lai noteiktu trauksmes smaguma pakāpi. Ja GAD-2 punktu summa ir divi un vairāk, tad jāaizpilda GAD-7. Ja GAD-7 punktu skaits ir 10 un vairāk, pacientei ir klīniski izteikta trauksme – grūtniece jānosūta pie psihiatra [2].

6.2 Miega traucējumi

Miega traucējumus sievietei var novērot pirms grūtniecības, grūtniecības laikā, kā arī pēcdzemdību periodā. Grūtniecības laikā miega traucējumu parādīšanās ir saistīta ar dažādiem faktoriem. Piemēram, ķermeņa anatomiskās pārmaiņas saistībā ar pieņemšanos svarā un dzemdes tilpuma izmaiņām, kā arī elpošanas grūtībām diafragmas pacelšanās dēļ. Arī

simpātiskās nervu sistēmas aktivācijai ir būtiska nozīme miega ilguma un kvalitātes zudumā. Miega fragmentāciju var izraisīt gan bieža urinācija nakts laikā, gan hormonālās pārmaiņas. Literatūrā min arī gestācijas bezmiega saistību ar pēcdzemdību depresiju [72]. Bezmiegs saasinās tuvāk trešajam trimestrim, savukārt, pastiprināta miegainība vērojama grūtniecības sākumā. Bezmiega varbūtība grūtniecības laikā pieaug līdz ar vecumu, zemāku izglītības līmeni, lielāku ķermeņa masu [47]. Literatūrā min, ka īsāks miegs grūtniecības laikā ir saistīts ar ilgākām dzemdībām un biežākām ķeizargriezienu operācijām [62]. Pēcdzemdību bezmiegs tiek saistīts ar depresiju un trauksmes sajūtu grūtniecības laikā, bailēm no dzemdībām, iepriekš diagnosticēto depresiju, augstāku izglītības līmeni. Citi miega traucējumi grūtniecības periodā var būt: miega apnoja - hipopnoja, nemierīgo kāju sindroms [72]. Miega traucējumu gadījumā grūtniecības laikā tiek rekomendēts ievērot miega higiēnu un izstrādāt miega režīmu. Miega līdzekļiem (Z zālēm) nav pierādīta negatīva ietekme uz augli, tajā pat laikā trūkst arī datu par to pilnīgu drošumu [74].

6.3 Ēšanas traucējumi

Līdz pat 7,5% grūtniecēm var būt ēšanas traucējumi [58]. Grūtniecības laikā var parādīties vieglas bulīmijas klīniskās izpausmes, pastiprinās kompulsīvo pārēšanas epizožu biežums [79]. Sievietes, kurām ir neirotiskā anoreksija, ir pakļautas riskam, ka bērns piedzims ar pazeminātu svaru [73], savukārt, sievietēm, kurām konstatētas pārēšanās epizodes, pastāv iespējamība, ka bērns piedzims ar lielāku svaru [15]. Svarīgi ir arī tas, ka ēšanas traucējumi grūtniecības laikā ir saistīti ar barošanas ierobežošanu jaundzimušajam [63].

6.4 Obsesīvi kompulsīvi traucējumi

Grūtniecība un pēcdzemdību periodā arī tiek novērota augstāka obsesīvi kompulsīvo traucējumu (OKT) sastopamība, salīdzinot ar vispārējo populāciju [66]. OKT simptomi biežāk saistīti ar uzmācīgu roku mazgāšanu vai dezinfekciju, ko rada bailes, ka jaundzimušais var būt inficēts ar kādu slimību, piemēram, helmintozi. Kompulsīvās darbības var izpausties, piemēram, bieži pārbaudot, vai jaundzimušais joprojām elpo, var būt arī uzmācīgas domas kaitēt bērnam, tādējādi veicinot mātes distancēšanos no jaundzimušā. Tas, savukārt, ir saistīts ar riskiem bērna psihoemocionālajai labklājībai nākotnē [34]. Lai arī literatūrā trūkst datu par profilaktisko pasākumu veikšanu, ir izstrādāti nelieli pētījumi, kas apliecina, ka KBT balstītas grūtnieču izglītošanas programmas varētu mazināt OKT attīstīšanās risku, īpaši grūtniecēm, kurām ir augstāks OKT risks [75]. Nepieciešamības gadījumā, izvērtējot visus riskus auglim, KBT var kombinēt ar psihofarmakoloģiskās palīdzības sniegšanu [3].

6.5 Krīzes stāvokļi

Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods nenoliedzami rada pārmaiņas ģimenes dzīvē un tas, ka gaidas izrādās atšķirīgas no realitātes, var radīt krīzes stāvokļus. Ikdienas ritma pārmaiņas līdz ar bērna piedzimšanu tiek saistītas ar adaptācijas grūtībām. Taču krīzi sievietes dzīvē var radīt arī augļa zaudējums un grūtniecības terminācija. Tas, savukārt, paaugstina depresijas, PTSS un trauksmes attīstīšanās risku. Sievietēm, kuras pieredzējušas augļa zaudēšanu, novēroja, ka grūtniecības trešajā trimestrī un turpmāk gada laikā pēc dzemdībām, attīstās depresijas simptomātika. Literatūrā aprakstīti riska faktori psihoemocionālo traucējumu attīstībai pēc grūtniecības pārtraukšanas medicīnisko indikāciju dēļ: negatīva kultūras un reliģijas attieksme, sociāla atbalsta trūkums, nestabilas un nedrošas attiecības ar partneri, psihiskās saslimšanas anamnēzē, lielāks sievietes vecums [34]. Psihoterapijai, psiholoģiskajam atbalstam ir būtiska loma palīdzības sniegšanai sievietēm krīzes stāvoklī.

6.6 Posttraumatiskais stresa sindroms

Posttraumatiskais stresa sindroms (PTSS) saistībā ar dzemdībām tiek aprakstīts un pētīts jau vairāk nekā 30 gadus. PTSS tiek saistīts ar:

- dzemdību komplikācijām, piemēram, priekšlaicīgām dzemdībām;
- augstu distresa līmeni [38];
- augstu depresijas komorbiditātes risku [70].

PTSS izplatība variē, literatūrā apraksta: 1,3 līdz 2,4% divu mēnešu laikā pēc dzemdībām, 0,9 līdz 4,6% trīs līdz divpadsmit mēnešu laikā pēc dzemdībām. Kā riska faktori tiek minēti: subjektīvs distress dzemdību laikā, komplikācijas jaundzimušajam, trauksme un depresija grūtniecības laikā, zems atbalsta līmenis, vardarbība un psiholoģiskā traumatizācija anamnēzē, neplānota grūtniecība, zems socioekonomiskais stāvoklis [34].

Situāciju sarežģī tas, ka depresija un trauksme grūtniecības laikā tiek saistīta ar paaugstinātu PTSS attīstības risku pēcdzemdību periodā. Pēc 2012. gadā publicēta pētījuma rezultātiem, PTSS attīstība pēcdzemdību periodā ir saistīta ar komplikāciju esamību jaundzimušajam, neadekvātu vai nepietiekamu atbalstu dzemdību laikā, psiholoģiskām grūtībām grūtniecības laikā un iepriekšējām traumatiskām pieredzēm [8].

7 PSIHOTISKO TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN ĀRSTĒŠANAS PAMATPRINCIPI PERINATĀLĀ PERIODĀ

Psihoze ir sindroms, ko raksturo halucinācijas, murgu idejas un uzvedības traucējumi ar nopietniem ikdienas funkcionēšanas traucējumiem. Psihozes neārstēšana rada nopietnu risku gan pašai sievietei, gan arī jaundzimušajam. Piemēram, sieviete nerūpējas par sevi, var rīkoties impulsīvi un paškaitējoši, savukārt, attiecībā uz jaundzimušo rodas augstāks infanticīda risks [74]. Psihoze grūtniecības laikā paaugstina risku pēcdzemdību psihozes attīstībai [33]. Pēcdzemdību psihozes prognoze ir labāka, ja tā sākusies akūti, taču pastāv risks atkārtotām epizodēm nākamo grūtniecību laikā [34].

Pēcdzemdību psihoze psihiatrijā ir neatliekams stāvoklis, klīniskajās vadlīnijās ir aprakstīti dažādi rīcības algoritmi, saskaroties ar šo diagnozi.

Sievietei, esot stacionārā, psihozes epizožu gadījumos ir nepieciešama steidzama psihiatra konsultācija, viņu nedrīkst izrakstīt, pirms psihiatrs viņu ir apskatījis.

Ja sieviete vērsas pēc palīdzības pie ārsta ambulatori un rodas aizdomas, ka ir attīstījusies psihoze, tad 24 stundu laikā jāvienojas par psihiatra konsultāciju. Līdz tam piederīgajiem jā rūpējas gan par sievietes, gan jaundzimušā drošību, uzņemoties pilnu atbildību. Ja tas nav iespējams, tad sieviete jānogādā medicīnas iestādē [3]. Ļoti svarīgi ir nodrošināt sievietei atbilstošu aprūpi, piedāvājot izsmeļošu informāciju par saslimšanu, palīdzības iespējām, kā arī iedrošinot meklēt palīdzību, jo bieži vien sievietes jūtas bezpalīdzīgas, izjūt bailes no grūtniecības [34].

7.1 Pēcdzemdību psihoze

Pēcdzemdību psihozes incidence vispārējā populācijā ir no 0,1 līdz 0,25%. Kritiskais periods šo traucējumu attīstībai ir divas nedēļas pēc dzemdībām [69], kopumā līdz sešu nedēļu laikam [81]. Ja grūtnieces ģimenes anamnēzē bijusi pēcdzemdību psihoze, tas arī pašai grūtniecei ir paaugstināts pēcdzemdību psihozes attīstības risks [42].

Literatūrā apraksta dažādus iespējamus etioloģiskos faktoros. Kā galvenie tiek minēti ģenētiskie faktori, jo ir izpētīts, ka sievietei ar pēcdzemdību psihozi pirmās pakāpes radniekiem ir konstatēti garastāvokļa traucējumi, īpaši bipolāri afektīvi traucējumi. Citi etioloģiskie faktori ir saistīti ar imūnās sistēmas disregulāciju [34]. Dzemdību process tiek uzskatīts par nespecifisku stresu, kas rada hormonālas pārmaiņas sievietes organismā, veicinot afektīvu epizožu un iespējamās psihozes attīstīšanos. Estrogēna samazināšanās rada dopamīna super-

sensivitāti, nozīme varētu būt arī kortizola līmenim. Galvenie riska faktori: sociāla atbalsta trūkums, vientuļā māte, pēcdzemdību psihoze anamnēzē [69].

Simptomi attīstās vidēji divu līdz četru nedēļu laikā pēc dzemdībām [34]. Pacientes sāk sūdzēties par nogurumu, bezmiegu, nemieru, tiek novērotas raudulīguma un emocionālās labilitātes epizodes, kam vēlāk pievienojas aizdomīgums, iracionāli secinājumi, uzmācīgas bailes par bērna veselību. Pēc tam tas komplikējas ar murgu idejām par to, ka bērns ir miris vai viņam ir kādas patoloģijas, pacientes var noliegt dzemdību faktu, izsaka idejas par izsekošanu un kaitēšanu. Murgu idejām var pievienoties dzirdes halucinācijas balsu veidā, kas pavēl bērnu nogalināt, var būt arī katatoni ieslēgumi (psihomotori traucējumi ar muskuļu rigiditāti, atbildes reakcijas trūkumu uz ārējiem stimuliem) [69; 74]. Svarīgi atcerēties, ka dažādi organiski traucējumi pēcdzemdību periodā var izpausties ar psihotiskiem simptomiem, piemēram, anti-NMDA receptoru encefalīts, tuberkuloze, HIV, sinusa tromboze, paraneoplastiskais encefalīts [34]. Tātad sieviete ir rūpīgi jāizmeklē, lai izslēgtu iespējamu somatisku saslimšanu, kas rada psihotiskus simptomus.

7.2 Šizofrēnijas spektra traucējumi

Šizofrēnija ir multifaktoriālā saslimšana, ko raksturo psihotiska simptomātika, domāšanas traucējumi pēc satura un formas, uzvedības traucējumi. Pacientes ar šizofrēnijas spektra traucējumiem visbiežāk tiek stacionētas mēneša laikā pēc dzemdībām. Pēcdzemdību psihozei šizofrēnijas gadījumā vairāk novēro izsekošanas murgu idejas, sistematizētas murgu idejas, dzirdes halucinācijas, sociālo izolēšanos. Šizofrēnijas pacientēm pēcdzemdību psihozes prognoze ir sliktāka, kas varētu būt saistīts ar pamatsaslimšanas norisi [34]. Pētījumos apraksta, ka šizofrēnija sievietei tiek asociēta ar nepietiekamu mātes un bērna savstarpējo mijiedarbību, mātei esot emocionāli *aukstai* [37]. Mātei ar šizofrēniju pastāv arī augstāks risks dažādām placentas anomālijām, priekšlaicīgām dzemdībām, pazeminātam dzimšanas svaram un iedzimtām kardiovaskulārām anomālijām jaundzimušajam [41].

7.3 Psihoze bipolāru traucējumu ietvaros

Bipolāri afektīvo traucējumu gadījumā pacientei ir mānijas vai hipomānijas un depresijas epizodes. Bipolāri afektīvi traucējumi tiek saistīti ar augstu risku pēcdzemdību psihozes attīstībai. Aptuveni 50% sieviešu ar bipolāri afektīviem traucējumiem attīstās psihotiski simptomi pirmajā līdz trešajā dienā pēc dzemdībām, pie tam 22% gadījumu simptomi parādās pirmās dienas laikā. Pacientēm var novērot enerģijas pieplūdumu, runātīgumu, aktivitāti. Tomēr agrīnās pazīmes bieži vien nav specifiskas, proti, rodas bezmiegs, ažitācija (nemiers ar spēcīgu uzbudinājumu), īpatnēja sievietes uzvedība, pēc kā pacientei dažu stundu laikā var

attīstīties psihoze. Tādējādi šādi simptomi sievietei pēc dzemdībām ar bipolāri afektīviem traucējumiem anamnēzē būtu jāpamana un laikus jānovērš. Salīdzinot ar šizofrēnijas psihozi, psihozēm biežāk raksturīgs maniakāls garastāvoklis ar labilitāti, uzmanības koncentrēšanas grūtībām, apjukumu. [34] Grūtniecēm, kurām diagnosticēti bipolāri afektīvi traucējumi, ir svarīgi izveidot “saskaņotu plānu”, tas ļauj organizēt pacientes aprūpi pēcdzemdību periodā, mazinot riskus gan pašas sievietes, gan viņas jaundzimušā veselībai [3].

8 JAUNDZIMUŠĀ PSIHISKĀ VESELĪBA UN RISKĀ FAKTORI

Vecāki vai aprūpējošā persona ietekmē jaundzimušā emocionālo un kognitīvo attīstību, tādēļ liela nozīme jaundzimušā psihiskajā veselībā ir ne tikai riska faktoru mazināšanai grūtniecības periodā, bet arī kontaktam ar aprūpējošo personu, jo tā rada nepieciešamus stimulus apkārtējā vidē jaundzimušā attīstībai. Jaundzimušā uzvedība ir saistīta ar mātes uzvedību un otrādi - nemierīgi un viegli kairināmi jaundzimušie var radīt mātei grūtības veidot piesaisti, tas savukārt ietekmē jaundzimušā attīstību. Literatūrā tiek aprakstīts *Adverse Childhood Experiences* (ACE) koncepts, kas skaidro, ka trauma agrīnas attīstības etapā ir saistīta ar paaugstinātu risku psiholoģiskiem un fiziskiem traucējumiem, proti, alkoholisms, narkotiku atkarība, depresija, suicīda mēģinājumi, pusaudžu grūtniecība, išēmiska sirds slimība, vēzis, aknu saslimšanas [52].

8.1 Perinātālie riska faktori bērna psihisko traucējumu ģenēzē

Viens no būtiskākajiem riska faktoriem ir atkarību izraisošo vielu lietošana grūtniecības laikā. Mātes alkohola lietošana grūtniecības laikā ir saistīta ne tikai ar fiziskās, bet arī ar psihiskās attīstības traucējumiem. Piemēram, augļa alkohola sindroma gadījumā novēro augšanas aizkavēšanos, malformācijas, hiperaktivitāti, uzmanības deficītu, mācīšanās traucējumus, intelektuālās attīstības traucējumus un epilēkmes. Alkohola lietošanu grūtniecības laikā saista arī ar uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (UDHS) attīstīšanās risku [67].

Perinātālie riska faktori ir saistīti ar ģimeni un sabiedrību: ģimenes zemais socioekonomiskais stāvoklis, kriminālā vēsture, hroniskās fiziskās saslimšanas vai psihosociālās problēmas tiek saistītas ar vardarbības risku pret jaundzimušo un bērnu. Arī sociālā izolēšanās, augsts bezdarba un zems izglītības līmenis tiek saistīti ar vardarbības riska pieaugumu [64].

8.2 Mātes stresa hormonu ietekme uz augļa smadzeņu attīstības procesu

Mātes stresa laikā paaugstinās epinefrīna, norepinefrīna un adrenokortikotropā hormonu līmeņu augļa asinsritē, kas tiešā veidā iedarbojas uz augļa neironālajiem mehānismiem un izraisa asinsspiediena paaugstināšanos, tahikardiju. Novērots, ka mātēm ar augstāku stresa līmeni grūtniecības laikā dzimst bērni, kuriem biežāk novēro miega traucējumus, viņi ir hiperaktīvi un viegli aizkaitināmi [67].

8.3 Mātes un bērna attiecību traucējumi

Piesaiste raksturo intensīvas emocionālās un psiholoģiskās attiecības starp māti un bērnu. Vēl 1958. gadā britu bērnu psihologs Džons Boulbijs (*Bowlby*) aprakstīja piesaistes teoriju, kurā minēja, ka nozīmīga aprūpētāja atdalīšana no jaundzimušā pirmo sešu dzīves mēnešu laikā ir saistīta ar bērna emocionālās un intelektuālās attīstības traucējumiem. Piesaistes teoriju attīstīja un paplašināja, radot terminus “droša” un “nedroša” piesaiste, iedalot pēc nedrošības veida, ko nosaka bērna temperaments.

Esot nedrošai, izvairīgai piesaistei, kad nozīmīgais aprūpētājs pats ir nedrošs un nespēj nodrošināt emocionālo atbildes reakciju un drošības sajūtu, bērniem vēlāk dzīves laikā var veidoties dažādas trauksmes un depresijas izpausmes. Savukārt, bērniem ar nedrošu ambivalentu piesaisti pieaugušo vecumā novēro garastāvokļa svārstības, izlādes reakcijas darbībā, pastiprinātu jutību pret frustrāciju. Svarīgi arī pieminēt, ka piesaiste rodas arī starp bērnu un tēvu, jo vīrieša piesaistei ir cita svarīga loma. Lielākās ģimenēs bērnam rodas iespēja veidot piesaisti ar vairākiem aprūpētājiem [34; 67].

8.4 Psihiskie traucējumi zīdaiņa un maza bērna vecumā

Jaundzimušā psihiskie traucējumi: grūtības regulēt emocijas un uzmanību, raudāšana, miega un ēšanas grūtības, kā arī agresīva uzvedība. Šo traucējumu diagnosticēšanai ir svarīgi speciālistiem sadarboties multidisciplināri, izvērtējot arī aprūpētāja un bērna uzvedības modeļus un mijiedarbību [13]. Pēc “Agrīnā vecuma bērnu garīgās veselības un attīstības traucējumu diagnožu klasifikācijas”, formulējot diagnozi un izvērtējot bērnu, ir jāatceras, ka katram bērnam ir savs attīstības temps un individuālas atšķirības funkcijās, kā arī jāņem vērā, kādas attiecības bērnam ir ar citiem ģimenes locekļiem.

Bērna izvērtēšana ir sarežģīts process, kas ietver vairākas konsultācijas, būtiska nozīme ir vecāku sniegtajai informācijai un novērojumiem:

- mazam bērnam var būt posttraumatiska stresa sindroms, kad bērns piedzīvo vienu vai vairākus savstarpēji saistītus traumējošus notikumus;
- var tikt diagnosticēti arī afektīvi traucējumi ar grūtībām kontrolēt emocijas un/vai depresijas izpausmes;
- agrīnā vecumā sastopama arī trauksme, ko var veicināt šķiršanās, specifiskas fobijas, var izpausties arī sociāla un ģeneralizēta trauksme;
- miega traucējumi bieži vien ir sastopami pirmajā dzīves gadā, piemēram, miega iniciācijas fāzes traucējumi un miega saglabāšanas traucējumi;
- bērnībā var izpausties arī attiecību veidošanas un komunikācijas traucējumi. [1]

8.5 Agrīni pārciesto negatīvo notikumu ilgtermiņa sekas

Sekas pēc sliktās izturēšanās pret jaundzimušo ir ilgstošas, nākotnē radot dažādas psihoemocionālās un somatiskās veselības problēmas. Piemēram, cilvēkiem ar “kratītā bērna sindromu” novēro galvas smadzeņu traumas un hematomas. Pēc kaulu lūzumiem paaugstinās risks malignitātes (ļaundabīga veidojuma) attīstībai. Bērniem pēc pārdzīvotas vardarbības novēro mācīšanās grūtības, valodas attīstības aizturi un pazeminātus akadēmiskus rezultātus. Vēlāk dzīvē tiem, kuriem mazotnē darīts fiziski pāri, novēro paaugstinātu risku depresijas, trauksmes, ēšanas traucējumu attīstībai, kā arī augstāku suicīda risku un riskantas uzvedības modeļus ar alkohola un citu atkarību izraisošu vielu pastiprinātu lietošanu [64].

Bērniem pēc vardarbības kā negatīva pārdzīvojuma novēro piesaistes veidošanās traucējumus, rodas nedroša, dezorganizēta piesaiste, kā arī zems pašvērtējums pieaugušā vecumā, ir nespēja runāt par savām jūtām, sociālo iemaņu attīstīšanās traucējumi, kognitīvi traucējumi (motivācijas trūkums, valodas attīstības traucējumus), personības traucējumu veidošanās ar vardarbīgām izpausmēm pret citiem [30].

8.6 Toksiska stresa neirobioloģija, vardarbības ilgtermiņa sekas

Pavisam tiek izdalīti vairāki vardarbības veidi, piemēram, fiziskā, emocionālā un seksuālā vardarbība, kas rada stresa pārdzīvojumus bērnam. Stresa esamība bērna kritiskajos attīstības etapos ietekmē smadzenes, radot tajās strukturālās pārmaiņas. Piemēram, slikta jaundzimušā aprūpe, kā arī alkohola un atkarību izraisošo vielu lietošana grūtniecības laikā rada neirobiheiviorālās un neirohormonālās pārmaiņas, kas ietekmē atmiņu, mācīšanos un uzvedību. Tāpat novēro neironu savienojumu samazināšanos, piemēram, smadzeņu centros, kas atbild par mācīšanos.

Piedzīvotas vardarbības dēļ tiek aktivēta simpātiskā nervu sistēma, kā rezultātā pastiprināti darbojas hipotalāma-hipofīzes-virsnieru ass, tiek pastiprināti izdalīti tādi hormoni kā adrenalīns un kortizols. Šāds toksisks stress rada noteiktu gēnu aktivāciju vai tieši pretēji – deaktivāciju [30]. Epiģenētiski pētījumi pierāda, ka vardarbības rezultātā tiek pastiprināta noteiktu ar stresa atbildi saistītu gēnu metilēšana, kas nākotnē rada vēža attīstības risku, kā arī kardiovaskulāro traucējumu, imūno traucējumu un psihisko traucējumu attīstību [52]. Rezultātā biežāk veidojas negatīvas emocionālas reakcijas, ir pastiprināta un ātrāka emocionālā atbildes reakcija uz stresu radošiem apstākļiem un nomierināšanās process ir ilgāks.

Pieaugušajiem, kuri bērnībā pieredzējuši fizisku vardarbību, novērots paaugstināts C-reaktīvais proteīns, kas, savukārt, var radīt kardiovaskulāro saslimšanu risku [30]. Vardarbība būtiski paaugstina risku vairāku saslimšanu attīstībai: PTSS, disociatīvi traucējumi, uzvedības traucējumi, robežpersonības traucējumi, depresija, parafīlijas, tāpēc ir ļoti būtiski veidot

harmoniskas attiecības starp jaundzimušo un aprūpētāju, jo, esot drošai piesaistei, kortizola aktivācija norisinās mazāk aktīvi [30; 64; 69].

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. Eggere, H. L., Fenišela, E., ... Emde, R. (2005). *No dzimšanas līdz trīs gadu vecumam: agrīnā vecuma bērnu garīgās veselības un attīstības traucējumu diagnožu klasifikācija.*
2. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Psihiskās veselības problēmu identifikācija grūtniecības laikā un postnatalajā periodā. Klīniskais algoritms., 1–15.* Pieejams šeit: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/15_kliniskais_algoritms_psih_probl_identifikacija1.pdf
3. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk.farmakoterapija, grūtniecības laikā. Klīniskais algoritms., 1–21.* Pieejams šeit: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/16_kliniskais_algoritms_psih_probl_grutniecibas_laika1.pdf
4. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk.farmakoterapija, postnatālajā periodā. Klīniskais algoritms.* Pieejams šeit: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/14_kliniskais_algoritms_psih_probl_postnatalais_p1.pdf
5. Slimību profilakses un kontroles centrs, Pasaules Veselības organizācija. *Starptautiskā slimību klasifikācija, 10.redakcija.* Pieejams šeit: https://ssk10.spkc.gov.lv/rsc/SSK_2_sejums_20190922.pdf
6. Olainfarm *Zāļu apraksts Noofen 250 mg tabletes.*
7. Zelta - resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem. (2019). *Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem.* ESF Projekts Nr.9.2.1.1/15/I/001. Pieejams šeit: http://adm.lm.gov.lv/upload/Methodiskais_materials_GRT.pdf
8. Andersen, L. B., Melvaer, L. B. ... Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
9. Attanasio L, Kozhimannil KB. (2015) Patient-reported Communication Quality and Perceived Discrimination in Maternity Care. *Medical Care* [Internet]. Oct;53(10):863–71. Pieejams šeit: from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26340663>
10. Austin MP, (2010) Classification of mental health disorders in the perinatal period: future directions for DSM-V and ICD-11. *Arch Womens Ment Health*.
11. Austin, M. P., & Hight, N. (2017). Mental Health Care in the Perinatal Period. *Australian Clinical Practice Guideline*, (October), 1–23. Pieejams šeit: <https://cope.org.au/wp-content/uploads/2017/10/Final-COPE-Perinatal-Mental-Health-Guideline.pdf>
12. Bodén, R., Lundgren, M., ... Kieler, H. (2012). Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ* (Clinical Research Ed.), 345, e7085–e7085. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7085>
13. Bolten, M. I. (2013). Infant psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22 Suppl 1, S69-74. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0364-8>
14. Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363(9405), 303–310. Pieejams šeit: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15390-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15390-1)

15. Bulik, C. M., Holle, A. ... Reichborn-Kjennerud, T. (2009). Birth Outcomes in Women with Eating Disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 9–18. <https://doi.org/10.1002/eat.20578>. Birth
16. Calderon-Margalit, R., Qiu, C., ... Williams, M. A. (2009). Risk of preterm delivery and other adverse perinatal outcomes in relation to maternal use of psychotropic medications during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(6), 579.e1-579.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.06.061>
17. Cantarutti, A., Merlino, L., ... Corrao, G. (2016). *Is the Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight Affected by the Use of Antidepressant Agents during Pregnancy?* A Population-Based Investigation. *PLoS ONE*, 11(12), 1–10. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168115>
18. Cohen, L. S., Altshuler, L. L., ... Stowe, Z. N. (2006). *Relapse of Major Depression During Pregnancy in Women Who Maintain or Discontinue Antidepressant Treatment*. *JAMA*, 295(5), 499–507. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1001/jama.295.5.499>
19. Comtois, K. A., Schiff, M. A., & Grossman, D. C. (2008). Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(2), 120.e1-120.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.02.011>
20. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/DOI: 10.1192/bjp.150.6.782>
21. Davanzo, R., Copertino, M., ... Amaddeo, A. (2010). Antidepressant Drugs and Breastfeeding: A Review of the Literature. *Breastfeeding Medicine*, 6(2), 89–98. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0019>
22. Davis, R. L., Rubanowice, D., ... Platt, R. (2007). Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medications during pregnancy. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16(10), 1086–1094. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1002/pds.1462>
23. Davis, T. (2012). Conceptualizing Psychiatric Disorders Using “Four D’s” of Diagnoses. *The Internet Journal of Psychiatry*, 1(1), 1–5. <https://doi.org/10.5580/7e6>
24. De Vera, M. A., & Bérard, A. (2012). Antidepressant use during pregnancy and the risk of pregnancy-induced hypertension. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74(2), 362–369. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04196.x>
25. Dogar, I. A. (2007). Biopsychosocial model. *A.P.M.C*, 1, 11–13.
26. Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
27. Ernst, C. L., & Goldberg, J. F. (2002). The reproductive safety profile of mood stabilizers, atypical antipsychotics, and broad-spectrum psychotropics. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63 Suppl 4, 42–55.
28. Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., & Ascencio, A. (2009). Prenatal dysthymia versus major depression effects on early mother-infant interactions: A brief report. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 129–131. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.09.003>
29. Gentile, S. (2010). Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. a systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 36(3), 518–544. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn107>
30. Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and Adolescent Psychiatry*. Third Edition.

31. Hanley J. (2015) *Listening Visits in Perinatal Mental Health*. Routledge.
32. Hanley, G. E., Smolina, K., ... Morgan, S. G. (2016). Postpartum Hemorrhage and Use of Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 127(3), 553–561. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001200>
33. Harlow, B. L., Vitonis, A. F., ... Hultman, C. M. (2007). Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 42–48. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.42>
34. Henshaw, C., Cox, J., & Barton, J. M. (2017). *Modern Management of Perinatal Psychiatric Disorders. Second edition*. Royal College of Psychiatrist, 31(51), 33. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.7748/ns.31.51.33.s37>
35. Hotham, N., & Hotham, E. (2015). Drugs in breastfeeding. *Australian Prescriber*, 38(5), 156–159. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.18773/austprescr.2015.056>
36. Howard LM, Khalifeh H. (2020) Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry* Oct;19(3):313–27. Pieejams šeit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32931106>
37. Howard, L. M. (2005). Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 119(1), 3–10. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.06.026>
38. Howard, L. M., Molyneaux, E., ... Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788. Pieejams šeit: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
39. Hsy, C.-N., Huang, L.-T., & Tain, Y.-L. (2019). Is it safe to take herbal medicines during pregnancy? *International Journal of Molecular Sciences*.
40. Huybrechts, K. H., Hernández-Díaz, S., & Avorn, J. (2014). Antidepressant Use in Pregnancy and the Risk of Cardiac Defects. *New England Journal of Medicine*, 371(12), 1167–1169. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1056/NEJMc1409203>
41. Jablensky, A. V., Morgan, V., ... Yellachich, L. A. (2005). Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 79–91. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.79>
42. Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet*, 384(9956), 1789–1799. Pieejams šeit: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61278-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61278-2)
43. Källén, B. (2004). Neonate Characteristics After Maternal Use of Antidepressants in Late Pregnancy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(4), 312–316. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.4.312>
44. Kazmin, A., Wong, R. C., Sermer, M., & Koren, G. (2010). Antiepileptic drugs in pregnancy and hemorrhagic disease of the newborn: An update. *Canadian Family Physician*, 56(12), 1291–1292.
45. Kelsey, J. J., Wigle, P. R., & Sebaaly, J. (2016). Drug Principles in Lactation. PSAP 2016 Book 3 • *Women's and Men's Health*, (Chapman 2013), 7–31. Pieejams šeit: https://www.accp.com/docs/bookstore/psap/p2016b3_sample.pdf
46. Khalifeh, H., Hunt, I. M., Appleby, L., & Howard, L. M. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 233–242. Pieejams šeit: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1)

47. Kizilirmak, A., Timur, S., & Kartal, B. (2012). Insomnia in pregnancy and factors related to insomnia. *The Scientific World Journal*, Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1100/2012/197093>
48. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
49. Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77–87. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1>
50. Loughhead, A. M., Stowe, Z. N., ... Owens, M. J. (2006). Placental Passage of Tricyclic Antidepressants. *Biological Psychiatry*, 59(3), 287–290. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.06.040>
51. Lund, N., Pedersen, L. H., & Henriksen, T. B. (2009). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Exposure In Utero and Pregnancy Outcomes. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(10), 949–954. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.164>
52. Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., ... H., Watanabe, H. (2017). the Worldwide Burden of Infant Mental and Emotional Disorder: Report of the Task Force of the World Association for Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 695–705. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1002/imhj.21674>
53. McAllister-Williams, R., Baldwin, D., ... Young, A. (2017). British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum. *Journal of Psychopharmacology*, 31(5), 519–552. Pieejams šeit: <http://hdl.handle.net/10044/1/48784>
54. Milgrom J., Hirshler Y, ... Gemmill A.,W., (2019) Social Support-A Protective Factor for Depressed Perinatal Women? *Int J Environ Res Public Health*, Apr 21;16(8):1426. Pieejams šeit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31010090>
55. Möller, H. J. (2003). Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s418), 73–80. Pieejams šeit: <https://doi.org/https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.15.x>
56. Murkoff, H., (2016) *What to Expect When You're Expecting*, 5th edition. Workman publishing company.
57. National Collaborating centre for Mental Health. (2018). *The Perinatal Mental Health Care Pathways. Full implementation guidance*. NCCMH
58. National institute for Health and Care. (2015). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Pieejams šeit: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2012910556&site=ehost-live>
59. Orsolini, L., Valchera, A., ... Bellantuono, C. (2016). Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Frontiers in Psychiatry*, 7(AUG), 1–6. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00138>
60. Osborne LM. Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Sep;45(3):455–68. Pieejams šeit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30092921>
61. Package leaflet: *information for the patient. Adaptol 500 mg tablets*.
62. Plancoulaine, S., Flori, S., ... Franco, P. (2017). Sleep Trajectories Among Pregnant Women and the Impact on Outcomes: A Population-Based Cohort Study. *Maternal and Child Health Journal*, 21(5), 1139–1146. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2212-9>

63. Reba-Harrelson, L., Von Holle, A., ... Bulik, C. M. (2010). *Patterns of maternal feeding and child eating associates with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study*. *Eat Behav*, 11(1), 56–61. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.09.004>.Patterns
64. Rey, J. M., Martin, A. (2012). *Early maltreatment and exposure to violence*. IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Section B. Pieejams šeit: <https://iacapap.org/content/uploads/B.1-CHILD-MALTREATMENT-0720121.pdf>
65. Riiskjær, E., Ammentorp, J., Nielsen, J. F., Kofoed, P.-E. (2010). Patient surveys—A key to organizational change? *Patient Education and Counseling*, 78(3), 394–401. Pieejams šeit: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.017>
66. Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 377–385. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07917>
67. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry *Behavioural Science/ Clinical Psychiatry* (11th Edit). Wolters Kluwer.
68. Schneid-Kofman, N., Sheiner, E., & Levy, A. (2008). Psychiatric illness and adverse pregnancy outcome. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 101(1), 53–56. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.10.007>
69. Semple, D., & Smyth, R. (2013). *Oxford Handbook of Psychiatry* (Third Edit). Oxford University Press.
70. Seng, J. S., Rauch, S., ... Liberzon, I. (2010). Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 31(3), 176–187. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.486453>.
71. Silverman, E. M., Reichenberg, M., ... Sandin, S. (2017). The risk factors for Postpartum Depression: A population based study. *Depression and Anxiety*, 34(2), 178–187. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1002/da.22597>.The
72. Silvestri, R., & Aricò, I. (2019). Sleep disorders in pregnancy. *Sleep Science*, 12(3), 232–239. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20190098>
73. Solmi, F., Sallis, H., ... Micali, N. (2014). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic Reviews*, 36(1), 49–56. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt004>
74. Taylor, D., Barnes, T. R. E., & Young, A. H. (2018). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry* (13th Editi). Wiley Blackwell.
75. Timpano, K. R., Abramowitz, J. S., ... Schmidt, N. B. (2011). Efficacy of a prevention program for postpartum obsessive–compulsive symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1511–1517. Pieejams šeit: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.015>
76. Uguz, F. (2017). Is There Any Association Between Use of Antidepressants and Preeclampsia or Gestational Hypertension? A Systematic Review of Current Studies. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37(1). Pieejams šeit: https://journals.lww.com/psychopharmacology/Fulltext/2017/02000/Is_There_Any_Association_Between_Use_of.15.aspx
77. UK Medicines Information. *Is it safe to use melatonin during pregnancy?*
78. Viguera, A. C., Whitfield, T., ... Cohen, L. S. (2007). Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: Prospective study of mood stabilizer discontinuation. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1817–1824. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06101639>
79. Watson, H. J., Holle, ... Reichborn, T. (2013). Remission, continuation, and incidence of eating disorders during early pregnancy: A validation study on a population-based birth

cohort. *Psychol Med*, 43(8), 1723–1734. Pieejams šeit:
<https://doi.org/10.1017/S0033291712002516>.Remission

80. World Health Organisation (2020) *Maternal, newborn, child and adolescent health*.
Pieejams šeit:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/

81. World Health Organisation. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Pieejams šeit:

<https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

82. Yonkers, K. A., Blackwell, K. A., Glover, J., & Forray, A. (2014). Antidepressant use in pregnant and postpartum women. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(5), 369–392.

Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153626>